Содержание

Введение

Глава 1 Детский церебральный паралич

.1 Определение

.2 Классификация ДЦП

.3 Причины ДЦП

.4 Клиника ДЦП

.5 Диагностика

.6 Особенности развития личности и эмоционально волевой сферы у детей с ДЦП

.7 Выводы

Глава 3 Лечение ДЦП

.1 Медикаментозное

.2 Немедикаментозное

Глава 3 Реабилитация детей с ДЦП

.1 Направления в реабилитации

.2 Виды реабилитации

.3 Технические средства реабилитации

.4 Особенности сестринского процесса при реабилитации

.5 Инвалидность при ДЦП ( в РФ)

.6 Профилактика

.7 Выводы

Список литературы

Приложения

Введение

Дети, страдающие ДЦП, - это самая распространенная и трудная категория больных детей, потому что повреждения мозга у детей на разных этапах развития приводят к часто необратимым последствиям: к двигательным нарушениям, нарушениям мыслительной функции, слепоте, глухоте. Такие дети не имеют счастливого детства! ….Основная причина, по которой в России в три раза выше частота ДЦП, чем в других европейских странах, является перенесенный инсульт плода или новорожденного ребенка, наступающий вследствие гипоксии. Гипоксия (кислородное голодание) - это самая частая патология беременности, нередко к ней приводят кистозы. Профилактика ДЦП, которой пока в стране практически не существует, является важнейшей задачей, потому что дети - это будущее нашей страны».

Церебральный паралич входит в более широкую категорию нарушений развития, которая включает в себя нарушения опорно-двигательного аппарата. Дети с такими нарушениями характеризуются наличием недостатков мышечной, скелетной систем и определенным состоянием центральной нервной системы.

Детский церебральный паралич является резидуальным состоянием, т.е. не имеет прогрессирующего течения. Однако по мере развития ребенка различные проявления недостаточности двигательных, речевых и других психических функций могут видоизменяться, что связано с возрастной динамикой морфо-функциональных взаимоотношений патологически развивающегося мозга. Кроме того, более выраженные проявления декомпенсации могут определяться нарастающим несоответствием между возможностями поврежденной центральной нервной системы и требованиями, предъявляемыми окружающей средой по мере роста ребенка.

Двигательные нарушения ограничивают предметно-практическую деятельность, что обусловливает недостаточное развитие предметного восприятия. Двигательная недостаточность затрудняет манипуляцию с предметами, их восприятие на ощупь. Сочетание этих нарушений с недоразвитием зрительно-моторной координации и речи препятствует развитию познавательной деятельности.

Нарушения мышления при детском церебральном параличе обусловлены ограниченным практическим опытом ребенка, на формирование которого большое значение оказывает существенно ограниченный режим больных, страдающих двигательными нарушениями. Обобщающие понятия, сформированные вне практической деятельности, не способствуют в должной мере развитию интеллекта и общей стратегии познания.

Глава 1 Детский церебральный паралич

.1 Определение

Термин детский церебральный паралич (ДЦП) сегодня применяется с целью обозначения любой патологии, относящейся к ряду неврологических расстройств, которые развиваются в младенчестве или раннем детстве, оказывая постоянное влияние на движение тела и координацию мышечной деятельности, однако не являются прогрессирующими, то есть состояние пациента не ухудшается с течением времени. Термин церебральный указывает на то, что патология поражает обе половины (иначе - полушария) головного мозга - в данном случае, речь идёт о моторной зоне коры головного мозга, которая координирует движение мышц. Паралич же означает, что у пациента наблюдается потеря либо повреждение ряда двигательных функций.

.2 Классификация ДЦП.

В настоящее время в РФ используется классификация К.А. Семеновой (1974).

спастическая диплегия - наблюдается преимущественное поражения ног

двойная гемиплегия - спастический тетрапарез, руки поражены несколько больше, чем ноги

гемиплегия - одностороннее поражение руки и ноги

гиперкинетическая форма- возникают непроизвольные движения

атонически- астатическая форма - диффузная мышечная гипотония

смешаная форма ДЦП - сочетание различных проявлений других форм заболевания.

