

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный детский
специалист по медицинской
реабилитации и санаторно-
курортному лечению

Д.м.н., профессор

С.А. Валиуллина

«16» июля 2018 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы №



«16» июля 2018 г.

**СИСТЕМА РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ. ЧАСТЬ 1**
/сниженный уровень сознания - вегетативный статус, минимальное сознание/

Методические рекомендации № 75

МОСКВА, 2018



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ»
/НИИ ИДХ и Т/

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

для врачей и специалистов междисциплинарных команд

**Система ранней комплексной психиатрической, психолого-педагогической
реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. Часть 1**
/сниженный уровень сознания - вегетативный статус, минимальное сознание/

Под ред. д.м.н., проф. Валиуллиной С.А.

Авторы: Валиуллина С.А., Сиднева Ю.Г., Закрепина А.В., Фуфаева Е.В., Быкова В.И.,
Тютюкина А.И., Аркатова Е.А., Боттаева Ж.С., Борисова Н.В., Браткова М.В.
Составитель презентационного материала: Тютюкина А.И.

**Москва,
Парадигма, 2018**

Приложение СД-диск.

Технический исполнитель: Бурцева М.В.
Свидетельство о государственной регистрации базы данных №2018620879 от 20 июня 2018 г.

УДК 612.8, 611,8
БКК 56.1
В15

Рекомендовано

*Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения города Москвы №4 от 16 мая 2018 года*

Коллектив авторов:

Валиуллина С.А.
Сиднева Ю.Г., Зацепина А.В., Браткова М.В.
Фуфаева Е.В., Быкова В.И., Топюкина А.И.,
Аркатова Е.А., Боттаева Ж.С., Борисова Н.В.,

Рецензенты:

Иванова Г.Е. доктор медицинских наук, профессор,
заведующая отделом медико-социальной реабилитации инсульта НИИ ЦВПИИ РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
заведующая кафедрой медицинской реабилитации ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, председатель Общероссийской
общественной организации содействия развитию медицинской реабилитации «Союз реабилитологов России»,
главный внештатный специалист по медицинской реабилитации Министерства здравоохранения Российской Федерации (Москва)

Никонов Е.Л. доктор медицинских наук,

заведующий кафедрой гастроэнтерологии Факультета дополнительного профессионального образования (ФДПО)
Российского национального исследовательского медицинского университета (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова, начальник Управления делами
и координации деятельности Департамента здравоохранения города Москвы, главный редактор журнала «Доказательная гастроэнтерология»,
член Центрального совета Российского научного медицинского общества терапевтов (РНИМОТ), г. Москва

Система ранней комплексной психиатрической, психолого-педагогической реабилитации детей с тяжелой травмой. Часть 1 /
сниженный уровень сознания - вегетативный статус, минимальное сознание /- методические рекомендации / Под ред. Валиуллиной С.А. – М.: «ПАРАДИГ-
МА», 2018. – 48 с.

ISBN 978-5-4214-0070-7

В методических рекомендациях «Система ранней комплексной психиатрической, психолого-педагогической реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой» представлена система на основе многолетнего научно-экспериментального и практического опыта отдела реабилитации НИИНДХИТ. Материалы включают три раздела, отражающие функции междисциплинарной команды на всех этапах раннего восстановления детей с тяжелой ЧМТ в состоянии сниженного уровня сознания. К тезисному изложению методического руководства прилагается CD-диск с подробным описанием системы ранней комплексной психиатрической, психолого-педагогической реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. Предназначен для врачей - неврологов, реабилитологов, нейрохирургов, педиатров, реаниматологов; специалистов - нейропсихологов, медицинских психологов, логопедов, педагогов-дефектологов, инструкторов-ЛФК и др., работающих с пациентами после тяжелой ЧМТ; будут полезны студентам, магистрантам, бакалаврам, изучающим вопросы восстановления и реабилитации пациентов после ТЧМТ.

© Коллектив авторов
© Издательство ПАРАДИГМА, 2018
Приложение - CD-Диск

ISBN 978-5-4214-0070-7

Коллектив авторов

Валиуллина С.А., доктор медицинских наук, профессор, врач-педиатр, заместитель директора, руководитель отдела реабилитации НИИИДХиТ; главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению Департамента Здравоохранения г.Москвы

Сиднева Ю.Г., кандидат медицинских наук, врач-психиатр, руководитель психолого-педагогической помощи отдела реабилитации НИИИДХиТ; врач группы психиатрических исследований НИМИЦ Нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко МЗ РФ

Закрепина А.В., доктор педагогических наук, член-корреспондент РАО, педагог-дефектолог, ведущий научный сотрудник НИИИДХиТ; главный научный сотрудник Института коррекционной педагогики Российской Академии Образования

Фуфаева Е.В., научный сотрудник, нейропсихолог, зав. психолого-педагогической помощи отдела реабилитации, НИИИДХиТ

Быкова В.И., научный сотрудник, медицинский психолог, психолого-педагогическое отделение отдела реабилитации, НИИИДХиТ

Тютюкина А.И., научный сотрудник, нейропсихолог, психолого-педагогическое отделение отдела реабилитации, НИИИДХиТ

Аркатова Е.А., логопед, психолого-педагогическое отделение отдела реабилитации, НИИИДХиТ; руководитель СППИСС, ГБОУ СКШ №869

Боттаева Ж.С., научный сотрудник, логопед, психолого-педагогическое отделение отдела реабилитации, НИИИДХиТ;
Борисова Н.В., научный сотрудник, логопед, психолого-педагогическое отделение отдела реабилитации, НИИИДХиТ;
ГБУЗ ГКБ им. И.В. Давыдовского

Браткова М.В., кандидат педагогических наук, старший научный сотрудник, педагог-дефектолог, психолого-педагогическое отделение отдела реабилитации, НИИИДХиТ; доцент МГПУ

От авторов...

Вы держите в руках оригинальный методический материал. Перед вами **тезисное изложение** структуры «Системы ранней комплексной психиатрической, психолого-педагогической реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой». Каждый раздел «Системы» подробно описан и представлен в электронном виде на прилагаемом **CD-диске**.

Мы, авторы методических рекомендаций (исследователи и практики в области реабилитации детей, участники междисциплинарной команды), предлагаем воспользоваться накопленным опытом в ходе научно-исследовательских, практических и экспериментальных разработок отделеия реабилитации НИИНДХиТ, г.Москва.

Часть 1 «Системы» посвящена вопросам организации и создания условий восстановления и реабилитационной помощи детям со сниженным уровнем сознания после ТЧМТ.

Рекомендуем использовать методические материалы не только при включении новой службы в структуру лечения и реабилитации детей с ТЧМТ, но и при оптимизации имеющихся ресурсов лечебно-восстановительного, образовательного и других видов учреждений.

Желаем успехов!

