



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-  
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ ПСИХОЛОГИИ И  
ПРЕДМЕТНЫХ МЕТОДИК

**КОРРЕКЦИОННО – ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ЛОГОПЕДА С  
РОДИТЕЛЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С  
ВЫСОКИМ РИСКОМ НАРУШЕНИЯ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ**

**Выпускная квалификационная работа по направлению  
44.03.03. Специальное(дефектологическое) образование**

**Направленность программы бакалавриата  
«Логопедия»**

Проверка на объем заимствований:

61,55 % авторского текста

Работа рекомендована к защите:

Рекомендована/не рекомендована

«13» 12 2023 г. ир. 4

Зав. кафедрой специальной педагогики,  
психологии и предметных методик

к.п.н., доцент Л.А. Дружинина

Выполнила:

Студентка группы ЗФ 406-101-3-2

Облицова Анастасия Андреевна

Научный руководитель:

к.п.н., доцент кафедры СППиПМ

Васильева Виктория Сергеевна

Челябинск

2024

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>4</b>
<b>ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИОННО - ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВЫСОКИМ РИСКОМ НАРУШЕНИЯ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ.....</b>	<b>8</b>
1.1. Закономерности и особенности нервно - психоречевого развития детей первого года жизни .....	8
1.2. Клинико - психолого - педагогическая характеристика детей первого года жизни, с высоким риском нарушения психоречевого развития. Особенности и виды нарушений психоречевого развития детей первого года жизни .....	24
1.3. Коррекционно - профилактическая работа отделения реанимации новорождённых детьми, с высоким риском нарушения психоречевого развития .....	36
Выводы по первой главе .....	40
<b>ГЛАВА 2 ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИОННО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВЫСОКИМ РИСКОМ НАРУШЕНИЯ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ.....</b>	<b>43</b>
2.1. Данные диагностического обследования детей, с точки зрения медицины.....	43
2.2. Работа отделения реанимации новорождённых с родителями, воспитывающими детей, с высоким риском нарушения психоречевого развития .....	48
2.3. Методические рекомендации родителям, воспитывающих детей первого года жизни с высоким риском нарушения психоречевого развития .....	55

Выводы по второй главе .....	63
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	67
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ</b> .....	70
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	77

## ВВЕДЕНИЕ

Нарушения психоречевого развития в детском возрасте на протяжении многих лет остаются, несомненно, важной медико-социальной проблемой.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 50% нарушений психоречевого здоровья наступает в возрасте до 14 лет. При обращении детей в учреждения первичного звена здравоохранения психические нарушения регистрируются от 10 до 29% случаев. По данным российской педиатрической статистики, в структуре детской инвалидности наибольшая доля приходится на психические расстройства и расстройства поведения, на втором месте болезни нервной системы, далее врожденные аномалии развития.

Минздравом Российской Федерации отмечается важность проведения исследований по разработке мер, направленных на снижение числа инвалидов вследствие психических заболеваний путем коррекционно-профилактической работы, направленной против возникновения психоречевых расстройств и нарушений развития, начиная с младенческого возраста.

В период с 2015 по 2017 года было проведено ширококомсштабное исследование по выявлению риска нарушений психоречевого развития разного генеза. В 9 субъектах России были проанкетированы 595 691 родителей детей в возрасте 3 – 12 месяцев жизни.

Было установлено, что риск (состояние предболезни) возникновения нарушений психоречевого развития составляет 13,07% (1307 случаев на 10 000 детского населения) и варьируется от 3,69% (Оренбургская область) до 23,28% (Московская область).

На сегодняшний день известно, что факторы риска и предикторы психических заболеваний, описанные в ряде проспективных исследований, могут быть выявлены в первый год жизни ребенка. Поэтому, мы считаем,

что коррекционно – профилактическую работу с данной категорией следует начинать уже на ранних этапах развития детей, а именно в первый год жизни.

Родители играют ключевую роль в жизни каждого ребенка. Они являются первыми учителями, наставниками и опорой для своих детей. Однако не всегда родители имеют достаточные знания и навыки для эффективного взаимодействия с ребенком, особенно если у него есть особенности развития или поведения. В таких случаях коррекционно-профилактическая работа с родителями становится необходимой.

Коррекционно – профилактическая работа с родителями – это комплекс мероприятий, направленных на поддержку и развитие родительских компетенций, а также на создание условий для благоприятного воспитания и развития детей. Она проводится педагогическими, медицинскими и другими специалистами в смежных областях знаний, чтобы помочь семьям справиться с трудностями, возникающими в процессе воспитания и обучения детей.

Важность коррекционно – профилактической работы с родителями трудно переоценить. Она позволяет предупредить возникновение потенциальных проблем в развитии детей и своевременно предоставить необходимую поддержку и помощь родителям.

Именно поэтому, исследование наиболее актуально в современных реалиях. Общество меняется с каждым днём, растёт и количество новорождённых с высоким риском возникновения, и развития психических нарушений, растёт и спектр различных медико-педагогических и психологических отклонений.

Объект исследования: процесс психоречевого развития у детей первого года жизни.

Предмет исследования: симптомы нарушения психоречевого развития у детей группы риска первого года жизни.

Цель исследования: определить содержание работы с родителями воспитывающих детей первого года жизни с риском нарушения психоречевого развития.

Для достижения цели исследования были выдвинуты следующие задачи:

1. Анализ литературы по проблеме исследования.
2. Изучение особенностей нервно-психического развития детей первого года жизни с высоким риском нарушения психоречевого развития.
3. Определение содержания коррекционной работы с родителями воспитывающих детей первого года жизни с высоким риском нарушения психоречевого развития.

Актуальными были использованы следующие методы исследования:

1. Теоретические: статистический анализ, анализ медико – педагогической, психологической, специальной литературы.
2. Эмпирические: разработка рекомендаций.

База практики: отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной перинатальный центр» г. Челябинска. Проанализирована медицинская документация, отражающая состояние здоровья 2041 новорожденного ребенка в возрасте от 0 до 4 месяцев, в период с 2022 г – 2023г.

В последние годы специалистами здравоохранения, дефектологами, логопедами, педагогами, психологами было разработано огромное количество как практического, так и теоретического материала по проблеме диагностики, профилактики и коррекции нарушений психоречевого развития детей на раннем этапе развития. В следствии этого, мы опирались на работы ведущих ученых, как И.И. Евсюковой, С.Б Лазуренко, В.В Лебеденского, О.Г. Приходько и другие.

Однако, анализ большинства источников показывает, что существующие профилактические практики не полностью решают задачи

предупреждения возникновения и развития у детей различного рода нарушений психоречевого развития. Работа с родителями осуществляется поверхностно и не всегда в полной мере большинства выполняет коррекционно-профилактических задач.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, в каждой из которых по три параграфа, выводов по каждой из глав, заключения, списка используемых источников и приложения. Во введении обоснованы актуальность, поставлена цель, задачи, определены объект, предмет, исследование и методы исследования.

# **ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВЫСОКИМ РИСКОМ НАРУШЕНИЯ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ**

## **1.1. Закономерности и особенности нервно – психоречевого развития детей первого года жизни**

Нервно – психическое развитие – один из важнейших показателей состояния здоровья детей раннего возраста.

Диагностика нервно-психического развития детей первых лет жизни является неотъемлемой частью деятельности врача-педиатра, врача общей практики (семейного врача), средних медицинских работников, а также педагогов дошкольных учреждений. С основами этой диагностики должны быть знакомы и родители.

Правильная и своевременная диагностика нервно-психического развития ребенка позволяет подойти к раннему выявлению отклонений в здоровье детей, а также в полной мере осуществить необходимый комплекс развивающих, оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

Оценка уровня нервно-психического развития ребенка позволяет судить о качестве окружающей среды, о характере педагогической работы и о эффективности различных лечебно-оздоровительных приемов, а также о влиянии других факторов.

Одна из первых работ, посвященных диагностике развития младенца, была написана М.П. Денисовой и И.Л. Фигуриной в 1926 году и называлась "Краткая диагностическая схема развития ребенка до 1 года". В 40-е годы XX века Н.М. Щелованов разработал "Показатели нервно-психоречевого развития детей в первый год их жизни", которые содержали критерии для оценки уровня психоречевого развития детей от 2 до 13 месяцев. Позднее Н.С. Аксарина дополнила этот набор нормативными критериями для детей

до трехлетнего возраста [5]. Впоследствии на кафедре физиологии развития и воспитания детей Центрального института усовершенствования врачей была создана "Методическая разработка, рекомендуемая для использования в домах ребенка или яслях" на основе исследований Г.В. Гридневой, М.Ю. Кистяковской, Э.Л. Фрухт, Н.М. Щелованова и других ученых. Эти методики были разработаны на основе банка данных, где было установлено соответствие между возрастом реакций ребенка и их появлением, и на основе этого можно было судить о особенностях психоречевого развития ребенка в соответствии или несоответствии норме развития. В рамках исследования были также установлены нормативы нервно – психоречевого развития детей на разных возрастных этапах, основные принципы контроля психофизического развития, разработаны методики диагностики физического и психоречевого развития детей, а также определено содержание, методы и подходы к педагогической работе с детьми первых лет жизни [26].

Основные показатели нервно-психического развития детей раннего возраста и принципы контроля за развитием ребенка были разработаны Н.М. Аксариной, С.М. Кривиной, М.Ю. Кистяковской, Н.Ф. Ладыгиной, Н.Л. Фигуриним, Н.М. Щеловановым.

В дальнейшем показатели нервно – психического развития детей раннего возраста были пересмотрены и дополнены сотрудниками кафедры физиологии развития и нетрадиционных методов оздоровления детей

Таблица 1 – Возрастная характеристика нормы нервно – психоречевого развития по Э.Л Фрухт

Возраст	Зрительные навыки	Слуховые навыки	Эмоции и социальные навыки	Двигательные навыки	Речевые навыки	Навыки, и умения в процессах
10 дней	<p>удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение): фиксирует взглядом игрушку (следит) в течение 10 с</p> <p>Движения глаз скачкообразные.</p> <p>Может следить за игрушкой в одну сторону</p>	<p>вздрагивает и моргает при резком звуке; при звуке вздрагивает и моргает или реагирует одним способом на звук с обеих сторон</p>	-	-	-	-
18 – 20 дней	<p>удерживает в поле зрения неподвижный предмет (лицо взрослого); движения заторможены, фиксирует взглядом предмет или лицо взрослого в течение 5—10 с</p>	<p>через 5 – 10 с успокаивается; движения заторможены. Слуховое сосредоточение в течение 10 – 15 с</p>	-	-	-	-

1 месяц	<p>плавное прослеживание движущегося предмета; сосредоточивает взгляд на игрушке, плавно следит за ней (до 30 см), не выпускает ее из поля зрения, поворачивает голову вправо и влево.</p> <p>Разрешается следить за игрушкой в одну сторону, не менее 2 раз</p>	<p>прислушивается во время и послезвучания погремушки (10 – 15 с), движения заторможены</p>	<p>первая улыбка в ответ на разговор взрослого; неярко улыбается в ответ за 3 – 4 обращения к нему</p>	<p>лежа на животе, пытается поднимать и удерживать голову (в течение 5 с); сразу поднимает голову после поглаживания спины, удерживает ее в течение 5 с и опускает</p>	<p>издает отдельные звуки в ответ на разговор с ним; после нескольких обращений взрослого ребенок отвечает отдельными звуками.</p> <p>Допустима отсроченная реакция (от нескольких секунд до 1 мин)</p>	
2 месяца	<p>длительное зрительное сосредоточение: смотрит на привлекший внимание неподвижный предмет или лицо взрослого; смотрит на игрушку в течение 20 – 25 с, не двигается;</p> <p>длительно следит за движущейся игрушкой или взрослым:</p>	<p>ищущие повороты головы при длительном звуке: слушает в течение 5 с и после этого или сразу поворачивает голову вправо и влево;</p> <p>возможен преимущественный поворот головы в одну сторону;</p> <p>поворачивает голову в сторону голоса взрослого:</p>	<p>быстро отвечает улыбкой на разговор с ним: широко и длительно улыбается после трех обращений к нему;</p> <p>длительное зрительное сосредоточение на другом ребенке: случайно увидев лежащего рядом ребенка, услышав его голос, поворачивает</p>	<p>лежа на животе, поднимает и некоторое время удерживает голову; поднимает невысоко и удерживает голову не менее 5 с</p>	<p>повторно произносит отдельные звуки</p>	-

	следит непрерывно (10 – 15 с) за небольшой игрушкой (до 50 см), поворачивая голову вправо и влево	сосредоточенно слушает в течение 5 – 10 с и поворачивает голову в сторону голоса взрослого, ищет глазами, пытается «увидеть»	голову и сосредотачивает на нем взгляд в течение 15 – 30 с. Движения заторможены			
3 месяца	зрительное сосредоточение в вертикальном положении (на лице разговаривающего с ним взрослого, игрушке); после двух – трех обращений смотрит на лицо говорящего взрослого или игрушку в течение 10 с	проявляет комплекс оживления в ответ на эмоциональное общение с ним (разговор): смотрит на лицо взрослого. После одного – двух обращений широко улыбается, издает тихие и короткие звуки, сгибает и разгибает ноги и руки. Оживление нарастает и сохраняется после обращения в течение 5 – 10 с. Может проявлять комплекс оживления без какого-нибудь	быстро отвечает улыбкой на разговор с ним: широко и длительно улыбается после трех обращений к нему;  длительное зрительное сосредоточение на другом ребенке: случайно увидев лежащего рядом ребенка, услышав его голос, поворачивает голову и сосредотачивает на нем взгляд в течение 15 – 30 с. Движения заторможены	случайно наталкивается руками на игрушки, низко висающие над грудью; оживляясь, выпрямляет руки и наталкивается на игрушку (одну или обе) 2 – 3 раза. Разжимая пальцы, пытается захватить ее и прослеживает глазами движения рук. лежит на животе, опираясь на предплечья и высоко подняв голову (в течение 1 мин): сразу высоко поднимает голову, опираясь на предплечья, грудь приподнята, ноги	-	-

		<p>одного компонента; ищет глазами ребенка, издающего звуки: услышав звуки, издаваемые лежащим рядом ребенком, ищет взглядом источник звука, а найдя, сосредоточивает взгляд на соседе, затем может реагировать комплексом оживления</p>		<p>спокойно лежат. Сохраняет это положение в течение 1 мин; удерживает голову в вертикальном положении (на руках у взрослого): удерживает голову прямо в течение 30 с</p>		
4 месяца	<p>узнает мать или близкого человека (радуется); на знакомого человека смотрит выжидающе, радостно улыбается. При повторном появлении оживляется, внимательно смотрит, иногда гулит и тянется. Недоволен, когда взрослый отходит, и не сразу переводит</p>	<p>поворачивает голову в сторону невидимого источника звука и находит его глазами: слушает в течение 2 – 3 с и четко поворачивает голову в сторону звука, ищет и быстро находит глазами погремушки или бумагу, смотрит</p>	<p>во время бодрствования часто и легко возникает комплекс оживления: рассматривает игрушки, захватывает их, следит за окружающим, приходит в оживленное состояние, которое может длиться 3 мин и более;</p>	<p>рассматривает, ощупывает и захватывает низко висящие над грудью игрушки; смотрит на игрушку, потягивает руки, ощупывает, рассматривает, захватывает, держит, толкает, следит за ней взглядом и т.д. (3 мин и более)</p>	<p>гулит; гулит сам или через 1 – 3 мин после общения с ним взрослого</p>	<p>во время кормления придерживает руками грудь матери или бутылочку; при виде груди матери или бутылочки тянется руками и захватывает, во время кормления – руки на бутылочке</p>

	<p>взгляд на незнакомого; смотрит на него спокойно, отвлекается. В доме ребенка реакция может отсутствовать</p>	<p>на нее в течение 10 с; по-разному реагирует на спокойную и плясовую мелодии: спокойно слушает колыбельную, смотрит на поющего. Движения заторможены. Оживляется при звуках плясовой, радостно смотрит на взрослого, появляется комплекс оживления. После окончания пения оживление сохраняется в течение 5 – 10 с. При звуках колыбельной опять становится спокойным</p>	<p>ищет взглядом другого ребенка, рассматривает, радуется, тянется к нему: активно ищет и находит взглядом соседа, рассматривает его лицо, оживляется, тянется, пытается дотронуться, иногда поворачивается. Второй ребенок в ответ улыбается</p>			
--	---	---	---	--	--	--

<p>5 месяцев</p>	<p>отличает близких людей от чужих по внешнему виду (по-разному реагирует на лицо знакомого и незнакомого человека); при виде знакомого взрослого радуется, оживляется, при виде незнакомого оживление угасает, тормозятся движения, он хмурится, может заплакать</p>	<p>узнает голос матери или близкого человека; к незнакомому голосу прислушивается, ищет говорящего глазами, к повторному звучанию бывает безразличен. К голосу знакомого взрослого прислушивается, ищет глазами, улыбается, поворачивается, беспокоится и ищет, если голос замолкает;  различает строгую и ласковую интонации обращенной к нему речи, по-разному реагирует: на ласковую интонацию улыбается, оживляется, на</p>	<p>радуется ребенку, берет у него из рук игрушку, гулит; осматривает все, находит глазами ребенка, издающего звуки, рассматривает его, меняет положение, тянется, старается взять игрушку (если ребенок ее держит), гулит, повторяет за ним звуки</p>	<p>берет игрушку из рук взрослого: смотрит на игрушку, поднимает и выпрямляет руки, направляет их к игрушке и берет ее (возможно, одной рукой); удерживает в руке игрушку: взяв игрушку, не роняет и удерживает ее в течение 30 с  переворачивается со спины на живот: следит за игрушкой, поворачивает голову, корпус, ложится на бок и сразу переворачивается на живот, выпрямляет ноги в тазобедренных суставах и, опираясь на выпрямленные руки, высоко поднимает голову или выполняет это движение при помощи взрослого</p>	<p>подолгу певуче гулит — длительно, нараспев произносит гласные звуки (без видимых воздействий, при виде взрослого, игрушки или после общения со взрослым)</p>	<p>ест с ложки полугустую и густую пищу — открывает рот, когда ложка касается его губ. Снимает пищу губами понемногу. Ест медленно</p>
------------------	---	---	---	--	---	--

		строгую – сосредоточиваетс я, хмурится, может заплакать				
6 месяцев	по-разному реагирует на свое и чужое имена – прислушивается. Если называю чужое имя, не всегда смотрит на взрослого, отвлекается, спокоен. Услышав свое имя, радуется, быстро оборачивается в сторону взрослого, смотрит на него	-	-	переворачивается с живота на спину: следит за игрушкой, поворачивает голову и быстро переворачивается на спину сам или при помощи взрослого;  передвигается, переставляя руки или немного подползая: в течение 3 – 5 с смотрит на игрушку и пытается достать, подползает вперед, подтягиваясь на руках, двигается вбок, переставляя руки, или назад	произносит отдельные слоги: однократно или редко произносит какой- либо один слог («ба», «ма»), может, прислушиваясь к взрослому, повторно произнести слог за ним	хорошо ест с ложки, снимая пищу губами: раскрывает рот раньше, чем ложка коснется губ, и снимает пищу губами;  пьет из блюдца или чашки небольшое количество жидкой пищи: прикасается губами к чашке и начинает пить. Выпивает всю порцию
7 месяцев	-	-	-	игрушкой стучит, размахивает, перекладывает, бросает и пр.; множественно	на вопрос: «Где ... ?» находит взглядом предмет, находящийся постоянно в определенном месте	пьет из чашки, которую держит взрослый –

				перекладывает игрушку из руки в руку, извлекает звук, стучит по подстилке, бросает вниз (1 мин)	(например, часы, куклу и др.) – поворачивается к игрушке и смотрит на нее, иногда хочет ее взять. Подолгу лепечет, повторно произносит одни и те же слоги; лепечет сам или, молча слушая, смотрит на губы говорящего и через 1 – 5 мин произносит повторно слоги: «ба-ба», «ма-ма» или др	прикасается губами к краю чашки, пьет быстро
8 месяцев	-	-	смотрит на действия другого ребенка и смеется или лепечет; смотрит внимательно, с интересом на ребенка, привлекающего его внимание, движения могут быть заторможены, иногда повторяет слоги, смеется, глядя на соседа, подражает его действиям, тянется к игрушке	игрушками занимается долго и разнообразно действует с ними в зависимости от их свойств: толкает мяч один раз, еще раз, сбрасывает крышку с бидончика, действует сразу или после помощи взрослого. Выполняет любые два действия; держась руками за барьер, сам встает, стоит и опускается;	на вопрос: «Где ... ?» находит несколько (два-три) предметов на постоянных местах; на вопрос: «Где ... ?» поворачивает голову и смотрит на называемый предмет, находит два предмета; по слову взрослого выполняет разученные ранее действия (без показа), например, «ладушки», «дай ручку» и др.; по просьбе выполняет одно из движений.	ест корочку хлеба, которую сам держит в руке, пьет из чашки, которую держит взрослый; держит хлеб в руке и направляет его в рот, откусывает хлеб зубами или деснами; при виде чашки протягивает к

				<p>цепляясь руками за перекладину, встает на колено и одну ногу, затем сам или при помощи взрослого встает на обе ноги и выпрямляется. Держась, стоит на прямых, расставленных ногах в течение 1 мин. Оборачивается за игрушкой, переставляя руки, опускается на одно колено, сгибает другую ногу и, придерживаясь, становится на четвереньки или садится;</p> <p>переступает, держась за барьер; идет за игрушкой, переставляя руки, переступая приставным шагом, боком, медленно</p>	громко, четко и повторно произносит различные слоги; произносит повторно слоги, имеющиеся в его лепете (несколько слогов)	ней руки, открывает рот, пьет, слегка придерживая чашку руками
9 месяцев	-	плясовые движения под плясовую мелодию;	догоняет ребенка, ползет к нему навстречу;	с предметами действует по-разному, в зависимости от их	на вопрос: «Где ... ?» находит взглядом несколько знакомых предметов в разных	хорошо пьет из чашки, слегка придерживая ее

		<p>тихо слушает спокойную мелодию, под плясовую воспроизводит освоенные плясовые движения</p>	<p>подражает действиям и движениям другого ребенка;  один ребенок, посмотрев на другого, уходит, другой устремляется за ним, оба радуются этому. Ползут друг другу навстречу и смеются (возможна игра в прятки и др.);  ребенок наблюдает за играющими детьми, начинает подражать им – стучит рукой по бубну, подползает к ведру или ящику и вынимает оттуда игрушки, повторяет действия детей</p>	<p>своих (катает, вынимает, открывает, гремит, нажимает и др.) – резиновую игрушку сжимает, крышку открывает, погремушкой гремит, мяч катает;  может выполнить только одно действие.  переходит от одного предмета к другому, слегка придерживаясь за них руками: смотрит на взрослого и направляется к нему, держась одной рукой, вполборота, приставным или чередующимся шагом, передвигается вслед за игрушкой. Переходит к другой опоре приставным шагом, держась одной рукой и перенося другую на новую опору. Делает два – три перехода</p>	<p>местах независимо от их постоянного местоположения;  находит взглядом игрушку на постоянных местах, ищет и находит их на других местах;  знает свое имя: на зов приближается к взрослому или оборачивается, идет к тому, кто зовет, на чужое имя не реагирует</p>	<p>руками, четко направляет руки к чашке и берет ее двумя руками, наклоняется к ней и пьет. Может поднять чашку ко рту, наклонить. Если взрослый перестанет поддерживать чашку, ребенок выронит ее;  формируется навык опрятности (спокойно относится к процессу высаживания на горшок): ребенок спокойно и адекватно реагирует на предложение взрослого идти на горшок. Сидя на горшке, иногда лепечет,</p>
--	--	---	--	---	--	--

						улыбается, не пытается встать. Результат положительный
10 месяцев	-	-	<p>действует рядом с ребенком или одной игрушкой с ним;</p> <p>действия одного ребенка привлекают другого, который приближается и включается в те же действия, или независимо друг от друга они действуют в одном месте, рядом (вынимают игрушки из одного ящика, улыбаются друг другу)</p>	<p>самостоятельно и по просьбе взрослого выполняет различные действия с игрушками (вынимает и вкладывает, открывает и закрывает, катает).</p> <p>Действия с предметами принимают устойчивый характер: при виде игрушек выполняет отдельные разученные действия, по предложению взрослого выполняет требуемые действия. Может выполнять действия не до конца (не все игрушки вложил, не все вынул)</p>	<p>по просьбе: «Дай ...» находит знакомые предметы среди других и дает их; находит, берет и дает две из трех называемых игрушек.</p> <p>подражая взрослому, повторяет за ним новые слоги, которых еще не было в лепете ребенка;</p> <p>слушает, следит за движением губ говорящего и сразу или через 1 – 2 мин, подражая, повторно произносит два-три сочетания слогов</p>	закрепляются умения, приобретенные в 10 месяцев

<p>11 месяцев</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>радуется приходу детей; радуется детям, смотрит на них; ждет, пока приведут, устремляется к ним, смеется, лепечет, когда их помещают в манеж (за барьер);</p> <p>избирательное отношение к детям – радуется появлению определенного ребенка, подходит к нему, заигрывает. Если этого ребенка забирают из манежа, проявляет недовольство. Если наблюдаемого ребенка помещают к детям, он осматривается и сразу направляется к определенному ребенку, подходит, наблюдает, начинает действовать с ним или рядом. Бывает</p>	<p>овладевает новыми действиями разбрасывает его игрушки, отходит и спокойно играет в другом месте.</p> <p>овладевает новыми действиями с предметами и начинает выполнять их по слову взрослого (накладывает кубик на кубик, снимает и надевает кольца с большими отверстиями на стержень); сам или по инструкции выполняет два действия (не менее) – накладывает кирпичик, снимает и надевает кольца и др</p>	<p>по словесной инструкции выполняет разученные действия, не подсказанные предметами (водит куклу, кормит собачку и пр.); по предложению взрослого водит куклу, кормит собачку и др. Выполняет любые два действия; появляются первые обобщения в понимаемой речи: по словесной просьбе взрослого дает любую куклу, которую видит среди игрушек, мячи, все машины, часы и др.; находит две – три игрушки одного вида и дает их. Ребенок находит однородные предметы в кабинете (огоньки, пуговицы на одежде и др.). произносит первые слова – обозначения, например, «мама, ав-ав, би-би, дай» и др.;</p>	<p>-</p>
-----------------------	----------	----------	--	--	--	----------

			иначе: приближается к определенному ребенку, дергает его, разбрасывает его игрушки, отходит и спокойно играет в другом месте		во время игры или при виде показанных игрушек ребенок называет их облегченными словами, повторяет слова за взрослым. Произносит одно-два слова	
1 год	<p>различает предметы по форме (отличает кирпичик от кубика по просьбе взрослого);</p> <p>в ответ на вопрос смотрит на кубик, на кирпичик, берет рукой и протягивает взрослому, находит взглядом кубик и кирпичик;</p> <p>узнает на фотографии знакомого взрослого, мать;</p> <p>в ответ на вопрос смотрит на фотографию, узнав, смеется, трогает ее, оборачивается к взрослому. Если ребенок разговаривает, то называет взрослого,</p>	-	<p>протягивает другому ребенку и отдает игрушку, сопровождая это смехом и лепетом; действует игрушкой, сосед смотрит на него, наблюдаемый ребенок протягивает соседу игрушку, может смеяться, лепетать, сказать: «На», может действовать молча;</p> <p>ищет игрушку, спрятанную другим ребенком;</p> <p>один берет игрушку из рук другого и прячет ее за спину или под пеленку. Другой</p>	<p>протягивает другому ребенку и отдает игрушку, сопровождая это смехом и лепетом;</p> <p>действует игрушкой, сосед смотрит на него, наблюдаемый ребенок протягивает соседу игрушку, может смеяться, лепетать, сказать: «На», может действовать молча;</p> <p>ищет игрушку, спрятанную другим ребенком;</p> <p>один берет игрушку из рук другого и прячет ее за спину или под пеленку. Другой смеется</p>	<p>понимает (без показа) названия нескольких предметов, действия, имена взрослых и детей, выполняет отдельные поручения («найди, принеси, отдай тете, положи на место»);</p> <p>ребенок выполняет любые просьбы взрослого: находит, приносит, дает игрушки, идет к названным взрослым, отдает им игрушки, находит одежду и пр.;</p> <p>понимает слово «нельзя»; при слове «нельзя» сразу или после двух-трех повторений прекращает действие</p>	<p>самостоятельно пьет из чашки (держит ее руками и пьет) – протягивает руки к чашке, берет, подносит к губам и пьет. Чашку не выпускает, может сам поставить ее на стол. Разрешается держать чашку, которую дал взрослый, и пить из нее</p>

	изображенного на фотографии		ищет, просит: «Дай», смеется		<p>(может не поставить чашку на стол, но перестает стучать);</p> <p>некоторые слова в речи взрослых принимают обобщенный характер; четко выполняет инструкцию взрослого сразу или после двух-трех повторений;</p> <p>по слову взрослого выполняет разученные ранее действия с игрушками: берет куклу и укачивает ее (вверх и вниз), кормит собачку, кладет кирпичик на кирпичик и др</p>	
--	-----------------------------	--	------------------------------	--	--	--

Любое отклонение от установленной нормы может характеризоваться как патология. В медицинском лексиконе подразумевается нарушение на биологическом уровне функционирования организма. В клинической психологии в содержание понятия «патология» также включаются и такие отклонения от нормы, в которых нет никаких биологических компонентов. Употребление слова «патология» акцентирует внимание на том, что нормальное состояние, функционирование или развитие личности изменяется в следствии морфо – функциональных нарушений.

И как следствие специалистам в данной сфере, должны уметь отличать, диагностировать и быстро предпринимать необходимые действия по ранней профилактике и коррекции высокого риска психических нарушений и отклонений у детей первого года жизни.

1.2. Клинико – психолого – педагогическая характеристика детей первого года жизни, с высоким риском нарушения психоречевого развития. Особенности и виды нарушений психоречевого развития детей первого года жизни.

Психическое развитие ребенка – сложный, генетически обусловленный процесс последовательного созревания высших психических функций, реализующийся под влиянием различных факторов.

Нам следует различать аномальное и нормальное, то есть в пределах нормы, психическое развитие.

Как указывают О.П. Болотникова и А.Ю. Козлова, к аномальным (от греч. *anomalos* – неправильный) относятся «дети, у которых физические или психические отклонения приводят к нарушению общего развития». Таким образом, аномальными считаются дети с нарушением психоречевого развития и нуждающиеся в специальном обучении, воспитании и поддержке [7].

На сегодняшний день, существуют специальные критерии диагностирования данного риска. Обратимся к клинико – психолого – педагогической характеристике и рассмотрим особенности детей с высоким риском нарушения психоречевого развития.

Вот некоторые основные аспекты, которые могут быть учтены в клинико – психолого – педагогической характеристике детей первого года жизни с высоким риском нарушения психоречевого развития:

1. Здоровье и физическое развитие: оценка общего состояния здоровья и физического развития, включая вес, рост, состояние костно-мышечной системы, наличие или отсутствие врожденных аномалий.

2. Психомоторное развитие: оценка уровня развития двигательных навыков и координации движений, включая подъем головы, повороты, ползание и сидение.

3. Коммуникативные навыки: оценка способности ребенка к взаимодействию с окружающими и уровня развития речи и языковых навыков. Возможны задержки в речевом развитии или недостаток в коммуникативных навыках.

4. Сенсорное развитие: оценка развития всех органов чувств, включая зрение, слух, обоняние, осязание и вкусовые ощущения. Могут быть обнаружены проблемы или задержки в развитии какого – либо из сенсорных органов.

5. Эмоциональное и социальное развитие: оценка способности ребенка к взаимодействию с окружающими, установление эмоциональных связей, развитие эмоциональной регуляции и способность социализации.

6. Процесс питания и сна: оценка режима питания и сна, способности самостоятельно есть и спать, наличие или отсутствие проблем в этой сфере.

7. Поведенческие особенности: оценка поведения ребенка, включая активность, реакцию на стрессовые ситуации, уровень раздражительности и самостоятельность.

Комбинированный анализ этих аспектов может помочь определить потребности ребенка и разработать индивидуальный план интервенции для его дальнейшего развития и исправления возможных нарушений психоречевого развития, как с новорождённым, так и с его радателями.

Важно помнить, что каждый ребенок уникален, и подход к его оценке и помощи должен быть индивидуальным и гибким.

Ниже приведены некоторые клиничко – психолого – педагогические особенности детей первого года жизни с высоким риском нарушения психоречевого развития:

1. Задержка психомоторного развития: дети с высоким риском нарушения психоречевого развития могут испытывать задержку в достижении различных моторных навыков, таких как катание, ползание, стояние и ходьба. Это может быть связано с недостаточным развитием мышц и координации.

2. Отставание в развитии речи: у этих детей может наблюдаться отставание в развитии речи и языковых навыков. Они могут не произносить слова вовремя или иметь ограниченную лексику. Также они могут испытывать трудности в понимании речи окружающих.

3. Поведенческие проблемы: возможно наличие поведенческих проблем у детей с высоким риском нарушения психоречевого развития. Они могут быть более раздражительными, иметь трудности в контроле своих эмоций и проявлять повышенную тревожность или агрессивность.

4. Отклонения в социальном взаимодействии: дети с высоким риском нарушения психоречевого развития могут испытывать трудности в установлении социального контакта и взаимодействии с другими детьми и взрослыми. Они могут проявлять уклончивое поведение, избегая взаимодействия со сверстниками, или наоборот, быть чрезмерно приставучими.

5. Затруднения в когнитивном развитии: дети с высоким риском нарушения психоречевого развития могут иметь затруднения в

когнитивном развитии, таком как способность к вниманию, память, мышление и решение проблем. Они могут иметь трудности в освоении новых навыков.

6. Ограничения в самообслуживании: дети с высоким риском нарушения психоречевого развития могут испытывать трудности в осуществлении самообслуживания, такого как кормление, одевание, мытье и т. д. Они могут быть менее независимыми и требовать большей поддержки и помощи от родителей или опекунов.

Важно отметить, что все дети уникальны и могут проявлять различные клинические, психологические и педагогические особенности. В случае обнаружения у ребенка некоторых из вышеописанных признаков, целесообразно проконсультироваться с врачом или специалистом по психическому развитию для более детального и точного анализа и, при необходимости, для предоставления подходящей коррекционно-профилактической поддержки.

Проводится так же оценка нервно – психических функций ребенка, ей должны предшествовать сбор анамнеза жизни и общий осмотр младенца [8].

1. Изучение анамнеза жизни ребенка. Во время сбора анамнеза жизни следует получить от родителей сведения о предшествующих беременностях и заболеваниях матери, токсико-инфекционных воздействиях (в частности, цитомегаловирусном, герпетическом инфицировании, токсоплазмозе и др.), отравлениях; о переутомлении, нервно-психических потрясениях в течение данной беременности, токсикозе первой и второй половины; о внутриутробном развитии плода, признаках фетоплацентарной недостаточности; о характере родов, уровне состояния по шкале Апгар, наличии гипоксии и асфиксии в родах, их тяжести; применялись ли реанимационные мероприятия, в каком объеме и как долго; проводилась ли в роддоме нейросонография. При отягощенной наследственности необходимо изучить родословную.

Большое значение в диагностике имеет анализ жалоб родителей и опекающих ребенка взрослых, которые в дальнейшем необходимо сопоставить с результатами комплексного объективного обследования младенца.

2. Общий осмотр ребенка первого года жизни. При общем осмотре обращается внимание на строение черепно – лицевого скелета, особенности лица, шеи, конечностей, наличие ожирения или гипотрофии, на состояние кожных покровов и слизистых оболочек, волосяного покрова. Важно отметить наличие сенсорных дефектов – нарушений зрения, слуха.

3. Оценка психомоторного развития. При оценке психомоторного развития обращается внимание на рефлекторную активность, особенности двигательной сферы (общая моторика, тонус мышц, координация движений), позы и движения ребенка. С помощью вышеописанных методов определяется нарушение или отклонение от нормы психомоторного развития ребенка.

4. Оценка эмоциональной сферы. Оценка эмоциональной сферы включает изучение эмоциональных реакций ребенка, его реакции на окружающую среду, на общение, на стрессовые ситуации. Также важно изучение уровня тревожности и подозрительности, наличия навязчивых мыслей и др.

5. Оценка речевого развития. Оценка речевого развития проводится путем изучения уровня развития слуха и речи ребенка, его способности воспринимать и воспроизводить звуки, формировать слова, фразы, составлять простые предложения.

6. Оценка познавательной активности. Оценка познавательной активности включает изучение уровня развития интеллектуальных процессов у ребенка (внимания, памяти, мышления), его способности к анализу, синтезу, абстракции, формированию представлений о своем теле и окружающем мире.

7. Оценка коммуникативных навыков. Оценка коммуникативных навыков включает изучение уровня развития ребенка в сфере общения, его способности устанавливать контакт с окружающими, выражать свои потребности и эмоции, воспринимать и понимать речь других людей.

8. Сопоставление результатов обследования с определенными возрастными нормами позволяет выявить нарушения нервно – психоречевого развития у ребенка и определить дальнейший план диагностики и лечебных мероприятий [21].

Важно отметить, что риск нарушения психоречевого развития у детей может быть связан с генетическими факторами, отклонениями в пренатальном развитии, а также неблагоприятными условиями окружающей среды, такими как неблагоприятные социально – экономические условия, стресс, насилие и недостаток родительской заботы [8].

Психические отклонения у детей с высоким риском могут сказываться на их поведении, эмоциональном состоянии, а также на интеллектуальном и умственном развитии. Для таких детей часто требуется дополнительная поддержка и специализированная помощь для того, чтобы помочь им успешно адаптироваться и развиваться [19].

Таким образом, всё вышесказанное подчеркивает необходимость уделения внимания детям с высоким риском нарушения психоречевого развития, а также разработке и реализации коррекционно – профилактических программ и рекомендаций родителям.

Психический дизонтогенез – патология психоречевого развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций.

Психический дизонтогенез приводит к нарушению психики в целом или ее отдельных составляющих, а также соотношения темпов и сроков развития отдельных сфер и различных компонентов внутри отдельных сфер.

В 1927 г Швальбе (цит. по Г. К. Ушакову, 1973) впервые употребил термин “дизонтогенез”, обозначая им отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. Впоследствии термин “дизонтогенез” приобрел более широкое значение.

Им стали обозначать различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости.

Как известно, практически почти любое более или менее длительное патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к отклонению психоречевого развития. Его проявления будут различны в зависимости от этиологии, локализации, степени распространенности и выраженности поражения, времени его возникновения и длительности воздействия, а также социальных условий, в которых оказался больной ребенок. Эти факторы определяют и основную модальность психоречевого дизонтогенеза, обусловленную тем, страдают ли первично зрение, слух, моторика, интеллект, потребностно – эмоциональная сфера [10].

В отечественной дефектологии применительно к дизонтогенезам принят термин “аномалия развития” [14].

Нарушения нормального развития психики ребенка может проявляться как в виде легких, временных и обратимых расстройств, так и в виде грубых изменений поведения, требующих лечения.

Г.Е. Сухарева с позиций патогенеза нарушений развития личности различает три вида дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие.

На данный момент существует более расширенная классификация нарушений:

- Недоразвитие (олигофрения);

- Задержанное развитие (при сопутствующих болезнях внутренних органов – астения, при психологических травмах – парциальные, т.е. частичные задержки в развитии);
- Поврежденное развитие (деменция);
- Дефицитарное развитие (при недостаточности сенсорных систем – глухота, слепота);
- Искаженное развитие (аутизм);
- Дисгармоническое развитие (психопатии).

Клинически близка к классификациям Л. Каннера и Г.Е. Сухаревой классификация нарушений психоречевого развития, предложенная Я. Лутцем, в которой выделяются пять типов нарушений психоречевого развития. Необратимое недоразвитие связывается автором с олигофренией; дисгармоническое развитие прогрессирующими дегенеративными альтернирующее развитие, включающее состояния асинхронии как в виде ретардации, так и акселерации и наблюдаемое, по мнению автора, при самой различной соматической и психической патологии; и, наконец, развитие, измененное по качеству и направлению, наблюдаемое при шизофреническом процессе.

По мнению Г.К. Ушакова и В.В. Ковалева, основными клиническими типами психоречевого дизонтогенеза являются [28]:

1. Ретардация, т. е. замедление или стойкое психическое недоразвитие, как общее, так и парциальное;

2. Асинхрония – как неравномерное ретардации и акселерации.

Особенности и виды нарушений психоречевого развития детей первого года жизни могут быть следующими:

1. Задержка психомоторного развития: дети могут не достигать тех психомоторных мильштонов, которые типичны для их возраста. Например, они могут не начинать улыбаться, не садиться без поддержки или не ползать в определенном возрасте.

2. Задержка развития речи: дети могут не начинать произносить звуки, не балбесонить или не пытаться повторять слова в определенном возрасте.

3. Сенсорная чувствительность и перерегистрация: дети могут проявлять высокую или низкую чувствительность к различным стимулам, таким как звуки, свет или касание. Они могут реагировать слишком сильно или наоборот, быть апатичными к стимулам.

4. Нарушения социального взаимодействия: дети могут проявлять затруднения в установлении контакта глазами, смехом, улыбками или другими формами социального взаимодействия.

5. Расстройства аутистического спектра: эти расстройства характеризуются нарушениями социальных взаимодействий, коммуникации и поведения. Дети могут проявлять повторяющиеся ритуалы, иметь ограниченные интересы и трудности в приспособлении к изменениям.

6. Расстройства внимания и гиперактивности: дети могут иметь проблемы с концентрацией, высокую активность, беспокойство и непоследовательность поведения.

Так как в работе логопеда основным видом работы является работа с речевыми нарушениями, далее мы рассмотрим задержку психоречевого развития детей как вид нарушения.

Задержка психоречевого развития (ЗПРР) – это группа расстройств, которые объединены по клиническим симптомам отставания развития речи и психики. Сюда относятся расстройства экспрессивной и рецептивной речи, неуточненные диагнозы, а также смешанные специфические расстройства в области психологического развития человека (специфические расстройства развития речи, школьных навыков, двигательных функций без преобладания одного из симптомов для возможности поставить точный диагноз) [11].

Они обычно связаны с нетипичной работой центральной нервной системы, что в итоге приводит к изменениям темпов всего психоречевого развития и затрагивает следующие компоненты:

- память;
- внимание;
- мышление;
- речь;
- эмоционально-волевою сферу;
- поведение.

Задержка психоречевого развития не является синонимом умственной отсталости ребенка. Ключевое различие в том, что ЗПРР поддается коррекции и компенсации, в то время как умственная отсталость не исправляется. Сложности могут возникнуть, если не своевременно обратиться к специалисту, т.к. проблемы с речью и когнитивный дефицит имеют стойкую динамику к увеличению.

К ранним симптомам задержки психоречевого развития относятся:

- Слабая реакция (или отсутствие) на слова и жесты родителей;
- Если ребенок не улыбается или делает это крайне редко;
- Отсутствие лепета у грудничков;
- Очень тихое поведение;
- Повышенное слюноотделение, иногда – приоткрытый рот.

Обычно диагноз задержка психоречевого развития подтверждается, если у ребенка присутствует 3 и более из вышеперечисленных симптомов ЗПРР.

Важно отметить, что нарушения психоречевого развития детей первого года жизни могут иметь разную степень тяжести и проявляться по-разному у разных детей. В случае подозрения на нарушения, необходимо обратиться к детскому психологу или педиатру для проведения диагностики и назначения соответствующей помощи и поддержки [26].

Особый вид дизонтогенеза представляет собой дефицитарное развитие (термин, предложенный В.В. Ковалевым (1976, 1979) в отношении патологического формирования личности у детей с дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, а также хроническими соматическими заболеваниями, при которых дефицитарность в сенсорной, моторной, соматической сферах обуславливает явления депривации и нарушения эмоциональной сферы), связанное с тяжелыми нарушениями (грубым недоразвитием либо повреждением) отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речи, опорно – двигательного аппарата, а также рядом инвалидизирующих хронических соматических заболеваний. Первичный дефект анализатора либо определенной соматической системы ведет к недоразвитию функций, связанных с ними наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда других функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Эти нарушения развития частных психических функций тормозят психическое развитие в целом. Таким образом, преимущественной координатой нарушений развития является координата “снизу вверх”. Асинхрония проявляется в разной степени недоразвития одних анализаторных систем при сохранности других. Дефицитарность отдельных сенсорных и моторных систем способствует возникновению явлений изоляции. Так, нарушение зрения приводит к недоразвитию координации между речью и действием [14].

Причины нарушения психоречевого развития ребенка могут быть многообразными и могут включать факторы наследственности, окружающую среду и различные биологические и социальные факторы.

Некоторые из основных причин включают [9]:

1. Генетические факторы: некоторые нарушения психоречевого развития могут иметь генетическую основу. Например, расстройства аутистического спектра, синдром Дауна и Фрагильный X – синдром связаны с определенными генетическими изменениями.

2. Пренатальные факторы: использование токсических веществ (например, алкоголя, наркотиков или никотина) во время беременности может повлиять на развитие мозга ребенка и привести к нарушению психоречевого развития. Также инфекции, такие как вирус краснухи или цитомегаловирус, могут оказывать отрицательное воздействие на развитие плода.

3. Окружающая среда: нарушения психоречевого развития могут быть вызваны неблагоприятными жизненными условиями, такими как неполное семейство, низкий социально – экономический статус, ограниченный доступ к медицинской помощи и недостаток стимулирующей среды для развития ребенка.

4. Осложнения при родах: некоторые нарушения психоречевого развития могут быть вызваны осложнениями при родах, такими как преждевременные роды, гипоксия или другие повреждения мозга, которые могут повлиять на его нормальное развитие.

5. Нейрологические факторы: некоторые дети могут иметь структурные или функциональные нейрологические проблемы, которые могут привести к нарушению психоречевого развития. Например, дети с церебральным параличом или эпилепсией могут иметь задержку в развитии.

Важно понимать, что часто причины нарушения психоречевого развития могут быть сложными и включать в себя взаимодействие нескольких факторов.

Диагностика причин нарушения психоречевого развития ребенка требует консультации со специалистами, такими как детский психолог, детский невролог, генетик и другие специалисты в зависимости от конкретной ситуации [8].

На ранних этапах, а именно в первый год жизни ребёнка, очень сложно диагностировать какие – либо психоречевые нарушения развития, поэтому родителям стоит уделять большое внимание на психофизиологическое развитие ребёнка, соответствие его возрастным

нормам, в особенности это касается детей с высоким риском каких-либо нарушений или отклонений.

Именно поэтому коррекционно – профилактическая работа в этот период должна осуществляться повсеместно с учетом особенностей ребёнка и родителей.

### 1.3. Коррекционно – профилактическая работа отделения реанимации новорождённых детьми, с высоким риском нарушения психоречевого развития

В настоящее время в России наряду со снижением показателя младенческой смертности наблюдается стойкая тенденция роста количества детей, рожденных недоношенными. Например, в Челябинской области в период с 2022 по 2023 год показатели детской недоношенности выросли с 14,8% до 16,8% [2].

В последние годы благодаря развитию высокоэффективных неонатальных технологий (антенатальная профилактика респираторного дистресс – синдрома недоношенных, малоинвазивная респираторная терапия согласно стратегии защиты легких, оказание первичной реанимационной помощи новорожденному в родильном зале), усовершенствованию техники маршрутизации больных, современному оснащению стационаров перинатальных центров и отделений реанимации и интенсивной терапии для новорожденных доля выживших недоношенных детей существенно увеличилась. Данная категория пациентов – это дети с высоким риском перинатальной и младенческой смертности, а также развития тяжелых инвалидизирующих осложнений в последующем [12].

Выхаживание таких пациентов в специализированных медицинских учреждениях сопряжено с большими финансовыми затратами, требует мультидисциплинарного мониторинга состояния здоровья в неонатальном периоде, диспансерного наблюдения и реабилитации в более старшем

возрасте. Несмотря на предпринимаемые меры по снижению риска тяжелых осложнений и смертности среди глубоко недоношенных новорожденных, высокое качество оказываемой медицинской помощи, на сегодняшний день не отмечено тенденции к снижению уровня инвалидизации среди больных с последствиями перинатальной патологии [17].

В Челябинской области главным и постоянно развивающимся учреждением в области перинатальной терапии и профилактики является Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной перинатальный центр» (ОПЦ). Кроме того, «ОПЦ» активно сотрудничает, обменивается знаниями и опытом с ведущими Перинатальными Центрами других субъектов Российской Федерации.

Отделение реанимации интенсивной терапии новорожденных детей организовано 15.12.2011г. на основании приказа № 218л от 16.11.2011 года «Об организации отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных в ГБУЗ «ОПЦ»» (Приложение 1). Отделение является структурным подразделением ГБУЗ «Областной перинатальный центр» [29].

В отделение поступают новорожденные разного гестационного возраста (Приложение 2) имеющие дыхательные нарушения, с тяжелыми нарушениями функций жизненно – важных органов, новорожденные с различными пороками внутриутробного развития, хирургической патологией (до перевода в хирургический стационар или проведения оперативного лечения на месте), новорожденные с декомпенсированными метаболическими и эндокринными нарушениями, нуждающиеся в проведении интенсивной терапии. Любые перечисленные нарушения могут сказаться на последующих нарушениях психоречевого развития детей. Именно поэтому очень важно осуществлять коррекционно-профилактическую работу именно на этапе возникновения высокого риска нарушений психоречевого развития. Раннее начало комплексной помощи необходимо для формирования максимальных достижений в развитии

ребенка и успешной социализации с включением его в образовательную среду для последующей интеграции в общество.

Согласно научным данным, психическое развитие детей с перинатальной патологией может реализовываться по одному из четырех вариантов [16]:

I. Допсихической активности (0 – 1 мес) Сенсомоторные произвольные ответы ребенка на воздействие внешних раздражителей.

II. Элементарной психической активности (2 – 3 мес) Появляется способность эмоционального взаимодействия с окружающим миром, а также согласованность двигательных, эмоциональных и голосовых реакций при воздействии знакомых сенсорных стимулов.

III. Дифференцированной психической активности (4 – 6 мес) Младенец начинает по-разному, дифференцированно, реагировать на внешнее воздействие. Именно в этом возрасте формируются первые привычки и предпочтения, навык произвольной имитации цепочки простых социальных мимических и двигательных актов взрослого, интонации и звуков речи.

IV. Согласованной психической активности (7 – 9 мес) Происходит объединение отдельных ощущений и преобразование их в сложные комплексы или ассоциации, что позволяет ребенку освоить навык повторения вслед за взрослым знакомых, регулярно повторяющихся простых социальных действий.

V. Самостоятельной психической активности (10 – 12 мес) Появляются первые ситуативные желания, цели и мотивы психической активности. Это психологическое достижение становится основой достаточно быстрого развития равновесия, навыка постурального контроля положения тела, движений и сенсомоторной координации. Совершенствование движений позволяет ребенку в ходе имитации действий взрослого освоить умение самостоятельно выполнять предметные с игрушками.

VI. Первых предметных действий (13 – 18 мес) Ребенок осваивает навык практической ориентировки в пространстве и развивает способность умственно отражать действительность, узнавать окружающую обстановку, а также воспроизводить по памяти простые социально обусловленные действия с игрушкой, осуществлять коммуникацию с помощью социальных жестов и слов.

VII. Ориентировки на функциональное назначение предметов (19 – 24 мес) Ребенок за счет регулярных практических действий с предметами начинает осознавать или понимать их функциональное назначение, а также обучается использовать предмет социальным образом. Накопленный ранее практический опыт способствует появлению возможности ориентировки на сенсорные признаки предмета, а также учету сенсорных характеристик предмета во время игры. В этом возрасте навык речевого общения стремительно совершенствуется.

VIII. Самостоятельной предметной деятельности (25 – 30 мес) Ребенок осваивает взаимосвязь между предметами, предметом и словом, словом и действием, а также начинает самостоятельно по памяти воспроизводить цепочку игровых действий, которым ранее его научили; осознает социальные отношения между людьми, становится способен соблюдать социальные нормы поведения.

IX. Полной сформированности наглядно – действенного мышления (31 – 36 мес) Наглядно – действенное мышление достигает определенной степени зрелости, за счет чего появляется возможность усваивать новое от взрослого в речевой форме.

Вариант психоречевого развития ребенка имеет прямую связь с тяжестью и структурой перинатальной патологии. Характер перинатального поражения оказывает влияние на психологическое взаимодействие ребенка с окружающим миром, проявления его активности, включая познавательную, эмоциональное отношение к новому и общению с людьми, способность восприятия сенсорной информации и скорость

накопления практического опыта. Таким образом, развитие ребенка с перинатальным поражением зависит от тяжести и характера первичного нарушения здоровья, а также от того, насколько социальные условия соответствуют его особым образовательным потребностям. Наличие первичного поражения и негативное влияние окружающей среды могут усугубить воздействие на развитие ребенка [13].

При перинатальном поражении нервной системы, возникающем до, вовремя или в первые дни после рождения, могут быть затронуты различные функции и процессы, связанные с психологическим развитием ребенка. Это может включать в себя развитие памяти, внимания, интеллектуальных способностей, коммуникации и социализации [4].

Для максимального развития нервной системы недоношенного ребенка с перинатальным поражением мозга необходимо учитывать несколько важных условий. Первоначально требуется своевременное выявление патологии и получение специализированной медицинской помощи. Раннее начало комплексной терапии с учетом мультидисциплинарного подхода также является ключевым моментом. Кроме того, важно создать адекватную и плавную развивающую среду для этих детей [24].

Также важно включать родителей в этот процесс, предоставлять им необходимые знания, навыки и поддержку, чтобы они могли активно участвовать в программе реабилитации и помогать своим детям в их психологическом развитии.

#### Выводы по первой главе

Теоретическое осмысление коррекционно – профилактической работы с родителями, воспитывающими детей первого года жизни с высоким риском нарушения психоречевого развития. Большое внимание уделяется анализу различных факторов, влияющих на развитие

психических отклонений новорождённых, работе с ними на базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорождённых «Областного перинатального центра».

В рамках первого параграфа была решена задача анализа клинико – психолого – педагогической характеристики детей первого года жизни, с высоким риском нарушения психоречевого развития. Рассмотрен ряд медицинских, психологических и педагогических данных, которые могут указывать на возможные проблемы в развитии ребенка. А также, была изучена система оценки функций ребёнка, используемая при диагностике и раннем выявлении нарушений.

Были проанализированы различные виды нарушений психоречевого развития, описаны симптомы, указывающие на возникновение высокого риска психоэмоциональных и физиологических отклонений. К тому же, были рассмотрены причины подобных отклонений, что служит базисом в разработке программ первичной профилактики и коррекции ранних нарушений и предрасположенностей к различным видам нарушений психоречевого развития.

В рамках третьего параграфа была решена задача анализа коррекционно – профилактической работа отделения реанимации новорождённых детьми, с высоким риском нарушения психоречевого развития. Акцентируется внимание на работе отделения реанимации интенсивной терапии новорожденных ГБУЗ «Областной перинатальный центр». Проанализирован комплекс методов восстановительного лечения, принципы реабилитации.

Таким образом, было выявлено, что:

1. Все дети уникальны, поэтому первичные симптомы нарушений психоречевого развития дифференциальны;

2. Риск нарушения психоречевого развития у детей может быть связан с генетическими факторами, отклонениями в пренатальном развитии, а также неблагоприятными условиями окружающей среды, такими как

неблагоприятные социально-экономические условия, стресс, насилие и недостаток родительской заботы;

3. Раннее вовлечение в реабилитационные программы и коррекционные мероприятия может помочь сократить возможные негативные последствия и способствовать оптимальному психологическому развитию.;

4. Коррекционно – профилактическая работа на раннем этапе психоречевого развития должна осуществляться повсеместно с учетом особенностей ребёнка и родителей.

К тому же, в ходе работы были выявлены ключевые принципы и методы работы отделения реабилитации и интенсивной терапии новорождённых, способствующие оптимальному психоречевому развитию таких детей. Было выяснено, что раннее вовлечение в коррекционные и реабилитационные программы, а также создание поддерживающей среды эффективно снижают возможные негативные последствия и способствуют достижению оптимальных результатов.

Теоретический анализ так же показал необходимость индивидуального подхода и учета особенностей каждого ребенка. Кроме того, важное значение имеет включение родителей в процесс коррекционно – профилактической работы, что позволяет им активно поддерживать и помогать своим детям.

В заключение хочется отметить, что абилитационно – профилактическая работа с детьми с высоким риском нарушения психоречевого развития является неотъемлемой частью обеспечения их оптимального развития. Это требует сотрудничества специалистов разных областей, индивидуального подхода и активной роли родителей. Дальнейшее развитие и совершенствование этой работы будет способствовать созданию более благоприятных условий для реализации потенциала каждого ребенка и обеспечению их полноценного будущего.

## **ГЛАВА 2 ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВЫСОКИМ РИСКОМ НАРУШЕНИЯ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ**

### **2.1. Диагностика детей, контингент детей с точки зрения медицины**

В отечественной науке в 20 – 30-е годы XX века были разработаны первые методики диагностики развития детей младенческого возраста. Психические проявления ребенка рассматривались с точки зрения рефлексологического подхода, где они были считаны результатом созревания нервной системы на определенных этапах. Н.М. Щелованов впервые сформулировал принцип, согласно которому возможность появления конкретных реакций обусловлена готовностью функциональных структур мозга, а сами реакции вызываются воспитательными воздействиями [19].

Для диагностики нервно – психоречевого развития детей второго и третьего года жизни были положены сходные основания, разработанные Л.Г. Голубевой, Г.В. Пантюхиной и К.Л. Печорой. В процессе определения уровня развития ребенка раннего возраста оцениваются следующие аспекты развития: понимание речи и активное использование речи; развитие сенсорных навыков; развитие игровой и манипулятивной деятельности; развитие общих двигательных навыков; развитие навыков самостоятельности и, к третьему году жизни, развитие изобразительной и конструктивной активности [18].

Авторами разработаны показатели этих направлений развития ежемесячно на первом году жизни, поквартально на втором году и по полугодиям на третьем году.

По уровню развития дети распределяются по четырем основным группам:

1-я группа – нормальное развитие, когда все показатели соответствуют календарному возрасту ребенка;

2-я группа – первоначальная задержка в развитии на один эпикризный срок;

3-я группа – более глубокая задержка, на два эпикризных срока;

4-я группа – глубокая задержка, на три эпикризных срока.

Вариантом диагностики детей раннего возраста, построенной с учетом закономерностей их психоречевого развития, является «Ранняя диагностика умственного развития» Е.А. Стребелевой [23]. Эта диагностика создана для выявления нарушений умственного развития детей раннего возраста и разработки методов коррекции. Исходной теоретической основой автора являются положения культурно-исторической концепции о ведущей деятельности и о зоне ближайшего развития. За основу принято положение о том, что ведущей деятельностью в раннем возрасте выступает предметная деятельность, а основным способом усвоения общественного опыта – совместная деятельность с взрослым.

Одной из диагностических методик, основанной на культурно-исторической концепции психоречевого развития Л.С. Выготского, является "Диагностика психоречевого развития детей от рождения до трех лет". Эта методика стремится применить целостный, ориентированный на личность подход к оценке психоречевого развития ребенка, основанный на теории ведущей деятельности А. Н. Леонтьева, периодизации психоречевого развития Д.Б. Эльконина и концепции генезиса общения ребенка со взрослыми М.И. Лисиной. В рамках этого подхода уровень развития общения и ведущей деятельности отражает основные характеристики общего психоречевого развития ребенка и является подходящим предметом психологической диагностики. В соответствии с этим, предлагаемые методики в пособии направлены на оценку уровней развития соответствующей формы общения ребенка с взрослым для данного

раннего возраста – ситуативно – делового общения и ведущей на данном этапе предметной деятельности [20].

Основными параметрами, характеризующими уровень развития общения, включают:

- уровень инициативности в общении, отражающий стремление ребенка к общению;

- уровень чувствительности к воздействиям партнера, показывающий готовность ребенка воспринять инициативу других людей, реагировать на нее и адаптировать свое поведение в соответствии с действиями взрослого;

- уровень использования средств общения, включая конкретные действия, с помощью которых ребенок осуществляет общение, и речь.

Оценка результатов диагностики осуществляется путем комплексного качественного анализа поведения ребенка, что позволяет определить его текущий уровень психоречевого развития, своевременно выявить задержки и отклонения, а также определить зону его ближайшего развития.

Данные диагностического обследования представлены на основании анализа контингента детей по гестационному возрасту (Таблица 2), по массе тела (Таблица 3), ГБУЗ «Областной перинатальный центр» отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных

Таблица 2 – Распределение больных по гестационному возрасту.

	2022 год				2023 год			
	Поступило		Умерло		Поступило		Умерло	
Возр.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
<28	76	7,49%	13	17%	77	7.5%	9	12%
28-30	103	10,15%	2	2%	117	11.4%	4	3%
31-32	128	12,6%	0	0%	110	10.7%	1	0,91%
33-34	258	25,4%	1	0,4%	223	21.7%	1	0,4%
35-36	149	14,7%	1	0,67%	153	14.9%	3	1,96%
37	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
>37	301	29,7%	1	0,3%	346	33.7%	1	0,3%
Итого	1015	100%	18	1,77%	1026	100%	19	1,85%

В 2022 с гестационным возрастом менее 28 недель поступило 76 новорожденных – летальность 9%. В 2023 году – 77, летальность 12%,

С гестационным возрастом 28 – 30 недель в 2022 году – 103 ребенка, летальность – 4%. В 2023 году – 117 детей, летальность – 3%.

С гестационным возрастом 31 – 32 недели в 2022 году 128 новорожденных, летальность – 1,71%. В 2023 году 110 новорожденных, летальность – 0,91%.

С гестационным возрастом 33 – 34 недель в 2022 году 258 детей, летальность – 0,5%. В 2023 году 223 детей, летальность – 0,4%.

С гестационным возрастом 35 – 36 недель в 2022 году 149 новорожденных, летальность – 0,68%. В 2023 году 153 новорожденных, летальность – 1,96%.

В 2022 году доношенных новорожденных поступило 301 – 29,7 % от общего количества, летальных случаев не зарегистрировано. В 2023 году 346 – 33,7% от общего количества, летальность – 0,3%.

Согласно представленным данным наиболее высокий процент неблагоприятных исходов отмечается в группе детей с ГВ менее 28 недель. Данная группа пациентов является резервом по снижению показателя неонатальной и младенческой смертности.

Отмечается рост количества доношенных новорожденных поступающих в ОРИТН. По сравнению с 2022 годом доношенных поступило на 45 детей больше. При этом следует отметить, что количество доношенных поступивших с других стационаров за 2022 – 45, за 2023 год – 42.

Таблица 3 – Распределение больных по массе тела

	2022 год				2023 год			
	Поступило		Умерло		Поступило		Умерло	
Масса	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
< 1 кг	71	7%	11	15,49%	84	8,2%	13	15.48%
1 – 1,5 кг	120	11,8%	4	3,3%	123	12%	2	1.6%
1,5 – 2 кг	216	21,3%	1	0,5%	175	17.1%	2	1.1%
2 – 2,5 кг	217	21,4%	1	0,5%	215	21%	0	0%
2,5 – 3 кг	157	15,5%	0	0%	137	13.4%	2	1.5%

*Продолжение таблицы 3*

> 3 кг	234	23,1%	1	0,43%	292	28.5%	0	0%
Итого	1015	100%	18	1,77%	1026	100%	19	1,85%

В 2022 году детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) поступило 71, летальность в этой группе составила 8,1% – 11 случаев. Из них 5 случаев составили новорожденные с массой тела менее 800гр, из них 4 случая дети с массой менее 700гр, из них 2 случая дети с массой менее 500 гр при рождении. Таким образом, среди новорожденных с массой тела менее 1000гр при рождении в структуре летальности 83% составляют новорожденные с массой тела менее 800 гр при рождении.

В 2022 году детей с ЭНМТ поступило 84, летальность в этой группе составила 15,5% – 13 случаев. Из них 8 случаев составили новорожденные с массой тела менее 800гр, из них 5 случаев дети с массой менее 700гр, из них 2 случая дети с массой менее 500 гр при рождении.

В 2022 году новорожденных с очень низкой массой тела поступило 120, летальность 11,9%.

В 2023 году новорожденных с очень низкой массой тела поступило 123, летальность 1,6%.

Новорожденных с массой тела 1500 – 2000 в 2022 году поступило 216 детей, зарегистрирован 1 неблагоприятный исход, летальность составила 17,8%. В 2023 году поступило 175 детей, зарегистрировано 2 неблагоприятный исход, летальность составила 1,1%.

С массой тела 2000 – 2500 в 2022 году поступило 217 детей, умерло 1. В 2023 году поступило 215 детей, умерло 0.

Детей с массой тела более 2500 в 2022 году 391 ребенок, летальный исход 1, в 2023 году 429 детей, летальных исходов 2.

Подводя итоги, за 2022-2023 год впервые с открытия ОПЦ, в ОРИТН поступило более 1000 пациентов, общая летальность по отделению остается на низком уровне. Отмечается рост летальности в группе новорожденных с ЭНМТ.

## 2.2. Работа отделения реанимации новорождённых с родителями, воспитывающими детей, с высоким риском нарушения психоречевого развития

Как было замечено в первой главе выпускной квалификационной работы, большое внимание при работе с детьми с высоким риском нарушения психоречевого развития следует уделять взаимодействию с родителями, ведь они главные воспитатели, первичные агенты социализации новорождённых, и именно от них зависит будущее развитие малыша.

Клинико – психолого – педагогическая характеристика детей первого года жизни с высоким риском нарушения психоречевого развития включает анализ медицинских, психологических и педагогических данных, которые могут указывать на возможные проблемы в развитии ребенка. Эта характеристика позволяет определить особенности ребенка, его потребности и способы помочь ему в развитии и укреплении его психоречевого состояния.

Изучение факторов, способствующих развитию детей, позволяет понять важную роль родителей на всех этапах воспитания преждевременно рожденных детей. На долгосрочной основе, показатели развития и адаптации ребенка зависят больше от психологических факторов, таких как качество взаимоотношений между ребенком и родителями, а не от тяжести основного заболевания. Психологические и социальные факторы существенно влияют на степень стресса, который испытывают родители, а также на последствия психологической травмы, связанной с рождением ребенка, у которого имеются несколько рисков развития [6].

Родители раньше срока родившегося ребенка сразу же желают получить всю доступную информацию о нем. В связи с этим у специалистов возникает ряд вопросов, которые связаны не только с медицинскими аспектами, но и с психологическими, этическими и правовыми вопросами.

Важно обсудить с родителями и другими членами семьи прогноз развития и риски, связанные с новорожденным. Чтобы поддержать специалистов в определении прогноза, принятии решений относительно ранней помощи и оценке ее эффективности, могут использоваться рекомендации профессиональных сообществ как на национальном, так и на международном уровне.

Кроме того, на этапе нахождения новорождённого в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых очень важно поддержание контакта матери и ребёнка. На сайте ГБУЗ «ОПЦ» размещены некоторые рекомендации и правила посещения родителями (законными представителями) детей [29]:

1. Родственники не должны иметь признаков острых инфекционных заболеваний (повышенной температуры, проявлений респираторной инфекции, диареи). Медицинские справки об отсутствии заболеваний не требуются.

2. Перед посещением медицинскому персоналу необходимо провести с родственниками краткую беседу для разъяснения необходимости сообщить врачу о наличии у них каких – либо инфекционных заболеваний, психологически подготовить к тому, что посетитель увидит в отделении.

3. Перед посещением отделения посетитель должен снять верхнюю одежду, надеть бахилы, халат, маску, шапочку, тщательно вымыть руки. Мобильный телефон и другие электронные устройства должны быть выключены.

4. Посетители в состоянии алкогольного (наркотического) опьянения в отделение не допускаются.

5. Посетитель обязуется соблюдать тишину, не затруднять оказание медицинской помощи другим пациентам, выполнять указания медицинского персонала, не прикасаться к медицинским приборам.

6. Не разрешается посещать пациентов детям в возрасте до 14 лет.

7. Одновременно разрешается находиться в палате не более, чем двум посетителям.

8. Посещения родственников не разрешаются во время проведения в палате инвазивных манипуляций (интубация трахеи, катетеризация сосудов, перевязки и т.п.), проведения сердечно-легочной реанимации.

9. Родственники могут оказывать помощь медицинскому персоналу в уходе за пациентом и поддержании чистоты в палате только по личному желанию и после подробного инструктажа.

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323 – ФЗ, медицинскому персоналу следует обеспечить защиту прав всех пациентов, находящихся в отделении реанимации (защита персональной информации, соблюдение охранительного режима, оказание своевременной помощи).

Само отделение включает в себя:

1. 2 палаты интенсивной терапии для новорожденных на 6 кувезов;
2. 8 одноместных палат;
3. Помещение подготовки инфузионных растворов;
4. Процедурная для трансфузиологии;
5. Помещение для хранения передвижного рентгеновского аппарата;
6. Помещение сцеживания грудного молока;
7. Комната отдыха матерей;
8. Помещение хранения расходного материала и медикаментов;
9. Помещение для хранения чистых кувезов;
10. Помещение для обработки кувезов;
11. Помещение хранения уборочного инвентаря и дезинфицирующих растворов;
12. Санитарный пропускник для матерей;
13. Санитарный пропускник для сотрудников;
14. Комната сестры хозяйки отделения;
15. Кабинет старшей медицинской сестры;

16. Ординаторская;
17. Кабинет заведующего отделением;
18. Комната дежурного врача;
19. Пост дежурной медицинской сестры;
20. Комната персонала;
21. Подсобное помещение поста.

Согласно функциональным обязанностям медицинской сестры отделения реанимации новорожденных выполняются следующие мероприятия:

1. Сдача/прием дежурства у постели пациента;
2. Постоянное наблюдение и постоянный уход за новорожденными детьми, находящимися в отделении. Мгновенное информирование врача, в случае ухудшения состояния пациентов;
3. Создание оптимально комфортных условий выхаживания (уменьшение негативного воздействия внешних факторов: холодовой стресс, яркий свет, болевые раздражения при инъекциях, звуковые раздражители);
4. Выполнение назначения врача;
5. Проведение комплекса лечебных процедур в пределах компетентности;
6. Ассистирование врачам при проведении врачебных манипуляций, интенсивной терапии, реанимационных мероприятий;
7. Соблюдение санитарно – эпидемиологического режима (согласно регламентирующим приказам).

В данном центре сотрудники отделения регулярно проходят обучение, закрепляют знания, совершенствуются, как высокопрофессиональные специалисты. Это позволяет отрабатывать и поддерживать практические навыки медицинских работников, формировать алгоритмы врачебных действий в сложных клинических ситуациях и отрабатывать практические навыки, а также разбирать непредвиденные

ситуации.

Физический контакт матери или других членов семьи с ребенком, находящимся в отделении реанимации и интенсивной терапии, не ограничивается простыми кожными прикосновениями. Когда говорят о физическом контакте и близости в таких условиях, они включают в себя весь спектр взаимодействий между ребенком и родителями, включая как физические контакты, так и эмоциональную близость. Родители могут испытывать сильные чувства любви, заботы, ласки, а также разлуки и чувство отчуждения от своего ребенка.

Хотя физическая близость может способствовать эмоциональной близости, есть случаи, когда родители могут физически находиться рядом с ребенком, но чувствовать себя эмоционально отстраненными от него. В то же время, они могут испытывать сильную эмоциональную привязанность, даже находясь физически вдали от ребенка. Для больного ребенка, находящегося в отделении реанимации и интенсивной терапии, очень важно иметь как физическую, так и эмоциональную близость со своими близкими, поскольку отсутствие этих связей может иметь негативные последствия для процесса выздоровления и развития ребенка [21].

В отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых обучение матерей новорожденных детей проводится согласно плану с использованием апробированных бесед. Снижению тревожности и стресса родителей способствует программа интегрированного семейного ухода, направленная на привлечение родителей к последовательному уходу за младенцем в отделении интенсивной терапии новорожденных и в последующем дома.

Недоношенные дети, особенно с повреждениями центральной нервной системы, имеют ряд специфических особенностей по сравнению с доношенными, отличаются худшей возможностью переработки сенсорной информации, в недостаточной степени могут адаптироваться в слабоструктурированной среде. Это приводит к усилению неуверенности и

беспомощности родителей в обращении со своими недоношенными детьми, что в свою очередь запускает «порочный круг» взаимоотношений, когда проблемное поведение участника взаимодействия вызывает или усиливает проблемы коммуникативного партнера. Вместе с тем, важной предпосылкой выписки ребенка из стационара является достижение родителями адекватной родительской компетенции, возможность организовывать повседневный уход за недоношенным ребенком [21].

Среди программ семейно-центрированного подхода ранней помощи для недоношенных детей, направленных на повышение компетенции родителей, наиболее изученной является программа индивидуализированной оценки и помощи в развитии новорожденного. Она направлена на привлечение родителей к наблюдению и уходу за ребенком в отделении интенсивной терапии, что в целом приводит к улучшению состояния родителя и способствует поддержке ранних этапов взаимодействия матери и недоношенного ребенка, использование метода «кенгуру». Одним из важных эффектов программы является значительное сокращение времени пребывания недоношенных детей в стационаре [30].

Доказано, что участие родителей в выхаживании крохи повышает шансы на успех. Метод «кенгуру» – очень распространенная методика, позволяющая снизить смертность недоношенных детей. При использовании метода «кенгуру» ребенок укладывается голышом на грудь матери или отца, укрывается сверху одеялом. В таком положении они находятся некоторое время в зависимости от состояния ребенка. Для того чтобы всем было максимально комфортно, в отделениях реанимации установлены специальные кресла для родителей, где они проводят время вместе со своим малышом. Использование данной методики помогает снизить заболеваемость детей, быстрее набирать вес и скорее выздороветь. Вопросам развивающего ухода недоношенных младенцев последнее время уделяется много внимания: это тактильные прикосновения к малышу, ласковые разговоры родителей, тихие колыбельные песни и сказки во время

проведения методики «кенгуру», использование игрушек по мере взросления крохи [27].

Анализ эффективности работы ГБУЗ «ОПЦ» за последние два года (таблица 5) свидетельствует о выполнении главной задачи учреждения, а именно качественное оказание высококвалифицированной помощи женщинам во время беременности, родов и послеродовом периоде; оказание квалифицированной помощи новорожденным; снижение неонатальной смертности.

Таблица 5 – Анализ эффективности работы ГБУЗ «ОПЦ»

Показатель	2022 год		2023 год	
	Абс.ч.	Показат	Абс.ч.	Показат.
Принято родов всего	5086		5115	
В том числе преждевременных	818	16,1%	859	16,8%
Кесарево сечение	2081	41,0%	2027	39,6%
Мертворождаемость	51	9,6%	44	8,3%
Родилось живыми	5229		5279	
Умерло в роддоме	64	12,2%	39	7,4%
Ранняя неонатальная смертность	33	6,3%	24	4,5%
Перинатальная смертность по роддому	84	15,9%	68	12,8%

После стабилизации состояния дети переводятся в отделения выхаживания перинатального центра и профильных стационаров. Именно там уже проводится полномасштабная работа с родителями, их информирование и грамотное обучение, учатся сосать, набирают вес и лечатся от сопутствующих заболеваний. После выписки домой недоношенные дети наблюдаются многими специалистами. Это помогает как можно раньше выявить проблемы со здоровьем и своевременно начать их лечить.

### 2.3. Методические рекомендации родителям, воспитывающих детей первого года жизни с высоким риском нарушения психоречевого развития

В рамках выпускной квалификационной работы необходимо предоставить родителям необходимые знания и поддержку для успешной реализации потенциала и оптимального развития их детей с высоким риском нарушения психоречевого развития. Ведь именно родители становятся первичными агентами социализации, «проводниками» в общественную среду.

Поэтому цель представленных методических рекомендаций состоит в помощи родителям научиться эффективно взаимодействовать с детьми, создавать специальную среду, способствующую их развитию, и развивать у них ключевые навыки для преодоления возможных трудностей.

Методические рекомендации будут направлены на следующие аспекты:

1. Предоставление информации: предоставление информации о психическом развитии детей с высоким риском нарушения, а также о потенциальных проблемах и рекомендациях по их преодолению.

2. Применение эффективных стратегий взаимодействия: использование специальных стратегий и подходов, которые могут помочь в установлении качественных отношений с детьми и улучшении их психологического развития.

3. Создание поддерживающей среды: создание специальной среды, которая будет способствовать оптимальному развитию и благополучию детей, с высоким риском нарушения психоречевого развития.

4. Развитие навыков родителей: поддержка в развитии навыков воспитания и поддержки своих детей, включая коммуникацию, понимание потребностей и эффективное решение возникающих трудностей.

5. Психологическая поддержка: информация о доступных психологических ресурсах и оказании поддержки родителям, чтобы они

могли управлять эмоциональными и стрессовыми аспектами воспитания детей с высоким риском нарушения психоречевого развития.

6. Уход за пупочной ранкой новорожденного: вскоре после рождения ребенка пуповину, которая соединяет маму и плод в утробе, перерезают, поскольку она уже не нужна. У ребенка остается пупочный остаток – часть пуповины, на которую накладывают пластиковую «прищепку». Поскольку ток крови по пуповине прекращается, сосуды закрушаются, и пупочный остаток высыхает и отваливается. В результате чего и образуется пупочная ранка – место, где сосуды пуповины входили в тело ребенка.

На данный момент в развитых странах принято вести пупочную ранку «сухим способом». Доказано, что при рождении ребенка в условиях роддома с соблюдением правил асептики, что рутинно для развитых стран, дополнительная обработка пупочного остатка и пупочной ранки не требуется. Более того, использование антисептиков, спиртовых растворов, перекиси водорода задерживает отпадение пупочного остатка и дальнейшее заживление пупочной ранки.

Для хорошего заживления важен контакт кожа к коже сразу после рождения, избегать травматизации пупочного остатка, в частности, краем подгузника, содержать пупочный остаток в сухости. Для этого иногда рекомендую не купать ребенка в ванне до отпадения пупочного остатка, а если все же купаем – то нужно тщательно его высушивать. Пупочную ранку тоже необходимо тщательно высушивать после купания. И ничем не обрабатывать.

Отделение пупочного остатка обычно происходит в течение первой недели жизни. Допустима задержка до трех недель при условии отсутствия признаков инфекции, но удлинение сроков более двух недель требует внимания врача. А пупочная ранка обычно заживает через 7 – 10 дней после отпадения пупочного остатка.

7. Питание: грудное молоко является лучшим питанием для малыша. Оно не только питает ребенка, но и помогает его слабой иммунной системе

боротся с вирусами и бактериями, к которым он так чувствителен. В ситуациях, когда нет грудного молока или его мало, используются специальные смеси для кормления недоношенных малышей. Они могут потребоваться и при определенных заболеваниях. Смеси для недоношенных содержат расщепленный белок для его лучшего усвоения. Пока малыш не научится сосать из соски или из груди, питание поступает к нему через зонд. Зонд представляет тоненькую пластиковую трубочку, которую проводят в желудок через нос или рот. Иногда питание поступает к ребенку круглосуточно с помощью шприцевого насоса, который с маленькой скоростью подает его к малышу. Некоторых детей кормят через 2-3 часа небольшими объемами питания. По мере усвоения питания и взросления крохи, объем подаваемого молока или смеси увеличивается. Это происходит до тех пор, пока малыш не сможет полностью усваивать необходимое количество питания. В отличие от доношенных детей, рекомендованы соски-пустышки для недоношенных крох. Это помогает развивать сосательный рефлекс и легче переносить болезненные манипуляции.

8. Массаж: на организм маленького ребенка массаж оказывает разностороннее и благотворное влияние. Под воздействием массажа от нервных окончаний кожи в мозг поступает огромное количество импульсов, оказывающих тонизирующее воздействие на центральную нервную систему. Вследствие этого улучшаются ее основные функции, в том числе контроль над работой различных органов и систем. Такой уникальный и доступный тактильный раздражитель, как массаж, особенно важен в первые месяцы жизни ребенка. Он оказывает влияние на формирование положительных эмоций и развитие двигательных реакций. Что касается массажа ребенка до 12 месяцев, в нем используются практически все известные приемы классического «взрослого» массажа – поглаживание, растирание, разминание, потряхивание, ударные приемы и элементы акупунктуры. Разные приемы массажа оказывают на малыша различное

влияние. Так, мягкое растирание, разминание или поглаживание стимулирует процессы торможения, то есть успокаивающе действует на нервную систему. И напротив, пощипывание или поколачивание производит стимулирующий эффект. Массаж влияет не только на нервную систему малыша, но и на органы и системы, расположенные близко к коже, например на лимфатическую систему. Это ускоряет лимфоток, что способствует очищению тканей от вредных продуктов обмена, поэтому утомленные массажем мышцы отдыхают быстрее, чем даже при полном покое. После такого воздействия периферические капиллярные сосуды расширяются, что проявляется легким покраснением кожи. Кстати, именно этого эффекта нужно добиваться при проведении процедуры, так как приток крови обеспечивает питание и оздоровление кожи: она становится блестящей, розовой и эластичной. Что касается мышц, разные приемы массажа воздействуют на них неодинаково. Например, растирание, поглаживание и разминание вызывают их расслабление, а пощипывание и поколачивание – сокращение.

9. Режим дня: грамотно организованный распорядок дня пойдет на пользу и вам и ребенку. Важно, чтобы график не сильно расходился с естественным режимом малыша. Тогда это не нанесет ущерба его нервной системе и будет способствовать развитию полезных привычек, укреплению иммунитета, быстрому восстановлению сил и адаптации в социуме. Кроме того, ребенок, живущий по определенному графику, растет спокойным и дисциплинированным. Ведь он уверен, что в нужное время всегда сможет поесть, поспать или поиграть с родителями. Два основных пункта в графике новорожденного – это сон и кормление. Сон – основной регулятор жизненного ритма малыша. Надо помнить, что все проблемы с засыпанием скажутся на организации режима дня. Важно, чтобы ребенок спал не менее 3 раз днем (до 9 месяцев) и не менее 2 раз ночью (с 9 до 12 месяцев). Ночной отдых должен длиться не менее 11 часов. Норма сна для малыша 9 – 12 месяцев – не менее 14 – 15 часов в сутки.

Приучать к одному и тому же времени отхода ко сну можно с 2 месяцев, а к 3 – 4 месяцам – укладывать в кроватку, пока малыш не заснул, и он будет учиться засыпать самостоятельно.

Что касается кормления, то при грудном вскармливании, как правило, сохраняется вариант «по требованию». Со временем, в связи с взрослением и вводом прикорма, ребенок будет прикладываться к груди все меньше.

10. Потешки: даже если ребёнку всего несколько часов от рождения и до собственной речи ему очень далеко, с ним всё равно нужно общаться. Так, он знакомится с мамой и другими родственниками, чьи голоса уже слышал в утробе, узнаёт мир и ритм родного языка. На этом будет строиться его речь. Потешки – это короткие стишки для самых маленьких. Обычно в них рассказывается о части ежедневной рутины ребёнка. Например, про купание или одевание. Они ритмичные и мелодичные, поэтому легко воспринимаются. А ещё они показывают многообразие звуков родного языка и помогают установить режим, потому что выстраивается ассоциация между текстом и конкретным действием.

11. Купание: как же купать ребёнка, чтобы этот процесс был максимально полезен для его здоровья?

Для этого нужно: не фиксировать его надолго в удерживающих устройствах (стульчик, гамак, горка). Горка и гамак актуальны до 3-х месяцев. Стульчик можно использовать с 6-ти месяцев, но воды наливать по уровень подмышек.

Но лучше заинтересовать малыша купаться без него;

– обеспечить грудничку место для купание, в котором он свободно может менять позу. Поэтому купание во взрослой ванне - идеальный вариант.

Активная стимуляция двигательного развития малыша происходит во время купания в малом количестве воды. Это происходит так:

– взрослую ванну наливают небольшое количество проточной воды так, чтобы она была по уровню ушек ребёнка. Температуру подбираем

индивидуально с учетом привычки и «вкуса» малыша. Я рекомендую начинать с 36 – 37 градусов;

- на дно ванны кладем пеленку, чтобы грудничку было не жестко лежать, но это необязательно. Если малыша кладем на живот, то лучше постелить противоскользящий коврик;

- опускаем малыша в ванну и находимся рядом;

- в процессе купания подливаем тёплую воду. А после закутываем в полотенце, а ушки промакиваем ватной турундой.

Во время такого купания:

- ребёнок активно работает ручками и ножками - учится понимать возможности своего тела;

- укрепляются мышцы спины и шеи, если малыш лежит не на спине, а на животе. Если мама переживает, что грудничок будет пить воду, то первые разы можно аккуратно придерживать его за подбородок и не давать заглатывать воду. Со временем малыш привыкнет и потеряет интерес к питью;

- тренируются мышцы рук во время лежания на животе. Это способствует появлению опоры на прямые руки;

- происходит стимуляция появления четверенек. Ребёнок стремится поднять живот над водой (купаясь, лёжа на животе).

Так как, в рамках исследования, мы рассматриваем работу логопеда с родителями, воспитывающими детей с высоким риском нарушения психоречевого развития, в составленных рекомендациях мы акцентировали внимание на психоречевом аспекте проблемы.

Задачами работы учителя – логопеда в младенческий период онтогенеза являлись [6]:

1. Создание предпосылок развития речи, так как это является условием для речевого развития детей и обеспечивает полноценную речевую среду;

2. Употребление речи, соответствующей нормам русского языка: говорят голосом нормальной громкости, нормальном темпе, используют естественную артикуляцию, соблюдают нормы орфоэпии;

3. Стимулирование речевого развития, вызывая поисковый, познавательный интерес;

4. Стимулирование развития эмоционального общения, используя оттенки крика, плача, кряхтения ребёнка для установления общения и успокаивание ребёнка, опираясь на слуховое внимание к звучащей речи, интонации, голосу, на зрительное восприятие ребёнком говорящего;

5. Дополнение речи естественными жестами, мимикой лица, указаниями на предметы;

6. Обучение детей различать интонацию: побуждающую, одобрительную, запрещающую, подкрепляя интонацию соответствующей мимикой лица и естественными жестами;

7. Наблюдение за развитием понимания высказывания взрослого, опираясь на смысловую завершенность интонации и ритма;

8. Вызывать у ребёнка слуховое восприятие речи – отражённо повторять или называть новые звуки, слоги, слова, связанные с предметом, игрушкой, которая привлекает ребёнка, на которую он направляет свой взгляд,

9. Называть различные предметы и предлагать ребёнку показать их, выполнить простые действия с ними (Где зайка? Возьми зайку.);

10. Комментировать поведение ребёнка, стимулируя вокализацию, мимику лица (на основе подражательной деятельности);

11. Формировать взаимосвязь между движением и его словесным обозначением, комментируя действия ребёнка и собственный образец речью, включая движения и задания «покажи», «дай»;

12. Поощрять интерес ребёнка к ритмическим движениям, ритмические движения сопровождать песенками, потешками, стихами

двусложных размеров, стимулируя ребёнка к подражанию движениям, речи взрослого;

Поощрение речевых реакций детей:

1. Рассматривая предметы, игрушки, картинки, имитировать действия, голос, способ общения, «речь» персонажей, животных;
2. Следить за выполнением простейших инструкций, дополненных жестами;
3. Комментировать речью все действия ребёнка и свои собственные;
4. Организовывать игровые упражнения с движущимися предметами, игрушками, машинами, мячом, сопровождая действия односложными ритмическими словами, типа бах, би-би, ба-ба, тук и т.д.;
5. Поддержание и развитие имитационных отражённых слоговых цепей в период развития лепета, внимательно наблюдая за формированием лепета как этапа речевого развития.

Пропущенные или недооценённые отклонения в развитии ребёнка в этом возрасте, в дальнейшем нередко приводят к разным степеням нарушенного психофизического, интеллектуального и речевого развития. Поэтому проведение наблюдения за детьми в этот период развития необходимо с целью выявления отклонений в развитии.

Сами рекомендации организованы в виде информационного буклета (Приложение 3), реализация которых планируется осуществляться в рамках коррекционно – профилактических бесед на базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных Областного Перинатального Центра города Челябинск. Также, для родителей оформлен буклет «Центры медицинской реабилитации для детей г. Челябинска», в котором отображено: название центра, контактный номер, электронная почта, адрес и ссылка на сайт.

Восприятие сенсорной информации и способность к скорому накоплению практического опыта также могут быть нарушены. Ребенок может иметь трудности в ощущении и интерпретации сенсорной

информации, что может влиять на его способность к обучению и взаимодействию с окружающим миром.

В настоящее время можно выделить следующие методы восстановительного лечения в отделении реанимации интенсивной терапии для новорожденных детей:

- медикаментозные;
- немедикаментозные;
- иммунопрофилактические
- нутритивная поддержка;
- психолого – педагогическая коррекция [3].

На этапах лечения и реабилитации у недоношенных детей с перинатальной патологией есть определенные сложности в осуществлении терапии, так как требуется учитывать целостный организм и подбирать адекватную дозировку медицинских препаратов. Кроме того, контроль эффективности применения препаратов затруднен из-за особенностей фармакокинетики и фармакодинамики у таких пациентов. Еще одной проблемой является ограниченный выбор фармакологических препаратов, разрешенных для использования у детей грудного возраста, так как многие из них имеют возрастные ограничения. Поэтому требуется дальнейшее развитие методов восстановительного лечения.

Уделяется особое внимание абилитационно – профилактической работе в отделении реанимации новорожденных, особенно у детей с высоким риском нарушения психоречевого развития. Важно принимать все необходимые меры для предотвращения или снижения возможных психологических проблем у этих детей.

В работе с такими новорожденными обеспечивается индивидуальный подход и поддерживающая среда (Приложение 4). Раннее вовлечение в реабилитационные программы и коррекционные мероприятия может помочь сократить возможные негативные последствия и способствовать оптимальному психологическому развитию.

Команда специалистов (Приложение 5), включающая в себя врачей, психологов, реабилитологов и других профессионалов, работает сообща, сотрудничая и обмениваясь информацией и опытом для достижения наилучших результатов в коррекционно-профилактической работе с этими детьми.

Предотвращение возможных нарушений психоречевого развития и обеспечение оптимальной поддержки для детей с высоким риском – это общая задача отделения.

Для достижения наибольшей эффективности в снижении частоты формирования инвалидизирующих состояний у детей с последствиями перинатального поражения ЦНС можно выделить следующие общие принципы реабилитации:

1. Раннее начало реабилитации в отделении реанимации, включая недоношенных детей с экстремально низкой массой тела при рождении;

2. Индивидуальный подход с позиций целостного организма ребенка с учетом возраста, степени зрелости, тяжести течения основной патологии, совокупности сочетанных заболеваний, индивидуальных конституционально-генетических характеристик;

3. Комплексное сочетание различных методик – медикаментозных, физических, психолого-педагогических, иммунопрофилактических и нутрициологических;

4. Важна преемственность между различными этапами реабилитации с соблюдением логичной последовательности. Последовательное использование различных приемов и способов коррекции в процессе реабилитации, начиная с отделения реанимации и продолжением в стационарах I, II, III (психоневрологическое отделение или отделение реабилитации недоношенных детей с возможностями использования дневного стационара) этапа выхаживания, в звене амбулаторно – поликлинической службы и обязательно в семье больного ребенка, позволит

максимально реализовать реабилитационный потенциал с улучшением неврологических исходов в будущем [1].

### Выводы по второй главе

Вторая глава выпускной квалификационной работы была посвящена практическому осмыслению коррекционно – профилактической работы с родителями, воспитывающими детей первого года жизни с высоким риском нарушения психоречевого развития. Большое внимание уделяется организации работы отделения реанимации и интенсивной терапии новорождённых ГБУЗ «Областного Перинатального Центра», раннему диагностированию высокого риска и начальных стадий нарушения психоречевого развития детей, дальнейшей организации коррекционно-профилактической работы с родителями данной категории новорождённых.

В рамках первого параграфа была решена задача анализа действующей системы диагностики и выявления нарушений психоречевого развития на первом году жизни. Проанализирован ряд существующих систем диагностирования, а также контингент новорождённых в медицинском аспекте. Как было замечено, характер заболеваний в большей степени влияет на возникновение в последующем различных нарушений психоречевого развития детей.

В рамках второго параграфа акцентировано внимание на решении следующей задачи – изучение работы отделения реанимации и интенсивной терапии новорождённых с родителями, воспитывающими детей, с высоким риском нарушения психоречевого развития. Так как на базе отделения основное внимание уделяется работе с новорождёнными, рассмотрены некоторые методы совместной работы с родителями, помогающей в реабилитации детей. А также изучены особенности работы с родителями в рамках психологического аспекта.

В рамках третьего параграфа составлены психолого-педагогические и коррекционно – профилактические рекомендации родителям, воспитывающим детей с высоким риском нарушения психоречевого развития, и, как следствие, решили последнюю задачу исследования.

В заключение хочется отметить, что коррекционно – профилактическая работа с родителями, воспитывающими детей с высоким риском нарушения психоречевого развития, является неотъемлемой частью обеспечения их оптимального развития. Постоянное совершенствование навыков специалистов, обучение и информационное просвещение, способствует созданию более благоприятных условий для реализации потенциала каждого ребенка и обеспечению их полноценного будущего.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе выпускной квалификационной работы были решены следующие задачи:

1. Проведен анализ клинико-психолого-педагогической характеристики детей первого года жизни, с высоким риском нарушения психоречевого развития;
2. Изучены особенности и виды нарушений психоречевого развития;
3. Проведен анализ коррекционно-профилактической работа отделения реанимации новорождённых детьми, с высоким риском нарушения психоречевого развития;
4. Проведен анализ действующей системы диагностики в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных и выявления нарушений психоречевого развития на первом году жизни;
5. Изучена работа отделения реанимации новорождённых с родителями, воспитывающими детей, с высоким риском нарушения психоречевого развития;
6. Разработаны методические рекомендации для родителей, воспитывающих детей первого года жизни с высоким риском нарушения психоречевого развития.

Первая глава работы послужила теоретическим базисом для дальнейшего изучения темы, был осуществлён анализ медико-психолого-педагогической характеристики детей с высоким риском нарушения психоречевого развития на первом году жизни, факторов и причин отклонений, а также коррекционно-профилактической работы с новорождёнными.

Было выявлено, что работа с родителями данной категории является обязательным средством при работе с детьми. Именно родители становятся первичными агентами социализации, «проводниками» в реальный мир, первыми воспитателями и педагогами. Совместная работа логопедов,

дефектологов, психологов служит скорейшему восстановлению важнейших психо – физиологических функций детского организма.

В рамках второго параграфа, проанализировали работу отделения реабилитации и интенсивной терапии новорождённых, действующую систему диагностирования и составили методические рекомендации в форме буклетов, где поместили некоторые логопедические и психолого-дефектологические советы, обучающие родителей взаимодействию с детьми.

В заключение хочется отметить, что работа логопеда с родителями, воспитывающими детей с высоким риском нарушения психоречевого развития, имеет огромное значение и потенциал в предотвращении и коррекции возможных проблем. Родители являются ключевыми фигурами в жизни ребенка, и их активное участие в процессе логопедической работы может значительно повысить эффективность терапии. Взаимодействие между логопедом и родителями должно строиться на уважении, взаимопонимании и сотрудничестве. Логопед может обучать родителей специальным методикам и приемам, которые они смогут применять в повседневной жизни с ребенком. Такой подход позволит создать благоприятную обстановку для развития ребенка и максимально использовать его потенциал. Работа с родителями также помогает создать поддерживающую сеть для семьи, где они могут получить информацию, консультацию и эмоциональную поддержку. Важно помнить, что каждая семья уникальна, и логопед должен учитывать индивидуальные потребности и возможности каждой из них. Работа логопеда с родителями является неотъемлемой частью комплексной поддержки и помощи детям с высоким риском нарушения психоречевого развития, и ее значимость не должна недооцениваться.

Результаты выпускной квалификационной работы должны помочь при дальнейшем формировании и развитии системы коррекционно – профилактической работы различных специалистов, взаимодействующих

как с детьми, так и с семьями детей с высоким риском нарушения психоречевого развития и детей с уже проявившимися нарушениями.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абдуллаева Г.М. Состояние здоровья недоношенных детей на первом году жизни (по данным кабинета Катамнеза) / Г.М. Абдуллаева, Н.Р. Хайрулина // Российский педиатрический журнал, 2022. – Т. 3. - № 1. – 41 с.
2. Аксарина Н.М. Воспитание детей раннего возраста / Н. М. Аксарина - 3-е изд., испр. и доп. // Москва: Медицина, 1977.
3. Андрущенко Н.В. Оптимизация выхаживания недоношенных новорожденных на госпитальных этапах ранней помощи при поддержке детско-родительских отношений / Н.В. Андрущенко, В.О. Аникина, А.С. Иова, А. В. Каган, Е.Ю. Крюков, Е.В. Плотникова, О.В. Потешкина, Д.И. Черного, Р.Ж. Мухамедрахимов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2021. - Т. 121. - № 10. - С. 123-130.
4. Болотникова О.П., Козлова А.Ю. Психология детей с проблемами в развитии: электронное учебно-методическое пособие / О.П. Болотникова, А.Ю. Козлова // Тольятти: Изд-во ТГУ, 2018. – 1 оптический диск.
5. Дети «группы риска». – URL: <http://womanadvice.ru/deti-gruppy-riska>. – Текст : электронный.
6. Евсюкова И.И. Недоношенные дети: актуальные проблемы выхаживания и профилактики неблагоприятных последствий / И.И. Евсюкова // Журнал акушерства и женских болезней, 2021. – Т. 70. - № 3. – С. 93 – 102.
7. Жевнеронок И.В. Факторы риска нарушения речевого развития у детей в возрасте до трёх лет / И.В. Жевнеронок, Л.В. Шалькевич, О.Ю. Лемеш // Оториноларингология. Восточная Европа, 2020. – Т. 10. - № 4. – С. 377 – 383.

8. Иванова О.А. Нормы психоречевого развития недоношенных детей: обзор проблемы / О.А. Иванова // Вестник психофизиологии, 2022. – Т. 2. - № 1. – С. 17 – 28.
9. Каладзе Н.Н. Реабилитация поздних недоношенных детей, перенесших церебральную ишемию / Н.Н. Каладзе, О.Н. Рыбалко // Вестник физиотерапии и курортологии, 2021. – Т. 27. - № 4. – С. 52 – 56.
10. Крючкова Т.А. Факторы риска задержки речевого развития у детей раннего и дошкольного возраста / Т.А. Крючкова // Российский педиатрический журнал, 2021. – Т. 24. - № 5. – С. 323 – 327.
11. Лазуренко С.Б. Организация в учреждениях системы здравоохранения коррекционно-педагогической помощи детям с поражением ЦНС: методическое письмо / С.Б. Лазуренко // Москва: Изд-во ФГУП ЦБНТИ Росздрава, 2008. - 60 с.
12. Лебединский В.В. Нарушения психоречевого развития у детей / ULR: [https://lib.uni-dubna.ru/search/files/psy\\_lebedinsky/~psy\\_lebedinsky.htm](https://lib.uni-dubna.ru/search/files/psy_lebedinsky/~psy_lebedinsky.htm)
13. Менщикова А.А. Особенности раннего неонатального периода детей, рождённых с использованием вспомогательных репродуктивных технологий / А.А. Менщикова, А.А. Долгополова // Российский педиатрический журнал, 2023. – Т. 26. - № S2. – С. 56 – 57.
14. Намазова-Баранова Л.С. Нейробиологические основы возникновения и восстановительного лечения перинатального поражения ЦНС у детей / Под ред. Л.С. Намазовой-Барановой // Москва: Изд-во ПедиатрЪ, 2016. - 184 с.
15. Отчет о работе за 2023 год / А.А. Облицовой – мед.сестры палат. ОРИТН ГБУЗ «ОПЦ» г. Челябинск
16. Отчет о работе отделения реанимации и интенсивной терапии новорождённых за 2023 год
17. Павлюкова Е.В. Возможности профилактики и восстановительного лечения последствий перинатального поражения центральной

- нервной системы у недоношенных детей / Е.В. Павлюкова, И.В. Давыдова, С.Б. Лазуренко, Г.В. Яцык, О.М. Конова, Е.П. Зимина // Педиатрическая фармакология, 2018. – Т. 15. - № 2. – С. 159 – 165.
18. Печора К.Л. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях: кн. для воспитателя детского сада / К. Л. Печора, Г. В. Пантюхина, Л. Г. Голубева // Москва: Просвещение, 1986.
19. Приходько О.Г. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития у детей первых лет жизни / О.Г. Приходько, О.В. Югова // Москва: Изд-во Специальное образование, 2016.
20. Смирнова Е.О. Диагностика психоречевого развития детей от рождения до 3 лет : метод. пособие для практических психологов / Е. О. Смирнова, Л. Н. Галигузова, Т. В. Ермолова, С. Ю. Мещерякова // Санкт-Петербург: Детство-пресс, 2005.
21. Совместное пребывание ребенка с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии — важная составляющая положительного терапевтического эффекта: методическое пособие для специалистов отделений реанимации и интенсивной терапии и организаторов здравоохранения / Под редакцией В.В. Лазарева // Москва: ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, 2016. - 40 с.
22. Статистический сборник Здравоохранение в России - 2019. Часть 2. Состояние здоровья населения (дети) / URL: [Медицинская энциклопедия \(resursor.ru\)](http://resursor.ru)
23. Стребелева, Е. А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии: пособие для педагога-дефектолога и родителей / Е. А. Стребелева, Г. В. Мишина // Москва: Парадигма, 2010.
24. Томилова Е.А. Показатели нервно-психоречевого и психомоторного статуса у новорождённых в позднем неонатальном периоде // Вестник ВГМУ, 2020. - № 1 (73). - С. 120-123.

25. Туровская Н.Г. Неврологическая и психологическая оценка развития ребенка первого года жизни / Н.Г. Туровская, О.В. Курушина, В.В. Деларю // Волгоград: Изд-во Весник ВГМУ, 2015. - № 4(56). – С. 3 – 8.
26. Усеинова Г.Г. Нервно-психоречевого развитие недоношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении / Г.Г. Усеинова // Global Science and Innovations: Central Asia, 2021. – Т. 2. - № 12 (12). – С. 6 – 11.
27. Фрухт Э. Л. Развитие начальных форм общения между детьми на первом году жизни / Э. Л. Фрухт // Проблемы периодизации развития психики в онтогенезе: Тез. Всесоюз. симпозиума. – Москва : [б. и.], 1976. – С. 122-123.
28. Фрухт Э. Л. Все формируется впервые (первый год жизни) / Э. Л. Фрухт // Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях / Под ред. К. Л. Печора, Г. В. Пантюхина, Л. Г. Голубева. – Москва : Просвещение, 1986. – С. 12-20.
29. Фрухт Э. Л. Группы риска детей по нервно-психическому развитию // Справочник врача по профилактической педиатрии / Э. Л. Фрухт / Под ред. д.м.н. В. А. Доскина. – Москва : РМАПО, 1995. – 190 с.
30. Фрухт Э. Л. Динамика нервно-психического развития недоношенных детей / Э. Л. Фрухт // Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста / Под ред. проф. В.А. Доскина. – Москва : ВУНМЦ, 1996. – С. 68-69.
31. Шакирова К.П. Выхаживание недоношенных детей с использованием современных технологий ухода / К.П. Шакирова, Г.Н. Чистякова, И.И. Ремизова, Л.С. Устьянцева, В.Е. Рюмин // Лечение и профилактика, 2020. – Т. 10. - № 1. – С. 36 – 40.
32. Шпицына Л. М. Коррекционная педагогика: психолого-педагогические консультации и сопровождение развития ребенка / Л. М. Шпицына. – Москва : Просвещение, 2003 – 528 с.

## ГЛОССАРИЙ

**АСЦИТ** – это накопление жидкости внутри брюшной полости;

**АТРОФИЯ** – это необратимое изменение кожи, характеризующееся уменьшением её объёма, а также качественными изменениями её ткани, особенно эластических волокон;

**БРОНХОСПАЗМ** – это патологическое состояние, возникающее в результате сужения просвета бронхов среднего и малого калибра, обусловленного спазмом гладкомышечных волокон, отёком слизистой оболочки и нарушением дренажной функции дыхательных путей;

**ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ (ВЖК)** – это кровотечение в боковые и третий или четвертый желудочек мозга;

**ГАСТРОШИЗИС** – это рождённый дефект передней брюшной стенки, при котором через расщелину из брюшной полости выпадают петли кишечника;

**ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ** – это введение эндотрахеальной трубки в трахею с целью обеспечения проходимости дыхательных путей;

**КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ВЕН** – это манипуляция, которая обеспечивает доступ к кровеносным сосудам;

**ЛЕЧЕБНО – ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕРМИЯ** – это одна из перспективных методик, позволяющих снизить неблагоприятные последствия поражения центральной нервной системы. Тело младенца охлаждается ниже 33<sup>0</sup>С. Ректальная температура снижается до 34 – 35<sup>0</sup>С;

**ОЧЕНЬ НИЗКАЯ МАССА ТЕЛА** – это ребенок любого срока гестации с массой тела при рождении менее 1500 г.;

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ** – это статистический показатель, отражающий все случаи смерти плода или новорожденного в период от 24-й недели беременности до полных 7 суток после рождения;

**ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ** – это роды, случившиеся от 22 до 37 недель беременности;

**РАННЯЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ** – это количество детей, умерших в первые полные 7 суток жизни (178 часов) на 1000 новорожденных;

**СЕПСИС** – это тяжелое патологическое состояние, которое описывается, как нахождение возбудителя (микроба или грибков) в крови;

**ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ** – это заболевание, характеризующееся нарушением структуры печени за счет разрастания соединительной ткани; проявляется функциональной недостаточностью печени;

**ЦИТОМЕГАЛОВИРУС (ЦМВ)** – это вирусное инфекционное заболевание человека, возбудителем которого является ДНК-содержащий цитомегаловирус человека из семейства герпесвирусов;

**ШКАЛА АПГАР** – это система быстрой оценки состояния новорождённого;

**ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКАЯ МАССА ТЕЛА** – это ребенок любого срока гестации с массой тела при рождении менее 1000 г.;

**ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММА (ЭЭГ)** – это диагностическое исследование состояния нервной системы, основанное на регистрации биоэлектрических потенциалов коры головного мозга в процессе обычной жизнедеятельности.

## **СПИСОК ПРИЛОЖЕНИЙ**

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 – Здание ГБУЗ «ОПЦ» и отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных;

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 – Новорожденные разного гестационного возраста, имеющие дыхательные нарушения, с тяжелыми нарушениями функций жизненно – важных органов, новорожденные с различными пороками внутриутробного развития, врожденными инфекциями и хирургическими патологиями (до перевода в хирургический стационар или проведения оперативного лечения на месте), новорожденные с декомпенсированными метаболическими и эндокринными нарушениями;

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 – Буклеты для родителей с методическими рекомендациями и центрами реабилитации г. Челябинск

ПРИЛОЖЕНИЕ 4 – Поддерживающая среда для новорожденного

ПРИЛОЖЕНИЕ 5 – Команда специалистов отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1



Главный вход ГБУЗ «ОПЦ»



Вход в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2



**28 – 29 недель**

**Тяжелейший порок сердца**



**33 – 34 недели**

**Тазовое предлежание**



**22 – 23 неделя**

**Преждевременные роды**



**19 – 20 недель**

**Преждевременные роды**



**37 – 38 недель**

**Патология: Ахондроплазия  
(патология трубчатых костей)**



**34 – 35 недель**

**Врожденная аномалия полости рта  
(наличие нижних центральных резцов )**



**24 – 25 недель (на фото 3 месяца)**

**Цирроз печени, желудочное кровотечение,  
асцит, цитомегаловирус, бронхоспазмы**



**22 – 23 недели (на фото 2 месяца)**

**Цитомегаловирус, сепсис**



**Труп – 26 – 27 недель (на фото 1 месяц)**

**Причины смерти: врожденный цитомегаловирус, сепсис, бронхоспазмы**



**39 – 40 недель**

**Врожденная частичная атрофия кожи левой ноги**



**37 – 38 недель**

**Врожденная патология «Гастрошизис»**



**27 – 28 недель**

**Преждевременные роды**



**27 – 28 недель  
Преждевременные роды**



**40 – 41 неделя**

**Тяжелые роды. Рождение ребенка на 1 балл по шкале Апгар. Дыхательная недостаточность. Судороги. 3 дня лечебно – терапевтической гипотермии. Угнетенное состояние. Внутрижелудочковое кровоизлияние III степени. Результаты электроэнцефалограммы (ЭЭГ): работа головного мозга не удовлетворительная. При данном заключении ЭЭГ, врачи неврологи ставят высокий риск возникновения у ребенка детского церебрального паралича в будущем. Что происходит в большинстве случаев.**

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3

<p><b>3. Областной центр медицинской реабилитации «Огонек»</b></p> <p><b>Тел:</b> +7 (351) 700-05-45, +7(919) 355-45-25 <b>Эл. почта:</b> <a href="mailto:odpnb1_reg@mail.ru">odpnb1_reg@mail.ru</a> <a href="mailto:odpnb1@mail.ru">odpnb1@mail.ru</a></p> <p><b>Адрес:</b> г. Челябинск, ул. Приборостроителей 18а <b>Режим работы:</b> <u>пн-пт</u> 08:00–17:00, перерыв 12:00–13:00 <b>Сайт:</b> <a href="http://med-ogonek.ru">med-ogonek.ru</a></p> <p><b>4. Медицинский центр «Сакура»</b></p> <p><b>Тел:</b> +7 (351) 225-33-15, +7 (351) 210-11-30 <b>Эл. почта:</b> <a href="mailto:sakura.med@mail.ru">sakura.med@mail.ru</a></p> <p><b>Адрес:</b> г. Челябинск, ул. Захаренко, 18 <b>Режим работы:</b> <u>пн-пт</u> 08:00–19:00; сб 08:00–13:00 <b>Сайт:</b> <a href="http://lecheniedp.ru">lecheniedp.ru</a></p> <p><b>5. НИИ «Дети Индиго»</b></p> <p><b>Тел:</b> +7 (8352) 28-58-24, +7 (351) 734-55-63 <b>Эл. почта:</b> <a href="mailto:detiindigo74@fzmed.ru">detiindigo74@fzmed.ru</a></p> <p><b>Адрес:</b> г. Челябинск, ул. Университетская набережная, 34 <b>Режим работы:</b> <u>Пн-Пт:</u> 8:00-20:00 Сб-Вс: 8:00-19:00 <b>Сайт:</b> <a href="http://deti-indigo74.ru">deti-indigo74.ru</a></p>	<p><b>6. Медицинский центр «Кия»</b></p> <p><b>Тел:</b> +7 (351) 214-42-22, +7 (952) 504-96-43 <b>Эл. почта:</b> <a href="mailto:kiya.deti@mail.ru">kiya.deti@mail.ru</a></p> <p><b>Адрес:</b> г. Челябинск, ул. просп. Победы, 290Б <b>Режим работы:</b> <u>пн-пт</u> 09:00–20:00; сб 09:00–16:00 <b>Сайт:</b> <a href="http://kiya74.ru">kiya74.ru</a></p> <p><b>7. Медицинский центр «Реацентр»</b></p> <p><b>Тел:</b> +7 (900) 947-37-88, +7 (351) 217-21-73, +7 (800) 222-26-02 <b>Эл. почта:</b> <a href="mailto:geacenter-vopros@mail.ru">geacenter-vopros@mail.ru</a></p> <p><b>Адрес:</b> г. Челябинск, ул. Комсомольская, 18А <b>Режим работы:</b> <u>пн-пт</u> 08:00–20:00 <b>Сайт:</b> <a href="http://geacenter.ru">geacenter.ru</a></p> <p><i>«Любите, ничего не прося взамен за все то, что делаете для него. Когда-нибудь он, став взрослым, отдаст все, что вы ему дали, своим детям, вашим внукам»</i></p>	 <p><b>ЦЕНТРЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ В Г. ЧЕЛЯБИНСК</b></p> <p><i>«Любите всегда помня о том, что ребенок – это данная вам свыше драгоценная чаша для разведения и хранения в ней творческого огня»</i></p> <p>Г. Челябинск 2023г</p>
<p><i>«Любите, принимая ребенка любым: удачливым и неудачливым, красивым и некрасивым, ибо все в мире относительно. Только истинная любовь – абсолютна»</i></p> <p>Реабилитационный центр целостно решает проблему коррекционно-реабилитационной работы, ориентируя ее как на ребенка, оказавшегося в трудной жизненной ситуации, так и на его семью. Реабилитационные мероприятия побуждают ребенка к развитию активности, самостоятельности, ответственности, признавая за ним право на свободную оценку различных аспектов социальной жизни, на основе приобщения его к труду, и досуговой деятельности.</p> <p>Особенно важным является восстановление способности ребенка к его дальнейшему развитию. Для этого необходимо понимание того, что стало первопричиной дезадаптации, какие факторы воздействуют на ребенка в настоящий момент, в каком направлении и на каком уровне развития произошла задержка.</p>	<p>Вместе с тем, важно выявить сохранные стороны психики ребенка. Для решения данных вопросов, дети проходят первичную диагностику, в процессе которой, воспитатели получают сведения о социальном и психологическом статусе ребенка, затем собирается медико-психологический консилиум, где суммируется вся полученная информация и создается специальная программа по реабилитации.</p> <p>Основными задачами реабилитационного центра являются:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Создание условий для развития социального, интеллектуального, физического потенциала ребенка и формирование личностных социально значимых качеств.</li><li>2. Разработка, апробирование и внедрение новых подходов к учебно-воспитательному процессу.</li></ol>	<p>3. Оказание комплексной помощи и обеспечение поддержки семье ребенка</p> <p><b>ВАШЕМУ ВНИМАНИЮ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ СПИСОК ЧАСТНЫХ И ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ Г. ЧЕЛЯБИНСК:</b></p> <p><b>1. ГБУЗ центр медицинской реабилитации «Вдохновение»</b></p> <p><b>Тел:</b> +7 (351) 253-73-45, +7 (951) 257-20-80 +7 (351)778-15-09, +7 (951) 257-20-17 <b>Эл. почта:</b> <a href="mailto:vdoh.energ@mail.ru">vdoh.energ@mail.ru</a>, <a href="mailto:vdoh.smirn@mail.ru">vdoh.smirn@mail.ru</a></p> <p><b>Адрес:</b> г. Челябинск, ул. Энергетиков, д. 38 г. Челябинск, ул. Смирных, д. 19 <b>Режим работы:</b> <u>пн-пт</u> 08:00–16:00 <b>Сайт:</b> <a href="http://centr74vdohn.ru">centr74vdohn.ru</a></p> <p><b>2. МБУ Со СРЦ Здоровье</b></p> <p><b>Тел:</b> +7 (351) 214-03-93 <b>Эл. почта:</b> <a href="mailto:zdr74@mail.ru">zdr74@mail.ru</a></p> <p><b>Адрес:</b> г. Челябинск ул. Доватора, д. 1а <b>Режим работы:</b> <u>пн-пт</u> 08:00–17:00, <u>пт</u> 08:00–16:00, перерыв 13:00–14:00 <b>Сайт:</b> <a href="http://rczdr74.ru">rczdr74.ru</a></p>

### Буклет для родителей «Центры медицинской реабилитации для детей г. Челябинск»

холодно, оптимальная температура – 21 – 22°C)

7. Чаще гуляйте на свежем воздухе

8. Чаще читайте ребенку сказки, потешки, рассматривайте вместе картинки

9. Говорите с ребенком как можно чаще. Рассказывайте обо всем на свете, даже если кажется, что он не слушает или не понимает вас.

10. Еще с самого рождения необходимо начинать правильный уход. Уход за пупочным остатком. Необходимо правильно обрабатывать пупочное кольцо, чтобы не допустить попадание инфекции в кровь

11. Проведение курсов массажа. Желательно, обратиться к специалисту, так как самомассаж может не дать тех результатов, на которые рассчитывают родители

12. Заботьтесь о себе. Следите за своей внешностью, поведением, эмоциональным самочувствием. Ваше самочувствие, здоровье и настроение – основа качества жизни вашей семьи. Видя вас бодрыми, веселыми, верящими в лучшее, ребенок станет чаще улыбаться, будет более оптимистичным, научится справляться с трудностями.

13. Поддерживайте психологически благоприятный климат в семье, дружеские отношения с близкими, родственниками, друзьями и

знакомыми.

14. Доброжелательно, спокойно, терпеливо и уверенно реагируйте на интерес посторонних к вашему ребенку в присутствии незнакомых людей и вашего ребенка. Это позволит детям сформировать такой же стиль поведения и отношений.

Если нужно, обращайтесь за помощью к таким же родителям, помогайте друг другу, делитесь переживаниями, поддерживайте друг друга. Преодолеть сложный период может помочь психолог, социальный работник или те родители, у которых ребенок с похожим отклонением в развитии, и они успешно преодолели трудный период.

Общайтесь с родителями, у которых такие же дети, делитесь опытом, вашими успехами в обучении, воспитании, общении, перенимайте чужой опыт. Это поможет вам и детям найти друзей, спутников жизни. Тренируйте эффективные способы поведения.



С уважением, ГБУЗ  
«Областной  
перинатальный  
центр»



Государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
"Областной перинатальный центр"

**РИСК  
НАРУШЕНИЯ  
ПСИХОРЕЧЕВОГО  
РАЗВИТИЯ  
–  
НЕ ПРИГОВОР!**

**Методические  
рекомендации родителям,  
воспитывающими детей  
первого года жизни с  
высоким риском нарушения  
психоречевого развития**



#### Уважаемые родители!

Мы полностью понимаем, что воспитание и забота о ребенке с нарушениями психоречевого развития может представлять собой особые вызовы и трудности. Мы хотим обозначить, что вы не одни в этом пути и что мы здесь, чтобы поддерживать вас.

Ваша роль в жизни ребенка является одной из важнейших. Вы являетесь его опорой, наставником и источником любви и заботы. Однако, мы понимаем, что иногда у вас могут возникать эмоции и ощущения, которые могут быть сложными для вас. Именно поэтому мы хотим предложить вам некоторую психологическую поддержку, которая поможет вам справиться с этими эмоциями и научиться лучше разбираться в сложных ситуациях.

Во-первых, помните, что вы несете огромную ответственность, и нормально испытывать стресс и тревогу. Важно разрешить себе время для отдыха и самоухода.

Наконец, общение с другими с другими родителями, которые также

имеют детей с нарушениями психоречевого развития, может быть великим источником поддержки.

Мы хотим, чтобы вы знали, что мы гордимся вами и вашей самоотверженной работой по воспитанию ребенка с нарушениями психоречевого развития. Помните, что психологическая поддержка доступна для вас, и нет ничего стыдного в том, чтобы ее искать. Мы верим в вас и в вашу способность успешно справиться с трудностями.



Психоречевое развитие детей с высоким риском нарушения, может быть уникальным и требует особого внимания и поддержки со стороны родителей и специалистов.

Эти дети могут столкнуться с различными трудностями, такими как задержка речи, эмоциональные и поведенческие проблемы, социальные трудности и низкая самооценка. Они могут испытывать трудности в усвоении новых навыков, а также в адаптации к изменениям и разным ситуациям.

Для поддержки психоречевого развития этих детей, родители и специалисты могут применить

различные стратегии и подходы:

1. Важно предоставить детям структурированную и предсказуемую среду, где они могут учиться, играть и развиваться.

2. Регулярный распорядок дня и ясные ожидания помогут им ориентироваться и чувствовать себя более уверенно.

3. Важно создать поддерживающую и доброжелательную атмосферу, где дети могут выражать свои эмоции и чувства.

4. Родители и специалисты должны быть готовы выслушать их, быть эмоционально доступными и показывать любовь и понимание.

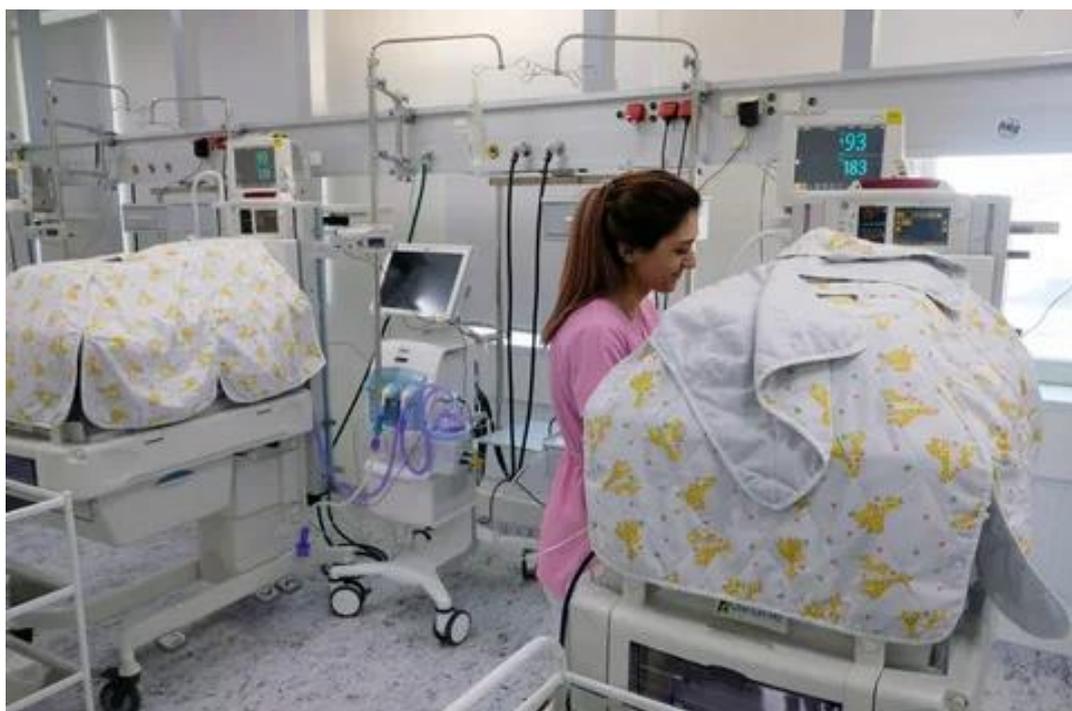


5. Игровая терапия, психологические игры и разнообразные мультимедийные материалы могут использоваться для стимулирования психоречевого развития и обучения детей с высоким риском нарушения психоречевого развития.

6. Проветривайте помещение, где находится малыш. Соблюдайте температурный режим (дома не должно быть слишком жарко и слишком

**Буклет для родителей «Методические рекомендации родителям, воспитывающими детей первого года жизни с высоким риском нарушения психоречевого развития»**

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4



**Специально созданные условия для поддержания жизни новорожденных**



## ПРИЛОЖЕНИЕ 5



**Специалисты отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГБУЗ «ОПЦ»**