А так же используется классификация по МКБ 10-

· G 80.0 - Спастический церебральный паралич (двойная гемиплегия, тетрапарез).

· G 80.1 - Спастическая диплегия (болезнь Литтла).

· G 80.2 - Детская гемиплегия (гемиплегическая форма).

· G 80.3 - Дискинетический церебральный паралич (гиперкинетическая форма).

· G 80.4 - Атактический церебральный паралич (атонически-астатическая форма).

· G 80.8 - Другой вид детского церебрального паралича (смешанные формы: спастико-атактическая, атактико-гиперкинетическая, спастико-атактико-гиперкинетическая).

· G 80.9 - Детский церебральный паралич неуточненный.

.3 Причины ДЦП

Основные причины ДЦП связаны с процессами развитиями беременности и родовым актом, а эти состояния не передаются по наследству, поэтому такой паралич часто называют врождённым ДЦП. Менее распространённый тип - приобретённый ДЦП ( черепно-мозговые травмы в результате несчастных случаев или инфекций мозга)

· преждевременные роды

· врожденные мальформации

· масса тела при рождении менее 2001 г.

· глубокая недоношенность и гидроцефалия

· пороки развития головного мозга

· кровоизлияния в мозжечок

· гипоксически-ишемические повреждения серого вещества;

· гипогликемические и тромбоэмболические повреждения (в т.ч. вторичные васкулиты при инфекциях);

· билирубиновая энцефалопатия;

· гипоксия при дыхательных нарушениях

· электролитные нарушения;

· травматическое повреждение головного и спинного мозга

· внутриутробное инфицирование плода

· несовместимость резус фактора матери и плода с развитием ("резус-конфликт");

· работа матери с токсическими агентами во время беременности

· токсикозы беременности

· инфекционные, эндокринные, хронические соматические заболевания (внутренних органов) матери;

· слабость сократительной деятельности матки во время родов

· стремительные роды

· кесарево сечение

· затяжные роды

· длительный безводный период

· ягодичное предлежание плода

· длительный период стояния головки в родовых путях

· инструментальное родовспоможение.

.4 Клиника

. Нарушение движений и мышечного тонуса. Все движения ребенка кажутся совершенно неуклюжими, неловкими, разболтанными, выполняются толчкообразно и дискоординированно. Все движения выполняются медленно, и выглядят червеобразно. Кроме того, детский церебральный паралич проявляется следующими нарушения мышечных движений у ребенка.

. Задержка умственного развития может быть не у всех детей, страдающих детским церебральным параличом. Инвалидизация человека зависит именно от уровня интеллектуального развития. Чем выше умственные способности человека, страдающего детским церебральным параличом, тем ниже степень его инвалидности.

. Нарушение речи - формируется вследствие невозможности скоординировать точные и тонкие движения губ, языка и горла. Тонус мышц нарушен, и дети не в состоянии контролировать работу губ, языка и горла, поэтому не способны воспроизводить нормальные звуки, что сильно затрудняет речь.

. Судороги - частный симптом, который проявляется в первые месяцы жизни, или через некоторое время после развития самого ДЦП. Часто судороги трудно отличить от патологической двигательной активности.

. Скелетная деформация - характеризуется укорочением конечности на стороне поражения. Если оставить проблему без внимания, то впоследствии развивается сколиоз и искривление тазовых костей.

. Контрактуры суставов - симптом характеризуется тугоподвижностью и ограниченным объемом движений. В этой ситуации происходит неравномерное сдавление сустава вследствие разницы в тонусе и силе различных мышц, окружающих его.

. Нарушение зрения выражается в развитии косоглазия или близорукости.

.5 Диагностика ДЦП

У детей первого года жизни ДЦП может быть заподозрен и/или установлен при наличии у пациентов патологической активности и нарушений становления ( или патологической трансформации) физиологических рефлексов.

У детей более старшего возраста, диагноз ДЦП устанавливается на основании ведущих клинических проявлений болезни.