Содержание

1. Общая характеристика системы ранней комплексной психиатрической, психолого-педагогической помощи детям с тяжелой черепно-мозговой травмой.
2. Психиатрическая, психолого-педагогическая помощь при ТЧМТ детям в вегетативном состоянии.
3. Психиатрическая, психолого-педагогическая помощь при ТЧМТ детям в состоянии минимального сознания.

Литература (см.СD-диск).

Приложения (см.СD-диск).

Раздел 1

Общая характеристика системы ранней комплексной психиатрической, психолого-педагогической помощи детям с тяжелой черепно-мозговой травмой

- Социально-эпидемиологическое основание ТЧМТ у детей
- Психиатрическая, психолого-педагогическая реабилитация при ТЧМТ
- Этапность психиатрической, психолого-педагогической реабилитационной помощи в соотношении с периодизацией ТЧМТ
- Междисциплинарный подход к ранней психиатрической, психолого-педагогической реабилитации детей с ТЧМТ
- Включение членов семьи в реабилитационный процесс

Общая характеристика системы ранней комплексной психиатрической, психолого-педагогической помощи детям с тяжелой черепно-мозговой травмой

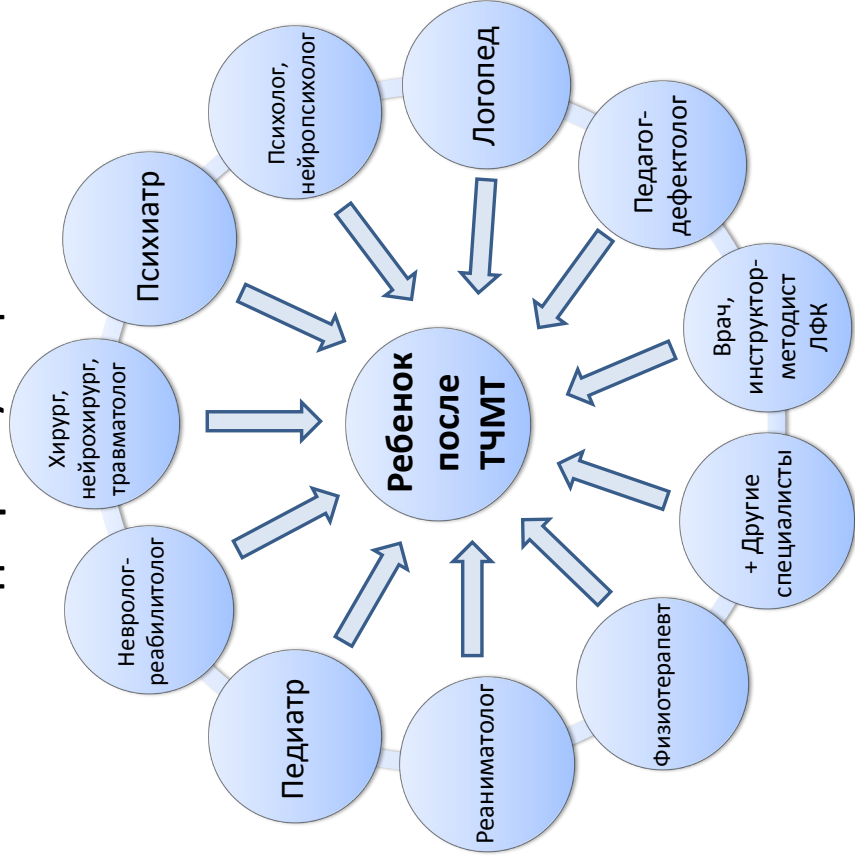
Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — это комплекс как внешних повреждений черепа (мягких тканей лица и головы, костей черепа и лицевого скелета), так и внутричерепных повреждений (вещества головного мозга, оболочек, сосудов, черепных нервов, нервных путей и др.), имеющих единый механизм и давность образования.

ЧМТ:

- социально-эпидемиологическая проблема
- обуславливает высокий уровень заболеваемости, смертности, госпитализации, инвалидизации
- одна из основных причин возникновения тяжелых неврологических и психических расстройств, требующих длительного лечения и реабилитации

В реабилитационном восстановительном процессе детей после ТЧМТ участвует большая **команда врачей/специалистов**.

Команда врачей/специалистов



Ранняя психиатрическая, психолого-педагогическая реабилитация при ТЧМТ

Цель - восстановление психической деятельности пациента в пределах остаточных органических, физических, функциональных, когнитивных повреждений

В организации системы приоритетны:

- этапность реабилитационной помощи в соответствии с периодизацией ТЧМТ
- междисциплинарный подход к лечению, сопровождению пациента
- включение членов семьи в реабилитационный процесс

Система ранней ППП помощи при ТЧМТ строго **дифференцирована** в зависимости от уровня сознания пациента. Имеется **специфика** в оказании помощи при ТЧМТ **детям в вегетативном состоянии, в состояниях минимального и ясного сознания.**

Социально-эпидемиологические данные ТЧМТ у детей

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является сегодня глобальной проблемой здравоохранения и общества в целом. Возникающие вследствие нее смертельные исходы и инвалидизирующие последствия приводят к значительному социальному и экономическому ущербу. От черепно-мозговой травмы особенно страдают дети.

На долю ЧМТ в структуре детского травматизма приходится 5%, что соответствует удельному весу ЧМТ в структуре травматизма всего населения - 5,6%. Уровень впервые выявленной заболеваемости детской ЧМТ с 2003 по 2010 г.г. вырос с 5,4 до 6,3 на 1000 детского населения, после чего стал снижаться, достигнув к 2016 году 4,7%. В среднем с 2009 г. показатель заболеваемости детской ЧМТ составлял 5,4 на 1000 детского населения, в т.ч. у мальчиков – 6,4%, у девочек – 4,4%. В целом на детей в возрасте 0-17 лет в общей структуре черепно-мозгового травматизма приходится 20,5%, что сопоставимо с удельным весом в 24,3%, который составляют дети в числе всех случившихся травм.

В России с 2009г отмечается незначительное снижение уровня госпитализации детей как по классу травм в целом, так и с ЧМТ (на 9%). При этом показатели госпитализированной заболеваемости детей с ЧМТ в возрасте до года возросли на 30%. Кроме того, 4-5% госпитализированных детей с травмой головы составляют дети в тяжелом состоянии, которые требуют в дальнейшем длительной, многоэтапной реабилитации.

На фоне стойкого снижения смертности от травм головы у детей в возрасте 0-17 лет, ярче представленных у мальчиков, отмечено двукратное увеличение доли детей первого года жизни. Каждый десятый ребенок, умерший от травм головы, был в возрасте первого года жизни.

Доля детей в возрасте 0-17 лет в структуре смертности всего населения от травм головы составляет также около 5%. В структуре смертности детей в возрасте 0-17 лет от травм и отравлений в целом на долю травм головы приходится около 22%, а в структуре младенческой смертности – около 16%.

