**Особенности ухода за детьми с ограниченными возможностями**

Детский церебральный паралич (сокращенно «ДЦП») - заболевание, вызванное поражением головного мозга, обычно проявляющееся в раннем детском возрасте и характеризующееся двигательными нарушениями:

 -параличами, слабостью мышц,

 -нарушением координации,

 -непроизвольными движениями,

 - нарушениями речи

Впервые подробно подобными нарушениями занялся в 1830-х выдающийся хирург Джон Литтл, когда читал лекции по родовым травмам. В 1889 году не менее выдающийся сэр Уильям Ослер ввел термин церебральный паралич. Фрейд, будучи неврологом, заметил связь между ДЦП и другими нарушениями: умственной отсталостью и эпилепсией. В 1893 году им был введён термин «детский церебральный паралич», а в 1897 году он высказывал предположения, что данные поражения связаны больше с нарушением развития мозга ещё во внутриутробном периоде. На практике выводы Фрейда подтвердились в 1980-х.

Причины ДЦП:

Детский церебральный паралич возникает при нарушениях внутриутробного развития (имеет значение инфекция во время беременности, цитомегаловирус, токсоплазмоз, герпес, поздний токсикоз беременных, несовместимость матери и плода по резус-фактору, нарушение аутоиммунных механизмов эмбрионального развития ).
Преждевременные роды, затяжные или стремительные роды, роды при неправильном положении плода, родовые травмы, желтуха повышают риск заболевания.
Все перечисленное приводит к гипоксии (кислородному голоданию) и асфиксии (удушью) плода. В результате недостатка кислорода нарушается закладка и развитие головного мозга ребенка.
Факторами риска являются соматические и эндокринные заболевания матери (эпилепсия, слабоумие, гипотиреоз), вредные привычки – употребление

1

алкоголя, наркотиков, длительный период бесплодия, возраст до 18 и старше 40 лет, стрессы.

 Ко второй группе причин (возникающие после рождения ребенка) относят церебральные параличи вследствие менингита, энцефалита, менингоэнцефалита, черепно-мозговых травм.

Точно определить причину заболевания невозможно.

 **Диагноз ставится на основании неврологического осмотра и инструментальных методах обследования:**
- электрофизиологическое исследование потенциалов мышц и оценка периферических нервов;
- Электроэнцефалография – функциональная оценка биотоков мозга.
- Необходимы также консультации окулиста, отоларинголога, психиатра, эпилептолога, ортопеда.
**Формы ДЦП:**

1 Спастическая тетраплегия

2 Спастическая диплегия

3 Гемиплегическая форма

4 Дискинетическая форма

5 Атаксическая форма

6 Смешанные формы

7 Неуточненная форма

**Спастическая тетраплегия**

Одна из самых тяжелых форм ДЦП. Клинически диагностируется спастическая квадриплегия (парапарез четырех конечностей), нарушения зрения, и речевые нарушения. У 50 % детей наблюдаются эпилептические приступы. Для данной формы характерно ранняя деформация туловища и конечностей. Почти в половине случаев двигательные расстройства сопровождаются патологией черепных нервов: косоглазием, атрофией зрительных нервов, нарушениями слуха. Тяжёлый двигательный дефект рук

2

и отсутствие мотивации исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность.

**Спастическая диплегия**

Наиболее распространённая разновидность церебрального паралича (3/4 всех спастических форм), известная ранее также под названием «болезнь Литтла». Нарушается функция мышц с обеих сторон, причём в большей степени ног, чем рук и лица. Для спастической диплегии характерно раннее формирование деформаций позвоночника и суставов. Наиболее распространённые проявления — задержка психического и речевого развития.

**Гемиплегическая форма**

Характеризуется односторонним спастическим гемипарезом. Рука, как правило, страдает больше, чем нога. Клинически характеризуется развитием спастического гемипареза (походка по типу Вернике-Манна), задержкой психического и речевого развития.

**Дискинетическая форма**

При этой форме, как правило, повреждаются структуры экстрапирамидной системы и слухового анализатора. В клинической картине характерно наличие гиперкинезов: атетоз, хореоатетоз, торсийная дистония (у детей на первых месяцах жизни — дистонические атаки), дизартрия, глазодвигательные нарушения, снижение слуха. Характеризуется непроизвольными движениями (гиперкинезами), повышением мышечного тонуса, одновременно с которыми могут быть параличи и парезы.