Дополнительные инструментальные методы:

o Нейросонография

o Нейровизуализационные методы (компьютерная томография и магнитнорезонансная томография)

o Электронейромиография

o Электроэнцефалография

o Исследование внезапных потенциалов

.6 Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП

Для большинства детей с ДЦП характерна задержка психического развития по типу так называемого психического инфантилизма. Под психическим инфантилизмом понимается незрелость эмоционально-волевой сферы личности ребенка. Это объясняется замедленным формированием высших структур мозга (лобные отделы головного мозга), связанных с волевой деятельностью.

При психическом инфантилизме отмечаются следующие особенности поведения: в своих действиях дети руководствуются в первую очередь эмоцией удовольствия, они эгоцентричны, не способны продуктивно работать в коллективе, соотносить свои желания с интересами окружающих, во всем их поведении присутствует элемент "детскости". Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы могут сохраняться и в старшем школьном возрасте. Они будут проявляться в повышенном интересе к игровой деятельности, высокой внушаемости, неспособности к волевому усилию над собой. Такое поведение часто сопровождается эмоциональной нестабильностью, двигательной расторможенностью, быстрой утомляемостью.

.7 Выводы

Сложности развития детей с детским церебральным параличом обусловлены большими трудностями при выполнении ими координированных и сложных движений. Особенности детей с ДЦП обусловлены двумя основными факторами: 1. Нарушение нормальной структуры тканей центральной нервной системы. 2. Ограничение самостоятельности из-за невозможности свободно двигаться, и лишь частичной способности к самообслуживанию. Любые движения ребенка с ДЦП являются замедленными. 3Другая особенность детей с ДЦП заключается в измененной умственной работоспособности, то есть даже на фоне нормального интеллекта ребенок способен заниматься меньший промежуток времени, усваивает меньший объем информации в единицу времени, по сравнению со здоровым сверстником. Из-за данной особенности дети с ДЦП в 70% случаев имеют задержку психического развития. Интеллект таких детей может быть разным - как нормальным, так и резко сниженным, вплоть до выраженной дебильности. Эмоциональная сфера детей с ДЦП имеет следующие особенности: ранимость, сильная впечатлительность, привязанность к опекунам и родителям. Основная причина задержки и нарушений психического развития детей с ДЦП - в недостаточности мышечной работы (невозможность участия в подвижных играх и т.д.) и ограничении контактов со сверстниками из-за трудностей речевого общения. Дети с ДЦП имеют расстройства речи, обусловленные нарушением тонуса мышц, принимающих непосредственное участие в произношении звуков.

Глава 2 Лечение

.1 Медикаментозное (приложение 1)

Медикаментозное лечение, направленное на основные звенья патогенеза, способствует проведению лечебной и воспитательной работы с детьми, повышает эффективность восстановительного лечения.

· Для стимуляции развития мозговой ткани, психической деятельности применяют гаммалон (в табл. по 0,25, от 3-4 до 8-10 табл. ежедневно, в течение 2-3 мес, 2-3 курса в год), церебролизин (0,25 % раствор по 0,5-1,0 мл, в зависимости от возраста, в чередовании с витамином В,, на курс 15-20 инъекций каждого препарата, 2-3 курса в год), энцефабол, пирацетам, аминалон (по 3-6 табл. в сутки, на курс 500 таблеток), глутаминовую кислоту.

· Препараты, улучшающие микроциркуляцию,- кавинтон, трентал, липоцеребрин, церебролецитин, при их длительном применении улучшаются обменные процессы в мозге, двигательные функции и психическое развитие детей.

· Для снижения мышечного тонуса назначают внутрь дибазол, мидокалм (по 0,25-1 табл. по 0,05, 3 раза в день, курс 3-4 недели, повторяют с интервалом 1 месяц).

· С целью подавления патодинамических сдвигов в нервной системе, стимуляции нервно-мышечной проводимости применяют препараты антихолин-эстеразного действия: галантамин (0,25-0,5 % раствор по 0,5-1,0 мл в инъекциях, через день), оксазил (по 0,001 - 0,005 детям до 7 лет, до 0,01 - более старшим).

