

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Терапевтических дисциплин**

**РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ ДЕТЕЙ С  
ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения  
специальности 31.02.01 Лечебное дело  
4 курса группы 03051520  
Левиной Виктории Владимировны

Научный руководитель  
преподаватель Гричук О.М.

Рецензент  
Заведующая педиатрическим  
отделением №2 ОГБУЗ ОДКБ  
Сысоева Н.Я.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ .....	6
1.1. История вопроса.....	6
1.2. Этиология и патогенез.....	7
1.3. Классификация и клиническая картина.....	9
1.4. Ранняя диагностика и дифференциальная диагностика .....	14
1.5. Социальный аспект проблемы.....	16
1.6. Понятие о реабилитации и реабилитационный прогноз.....	17
1.7. Реабилитационный процесс .....	20
ГЛАВА 2. АНКЕТИРОВАНИЕ И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ .....	30
2.1. Результат анкетирования.....	30
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	41
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	45
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	47

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы.** В настоящее время в Российской Федерации сохраняется достаточно большое количество случаев появления на свет незрелых и больных новорождённых. Эта категория детей входит в группу высокого риска по поражению головного мозга и центральной нервной системы, что приводит к развитию различных заболеваний и последующей инвалидизации. Специалисты называют число 5-6 на 1000 новорождённых. За последние 5 лет в Российской Федерации число детей-инвалидов и соответственно инвалидов с детства увеличилось в 4 раза. 5% из них составляют больные с последствиями детского церебрального паралича.

Таблица 1.

Заболеваемость детским церебральным параличом в Белгородской области

	Всего на учёте	Впервые выявлено	На диспансерном учёте	Показатель заболеваемости на 100 тыс.чел.
2016 г.	1097	68	906	813,4
2017 г.	1139	66	900	916,4
2018 г.	1112	51	937	813,3

Рождение такого малыша становится не только серьёзным испытанием для семьи, но имеет также социальный и экономический аспекты.

Общественное мнение часто ставит знак равенства между понятием «инвалид» и «умственно отсталый, неполноценный». Семьи с детьми-инвалидами оказываются в социальной изоляции, дети испытывают трудности с обучением, общением со сверстниками.

Сильное и счастливое государство состоит из счастливых личностей. Если человека невозможно полностью вылечить, то задача семьи и государства - обеспечить максимально высокое качество жизни, такое, чтобы даже имеющий ограниченные возможности человек, мог реализовать себя,

чувствовать себя полноценным членом общества и по мере своих возможностей приносить пользу [3, с. 35-36].

Решением социальных, экономических и многих других проблем может стать эффективная реабилитация. Одним из условий которой является максимально ранняя постановка диагноза и начало необходимых мероприятий. Заподозрить неблагополучие может специалист «первого звена», которым, особенно в отдалённых районах, часто является самостоятельно работающий фельдшер. Во многом от его знаний, компетенции, профессиональных умений и личных качеств будет зависеть успех реабилитационных мероприятий и их исход, то, кого получит общество – нетрудоспособного инвалида, которому всю жизнь будет требоваться посторонний уход и поддержка или человека с ограниченными возможностями, но умеющего максимально использовать все имеющиеся и ведущего по мере сил активный и полноценный образ жизни [3, с. 37].

**Объект исследования:** профессиональная деятельность фельдшера.

**Предмет исследования:** ранняя диагностика заболеваний центральной нервной системы у детей, оценка реабилитационного потенциала.

**Цель дипломной работы:** проанализировать деятельность фельдшера в ранней диагностике заболеваний центральной нервной системы у детей и оценке реабилитационного потенциала.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи:**

1. Изучить историю вопроса;
2. Выявить ранние симптомы поражения центральной нервной системы у детей;
3. Проанализировать основные методики реабилитации детей с поражениями центральной нервной системы;
4. Провести анкетирование с целью выявления уровня знаний населения о возможных факторах риска развития заболеваний центральной нервной системы у детей и толерантности населения к инвалидам;

В соответствии с намеченной целью и задачами исследования были

определены следующие **методы исследования:**

- научно - теоретический анализ медицинской литературы;
- эмпирический метод;
- сравнительный метод;
- метод обобщения.

**Теоретическая значимость** заключается в расширении представлений о возможных факторах риска развития заболевания, а также изучении методов ранней диагностики и реабилитации.

**Практическая значимость** заключается в составлении рекомендаций по реабилитации детей с поражениями центральной нервной системы и психологическому сопровождению их семей.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

## 1.1. История вопроса

Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) Детский церебральный паралич (ДЦП) – не прогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее его отделы, которые ведают движениями и положением тела, заболевание приобретает на ранних этапах развития головного мозга. Более полным определением является следующее: детский церебральный паралич - это не прогрессирующее поражение мозга, обусловленное воздействием ряда неблагоприятных факторов в пренатальном, перинатальном и раннем постнатальном периодах, всегда сопровождается двигательными и зачастую ортопедическими нарушениями. Но и это определение появилось далеко не сразу.

Долгое время заболевание называли «болезнью Литтля» по имени впервые описавшего его врача – английского хирурга Уильяма Литтля. В 1860 году доктор обратил внимание на особую категорию маленьких пациентов. Эти дети испытывали трудности с захватом и удержанием предметов, им было сложно ползать и ходить. Но когда они вырастали, в отличие от остальных известных патологий, их состояние не ухудшалось и ограничение трудоспособности оставалось примерно на одном уровне. Загадочное заболевание выявлялось в первый год жизни детей и характеризовалось спазмом мышц конечностей, чаще всего – ног. В настоящее время эта патология известна как *спастическая диплегия* [8, с. 76].