**Атаксическая форма.**

Характеризуется низким тонусом мышц, атаксией (нарушение координации движений)и высокими сухожильными и периостальными рефлексами. Нередки речевые расстройства

**Распространённость форм детского церебрального паралича**

спастическая тетраплегия — 2 %

спастическая диплегия — 40 %

гемиплегическая форма — 32 %

3

дискинетическая форма — 10 %

атаксическая форма — 15 %

**Статистика ДЦП:**

1. Среди больных с ДЦП больше рождается мальчиков: на 100 девочек  около  135  мальчиков

2.Более   половины   детей   с  ДЦП  страдают  двусторонним  спастическим   парапарезом (поражение нижних конечностей)

3. Около половины детей с ДЦП родились недоношенными

4. Почти 1/3 детей с ДЦП страдают гемиплегией (паралич мышц одной половины тела, как это часто наблюдается при инсультах у взрослых)

5. 1 из 4   инвалидов  с последствиями ДЦП страдают эпилептическим припадками (синдромом)

6. 6 из 10  (60%)  инвалидов  с  последствиями  ДЦП  обладают нормальным или исключительно   высоким интеллектом

7. Примерно  у  каждого  третьего  из  10  детей  с  ДЦП  –серьезные  проблемы,  связанные  с  обучением

8. 1 из 3 детей с ДЦП не могут самостоятельно передвигаться

**Лечение ДЦП**

1. Лечебная медикаментозная поддержка
2. Массаж
3. физиотерапия

Поскольку ДЦП — неврологическая патология, он лечится с помощью нейролептикоков, ноотропных препаратов, регуляторов кровеобращения ЦНС и психостимуляторов. Один из синдромов ДЦП — повышенное внутричерепное давление, уменьшить которое помогает массаж, магнитотерапия и электрофорез.

4

**Главным в лечении ДЦП является уход за ребенком**

* Одна из задач специалиста – помочь родителям изменить их обычные способы ежедневного ухода за малышом так, чтобы каждое рутинное действие – будь то купание или одевание – использовалось для закрепления правильных образцов движений, которые ребенок освоил во время терапевтических занятий
* Нормализация сна у детей с ДЦП. По мере созревания центральной нервной системы, развития деятельности органов чувств и двигательной сферы у малыша постепенно устанавливается режим сна и бодрствования. Чтобы он правильно сформировался, надо уяснить некоторые закономерности.
* Нормализация позы

Воспользуйтесь подушками для придания ребенку правильного положения, когда он лежит на боку

Если ребенок лежит и спит со скрещенными и согнутыми ногами, это приведет к контрактурам. ( 5 слайдов см. презентацию)

* Купание больного ребенка.

Во время купания у детей с церебральным параличом возможно повышение мышечного тонуса, резкое разведение рук в момент погружения в воду, нарушение равновесия. Существуют приспособления, которые удерживают ребенка в полулежащем положении или стабилизируют позу сидя.(см 1 слайд)

* Организация прогулки ребенка (слайд) Нельзя обращаться с ребенком, вышедшим из младенческого возраста, как с младенцем, излишне часто носить его. Это приносит больше вреда, чем пользы, и не способствует выработке движений корпуса. Задача правильной переноски - совершенствование движений.
* Обучение пользования горшком Подготовьте место, где ребенок будет справлять нужды. Желательно в туалете. Это место должно быть постоянным. Ребенок должен крепко сидеть на горшке или унитазе, ноги его должны устойчиво стоять на полу. Целесообразно приобрести горшок-стульчик или, если ребенок будет справлять нужды на унитазе, - специальное сиденье на унитаз для детей-инвалидов. Следует подчеркнуть, что для правильного психосексуального развития мальчики с самого начала

5

воспитания навыка опрятности должны мочиться стоя. Для этого можно использовать специальный горшок с поднятыми сторонами, держась за которые, ребенок чувствует себя более устойчиво и преодолевает страх падения.

* Одевание ребенка. Одевать ребенка, особенно раннего возраста, удобнее всего в положении на животе на коленях у матери, при котором максимально выражена флексия конечностей. Если ребенка одевают в положении на спине, голову и плечи следует приподнять, положив под них жесткую подушку, что создает условия для выведения рук вперед и сгибания бедер. При выраженном экстензорном тонусе ребенка можно одевать в положении на боку; при этом уменьшается приведение бедер, облегчается сгибание стоп и одевание штанишек, обуви.

 Самостоятельное одевание детей с гиперкинезами облегчается посредством опоры стопами о стену; такая поза более стабильна и уменьшает гиперкинез. Начинают одевание с более пораженной стороны. Не следует распрямлять конечности насильно. Спастически согнутую руку вначале выпрямляют потряхивающими движениями, а затем продевают в рукав. В процессе одевания ребенок должен научиться соотносить части тела с одеждой.

 Мать сопровождает свои действия инструкцией: "Просовывай руку через рукав, голову через ворот, одень ботинок на ногу" и т. д.

У здоровых детей автоматизм одевания вырабатывается в течение 4—5 лет.

* Игра.

 В игре ребенок познает себя и окружающий мир с его сложными взаимоотношениями, приобретает опыт, учится на своих ошибках.