· При эписиндроме - фенобарбитал, дифенин, бензонал. Периодически рекомендуются дегидратационные препараты (диакарб, триампур в возрастной дозировке). Учитывая возможность патологии иммунокомпетентных систем в патогенезе ДЦП, некоторые авторы рекомендуют иммуномодуляторы (левамизол, тималин) при тяжелой степени нарушений у маленьких детей.

· Подбор медикаментозных средств зависит от формы ДЦП: при спастических формах более эффективен гаммалон, церебролизин, мидокалм, витамин B12, при экстрапирамидных формах - галантамин, метамизил.

Как правило, прием препаратов сочетается с занятиями ЛФК или логопедическими (за 40-60 мин до занятия).

.2 Немедикаментозное лечение

\* Физиотерапевтическое лечение: тепловые процедуры, лекарственный электрофорез, магнито- и магнитовибротерапия; компрессионный массаж; электростимуляция пораженных мышц; токи Д' Арсонваля; лечебное плавание, жемчужные ванны, гидромассаж.

\* Кинезотерапия: лечебная гимнастика (групповая, индивидуальная, пассивная, активная), дыхательная гимнастика, малоподвижные/подвижные игры, БОС.

\* Использование технических средств и тренажеров: шведская стенка, ортопедический мяч, подвесные ложементы для облегчения движений, ходунки, брусья, специальные тренажеры.

\* Различные виды лечебного массажа.

\* Адресное ортопедо-хирургическое лечение: лечение положением (укладки и растяжки), использование ортезных изделий (статических, динамических и функциональных), лечебное протезирование, этапное гипсование, оперативное лечение.

\* Различные виды рефлексотерапии. \* Мануальная терапия. \* Логотерапия, \* Коррекционная педагогика. \* Трудотерапия. \* Музыкотерапия. \* Занятия с психологом. \* Методы сенсорной коррекции.

Глава 3 Реабилитация детей c ДЦП

Реабилитация - комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесённых (реабилитация) или врожденных (абилитация) заболеваний, а также в результате травм.

Реабилитация детей ДЦП состоит из 4х этапов. (приложение 2)

Терапия ДЦП должна быть комплексной и мультидисциплинарной. Максимально рано начатое лечение и реабилитация в ряде случаев позволяет избежать стойкой инвалидизации больных ДЦП и улучшить качество их жизни. Основной комплексной терапии ДЦП является «командный» подход с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.

.1 Основные направления и задачи реабилитации

. Подготовка

. Разработка программы реабилитации и её реализации

. Коррекция реабилитационных мероприятий

. Оценка эффективности реабилитация

. Восстановление правильной системы пусковой афферентации и рефлекторной деятельности.

. Предупреждение повышения мышечного тонуса, выравнивание его асимметрии.

. Предотвращение образования устойчивых патологических состояний и патологических двигательных стереотипов.

. Профилактика контрактур и деформаций.

. Разработка амплитуды и точности движений.

. Концентрация внимания на правильном и последовательном «включении» мышц в двигательный акт.

. Базисные принципы нейрореабилитации: раннее начало, непрерывность, адекватность, комплексность, этапность, преемственность.

. Реабилитация

Основные принципы и направления реабилитационных мероприятий (Шабалина Н. Б. и др., 1988):

ь адаптация больных к жизни в условиях тяжелого дефекта;

ь своевременность, взаимосвязанность, непрерывность реабилитационных мероприятий (лечение, профориентация, социально-психологическая помощь);

ь апелляция к личности больного, воспитание у него волевых качеств, целенаправленности;

ь этапность социальной и медицинской помощи больным с ДЦП в зависимости от возраста:

ь специализированные ясли-сад, школа-интернат, профессионально-техническое училище, техникум;

ь амбулаторное, стационарное, санаторное лечение (включая неврологический, ортопедический стационар, протезное предприятие и др.);

ь мультидисциплинарность участие специалистов различного профиля: врач-реабилитолог, психолог, невропатолог, педиатр, логопед и др).