Врач обратил внимание, что многие его пациенты появились на свет раньше положенного срока или их матери испытывали сложности во время родов. Он предположил, что недостаток кислорода во время родов привёл к

повреждению чувствительных тканей мозга, отвечающих за движение, что обусловило заболевание.

Эта теория существовала до 1987 года, когда психиатр Зигмунд Фрейд отметил, что многие матери, пережившие действительно трудные роды, имели абсолютно здоровых детей. А часть матерей, родивших достаточно легко и естественно, имели детей с патологией. Результатом его наблюдений стало предположение, что поражение мозга ребёнка начинается гораздо раньше – во время его формирования в утробе матери, а трудные роды могут являться следствием дополнительных факторов неблагополучия, повлиявших на беременность матери и развитие плода. Им также был введён термин «детский церебральный паралич».

Однако, несмотря на здравые рассуждения доктора Фрейда, вплоть до 80-х годов прошлого века большинство исследователей, врачей и будущих родителей пребывали в полной уверенности, что именно осложнённые роды являются основной причиной развития церебрального паралича у детей.

Позже, когда стало доступно проведение более масштабных исследований и анализ их результатов, группа учёных под эгидой Национального института неврологических расстройств и инсульта (NINDS) обследовала более чем 35 тыс. новорожденных и их матерей и обнаружила, что лишь менее чем в 10% случаев результатом осложнённых родов стало развитие паралича у детей. В большинстве случаев причину заболевания вообще не удалось выявить [8, с. 77-78].

## **1.2. Этиология и патогенез**

С момента первого описания заболевания прошло много времени и ясно, что нет одного заболевания, которое можно было бы назвать «детский церебральный паралич». К нему точно не относятся прогрессирующие наследственные заболевания нервной системы, нарушения метаболизма, поражения спинного мозга и периферических нервов. Существует целая группа

многообразных неврологических нарушений, возникающих в результате неправильного развития мозга, недоразвития его или повреждения на различных этапах онтогенеза. Для всех этих нарушений характерна неспособность пациента сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения. Таким образом, поскольку до настоящего времени не предложено более удачного термина, в мировой литературе используется определение «детский церебральный паралич», объединяющее синдромы в единую нозологическую группу. Постановка такого «объединённого» диагноза позволяет составить план действий для профилактики, ранней диагностики, лечебных и реабилитационных мероприятий, включая социальную активность для помощи людям, страдающим церебральным параличом и их семьям.

Учитывая современные знания, различные мнения об этиологии, и невозможность точно выделить одну конкретную причину, заболевание рассматривается как полиэтиологическое [14, с. 109-110].

Этиологическими факторами заболевания являются:

- гидроцефалия;
- низкая и экстремально низкая масса тела новорождённого;
- пороки развития головного мозга;
- кровоизлияния в мозг;
- гипоксия;
- ишемические повреждения серого вещества мозга;
- энцефалопатия, обусловленная высокой концентрацией билирубина;
- дыхательные нарушения (бронхолёгочная дисплазия);
- внутриутробное инфицирование плода (токсоплазмоз, хламидиоз, уреаплазмоз, вирус герпеса, краснухи и другие);
- «резус-конфликт» (несовместимость резус фактора матери и плода);
- работа матери на химическом или другом вредном производстве в период беременности;
- тяжёлые токсикозы беременности;
- различные хронические заболевания матери;

- осложнённое течение родов и применение агрессивных техник родовспоможения также являются факторами риска развития ДЦП [14, с. 111].

### **1.3. Классификация и клиническая картина**

Клиническая форма заболевания будет зависеть от этиологического фактора и локализации основных нарушений мозга. В 1978 году К.А. Семеновой была предложена классификация форм детского церебрального паралича. Данная классификация была утверждена Министерством здравоохранения СССР и до настоящего времени сохраняет свою актуальность [3, с. 35].

1) *Спастическая диплегия.* Является наиболее распространённой формой и при этом имеет довольно благоприятный прогноз относительно социальной адаптации и трудоустройства. Эта форма встречается примерно у 60% пациентов. Для неё характерен тетрапарез, при котором верхние конечности поражены в меньшей степени, чем нижние. Такие дети часто интеллектуально сохранены, в основном обучаются в школах по общей программе, могут при желании получить высшее образование и освоить различные профессии.

2) *Гиперкинетическая форма.* Проявляется произвольными насильственными движениями по типу хореоатетоза, хореического гиперкинеза и различными формами их сочетаний. У пациентов часто затруднена артикуляция, речь дизартрична, но не влияет на интеллект, который может быть достаточно высоким и позволяет им обучаться по массовой школьной программе с учётом индивидуальных особенностей общения.

3) *Атонически-астатическая форма.* Обусловлена мозжечковой недостаточностью, проявляющейся гипотонией мышц туловища и конечностей в сочетании с высокими сухожильными рефлексам, гиперметрией, дисметрией, атаксией. В случае преимущественного поражения мозжечка возможности интеллектуального развития сохранены. В случае преимущественного поражения лобных долей в зависимости от степени

поражения наблюдается задержка психического развития или умственная отсталость.

4) *Гемипаретическая форма* характеризуется односторонним расположением патологического процесса. Выделяют правосторонний и левосторонний гемипарезы. В этом случае верхние конечности поражены более значительно, чем нижние. Чаще, чем при других формах возможны нарушения оптико-пространственного гнозиса, эмоционально-волевой сферы. Также встречается дизартрия, умственная отсталость, моторная или сенсомоторная алалия [3, с. 36-37].