Увлеченность игрой, положительный эмоциональный фон способствуют расслаблению ребенка, уменьшению гиперкинезов, содружественных реакций. Необходимо знать матери, что игры являются важным компонентом лечения ребенка, особенно в первые годы жизни.

Имитация в игре разнообразных жизненных ситуаций важна для

6

дальнейшей социальной адаптации ребенка, ограниченного возможностями общения. Во время игры больные дети испытывают трудности, связанные с нарушениями мышечного тонуса, координации движений, дефектами речи, слуха, зрения.

* Стимуляция речи . Для стимуляции координированных движений губ и языка можно использовать ряд приемов:

постукивать по нижней и верхней губе, двигать язык ребенка из стороны в сторону,показывать ему собственным языком, как это делается, взявшись пальцами за нижнюю челюсть, открывать и закрывать ребенку рот, чтобы вызвать цепь звуков, "ба-ба-ба".

Чтение книг, объяснение картинок, описание предметов, игрушек, частей тела более полезно для развития ребенка, чем прослушивание радио, и просмотр телевизионных передач. Тесный контакт ребенка с матерью в младенчестве является фундаментальной основой развития самостоятельности, уверенности в себе, независимости и в то же время теплого и доверительного отношения к другим.

**Бальнеотерапия**

В воде у детей изменяется масса тела, и они не боятся сделать шаг. Многие малыши с ДЦП сначала осваивают плавание, укрепляют мышцы, и только потом могут научиться ходить. Плавание сожжет дополняться гидромассажем для разработки мышц. Опять же, занятия на воде должны производиться специально обученными инструкторами и, желательно, в бассейнах, оборудованных специальными подъёмниками для облегчения спуска на воду больных детишек

**Грязелечение**

Грязь оказывает общерефлекторное химическое воздействие, стимулирует нервные окончания. Теплая грязь — хорошее средство при гипертонусе. Снять спастику (напряжение) мышц при ДЦП помогают электрофорезы, а для улучшения сосудистой регуляции используется магнитотерапия.

**7**

**Иппотерапия**

Иппотерапия часто применяется при лечении детей-инвалидов в качестве многофункционального метода реабилитации, т.е. иппотерапия используется не только в качестве одной из разновидностей лечебной физкультуры, но и как метод психологической коррекции. Больные дети ездят на лошади и это приносит свои результаты, ведь при такой езде задействуются различные группы мышц. Причем мышцы осуществляют трехмерное движение, это очень важно при ДЦП. Больные дети ездят на лошади и это приносит свои результаты, ведь при такой езде задействуются различные группы мышц. Причем мышцы осуществляют трехмерное движение, это очень важно при ДЦП. Кроме биомеханического фактора при иппотерапии не менее важен, а в некоторых случаях и является основным психогенный фактор, что особенно важно при лечении детей с церебральным параличом, невротическими реакциями, аутизмом, нарушениями психического развития. Верховая езда требует концентрации внимания, целенаправленных движений при управлении лошадью (что особенно полезно при гиперкинетической форме ДЦП), способности ориентироваться при изменении ситуации, осознания своих собственных действий.

**Дельфинотерапия**

Дельфинотерапия – это способ лечения с помощью ультразвуковых колебаний, которые воспроизводят самые милые существа на свете, дельфины. Звук издаваемый дельфинами воздействует на головной мозг человека и помогает избавиться от психологических проблем и проблем со здоровьем. Дельфины считывают информацию о человеке и помогают справиться с болезнями. Это один из лучших методов лечения для людей с такими заболеваниями, как детский церебральный паралич – ДЦП. Общение с дельфином позволяет: стимулировать развитие интереса к внешнему миру, что становится условием к установлению, восстановлению, корректировке, оптимизации социальных отношений;

 стимулировать процесс развития личности;

 восполнять дефицит положительных эмоций и обеспечивать поддержку детям, переживающим одиночество или состояние дезадаптации;

8

 через тактильную стимуляцию создать условия для эмоционального от реагирования;
-создать условия для укрепления контакта ребенка с психотерапевтом.

А также выступает в качестве сенсорного стимулятора, активизируя работу мозговых структур и всего организма в целом, и способствует речевому и сенсомоторному развитию детей с ДЦП.

Заключение:

 Существуют различные методы и подходы в лечении детского церебрального паралича. Всегда, когда они применяются квалифицированными специалистами, удается достигать желаемого результата.

 Дети с церебральным параличом так же, как и другие дети, нуждаются в любви, заботе и поддержке; они должны иметь право на овладение определенными социальными навыками, а также возможность обрести самоуважение и веру в себя.

 Главная задача тех, кто работает с больным ребенком, - вырастить самостоятельного человека, способного нормально учиться и развиваться, помочь ему найти свое место в жизни, научить любить и быть любимым.

9