.2 Виды реабилитации

Лечебная гимнастика

С учетом специфики двигательных нарушений при ДЦП лечебная гимнастика имеет следующие основные задачи:

Развитие выпрямления и равновесия, то есть так называемого постурального механизма, обеспечивающего правильный контроль головы в пространстве и по отношению к туловищу.

Развитие функции руки и предметно-манипулятивной деятельности.

Развитие зрительно-моторной координации.

Торможение и преодоление неправильных поз и положений.

Предупреждение формирования вторичного двигательного стереотипа.

Под влиянием лечебной гимнастики в мышцах ребенка с ДЦП возникают адекватные двигательные ощущения. В процессе лечебной гимнастики нормализуются позы и положения конечностей, снижается мышечный тонус, уменьшаются или преодолеваются насильственные движения. Ребенок начинает правильно ощущать позы и движения, что является мощным стимулом к развитию и совершенствованию его двигательных функций и навыков.

Дети с ДЦП обязательно должны выполнять следующие физические упражнения:

v растяжка;

v расслабление мышц и уменьшение тонуса;

v увеличение амплитуды и диапазона мышечных движений различных частей тела;

v укрепление мышц, участвующих в движениях различных частей тела;

v упражнения на выработку выносливости мышц;

v тренировка нормального мышечного стереотипа для постановки правильной ходьбы;

v тренировка равновесия путем хождения по наклонным плоскостям;

v упражнения на увеличение силы мышц.

Санаторно-курортное лечение

Краснодарский край

Евпаторий

Сочи

Абхазия

Железноводск

Пятигорск

Кисловодск

Крым

Иппотерапия - это особый вид лечебной физкультуры где лечение осуществляется с помощью лошади, является признанным средством реабилитирующего воздействия на больных соматическими, психическими заболеваниями. Состоит из 4х разделов:

· Теоретические занятия с пациентами.

· Обучение общению с лошадьми

· ЛВЕ в том числе с физическими упражнениями

· Уход за лошадьми, включая их чистку, мытьё, кормление

Эрготерапия направлена на развитие или восстановление утраченных ранее элементарных навыков, в том числе двигательных функций. Это своеобразная лечебная гимнастика, позволяющая тренировать координацию движений и мелкой моторики. Она способна адаптировать человека к повседневной жизни, достичь самостоятельности в действиях, приспособить к быту, а именно ведение домашних обязанностей, приготовление пищи, самостоятельный уход за собой.

Методика Бобат- была разработана Бертой Бобат еще в 30-х годах прошлого столетия, эмигранткой из Германии совместно со своим мужем невропатологом. В основе подхода заложена стимуляция различных движений тела при помощи специальных положений корпуса и конечностей. В результате чего наблюдается укрепление слабых мышц, улучшение движения суставов, уменьшение дисбаланса в пропорциях тела. Такая восстановительная реабилитация позволяет расширить двигательные навыки и улучшить равновесие.

Войта-терапия - основная идея - воздействие на определенные части тела при помощи градуированного давления. Это помогает нервной системе максимально активизировать мускулатуру тела. Здесь также задействована мимика, движение глазных яблок, скелетная мускулатура, мышцы кишечника и мочевого пузыря. Такие раздражители способствуют формированию двигательной реабилитации, а значит нормализации движений тела.

Гидротерапия- В основе нее используется теплая вода, а сама терапия направлена на расслабление определенных групп мышц. Такой курс имеет несколько комплексов упражнений на расслабление, растяжение и укрепление мышц.Сами процедуры производятся в плавательных бассейнах. Этот вид реабилитации вместе с другими методами позволяет увеличить эффективность лечения больных детским церебральным параличом, и улучшают координацию, чувство равновесие, развивают мышечную силу.

Садовая терапия- Суть терапии заключается во взаимодействие ребенка с природой. Так, на территории всех клиник Германии имеются красивые парки. Помимо эстетической функции они также служат в качестве релаксации для пациентов. В результате у них наблюдается улучшение физического и душевного состояния.В таких парках присутствуют места для прогулок и уединения. Всем пациентам выдается специальная обувь для совершения прогулок. Вся территория парка обустроена таким образом, что имеет множество природных тренажеров - ступеней, уклонов и различных покрытий (трава, песок, дерево, щебень). Для реабилитации детей здесь предусмотрены игровые зоны, выполненные также из природных материалов. Это и пещеры, холмы и другие аттракционы.

Дельфинотерапия - это еще один вид восстановительного лечения для детей с диагнозом ДЦП. Взаимодействие с животным происходит под внимательным руководством нескольких специалистов - тренера, психолога, психотерапевта, специалиста по лечебной физкультуре, дефектолога.

Для контакта используют только специально подготовленных дельфинов. Процесс занятий строится по принципу игры. В данном случае происходит активная стимуляция тактильного, зрительного, эмоционального контакта ребенка и дельфина, что приводит к развитию речевых и двигательных навыков.

Важным фактором в применении дельфинотерапии является повышенный интерес и положительный эмоциональный настрой детей к этим животным, что снижает внутренний психологический коммуникационный барьер и как следствие скованность движений. Кроме того в применении данной терапии очень важны тактильные ощущения. Осуществляя воздействие на биологически активные точки на теле ребенка, дельфин стимулирует необходимые определенные зоны нервной системы, отвечающие за соответствующие рефлексы. В отдельных случаях терапевт предлагает пациенту потрогать животное руками или ногами, если были выявлены нарушения соответственно верхних или нижних конечностей.

Еще одним, не менее важным эффектом в данной терапии является своеобразный гидромассаж кожи и внутренних органов. Это происходит за счет того, что дельфин при помощи хвостового плавника создает вокруг ребенка определенное движение воды, которое заметно снижает нагрузку на суставы и активно тренирует мышцы.

**3.3** Технические средства реабилитации

· Тренажер-опора для ползания (приложение3)

· Кресло-коляска прогулочная (приложение4)

· Опора для лежания (приложение5)

· Система ортопедических подушек (приложение6)

· Опора для сидения - Предназначена для позиционной терапии детей с тяжелой патологией, создает и поддерживает правильное положение ребенка. (приложение7)

· Вертикализатор-стойка (приложение8)

· Инвалидная кресло-коляска детская для дома (приложение9)

· Ходунки для детей (приложение10)

· Вертикализатор наклонный- Вертикализатор предназначен для обучения функции вертикального стояния у детей с мозжечковыми и вестибулярными расстройствами, при параличах и парезах нижних конечностей, ДЦП, постинсультных состояниях, травмах спинного мозга, а также для устранения контрактур тазобедренных, коленных и голеностопных суставов. (приложение11)

**3.4** Особенности сестринского процесса при реабилитации детей ДЦП

§ Создание предпосылок для первичного (или повторного) приспособления ребенка к социально-бытовой среде путем формирования навыков самообслуживания, передвижения, ориентации, коммуникации;

§ Выявление и развитие биологических задатков способностей к трудовой деятельности.

§ Индивидуальный подход

§ Активное осознанное участие ребенка и его семьи;

§ Систематический контроль за выполнением программы и ее эффективностью, необходимая коррекция программы в процессе онтогенетического развития ребенка и ее индивидуализация.

§ Подготовка ребёнка к разным процедурам.

§ Учитывать аномальное психическое и физическое развитие ребёнка, в связи с этим учитывать особенности подхода к таким детям.

§ Следить за тем, как родители с ребёнком выполняют назначение врача.

§ Обучать родителей правильному уходу за детьми с ДЦП.

3.5 Инвалидность при ДЦП

.Двигательная недостаточность. В основном определяется спастическими парезами. В процессе роста, тренировки двигательных навыков возможны:

ь полная компенсация - передвижение без опоры, в достаточном темпе, независимо от расстояния; деформации конечностей отсутствуют;

ь субкомпенсация - передвижение (обычно при наличии деформации, неправильной статики) с ограничением расстояния, при наличии дополнительной опоры;

ь частичная компенсация - резко ограниченная возможность передвижения, чаще лишь в пределах квартиры;

ь декомпенсация или отсутствие компенсации - полная неспособность к передвижению.