5) *Двойная гемиплегия*. Является самой тяжёлой и прогностически неблагоприятной формой заболевания. В этом случае поражены все конечности, то есть имеет место тетраплегия, лишаяющая больных двигательных возможностей и даже элементов самообслуживания. Для 70-80% пациентов характерны судорожные приступы, у большинства имеет место анартрия или тяжёлая моторная алалия, то есть речь практически отсутствует. Отмечается тяжёлая или глубокая степень умственной отсталости. Реабилитационные возможности крайне ограничены даже при применении наиболее современных методов восстановительного лечения.

Выделяют следующие нарушения, характерные для различных форм ДЦП:

- двигательные нарушения (парезы различной степени тяжести, гиперкинезы);

- нарушения вестибулярной функции, равновесия, координации движений, кинестезия (расстройство ощущения движения, ослабление проприоцепции от мышц, сухожилий, суставов);

- нарушения функций головного мозга (диспраксия, агнозия, отрицание моторного дефекта, расстройства чувствительности, нарушения речи в виде афазии, дизартрии);

- аномалии восприятия – игнорирование поражённых конечностей у 50% детей с гемиплегиями;

- когнитивные нарушения у 65% детей, умственная отсталость более чем у 50%;
- расстройства поведения (нарушение мотивации, дефицит внимания, фобии, генерализованная тревога, депрессия, гиперактивность);
- задержка темпов моторного и/или психоречевого развития;
- симптоматическая эпилепсия (в 50-70% случаев);
- нарушения зрения (косоглазие, нистагм, амблиопия, кортикальные выпадения полей зрения);
- нарушения слуха;
- гипертензионно-гидроцефальный синдром;
- диффузный остеопороз;
- нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
- урологические нарушения (гиперрефлексия мочевого пузыря, детрузорно-сфинктерная диссинергия), развиваются у 90% пациентов;
- ортопедические проблемы проявляются укорочением конечностей и сколиозом у 50% детей с ДЦП [3, с. 38-39].

Причиной нарушения контроля за движениями становится недостаток зрительной, слуховой и вестибулярной афферентации.

При выборе тактики лечения и реабилитационных и корректирующих методов необходимо учитывать синдромы двигательных нарушений, характерные для спастических форм ДЦП. Под влиянием этих синдромов формируются деформации в суставах и позвоночнике [3, с. 39].

Несмотря на то, что само заболевание ДЦП является непрогрессирующим с течением времени при наличии осложнений состояние пациентов может ухудшаться. Чем тяжелее форма ДЦП, тем выше риск возникновения осложнений. Среди осложнений наиболее частыми являются следующие:

1) *Эпилепсия*. Встречается примерно в 15% случаев при спастической диплегии, до 70 – 90% при тетрапарезе (двойная гемиплегия). Даже при отсутствии клинических эпилептических приступов у ребёнка с ДЦП необходимо наблюдение невролога и эпилептолога в случае персистирующих эпилептических

изменений на ЭЭГ. При неправильном выборе тактики реабилитации и применении агрессивных методик возможна манифестация заболевания. В остром периоде судорожных приступов невозможно проведение активного восстановительного лечения, что существенно ограничивает возможности реабилитации и ухудшает качество жизни. Регулярные эпилептические приступы существенно отражаются на интеллектуальном развитии маленького пациента и его психическом состоянии. Наиболее страшным исходом эпилепсии может быть смерть в случае развития эпилептического статуса [1, с. 70-71].

2) *Дыхательные нарушения.* Часто развиваются у пациентов с тяжёлыми формами ДЦП в связи с ограничением их подвижности. Большую часть времени такие дети проводят лёжа, что приводит к проблемам с глотанием и пережёвыванием пищи. У них часто отмечается хронический аспирационный синдром, результатом которого становится воспаление и застой в бронхах или аспирационная пневмония. Иммунная защита у таких пациентов также часто снижена. Решением проблемы может стать регулярное наблюдение у врача-пульмонолога.

3) *Ортопедические нарушения.* У пациентов с ДЦП часто развиваются скелетные деформации, обусловленные самим характером заболевания. Причиной отставания в росте поражённых конечностей становятся нарушение согласованной работы мышц, спастический тонус в паретичных мышцах, нарушение нормального кровоснабжения. Из-за диспропорции конечностей формируются патологические позовые установки, которые, в свою очередь, приводят к дальнейшим деформациям скелета. Пациенты с ДЦП и их близкие часто сталкиваются с такими проблемами как сколиоз, вывихи бёдер, развитие суставных контрактур. По мере увеличения нагрузок на скелет в процессе роста ребёнка ортопедические нарушения могут не только прогрессировать, но и сопровождаться изнуряющими сильными болями, вследствие чего возникает значительное ограничение двигательной активности. Профилактикой ортопедических нарушений является регулярная дозированная физическая

нагрузка, массаж, ортезирование. В крайних случаях хирургическая коррекция уже сформировавшихся скелетных изменений [1, с. 72-73].

4) *Нарушения пищеварения.* Ограниченная вследствие болезни физическая подвижность проявляется не только внешней, но и внутренней слабостью мышц. Нарушение перистальтики кишечника становится причиной хронических запоров у пациентов. В случае если ребёнок передвигается только в инвалидном кресле высок риск ожирения. Во избежание подобных проблем необходимы регулярные физические упражнения и сбалансированная здоровая диета. Профилактикой будет наблюдение у врача – гастроэнтеролога.

Помимо вышеперечисленных проблем могут быть и другие – нарушения зрения, слуха, речи, трофические раны или пролежни при неправильном использовании коррекционного оборудования или инвалидного кресла. У пациентов с ДЦП страдает не только тело, но и психика испытывает значительные перегрузки.

Можно выделить следующие синдромы:

1) *Церебрастенический синдром.* Для таких детей характерна сниженная работоспособность, повышенная истощаемость, эмоциональная лабильность и частые смены настроения. При переутомлении усугубляется церебральная астения, что проявляется плаксивостью, вспыльчивостью, раздражением. Дети пугливы, легко поддаются внушению, остро реагируют на воздействие неблагоприятных факторов, подвержены страхам, часто возникают протесты.

2) *Неврозоподобный синдром.* Проявлением синдрома могут быть заикание, энурез, вегетососудистые реакции (покраснение или побледнение кожных покровов, обильное потоотделение, одышка, дрожь, гиперсаливация). Такие дети легко возбудимы, пугливы и могут впасть в состояние резкого возбуждения при перемене обстановки, например, переезд, разлука с матерью. Помимо вышеперечисленных проявлений может наблюдаться усиление гиперкинезов, нарушение сна, повышение температуры.

3) *Синдром психической неустойчивости.* Является вариантом психопатоподобных расстройств. Для детей характерны агрессия, жестокость,

слабовольность, внушаемость, инфантильность, истощаемость внимания, раздражительность. Могут быстро и по незначительному поводу впасть в состояние аффекта. Временами проявляется озлобленность, гневливость [16, с. 175].

#### **1.4. Ранняя диагностика и дифференциальная диагностика**

Диагностировать ДЦП в первый год жизни ребёнка сложно, потому что его очевидные симптомы нередко выявляются позже. Однако заподозрить тяжёлое перинатальное поражение центральной нервной системы с высоким риском развития данного заболевания можно уже к концу первого полугодия. Своевременно поставленный диагноз означает раннее начало лечения, в тот период, когда компенсаторные возможности детского организма высоки как никогда и можно добиться существенного улучшения качества жизни маленького пациента [9, с. 48].

При наличии показаний и технических возможностей детям, перенесшим перинатальное поражение центральной нервной системы, целесообразно провести магнитно-резонансную томографию. Магнитно-резонансная томография – объективный метод нейровизуализации при патологии нервной системы. Применение данного метода позволяет выявить структурные изменения головного мозга, ассоциированные с ДЦП и формирующимся ДЦП, а также врождённые пороки развития головного мозга. Использование метода МРТ у недоношенных детей даёт возможность определить и другие состояния, имеющие серьёзный неврологический прогноз с высокой частотой формирования детского церебрального паралича [5, с. 24].

Важным фактором успешной диагностики является информирование родителей обо всех осложнениях в период беременности и родов, в первые дни жизни, и объяснение доступным для их понимания языком возможных последствий этих осложнений. Формирование у них ответственного отношения к здоровью ребёнка и приверженности к систематическому наблюдению у

таких специалистов как педиатр и невропатолог, а не «от случая к случаю» или когда «что-то беспокоит».

Тревожным звоночком может стать запоздалое появление двигательных навыков у малыша. Несмотря на современную тенденцию учёта индивидуальных темпов развития, если к полутора месяцам в позе лёжа на животе доношенный ребёнок неустойчиво держит голову или не держит её совсем это повод для посещения специалиста. Если в положении лёжа на животе и в вертикальном положении ребёнок не удерживает голову после 2 месяцев, не сидит без поддержки после 7 месяцев, не ходит сам в возрасте старше 15 месяцев необходимо выявить причину задержки и начать реабилитационные мероприятия [5, с. 25].

Внимания требует также психическое и речевое развитие ребёнка: проявляет ли интерес к игрушкам, гулит, лепечет, присутствует или отсутствует зрительное и слуховое сосредоточение. Многие родители ведут дневники развития малыша, отмечая его основные достижения. Такой дневник может стать не только частью семейного архива, но и хорошим помощником для определения уровня развития ребёнка.

Регулярное посещение невролога позволит определить своевременно ли угасают младенческие рефлексы – ладонно-ротовой (открытие рта у новорождённого при нажатии на ладошки), рефлекс автоматической ходьбы.

В норме эти рефлексы сохраняются до 2-3 месяцев, а затем пропадают. Сохранение их до 4-6 месяцев может стать сигналом о нарушении функционирования центральной нервной системы [11, с. 46].

Мышечный тонус также является маркером состояния нервной системы. Для детей с ДЦП характерно нарушение координации. Слишком слабые (гипотоничные) мышцы, или наоборот слишком напряжённые (гипертонус, спастичность), тремор головы, дрожание туловища, рук, ног, затруднения при глотании или сосании, гиперсаливация, вычурные движения, непроизвольное кивание головой, застывание в необычной позе на длительный период,

преимущественное участие только одной половины тела в движении, подволакивание ноги – всё это сигналы о возможном заболевании.

Диагностика ДЦП основывается на наличии двигательного дефекта и замедленном становлении двигательных функций, а также данных неврологического обследования, подтверждающих церебральный генез имеющейся симптоматики. Но существует ряд других болезней, имеющих на ранних этапах похожие проявления. Например, болезнь Сегавы (ДОФА-чувствительная дистония), синдром Леша-Нихена, атаксия-телеангиэктазия, спинальная амиотрофия или врождённая миопатия. А в случае ДЦП, несмотря на непрогрессирующий характер заболевания, в течение второго года жизни может наблюдаться ложное ухудшение состояния пациента. Причиной его является утрата детьми некоторых двигательных функций в связи с развитием контрактур, избыточной прибавкой массы тела, отсутствием мотивации. Чаще всего в подобную ситуацию попадают дети с тяжёлыми формами, испытывающие значительные трудности при передвижении и имеющие в связи с этим крайне ограниченные возможности. В таких случаях для уточнения диагноза адекватными методами являются электронейромиографическое исследование и мышечная биопсия [11, с. 47].

### **1.5. Социальный аспект проблемы**

ДЦП является не только физической проблемой, но и социальной. Почти все пациенты имеют статус «ребёнок-инвалид», что означает изменение жизни всей семьи в большей или меньшей степени, в зависимости от тяжести заболевания. Как правило одному из родителей приходится оставить работу чтобы в полном объёме обеспечивать уход и заниматься реабилитацией ребёнка. Это приводит к уменьшению семейного бюджета, нарушению социальных и общественных связей, стрессу. Всё это снижает возможности противодействия негативным обстоятельствам [6, с. 23].

Выделяют четыре фазы психологического состояния в процессе становления родительской позиции по отношению к ребёнку-инвалиду. Первая фаза – «шок». В этой фазе родители испытывают горе, растерянность, безысходность, бесконечно задаются вопросами что они сделали не так, за что их и малыша постигло такое несчастье. Родители не владеют информацией о заболевании, что вызывает ощущение собственной беспомощности, страха, возникает чувство неполноценности.

Вторая фаза – «неадекватное отношение к дефекту». В этот период включаются защитные механизмы психики, и родители впадают в негативизм и отрицают поставленный диагноз.

Третья фаза – «частичное осознание дефекта ребёнка». Она сопровождается возникновением чувства «хронической печали», обусловленного постоянной зависимостью родителей от потребностей ребёнка. Усугубляет депрессию отсутствие положительной динамики в состоянии ребёнка.

Четвёртая фаза – начало социально – психологической адаптации всех членов семьи, принятие ситуации. Именно она является конструктивной для формирования у родителей приверженности к проведению регулярных реабилитационных мероприятий не только в больницах и санаториях, но и дома. При отсутствии постоянной профессиональной системной всесторонне-охватывающей психологической поддержки проживание какой-либо фазы может затянуться, в результате может быть упущено драгоценное время и затруднён процесс постановки правильного диагноза и начало восстановительного лечения [6, с.24-25].

## **1.6. Понятие о реабилитации и реабилитационный прогноз**

По определению ВОЗ реабилитация - это комбинированное и координированное применение социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки

индивидуума для достижения оптимальной его трудоспособности. В РФ используется определение, сформулированное на совещании министров здравоохранения европейских стран (Прага, 1967г): реабилитация есть система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду [4, с.26].

Самым первым шагом является составление индивидуальной программы реабилитации пациента, с учётом тяжести его заболевания, возраста, пола, наличия сопутствующих патологий. Всё это определяет реабилитационный потенциал и направления воздействия. Для адекватной оценки состояния необходимо рассматривать общую выраженность нарушения функций:

1. Легкая степень: самостоятельная ходьба, тонкая моторика почти не нарушена, словарный запас более 20 слов, IQ выше 70 баллов. Благоприятный прогноз для самостоятельной жизни;

2. Умеренная степень: ходьба или ползание с поддержкой, тонкая моторика ограничена, может произносить отдельные слова, IQ 50-70 баллов. Таким пациентам нужна помощь, но их возможно обучить базовым навыкам самообслуживания, социализировать. В целом прогноз благоприятен;

3. Тяжёлая степень: неспособность пациента к самостоятельному передвижению, отсутствие тонкой моторики, неразборчивая речь, IQ менее 50 баллов. Прогноз неблагоприятен, необходим постоянный уход. [6, с.53-54].

Для качественной оценки уровня функционирования ребёнка и его ограничений жизнедеятельности в возрасте от 6 месяцев до 7,5 лет может использоваться Опросник оценки детской инвалидности – Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI), разработанный группой авторов из Бостонского университета. В октябре 2012 года с целью облегчения работы с тестом PEDI была создана электронная версия теста PEDI-CAT. На сегодня этот тест

признан мировым стандартом оценки функциональных возможностей ребёнка, его валидность и надёжность подтверждена многими исследованиями. Опросник переведён на 25 языков мира и адаптирован к культурно – этническим особенностям разных регионов.

Установлена связь между началом освоения первого этапа вертикализации – навыка удержания головы и степенью тяжести ДЦП, а также возможностью формирования статико-моторных навыков к определённым срокам. Если навык удержания головы не формируется к 18-20 месячному возрасту, то реабилитационный потенциал оценивается как низкий и прогноз двигательного развития неблагоприятен. В случае сохранения к 12-ти месячному возрасту примитивных рефлексов и несформированности защитных рефлексов маловероятно, что ребёнок в дальнейшем сможет самостоятельно ходить. Уровень интеллекта связан с возрастом начала ходьбы. Нормальный или пограничный уровень интеллекта чаще имеют пациенты, начавшие ходить до достижения 2 лет. Более 90% пациентов с ДЦП доживают до взрослых лет. До 5-летнего возраста как правило не доживают дети с тяжёлой формой ДЦП в сочетании с выраженной умственной отсталостью неспособные самостоятельно выполнять никакие движения и питающиеся через зонд [6, с.55].

Примерно 50% пациентов с ДЦП имеют интеллектуальную недостаточность, оказывающую значительное влияние на результат восстановительного лечения и реабилитационный прогноз. Для разработки адекватной программы обучения ребёнка и установления степени дефицита познавательной деятельности необходимо не только своевременное выявление интеллектуальной недостаточности, но и установление её степени. Для выявления возможных психо-речевых расстройств детей консультируют логопед и психиатр. Применяются шкала развития детей RCDI-2000, опросник для оценки уровня речевого и когнитивного развития ребёнка (Е.Е.Ляксо, 2008 г.), тест Бине. Прослеживается взаимосвязь между формой ДЦП и выраженностью психо-речевых нарушений. Выявленную взаимосвязь

необходимо учитывать при оценке реабилитационного потенциала и составлении индивидуальной программы занятий с ребёнком [6, с.56].

### **1.7. Реабилитационный процесс**

Эффективный реабилитационный процесс и прогресс невозможны без соблюдения основных принципов:

1. Раннее начало реабилитации;
2. Непрерывность;
3. Адекватность;
4. Комплексность;
5. Этапность;
6. Преемственность;
7. Мультидисциплинарный подход.

Если с ранним началом и непрерывностью всё более-менее понятно, то с адекватностью уже несколько сложнее.

Принцип адекватности заключается в соответствии предъявляемых требований и интенсивности воздействия физическому и психическому состоянию пациента. В реабилитации как нигде необходимо освоить «искусство маленьких шагов» и понимать, что в тяжёлых ситуациях огромным достижением являются те вещи, которые здоровый человек выполняет автоматически, не задумываясь [2, с.35].

Комплексность подразумевает слаженную работу целой команды специалистов и одновременное уделение внимания не только коррекции двигательных и неврологических нарушений, но и психологическому развитию ребёнка, развитию его интеллекта и познавательной активности. Этапность означает, что реабилитация, начинаясь уже в отделении патологии новорожденных, продолжается и дальше, за стенами лечебных учреждений, в том числе и дома силами самих родителей.

Для соблюдения принципа преемственности необходим тесный контакт между специалистами – реабилитологами на всех этапах, чтобы при переходе в «новые» руки не тратилось время на выяснение того, какие методики уже использовались и были ли они эффективны [2, с.36-37].

Мультидисциплинарный подход подразумевает, что для улучшения состояния пациента и повышения качества его жизни используются все возможные методики, зачастую находящиеся на стыке различных отраслей.

Традиционно выделяются три основные стадии течения детского церебрального паралича: ранняя стадия – первые месяцы жизни; ранняя резидуальная стадия с 2-4 до 16 лет; поздняя резидуальная стадия.

Для ранней стадии характерны острые нарушения гемо- и ликвородинамики, возникающие в процессе родов. Стойкие патологические рефлексы, задержка развития моторики, атипичные движения являются неблагоприятными симптомами для прогнозирования детского церебрального паралича. В большинстве случаев наблюдается задержка психического и речевого развития. В этот период целесообразна максимально ранняя диагностика, наблюдение невролога и медикаментозная терапия.

Ранняя резидуальная стадия продолжается в зависимости от тяжести заболевания и его формы от нескольких месяцев до нескольких лет. Установочные рефлексы не формируются или формируются их элементы, формируются патологические двигательные стереотипы, наблюдается резкая задержка развития моторики. В рамках резидуальной стадии возможны два варианта. Первый вариант характеризуется патологическими двигательными стереотипами, позволяющими ребёнку самостоятельно или с поддержкой передвигаться, овладеть теми или иными элементами самообслуживания. Речь и интеллект могут развиваться нормально или имеют место негрубые нарушения речи. Этот вариант имеет благоприятный реабилитационный прогноз и возможно значительное улучшение и социализация пациента.

Второй вариант характерен для тяжёлых форм заболевания, может наступать очень рано, в первые месяцы жизни. У ребёнка быстро нарастают

множественные контрактуры и деформации. Отмечается выраженное недоразвитие речи и различные степени умственной отсталости. Прогноз в таких случаях не слишком благоприятен, значительных улучшений добиться получается в редких случаях [2, с.38-39].

Поздняя резидуальная стадия – конечная стадия заболевания. Закрепляется патологический двигательный стереотип, возникают контрактуры и деформации на основе мышечных синергий, формирующихся как следствие развития неврологических синдромов на ранних стадиях заболевания.

Целью реабилитационных мероприятий является коррекция двигательного дефекта, обучение пациента уходу за собой для формирования повседневной независимости, улучшение двигательной активности и адаптацию при передвижении, улучшение возможностей общения, социальное и эмоциональное развитие, образование и обучение, адаптация в социуме. В состав бригады специалистов, работающей с детьми, страдающими ДЦП, должны входить невролог, реабилитолог, кинезотерапевт, врач-физиотерапевт, психотерапевт, эрготерапевт, офтальмолог, оториноларинголог, эпидемиолог, психолог, педагог, логопед, генетик, социальный работник. Также, по необходимости, возможно привлечение специалистов различных других отраслей.

В раннем периоде заболевания используется нейрорегуляторная и симптоматическая терапия. В поздний период применяют симптоматическую терапию (при спастичности – миорелаксанты, феноловая и этаноловая блокады, введение ботулотоксина типа А, баклофеновая помпа, хирургическое лечение), при гипотонии назначаются холинолитики. Также используются противосудорожные препараты, проводят коррекцию сфинктерных нарушений, когнитивных и поведенческих расстройств.

Введение ботулотоксина типа А (Диспорт, Ботокс) занимает важное место в современной терапии ДЦП. Эффективность лечения Диспортом составляет 80-95%, лечебный эффект сохраняется 2-6 месяцев. Воздействие препарата переводит парез с повышенной мышечной активностью в парез со

сниженной мышечной активностью. Относительными противопоказаниями к применению препарата являются диффузная мышечная спастичность с задержкой психомоторного развития (двойная гемиплегия) и гиперкинетическая форма ДЦП. Абсолютно противопоказан препарат при атонически - астатических формах ДЦП. [2, с.40].

Неотъемлемой частью реабилитации является ортезирование. Основная часть методик направлена на стимуляцию двигательной активности и усиление сенсорного потока, коррекцию позотонических установок, двигательных мотивационных и когнитивных нарушений. Применяются система воспитания навыков по Tardieu G., методики Бобат и Войта терапии (позиции, тормозящие патологические рефлексы; развитие произвольных движений, функций равновесия; обучение позам, способствующим вертикализации), метод динамической проприоцептивной коррекции (костюм космонавта), MOVE – развитие навыков через обучение, тренировка ходьбы с помощью фазовой электростимуляции.

Также в процессе терапии идёт воздействие на эмоционально-волевую сферу. Широко применяются методы кондуктивной педагогики – побуждение к действию, иппотерапия, механотерапия (фиксирующая, тренирующая, комбинированная).

Перспективным методом функционального лечения и восстановительной терапии является тейпирование. Суть метода состоит в наложении лейкопластырных повязок, фиксирующих поражённый сустав в правильном положении. Повязка создаёт покой травмированному участку, стимулирует гипотоничную мышцу, а в случае гипертонуса способствует расслаблению. Основной принцип работы – активация вместо фиксирования. Функциональное тейпирование широко используется в реабилитации больных с ДЦП, также активно разрабатываются методики тейпирования больных со спастичностью мышц. Технология кинезиологического тейпирования при нарушениях работы опорно-двигательного аппарата даёт возможность обеспечить поддержку без ограничения подвижности пациента.

Кинезиологический тейп - это эластичная хлопковая лента на клейкой основе. Тейп разработан таким образом, чтобы его эластичность была по своим свойствам максимально близка к человеческой коже. Наложение тейпа вызывает положительную сенсорную реакцию. В зависимости от техники наложения и степени натяжения ленты тейп активирует или расслабляет мышцы, как бы «вынуждая» их работать правильно.

Популярность тейпирования обусловлена рядом преимуществ:

- Тейпы не ограничивают свободу движения ребёнка;
- Тейпы имеют различную окраску, часто на них нарисованы животные, герои мультфильмов, цветы. Детям нравятся яркие цветные ленточки, а «побочным» эффектом является дополнительная стимуляция познавательной активности
- Тейп оказывает воздействие круглосуточно;
- Экономическая доступность метода (стоимость 5-ти метрового рулона 500-600 рублей);
- Минимальная вероятность аллергических реакций и раздражения – тейп состоит из натурального хлопка;
- Возможность сочетания с другими методами терапии (ЛФК, бобат-терапия).

Неудивительно, что при таком количестве преимуществ кинезиологическое тейпирование нашло широкое применение в педиатрической практике для лечения и коррекции таких заболеваний как [2, с.42].

- Детский церебральный паралич (ДЦП);
- Синдром Дауна;
- Родовые травмы (включая кривошею);
- Деформация стоп (в том числе плоскостопие);
- Деформация нижних конечностей;
- Задержки развития крупной и мелкой моторики;
- Неврологические нарушения;
- Аутизм;
- Травмы;

- Отеки;
- Рубцовые изменения кожи (в том числе после ожогов);
- Низкий тонус;
- Нарушения осанки.

В процессе тейпирования наблюдаются следующие эффекты:

- Регуляция мышечного тонуса;
- Улучшение мелкой и крупной моторики;
- Увеличение диапазона движения;
- Уменьшение отёков и застойных явлений;
- Развитие навыков самообслуживания;
- Снижение болезненности в пораженных областях;
- Увеличение выносливости.

За рубежом тейпирование активно используют в педиатрической практике в качестве основного или сопутствующего лечения. В России метод также успел хорошо зарекомендовать себя. Стандартным возрастным ограничением для использования тейпа является возраст до 6 месяцев, но после консультации педиатра индивидуально может быть решён вопрос о допустимости применения тейпа с первых дней жизни [2, с.43].

Как и любой метод лечения тейпирование имеет свои противопоказания. Таковыми являются:

1. Повреждения кожи в предполагаемом месте наложения (раны, трофические язвы);
2. Системные заболевания (в том числе онкология);
3. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей;
4. Индивидуальная непереносимость.

Перед наложением тейпа необходимо осмотреть кожу на предмет целостности, провести аллергопробу – наложить небольшой кусочек тейпа на участок кожи чтобы исключить вероятность развития аллергии. Если не наступило нежелательной реакции провести лёгкий массаж в месте наложения для расслабления мышц и подготовки тела. Кожу в месте наложения лучше

обезжирить и тщательно высушить – на влажной коже тейп не будет держаться и «работать». Единоновременно можно укреплять не более трёх областей. После тейпирования ребёнок также может участвовать в лечении. Обычно детям нравится наблюдать за движением «цветной» области и они охотнее выполняют упражнения. Тейпы носят в течение 3-5 дней, затем снимают и дают коже отдохнуть 1-2 дня. После можно повторить наложение.

Какими бы эффективными ни были реабилитационные методики, рано или поздно курс терапии завершается, и ребёнок оказывается дома. Важнейшим моментом работы с маленькими пациентами является установление доверительных отношений между врачами и родителями и формирование у всей семьи приверженности к соблюдению рекомендаций специалистов. В случае болезни ребёнка с медициной взаимодействует вся его семья. Если у родителей срабатывают механизмы психологической защиты: они не приняли диагноз, не готовы к постоянной кропотливой работе по улучшению состояния, предъявляют неадекватные требования к медицинскому персоналу или надеются на то, что лечение проводится только в медицинских учреждениях, а дома они наконец-то смогут отдохнуть процесс реабилитации будет существенно осложнён. Могут возникать конфликты, родители не смогут в полной мере оценить результаты проведённой терапии. Также они могут прекратить занятия или проводить их эпизодически, что приведёт к замедлению или остановке лечения.

Важным аспектом реабилитации является то, что в попытке как можно быстрее решить проблему ребёнка с движением, родители оставляют «на потом» не только интеллектуальное развитие, но и такие банальные вещи как прогулки, расширение кругозора малыша и обучение его базовым навыкам самообслуживания. Такое положение дел приводит к истинной задержке психического развития, которая, в свою очередь, оборачивается трудностями в обучении и социализации [12, с.24-25].

В первые годы жизни независимо от того, болен ребёнок или здоров, закладывается фундамент его психофизического развития. Важную роль в этом

играет двигательная активность ребёнка. Банально, но для развития движения необходимо само движение и регулярные прогулки на свежем воздухе. В случае рождения ребёнка с двигательным дефектом большой проблемой становится непрерывное лежание. Если сам ребёнок испытывает трудности с подъёмом головы, переворотом на бочок и с ним не занимаются, помогая ему выполнить эти движения, велика вероятность неправильного формирования костно-мышечной и вегето-сосудистой систем. Это в дальнейшем приведёт к неправильному формированию антигравитационной группы мышц и неспособности поддерживать вертикальную позу. Известно, что развитие костно-мышечной системы и формирование навыков локомоции у здорового ребёнка происходит в вертикальном положении. Развитие детей с ДЦП также должно по возможности проходить в вертикальном положении. Занятия ЛФК и упражнения в горизонтальном положении имеют лишь частичный эффект, так как проводятся в основном в пассивно-активной форме, что мешает максимальной реализации двигательных возможностей ребёнка. Хорошими помощниками в вертикализации пациентов и расширении объёма их движений являются тренажёр Гросса и тренажёр ходьбы Грилло [12, с.37-38].

Тренажёр Гросса позволяет даже при недостаточной функции мышц создавать облегчённые условия для их работы, дозируя нагрузку на опорно-двигательный аппарат и обеспечивая, тем самым, нормальную подвижность в суставах. Это позволяет создать условия для выполнения упражнений в различных плоскостях пространства даже тем детям, которые не владеют двигательными функциями в полной мере. Они имеют возможности даже вращаться вокруг своей оси без скованности рук и ног, и, в то же время застрахованы от травмы или падения. Активные занятия положительно влияют на показатели морфофункциональной работы сердца, регуляцию системы кровообращения в покое и при физической нагрузке. В работу включаются глубокие мышцы спины, удерживающие весь позвоночник, вырабатывается выпрямительный рефлекс, реакция опоры, пространственные ощущения. Всё это необходимо для формирования двигательных возможностей и полноценной

жизни ребёнка. Также активируется эмоциональная сфера, речевое общение, повышается мотивация к овладению движениями.

Значительно повышает эффективность занятий проведение их на свежем воздухе. Опрос родителей, проведённый московским Детским центром физической реабилитации и спорта выявил, что 78% детей с ДЦП гуляют всего 30-60 минут в день и только 6% более 2 часов. В основном прогулки проходят в пассивном режиме для ребёнка. Между тем, санитарными нормами рекомендовано нахождение на свежем воздухе 3-4 часа в день. Увеличение продолжительности прогулки и проведение её в активном двигательном режиме – ОФП, подвижные игры с элементами спортивных, упражнения на уличных тренажёрах, катание на велосипеде позволяет добиться значительного улучшения состояния [15, с.30-32].

#### **Выводы:**

1. Диагноз детский церебральный паралич используется для объединения группы синдромов, вызывающих у пациентов двигательные нарушения в единую нозологическую группу. Это позволяет проводить диагностику и планировать лечебные и реабилитационные мероприятия;

2. Долгое время причиной развития заболевания считались осложнённые роды и гипоксия, но по мере изучения заболевания и накопления опыта наблюдений за пациентами было выявлено множество факторов ответственных за развитие патологии и современная медицина рассматривает детский церебральный паралич как полиэтиологическое заболевание;

3. В группу риска по развитию ДЦП попадают недоношенные дети, родившиеся с низкой массой тела. Их развитие в течение первого года жизни требует пристального внимания и при необходимости дополнительных обследований и консультаций таких специалистов как невролог, офтальмолог, ортопед и других;

4. Существуют различные формы заболевания. Форма и степень тяжести зависят от того, какая именно часть мозга повреждена. Также установлена взаимосвязь между тяжестью поражения и уровнем психического развития

ребёнка. Реабилитационный прогноз определяется формой заболевания, тяжестью проявления, началом освоения двигательных функций;

5. ДЦП является не прогрессирующим заболеванием, но поражение мозга может привести к развитию сопутствующих осложнений, например, эпилепсии, нарушениям зрения, слуха. Пациентам необходимо комплексное наблюдение с учётом индивидуальных особенностей каждого случая;

6. Для успешной реабилитации требуется соблюдение базовых принципов, таких как раннее начало, этапность, преемственность, комплексность, мультидисциплинарный подход, усилия целой команды медицинских специалистов и активное участие родителей ребёнка, так как на их плечи ложится ответственность за занятия с ребёнком и его развитие вне стен лечебных учреждений;

7. Необходимо уделять внимание не только физической реабилитации, но и психическому и интеллектуальному развитию ребёнка во избежание формирования порочного круга, когда ограниченность физических возможностей и двигательной активности приводит к трудностям в обучении и последующей социализации, приводя, в свою очередь, к изоляции инвалидов и невозможности их самостоятельной жизни.

## ГЛАВА 2. АНКЕТИРОВАНИЕ И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

### 2.1. Результат анкетирования

Для выявления уровня информированности респондентов о ДