***Необходимость ранней диагностики возникновения предпосылок СДВГ у раннего возраста.***

*Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является самой распространенной формой хронического нарушения поведения детей и проявляется расстройствами внимания, двигательной расторможенностью и импульсивностью. Такие дети очень подвижны, все время бегают, крутятся, пытаются куда-то залезть. Их избыточная моторная активность бывает бесцельной, может проявляться даже во сне. Во время выполнения задания, требующего усидчивости, дети беспокойны, выполняют посторонние движения (ерзают на стуле, не в состоянии удержать неподвижными руки, ноги). Импульсивность детей выражается в том, что они часто действуют не подумав, перебивают других, невпопад отвечают на вопросы, не выслушивая их до конца. Такие дети без разрешения встают со своего места, вмешиваются в разговор других людей, во время игр не в состоянии следовать правилам. Из-за импульсивности гиперактивные дети не задумываются о последствии своих поступков, попадают в травмоопасные ситуации. У гиперактивных детей часто обнаруживаются нарушение координации движений, несформированность мелкой моторики и праксиса.*

Я работаю в доме ребенка №6 для детей с органическим поражением центральной нервной системы и психики. Наши дети имеют отягощенное пренатальное, натальное и постнатальное развитие. Как правило, матери наших воспитанников не наблюдаются в женской консультации и не обследуются. Имеют хронические соматические, инфекционные заболевания. Ведут ассоциальный образ жизни из-за чего на плод воздействуют токсические факторы. Роды быстрые, самопроизвольные, преждевременные. В анамнезе наших детей: хроническая внутриутробная гипоксия, гипотрофия, анемия, сепсис и пр. Все эти факторы являются прогностически неблагоприятными и решающими в формировании патологических состояний у новорожденных, которые вызываются повреждениями ЦНС. Они могут в дальнейшем предшествовать формированию синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).

 Работая с разными возрастными категориями дошкольников более 30 лет, хочу отметить, что дети с гиперактивностью и дефицитом внимания всегда выделяются из общей массы. В период новорожденности у них обнаруживается синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, проявляющийся общим беспокойством, нарушением сна и аппетита, частыми срыгиваниями, тремором подбородка и конечностей, отмечаются признаки повышения внутричерепного давления, изменения мышечного тонуса, рефлексов новорожденного. Имеются существенные отставания в моторном, психоречевом развитии, в формировании навыков опрятности. По мере роста ребенка и при увеличении психических и физических нагрузок центральная нервная система не способна справиться с новыми требованиями. Максимальная выраженность трудностей совпадает с *критическими периодами психоречевого развития* у детей. К *первому периоду* относится возраст 1-2 года, когда происходит интенсивное развитие корковых речевых зон и активное формирование навыков речи. *Второй период* приходится на возраст 3х лет. В это время в норме увеличивается запас активно используемых ребенком слов, совершенствуется фразовая речь, активно развивается внимание и память. Увеличение нагрузок на ЦНС у наших детей в это время приводит к нарушениям поведения в виде упрямства, негативизма, непослушания. А также к отставанию в психоречевом развитии, невротическим реакциям.

В статье «Синдром дефицита внимания/ гиперактивность у детей» журнал «Амбулаторная педиатрия 2007год» публикует: «Наличие нарушения обучения и социальных функций является абсолютно необходимым критерием для постановки диагноза: «Синдром дефицита внимания/ гиперактивность». Этот диагноз может быть поставлен только тогда, когда очевидны трудности в обучении, то есть не раньше 5-6 летнего возраста». *Третий критический период психоречевого развития* совпадает с началом становления письменной речи. В это время нарушается формирование академических навыков, появляются проблемы в поведении, психосоматические нарушения, проявления вегето-сосудистой дистонии. В *подростковом возрасте* нарастают нарушения поведения, агрессивность, появляется «бунтарский» дух, отрицание авторитетов, нарушение общественных правил. Нередко такие подростки совершают антисоциальные поступки. У многих из них проявляется тяга к употреблению алкоголя и наркотиков.

*В связи с этим усилия специалистов, работающих с детьми раннего возраста, должны быть направлены на своевременное выявление и коррекцию предпосылок проявления СДВГ, сведение к минимуму действия факторов, усугубляющих их проявление.*

В настоящее время, из 18 детей в возрасте от 1 месяца до 3х лет, находящихся у меня в работе, можно выделить детей с повышенной нервно-рефлекторной возбудимостью. Как правило, ранний анамнез у таких детей свидетельствует о пренатальных и перинатальных вредностях.

**Алена Б.** Поступила в филиал 13/04/2013г. в возрасте 1 мес. 25 дн. Известно: девочка от 35-летней матери с соматически отягощенным анамнезом: ВСД по гипертоническому типу, носительство ЦМД-инфекции; с акушерско-гинекологическим анамнезом: полип шейки матки. От II беременности (I-я беременность – 2012 год – неразвивающаяся), протекавшей с токсикозом в I триместре, II триместр – без особенностей, III – маловодие, фето-плацентарная недостаточность (декомпенсированная форма). Роды первые, срочные, оперативные, в головном предлежании, в экстренном порядке вследствие нарушения маточно-плацентарного кровотока III ст. Роды на 38 неделе гестации . Околоплодные воды светлые. Масса при рождении 2460г., длинна тела 46 см. Оценка по шкале Апгар: 7/8 б. Состояние при рождении средней степени тяжести, обусловленное задержкой темпов внутриутробного развития по гипотрофическому типу, наличием множественных пороков развития лицевого черепа, с высоким риском реализации внутриутробной инфекции. Сердечно-легочная деятельность без нарушений. Мать отказалась от ребенка на этапе роддома. *Моторное развитие:* девочка правильного телосложения, умеренного питания. Мышечный тонус дистоничный. При тракции за руки голову не стабилизирует. При пассивной вертикализации опора на ноги низкая, лежа на животе, опирается на предплечья, голову удерживает кратковременно. Отмечается мраморность кожных покровов. *Ориентировочно-познавательные реакции:*  Фиксация взгляда затруднена, за предметом не прослеживает. На звуковой раздражитель реакции не отмечено. Вложенную в руку игрушку удерживает непродолжительно. *Артикуляционный аппарат:* Мозговая и лицевая части черепа грубо деформированы, расщелина верхней губы, отсутствие альвеолярного отростка. Язык по средней линии. Сосет из бутылочки самостоятельно, медленно. Молоко подтекает из углов рта, попёрхивается.  *Голосовая активность и функция общения:* Контакт формальный. Не улыбается. Звуков гуления не отмечено. Крик громкий немодулированный, с назальным оттенком. *Заключение:* Задержка ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде у ребенка с пороками развития.

В постнатальном периоде девочки отмечается повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, которая выражалась в двигательном беспокойстве, повышенном мышечном тонусе, треморе подбородка, частых вздрагиваниях. Сон девочки был укорочен, поверхностный. Кормление затруднено. С задержкой появлялись навыки по основным линиям развития. Моторика на ранних этапах формировалась c отставанием от возрастных норм. Так перевороты со спины на живот и с живота на спину появились в 7 мес., поза «четвереньки» - в 8 месяцев, села и поползла в 9 месяцев. Начала вставать и передвигаться у опоры в 13 месяцев. Самостоятельно ходит с 1г.3 мес. Захват предметов появился в 6 мес. Удерживание предметов в двух руках, рассматривание и перекладывание из руки в руку – в 8 месяцев. В это же время отмечается спонтанный интерес к окружающему и неспецифические манипуляции с предметами: стучит, гремит, шуршит, тянет в рот. «Комплекс оживления» появился в 4 месяца, был представлен не всеми компонентами. В речевом развитии активное гуление отмечалось в 6 мес., робкий, непродолжительный, однообразный лепет в 8 мес.

На коррекционных занятиях с Аленой решались вопросы по всем основным линиям развития: девочка училась прослеживать движение предмета, находясь в различных положениях, узнавать персонал группы, отличать их от других взрослых, узнавать свое отражение в зеркале. Проводились занятия по обучению нахождения невидимого источника звука. Ребёнок обучался различать ласковую и строгую интонацию голоса взрослых, работающих с ним, по-разному реагировать на свое и чужое имя, находить предмет в знакомой обстановке, ориентируясь на вопрос «Где?». Проводились игры «Ладушки», «Сорока», «Прятки», стимулирование гуления: пропевание взрослым гласных, работа по выработке моторных укладов звуков: *а, у, и, э, о, к, г, х*; стимулировались и вызывались первые слоги лепета. На занятиях отмечалась повышенная отвлекаемость, двигательная расторможенность, упрямство, негативизм.

В настоящее время (1 г. 4 мес.) самостоятельно ходит, в неорганизованной ситуации прислушивается к музыкальным звукам, рассматривает яркие игрушки, вращает их подвижные части. С предметами выполняет непродолжительные по времени специфические манипуляции. Улыбкой отвечает на пение песенок-потешек, реагирует действием, подыгрывая взрослому в играх «Куку», «Коза-коза», «Ладушки». Появился интерес к педагогу, к совместной деятельности с ним, к дидактическим игрушкам. Улучшилось внимание, меньше стала отвлекаться во время занятий. Но вместе с тем всё ещё продолжают сохраняться импульсивные действия с предметами. Работа с девочкой ведется психологом дома ребенка, коррекционным педагогом. По показаниям получает медикаментозное лечение, массаж, ЛФК, физиотерапию.

 Работая в отделении восстановительного лечения при доме ребенка №15, мы принимали детей, направленных ДГКНП, с диагнозом «Гипердинамический синдром с дефицитом внимания» в возрасте 2х лет. Их мы рассматривали как детей с повышенной двигательной активностью и дефицитом внимания.

 Ребенок **Даня Ф, 28.04.06 г.р.**, находящийся в отделении с 2,5 лет поступил из ДГКНП с диагнозом «*Задержка психоречевого развития резидуального генеза, гипердинамический синдром с дефицитом внимания».*  Из анамнеза мальчика известно, что ребенок от женщины 32 лет, халерического темперамента, гиперактивной, с быстрыми движениями, ускоренной речью. III беременность. II стремительные роды, продолжительностью около 3х часов, на 35-36 неделе гестации. Вес при рождении 2.350гр., рост 42 см. Был в асфиксии, закричал не сразу. Крик после откачивания слизи слабый, хриплый. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. В раннем возрасте у ребенка отмечалось повышенное общее беспокойство, нарушение аппетита, частые срыгивания. Отставал мальчик и в моторном развитии на несколько эпикризных сроков.

На момент поступления в ОВЛ (В 2г. 6 мес.) активная речь находилась на этапе «Слово-предложение». Словарь состоял из лепетных, усеченных слов и звукоподражаний. Значительно снижено было понимание обращенной речи, оно соответствовало *ситуативному*. На свое имя реагировал. Указательный жест сформирован. Показывал неловко на себе и игрушках некоторые части тела. Из игрушек находил машину, мяч, собачку. Понимал простые побудительные инструкции в знакомой ситуации. Соотношения предмета и изображения не было.

Предлагаемые задания с предметами вызывали у ребенка интерес. Но самостоятельно с ними он не справлялся, т. к. очень слабо ориентировался на свойства предметов. В условиях обучения по подражанию с некоторыми заданиями справлялся. Однако принцип действий оствался им не осознан и самостоятельные действия были хаотичными. Зрительной ориентировки на величину не было. По подобию подбирал шарик и кубик. По подражанию шарик катал с горки, из кубиков строил башню. С простым вариантом доски Сегена не справился. Цвета не сличал. Пирамидку из 3х колец собирал без учета величины. В 2х составную матрешку из 3х элементов маленькую вкладывал вниз головой. Мелкая моторика: пальцы слабые, захват предметов неловкий. Зрительно-моторная координация и соотносящие действия затруднены. Взаимодействия двух рук не достаточны. Более активна левая рука. В организованной деятельности интерес и внимание к предлагаемым заданиям удерживал незначительное время, быстро истощался. В неорганизованной деятельности – бесцельно бегал по группе, проявлял формальный интерес к игрушкам, действовал с ними импульсивно, неспецифическими манипуляциями. Навыками самообслуживания не владел. Во время обследования отмечалась чрезмерная двигательная активность. В незнакомой обстановке (в кабинете) чувствовал себя спокойно и свободно.

Жалобы педагогов и родителей на капризность, упрямство, укороченный и беспокойный сон.

Заключение: Выраженная задержка речевого развития (ОНР 1 ур.) у ребенка с задержкой психического развития, повышенной двигательной активностью и нарушением внимания.

 Рекомендации: Индивидуальные коррекционно-развивающие занятия со специалистами ОВЛ. В дальнейшем, при формировании навыка поведения на занятии, включить ребёнка в подгрупповую работу.

 За период пребывания в отделении с ребенком проводились следующие медико-педагогические мероприятия. Мальчик посещал индивидуальные и подгрупповые логопедические занятия. Неоднократно мама мальчика приглашалась на консультации-занятия логопеда и психолога, где была ознакомлена с различными видами игр и упражнений, которые необходимо использовать дома для преодоления отставания в развитии и умения концентрировать внимание. Тут же мама тренировалась в проведении этих игр-упражнений. По рекомендациям врача ЛФК ребенок прошёл курс лечебноё физкультуры. Врач физиотерапии назначал магнит и электрофарез с целью получения седативного эффекта. Неврологом была проведена терапия ноотропными, сосудистыми и седативными препаратами. Так же ребенок получал лечебный расслабляющий массаж.

На индивидуальных логопедических занятиях основное внимание уделялось воспитанию усидчивости, играм на развитие слухового и зрительного внимания, совершенствованию мелкой моторики, обогащению словаря, становлению фразовой речи и грамматических отношений. В результате коллективной работы всех специалистов отделения ребёнок дал значительную положительную динамику, он был выписан в массовый детский сад.

Таким образом, анализируя результаты многолетнего труда с такими детьми, можно сделать вывод о том, что эта кропотливая работа не остаётся бесполезной. Она приносит действенную помощь тем детям, которые без неё были бы обречены на серьёзные проблемы в дальнейшей жизни.