В зависимости от степени и характера двигательного дефекта (спастический парез, гемипарез, гиперкинез, инкоординация, контрактуры и деформации суставов) у больных снижается способность владеть телом, возможность повседневной деятельности в связи с недостаточной ручной активностью, ловкостью, нарушается возможность выполнения трудовых операций, а при тяжелых расстройствах - способность к личному уходу.

. Нарушение интеллектуальных функций. Интеллектуальный дефект снижает возможность участия больных в трудовой деятельности прежде всего из-за затруднения их обучения. Помимо этого жизнедеятельность ограничивается вследствие снижения способности к ситуативному поведению (невозможность охвата ситуации, выполнения повседневных действий и др.). Больным присущи инфантильность, зависимость от окружающих, эмоциональная незрелость, пассивное поведение. Это затрудняет взаимоотношения в семье, трудовом коллективе, приводит к социальной недостаточности.

. Нарушения зрения, слуха, речи могут значительно снизить способность к коммуникации в быту и в процессе трудовой деятельности.

. Сохраняющиеся в раннем и позднем резидуальном периоде эпилептические припадки могут существенно нарушать жизнедеятельность больных, их трудовые возможности.

.6 Профилактика

Основной профилактикой этой группы болезни является обеспечение физиологического течения беременности родов у материи периода новорождённости ( особенного раненого неонатального) у детей. Поскольку ДЦП часто отмечается у преждевременно родившихся детей, особое значение приобретают борьба за полноценное вынашивание беременности и профилактики недоношенности.

.7 Выводы

Детям с таким серьезным заболеванием, как церебральный паралич важна не только медицинская, но и педагогическая помощь. Их родителям нужно вместе со специалистами - педагогами, врачами составить единый комплекс воздействия на ребенка. Детей необходимо обучать правильным движениям, применять соответствующую дефекту лечебную гимнастику работу на тренажерах, водолечение, длительный массаж, ортопедические средства. Огромное значение имеет ранняя логопедическая работа. Эффективность физиотерапевтического и логопедического воздействия возрастает за счет медикаментозного лечения. Вместе с тем должна проводиться необходимая коррекционная работа, направленная на общее развитие ребенка, предупреждение возникновения у него нежелательных личностных черт, таких как упрямство, раздражительность, слезливость, неуверенность, боязливость и т.п. Необходимо формировать познавательную деятельность малыша, воспитывать активность и разнообразие интересов, тем более, что у многих детей с ДЦП имеются потенциально сохранные предпосылки к развитию мышления, в том числе и его высших форм. Очень важно воспитание прочных навыков самообслуживания и гигиены, а также других бытовых навыков. Ребенок должен твердо знать, что он имеет обязанности, выполнение которых значимо для других членов семьи, и стремится справляться с ними. Постоянное соблюдение режима, спокойная доброжелательная обстановка в семье способствуют укреплению нервной системы ребенка, его умственному, физическому и нравственному развитию. Ребенка с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, как и всякого другого, необходимо всячески оберегать от травм. Однако его нельзя постоянно ограждать от трудностей. Вырастая в тепличных условиях, он впоследствии окажется беспомощным, неприспособленным к повседневной жизни. Очень важно сформировать у него правильное отношение к себе, к своим возможностям и способностям. Для этого следует многократно подчеркивать, что наряду с недостатками у него есть большие достоинства, что он сможет многого добиться в жизни, если приложит усилия. Некоторые дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата до школы воспитываются дома. Другие посещают специальные детские сады. Для более старших организованы специальные школы, часть из них интернатного типа. Обучение в них проводится по программам массовых школ. В дальнейшем выпускники получают возможность иметь различные профессии с учетом их физических особенностей.

детский церебральный паралич реабилитация

Заключение

ДЦП продолжает оставаться состоянием, обуславливающим значительную часть случаев инвалидности среди детского и взрослого населения, существенно снижающим работоспособность и качество жизни, а также усугубляющим социальную дезадаптацию пациентов.