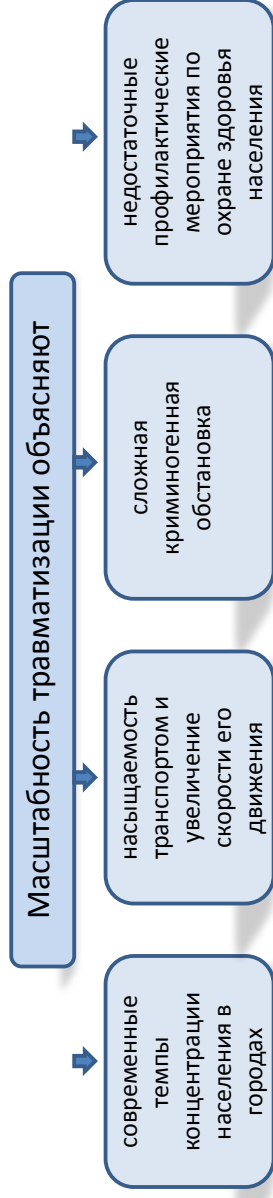
С 2003г. в России на фоне общего, более чем двукратного снижения смертности детей от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин, уровень детской смертности от травм головы снизился в 3,3 раза и составил в 2016 году 2,8 на 100 тыс. детского населения указанного возраста.

Смертность мальчиков от травм головы изначально выше, чем у девочек в 1,8 раза. У мальчиков она уменьшилась к 2014 году на 63% (с 12,0 до 4,5 на 100 тыс. детского населения), у девочек – на 52% (с 6,6 до 3,2%), тем самым сократив разницу между ними до 1,4 раза.

С 2009 по 2016 г.г. удельный вес детей 0-17 лет с ЧМТ среди всех госпитализированных с травмой детей возрос с 19 до 21,7%, а детей в возрасте до года - с 25,4 до 35,6%. Среди всех госпитализированных детей с ЧМТ доля детей первого года подростла к 2014 году с 7,2 до 9,9%.

В 2016 году каждый пятый госпитализированный с травмой - это ребенок с ЧМТ, а среди детей до года – каждый третий. При этом каждая десятая госпитализация ЧМТ случается с ребенком до года.

Социально - эпидемиологическое основание ТЧМТ у детей



Наиболее часто госпитализируются дети 3-х возрастных групп:

1-3 года


8-11 лет

12-15 лет

Причины госпитализации



см. CD-диск Свидетельство о государственной регистрации базы данных №2018620879 от 20 июня 2018 г.



Последствия ТЧМТ

грубые неврологические, психические, когнитивные и прочие нарушения

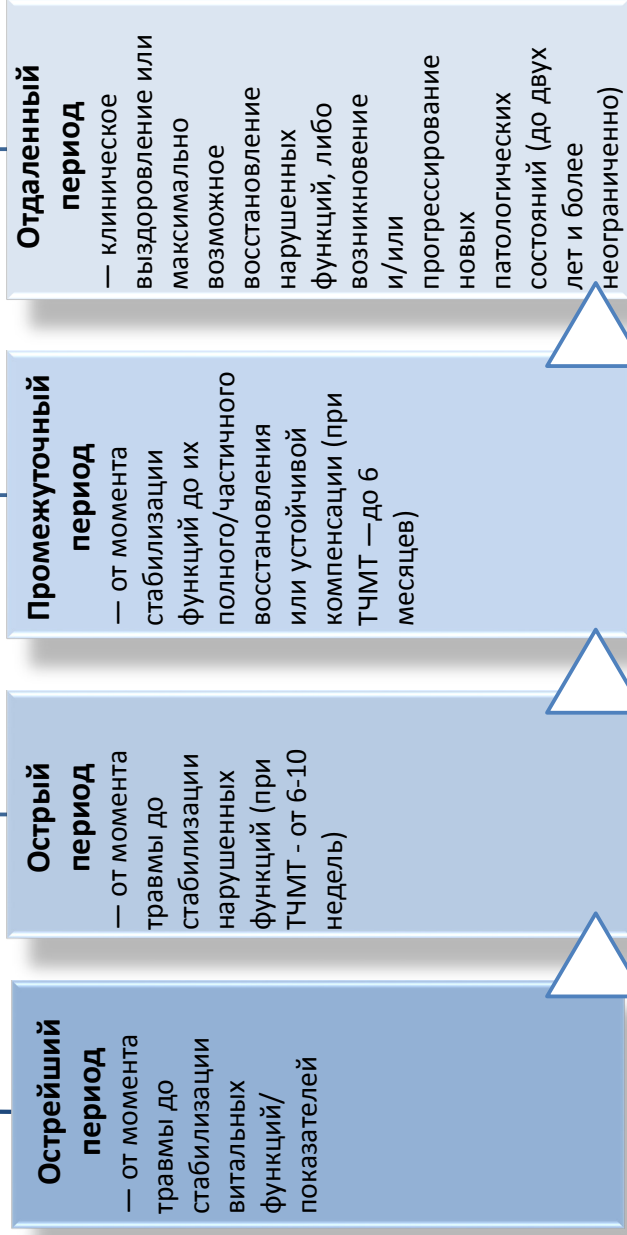
В целях сокращения предотвратимых потерь для здоровья детей от ЧМТ в процессе реабилитационного лечения применяется **комплексный подход**, объединяются междисциплинарные усилия в единстве методологических подходов к реабилитации.

Этот процесс включает в себя **первичную профилактику**, направленную на предупреждение возникновения новых случаев ТЧМТ, и **оптимизацию оказания медицинской и психолого-педагогической реабилитационной помощи** на всех ее этапах.

Этапность психиатрической, психолого-педагогической реабилитационной помощи в соотношении с периодизацией ТЧМТ

ТЧМТ

Периоды течения ТЧМТ



Этапность психиатрической, психолого-педагогической реабилитационной помощи в соотношении с периодизацией

ТЧМТ

Направления помощи в зависимости от периода течения ТЧМТ

Острейшая

- коррекция медикаментозного лечения
- восстановление психической деятельности
- работа с родителями/ близкими взрослыми

Острые и промежуточные

- активизация и стимуляция психофизических возможностей
- повышение уровня сознания
- коррекция эмоциональных, поведенческих и когнитивных нарушений
- подбор медикаментозного лечения

Отдаленный

- медикаментозная, педагогическая и психологическая коррекция остаточных функциональных нарушений у пациента, имеющихся расстройств в эмоционально-личностной, мотивационной, поведенческой и когнитивной сферах
- построение образовательного пространства
- повышение адаптивных возможностей ребенка

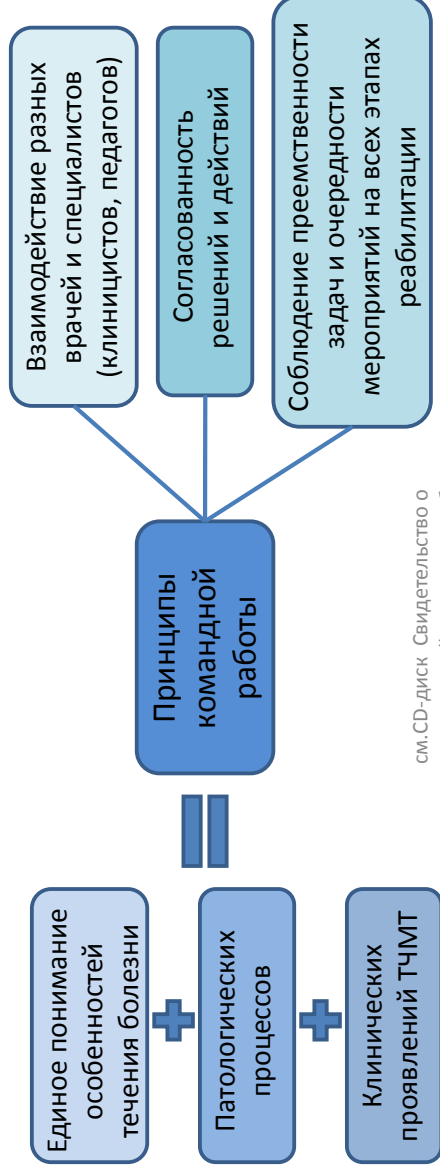
На всех этапах реабилитации осуществляется **работа с родителями/близкими** - психолого-педагогическое, а при необходимости и медикаментозное их сопровождение.

см. CD-диск Свидетельство о государственной регистрации базы данных №2018620879 от 20 июня 2018 г.

Междисциплинарный подход к ранней психиатрической, психолого-педагогической реабилитации детей с ТЧМТ

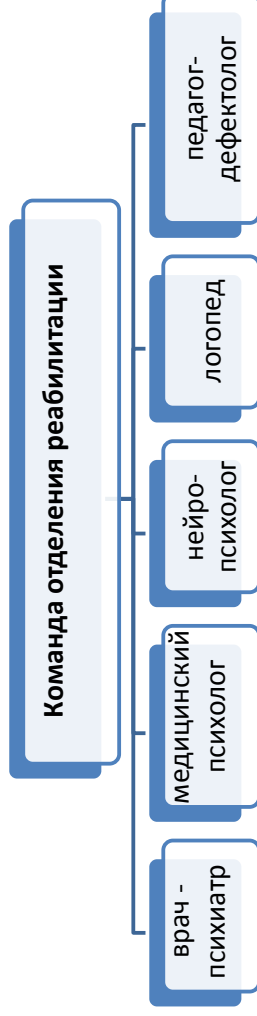
Междисциплинарный подход позволяет:

- ✓ оперативно координировать усилия всех врачей/специалистов, участвующих в реабилитационном процессе
- ✓ мобильно проводить коррекцию лечения и реабилитации
- ✓ своевременно создавать условия для восстановления
- ✓ повышать возможные адаптивные реакции ребенка



см. CD-диск Свидетельство о государственной регистрации базы данных №2018620879 от 20 июня 2018 г.


Междисциплинарный подход к ранней психиатрической, психолого-педагогической реабилитации детей с ТЧМТ




Врачи/специалисты для оказания ППП помощи включаются в зависимости от реабилитационных нужд пациента.

В зарубежной реабилитации дополнительно привлекают **музыкального терапевта, эрготерапевта (occupational therapy), социального работника.**

Задачи в работе с семьей ребенка с ТЧМТ




информировать и демонстрировать родителям актуальные возможности ребенка (в познавательном и речевом развитии) в момент стационарного лечения, т.е. то, что ребенок может делать сам без помощи взрослого




информировать и демонстрировать родителям потенциальные возможности ребенка, т.е. те психические функции, которые можно активизировать с помощью специальных методов и приемов в ситуации предметно-игрового взаимодействия



обучать родителей и/или близких взрослых эффективным методам и приемам активизации психической активности ребенка по всем линиям развития: физической, познавательной и социальной



разрабатывать педагогическую программу обучения ребенка в процессе реабилитации



просвещать и консультировать родителей и других членов семьи по вопросам воспитания ребенка в условиях ранней реабилитации

Раздел 2

Психиатрическая, психолого-педагогическая помощь при ТЧМТ детям в вегетативном состоянии

- Сопровождение логопеда
- Сопровождение педагога-дефектолога
- Сопровождение медицинского психолога
- Сопровождение нейропсихолога
- Роль врача-психиатра в работе с детьми в вегетативном состоянии

Психиатрическая, психолого-педагогическая помощь при ТЧМТ детям в вегетативном состоянии

Детям с ТЧМТ в вегетативном состоянии (ВС) ранняя психиатрическая, психолого-педагогическая помощь оказывается в рамках **комплексной медицинской реабилитации**.

Усилия врачей и специалистов направлены на **стабилизацию** и **улучшение нарушенных функций, активизацию функций** пациента с учетом повреждений его психофизического здоровья.

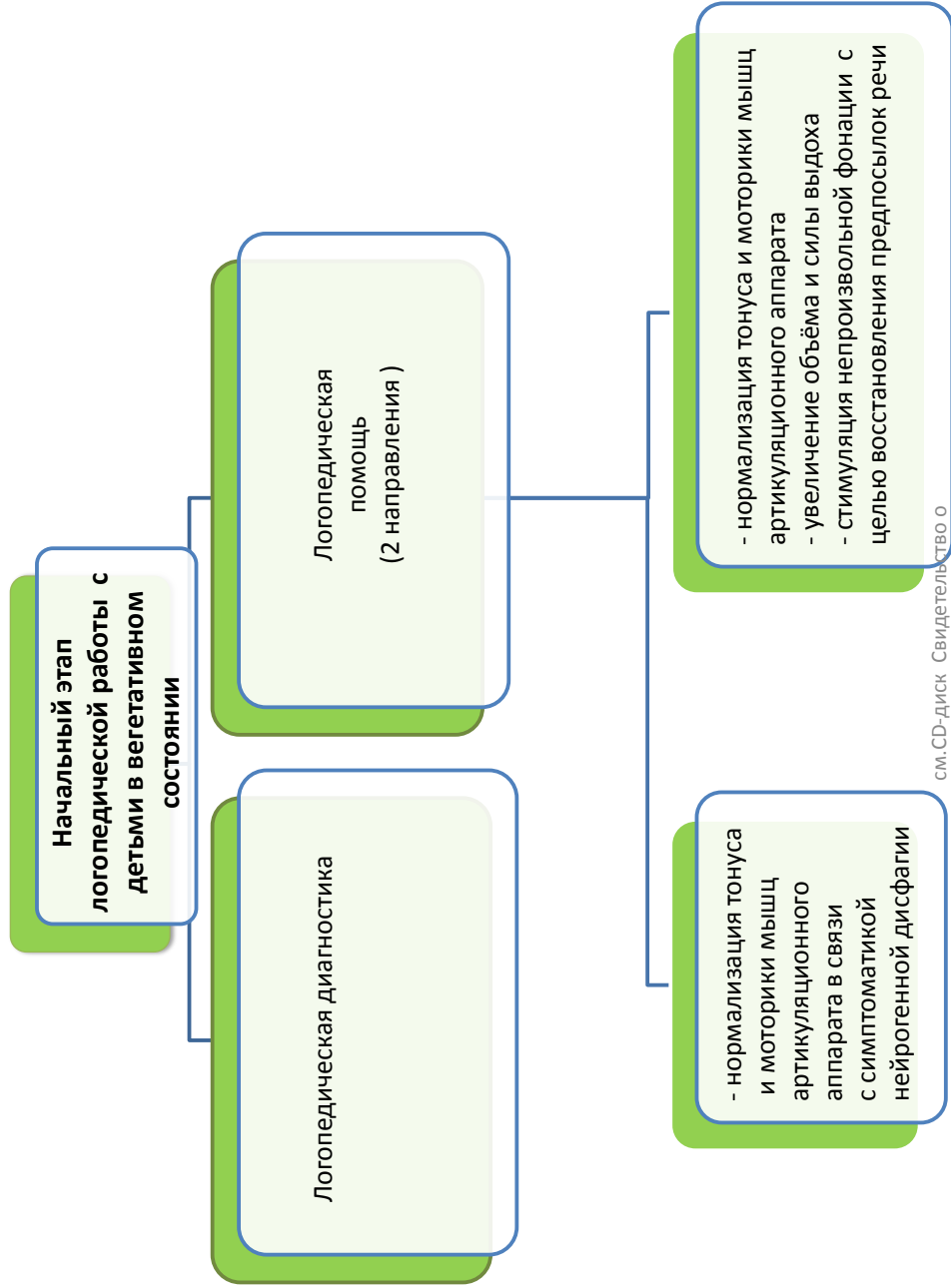
Детей в ВС после ТЧМТ в комплексной реабилитации сопровождает **междисциплинарная команда** врачей/специалистов, включая психиатрическую, психолого-педагогическую службу.

Сопровождение логопеда детей в вегетативном состоянии

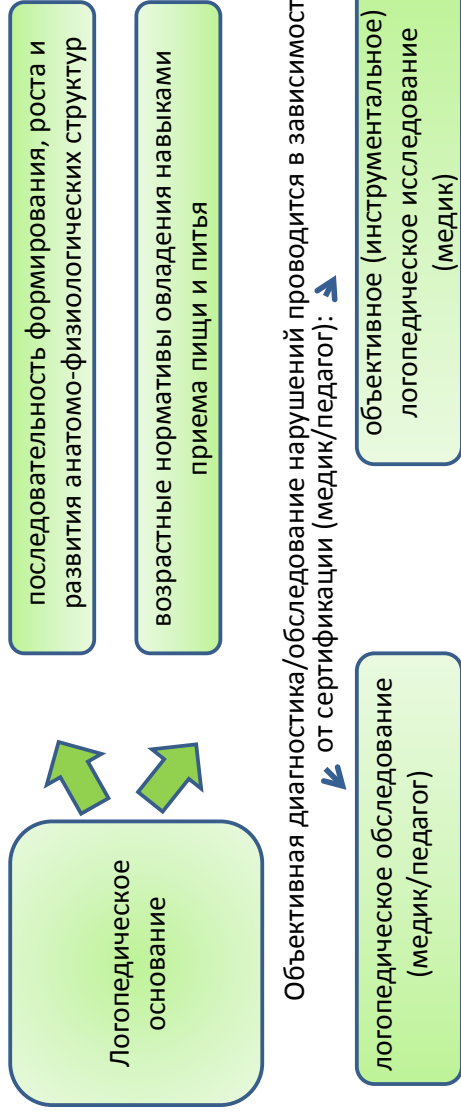
Цель - восстановление нарушенной/утраченной функции глотания, стимуляция произвольных голосовых реакций, моторики артикуляционного аппарата.

У детей в ВС отмечается угнетение сенсомоторных и регуляторных функций нервной системы (дыхания, орального праксиса, глотания, фонации).

Дисфагия и анартрия - частые логопедические нарушения при ВС. Выявляются на фоне неврологических расстройств, в том числе бульбарных и псевдобульбарных синдромов.



Логопедическая диагностика/обследование на этапе вегетативного сознания



Пациенты с ТЧМТ с нарушением функции глотания обследуются **клинической группой специалистов - логопед (медик/педагог) + врач-педиатр + врач-отоневролог:**

- обсуждается тактика ведения пациента
- формулируется итоговое заключение с общими рекомендациями

Результаты логопедического сопровождения детей после ТЧМТ в вегетативном состоянии

После реабилитационной программы логопедических занятий у детей в ВС может выявляться **качественная** и **количественная** (по оценке в баллах) динамика восстановления.

С логопедической точки зрения дети в ВС относятся к **трем группам**:

1 группа

— дети с психической
деятельностью на уровне
минимальных
рефлекторных реакций
без понимания
обращенной речи;
выраженными тяжелыми
нарушениями
глотательного акта.

2 группа

— дети с психической
деятельностью на уровне
элементарных сенсомоторных
реакций и невербального
контакта (с некоторыми,
редкими вегетативными
проявлениями — пульс, частота
дыхания, покраснение кожи и
т.п.), с незначительными
признаками улучшения
функции глотания

3 группа

— дети с психической
деятельностью на уровне
расширенных
сенсомоторных реакций и
«невербального» контакта
(стойкими вегетативными
проявлениями), с
признаками улучшения
функции глотания

Результат работы логопеда с детьми в ВС - **«переход»** ребенка по состоянию нарушений из группы в группу и/или **выход на следующую стадию** восстановления сознания — минимальное сознание.

Сопровождение педагога-дефектолога детей в вегетативном состоянии

Первичная диагностика

Цель - оценка **актуальных возможностей** ребенка с травмой и **зоны его ближайшего развития** как потенциал восстановления. Специфичность восприятия на произвольном уровне реагирования исследуется с помощью разработанной для этих целей методики



Педагогическая программа реабилитации

Цель – **активизировать** элементарные формы психического реагирования в социальном, познавательном и физическом развитии, **расширяя** стимулирующими средствами психические **возможности ребенка** в доступных формах взаимодействия с близким взрослым

см. CD-диск Свидетельство о
государственной регистрации базы
данных №2018620879 от 20 июня 2018 г.

Методика изучения актуального уровня психической активности детей, перенесших ТЧМТ

Методика направлена на изучение особенности восприятия на произвольном уровне реагирования детей в ВС (Закрепина А.В., 2015).

Шкала оценки физических возможностей

Критерии оценки:

- общая двигательная активность
- мелкая моторика пальцев рук
- зрительно-двигательные возможности

Шкала оценки познавательных возможностей

Критерии оценки:

- ориентировочные реакции
- манипуляции с игрушкой
- способы действия с игрушкой

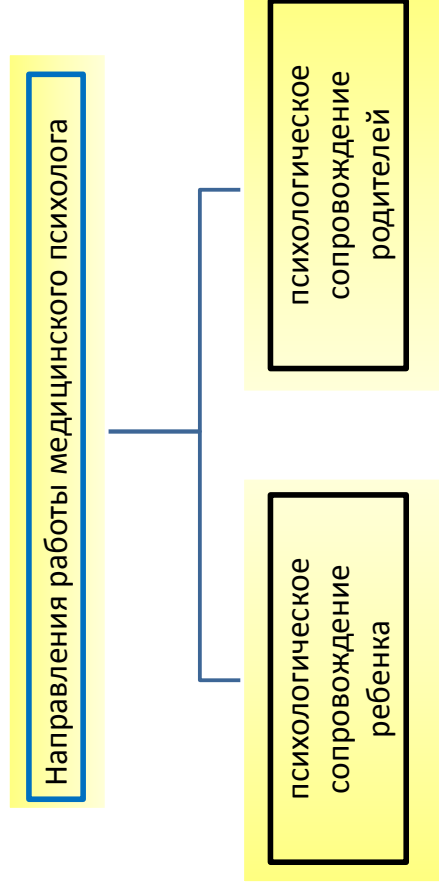
Шкала оценки социальных возможностей

Критерии оценки:

- отклик на собственное имя
- способы коммуникации
- умение пользоваться ложкой во время приема пищи

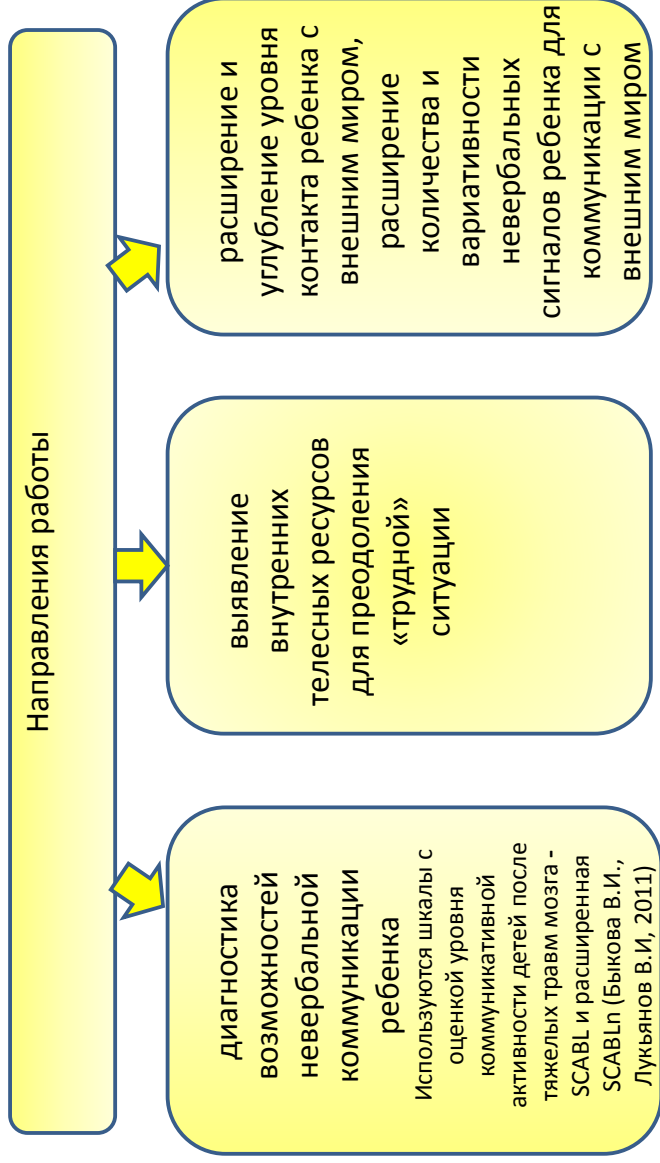
Сопровождение медицинского психолога детей в вегетативном состоянии

Основная цель — выявить возможности коммуникации ребенка с окружающим его миром, помочь родителям быть в диалоге с ребенком



см. CD-диск Свидетельство о государственной регистрации базы данных №2018620879 от 20 июня 2018 г.

Психологическое сопровождение детей



Психологическое сопровождение родителей

Основные задачи

информирование о тех или иных изменениях в состоянии ребенка, встраивание родителей в контекст длительной болезни

психологическая подготовка родителей

преодоление стереотипных патологично-ситуативных паттернов поведения

психологическая работа с аффективными, эмоциональными проявлениями, поведенческими реакциями

Сопровождение нейропсихолога детей в вегетативном состоянии

Одна из основных **задач** нейропсихологического сопровождения на данном этапе - **адаптированная диагностика** психической деятельности и **мониторинг** восстановления сознания.

Диагностика уровня сознания проводится с помощью **описательных** и **нейроповеденческих** шкал.

- В нейропсихологической оценке важен инструментарий, который позволит:
- проследить минимальные изменения в состоянии пациента для понимания и уточнения уровня стадии восстановления
 - выявить потенциальные возможности пациента для постановки доступных целей и задач перед всей реабилитационной МДК

Задачи нейропсихолога на этапе вегетативного состояния пациента



-подбор
диагностическо
го
инструментария



-уточнение уровня
сознания
- выявление
особенностей
состояния сознания



-работа с
родителями

см. CD-диск Свидетельство о
государственной регистрации базы
данных №2018620879 от 20 июня 2018 г.

Роль врача-психиатра в работе с детьми в вегетативном состоянии

Обязанности врача-психиатра/нейропсихиатра :

- клинический осмотр ребенка в динамике (1 раз в 7-10 дней) с оценкой стадии восстановления сознания;

дифференцированная оценка уровня восстановления

выделение в клинической картине посттравматической болезни основного/ведущего патологического синдрома

выявление возможных особенностей течения психических процессов (психопатологических симптомов/синдромов)

сбор анамнестических сведений у родных/близких

рекомендации медикаментозного лечения/коррекции по направлению восстановления психической деятельности

мониторинг состояния/лечения в динамике

Раздел 3

Психиатрическая, психолого-педагогическая помощь при ТЧМТ детям в состоянии минимального сознания

- Роль врача-психиатра в работе с детьми в минимальном сознании
- Сопровождение логопеда
- Сопровождение нейропсихолога
- Сопровождение медицинского психолога
- Сопровождение педагога-дефектолога

Психиатрическая, психолого-педагогическая помощь при ТЧМТ детям в минимальном сознании

Для состояния минимального сознания (МС) характерно наличие одного из следующих **признаков**:

выполнение простых инструкций

наличие невербального (жестового, мимического) и/или вербального ответа (типа, «да/нет») без учета адекватности ответа

осознанная речь и/или осмысленные поведенческие реакции (двигательные и/или эмоциональные) в ответ на внешние раздражители

Психиатрическая, психолого-педагогическая помощь при ТЧМТ детям в минимальном сознании

Направления:



поддержание минимальной
активности

повышение возможностей
взаимодействия с окружающей
средой

Алгоритм деятельности врача/специалистов :

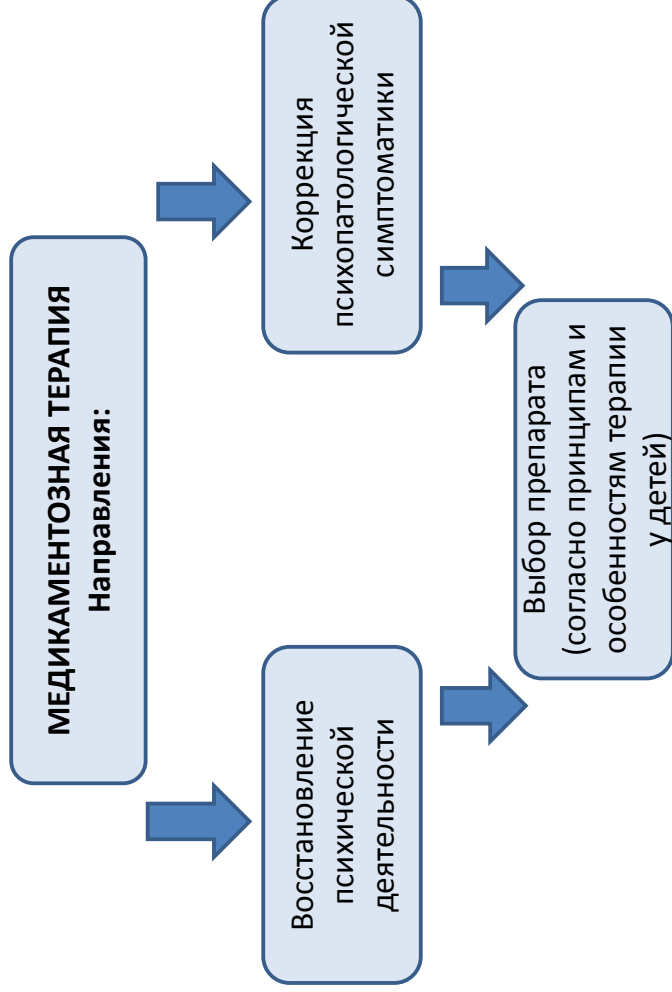
- 1 – диагностика и оценка результатов
- 2 – определение задач и содержания реабилитации на данный момент
- 3 - контроль динамики восстановления
- 4 – планирование перспектив и дальнейшего пути реабилитации
- 5 – работа с родителями

Роль врача-психиатра в работе с детьми после травмы в минимальном сознании

Клинические осмотры в динамике (не реже 1 раза в 7 дней):

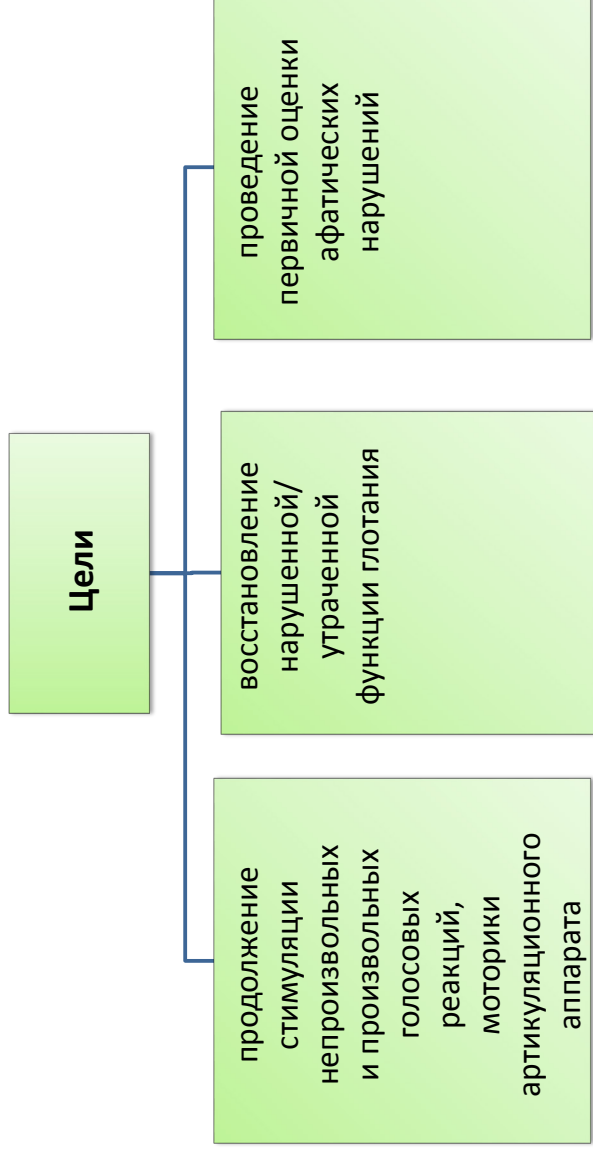
- оценка стадии восстановления сознания (с использованием шкал)
- дифференцированная оценка состояния с выделением ведущего синдрома/синдромов восстановления психической деятельности в клинической картине
- выявление возможной психопатологической симптоматики
- назначение медикаментозной терапии
- мониторинг синдромов восстановления и возможных имеющихся психопатологических нарушений, с их необходимой медикаментозной коррекцией в динамике

Роль врача-психиатра в работе с детьми после травмы в минимальном сознании



см. CD-диск Свидетельство о
государственной регистрации базы
данных №2018620879 от 20 июня 2018 г.

Сопровождение логопеда детей в минимальном сознании

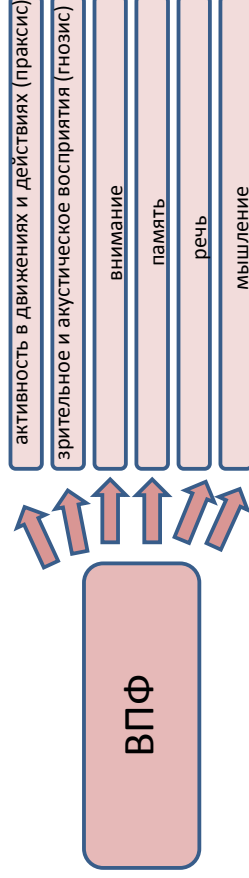


Сопровождение логопеда детей в минимальном сознании

Направления логопедической помощи		
- нормализация тонуса и моторики мышц артикуляционного аппарата в связи с симптоматикой нейрогенной дисфагии	- нормализация тонуса и моторики мышечного аппарата; - увеличение объёма и силы выдоха; - стимуляция произвольной фонации для восстановления предпосылок речи	- формирование импрессивной и экспрессивной форм речи

Сопровождение нейропсихолога детей в минимальном сознании

Выявляются нарушения высших психических функций (ВПФ) и степени их выраженности

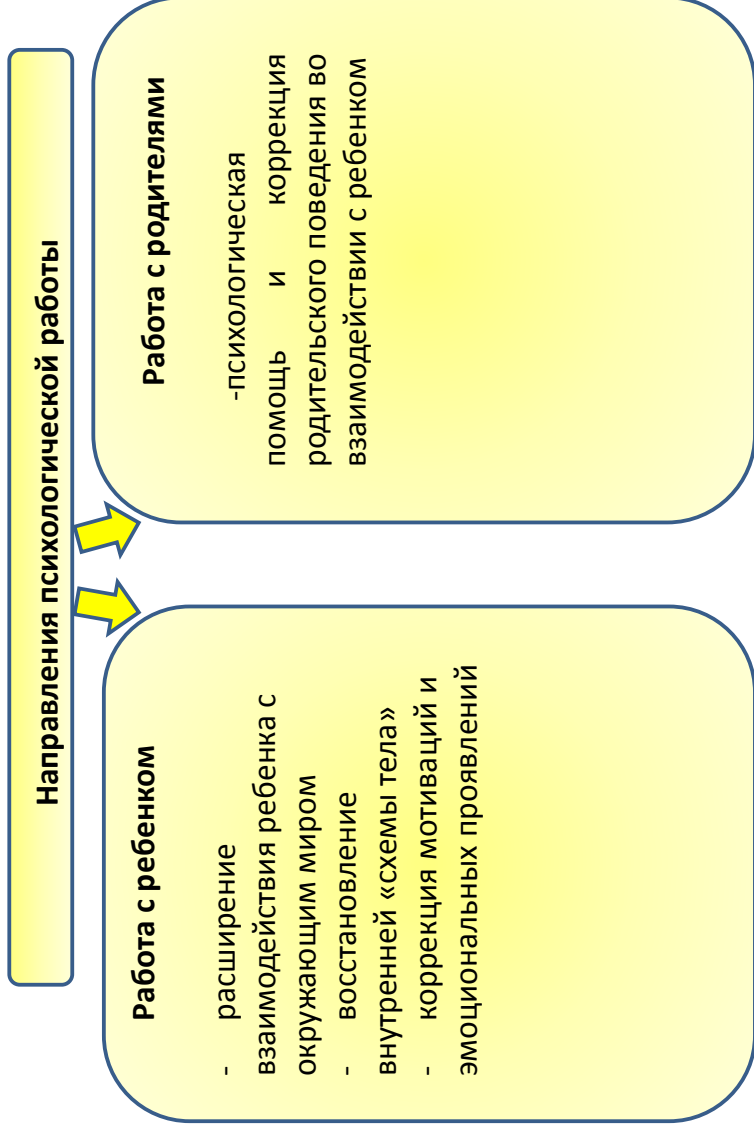


Нейропсихологические адаптированные методики:

- кратковременны по предъявлению и просты по своей структуре
- мультиинформативны по дальнейшему анализу
- чувствительны для постановки реабилитационных целей при командной форме работы

см. CD-диск Свидетельство о
государственной регистрации базы
данных №2018620879 от 20 июня 2018 г.

Сопровождение медицинского психолога детей в минимальном сознании



Сопровождение педагога-дефектолога детей в минимальном сознании

Основные задачи педагогической работы:



закрепление сенсорных координаций



восстановление познавательного интереса и перцептивных действий, навыка подражания



восстановление потребности к общению со взрослым, интереса к предметно-игровой и окружающей среде



включение ребенка в предметно-игровую и бытовую ситуацию



восстановление элементарных навыков самообслуживания

Для достижения основной цели и решения задач используется **метод коррекционного обучения**.

Сопровождение педагога-дефектолога детей в минимальном сознании

Педагогическая работа с детьми в МС проводится с использованием двух методик:

Адаптивно-сенсомоторный комплекс (АСК) «Способ восстановления двигательной активности и познавательной деятельности детей на ранней стадии реабилитации с тяжелой черепно-мозговой травмой» - одна из методик для поддержания и восстановления психической активности ребенка в минимальном сознании.

Результат :

- появление у детей осмысленных движений и действий
- понимание элементарной инструкции взрослого и ее выполнение

Коррекционное обучение

Для активизации познавательного интереса к предметно-игровой среде и ближайшему окружению, стимуляции подражательных умений.

Результат:

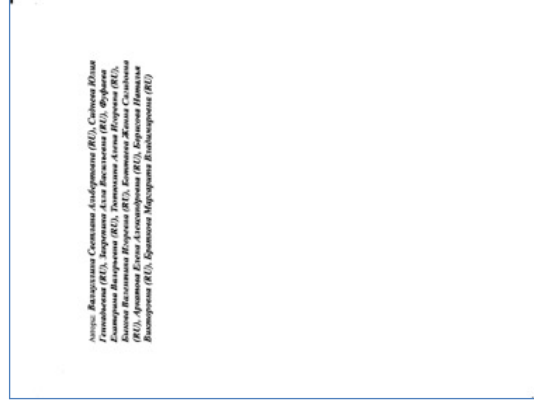
- появление четкого ориентирования на нового взрослого
- ожидание ситуации взаимодействия (обучения)
- подражательные умения
- способность обслуживать себя в элементарных бытовых навыках (прием пищи, умывание)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дифференцированный подход к комплексной психиатрической, психолого-педагогической помощи в восстановительном лечении и реабилитации детей после ТЧМТ закладывает тенденцию к **положительной динамике** в состоянии ребенка: повышению уровня сознания, улучшения и/или возвращения его психической активности, в последующем - с **выходом в ясное сознание с минимумом дефицитов психической деятельности**.

Все методы/приемы и условия комплексной психиатрической, психолого-педагогической помощи детям после ТЧМТ служат общей цели реабилитации - **восстановление здоровья ребенка и возвращение его в обычную среду**.

Система ранней комплексной психиатрической, психолого-педагогической реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. Часть 1 /сниженный уровень сознания - вегетативный статус, минимальное сознание/ : методические рекомендации/Под ред. Д.м.н., проф. Валиуллиной С.А.



При использовании методических материалов (включая текст на CD-диске) необходима ссылка на источник.

см. CD-диск Свидетельство о государственной регистрации базы данных №2018620879 от 20 июня 2018 г.

Пометки...

см. CD-диск Свидетельство о
государственной регистрации базы
данных №2018620879 от 20 июня 2018 г.

**Система ранней комплексной психиатрической,
психолого - педагогической реабилитации детей
с тяжелой черепно - мозговой травмой
Часть 1**

Подписано в печать 14.09.2018. Формат 90x60/16
Бумага офсетная. Печать цифровая
Усл.печ.л. 3
Тираж 300 экз