Комплексный подход к терапии и реабилитации больных ДЦП, использование новых эффективных фармакологических средств разнопланового действия позволяет не только компенсировать имеющиеся у них неврологический дефицит, но и улучшить качество их жизни и добиться адекватного уровня из социализации.

Список литературы

Нормативно-правовой акт

Заместитель председателя учёного медицинского совета Департамента здравоохранения города Москвы проф. Л.Г. Костомарова и первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Н.Ф. Плавунов от 2012 года - Методические рекомендации родителям о ДЦП, разработанные Научно-практическим Центром детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Библиографическое описание монографии (книги)

Ушаков А.А Современная физиотерапия в клинической практике. Рецензенты: А.И. Хазанов, В.Е Илларионов. Москва, « АНМИ», 2002.-364с.,илл.

Д.С. Футер Заболевания нервной системы у детей. Издание второе, исправленное и дополненное. Издательство «Медицина» Москва - 1965

Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. НИИ имени Н.В. Склифосовского 2005 г.

Библиографическое описание статьи из журнала.

Медицинская помощь // рис. 3. Технология реабилитационных мероприятий для неврологических больных с двигательными нарушениями, 2007.- №3. - с.12.

Медицинская помощь // О.Ф. Выхристюк, И.В. Степанова, О. В. Мелентьева, Н. Ю. Логинова, В. Д. Русакова. Реабилитация и восстановительное лечение детей с детским церебральным параличом в условиях крупного стационара, 2007. - №2.-с 18-21.

Библиографическое описание электронного издания

Официальный сайт для людей с ограниченными возможностями здоровья

«Дверь в мир» Детский церебральный паралич.

1. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М.: 1975. 2.

2. Михеев В.В. Нервные болезни. - М.: 1958.

3. Петрова В.Г., Белякова И.В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? - М.: 1998.

© 2009-2014,URL: <http://doorinworld.ru/stati/86-detskij-czerebralnyj-paralich>.

Лечение детского церебрального паралича. Врач невролог высшей категории Светлана Валентиновна Кобзева.

URL:<http://www.medicalj.ru/diseases/neurology/638-detskij-cerebralnyj-paralich-dcp-simptomy-lechenie>, 2014г.

Приложение 1

Методические рекомендации родителям о ДЦП, разработанные Научно-практическим Центром детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Синдром (группа симптомов заболевания) | Группа препаратов | Цель назначения | Наиболее распространенные побочные реакции |
| Патологическое изменение мышечного тонуса (спастичность, гипотония, дистония) | Антиспастические препараты | Снижение мышечного тонуса | Действуют не избирательно (повышают или понижают тонус всех мышечных групп, что не всегда желательно). |
|  | Препараты, коррегирующие мышечную гипотонию | Повышение мышечного тонуса | Сонливость, мышечная слабость, иногда снижение порога судорожной готовности |
|  | Препараты против мышечной дистонии | Уменьшение патологических (избыточных и неправильных) движений | Гиперсаливация или сухость во рту, тошнота, усиление или снижение перистальтики кишечника |
| Нарушение темпов психомоторного и физического развития | Нейропротекторы и ноотропы | Стимуляция высшей нервной деятельности, улучшение проведения нервных импульсов, защита нервной системы от вредных воздействий | Возбуждение, нарушение сна, эпилептические приступы, усиление аппетита, опережение полового развития, усиление гиперкинезов. |
|  | Метаболические препараты, сосудистые препараты и антиоксиданты | Улучшение метаболизма в органах и тканях, улучшение их кровоснабжения и снабжения кислородом | Снижение (иногда повышение) артериального давления, изменение вязкости крови, аллергические реакции |
| Пароксизмальные состояния (эпилептические и неэпилептические) | Антиконвульсанты | Противосудорожный эффект | Сонливость, снижение темпов познавательной деятельности, нарушение клеточного состава крови, задержка желчевыведения и активизация печеночных ферментов, снижение (повышение) аппетита, аллергические реакции |
|  | Успокаивающие (седативные) препараты, нейролептики |  Улучшение сна, настроения и поведения |  |

Приложение 2

Реабилитация детей ДЦП состоит из 4х этапов







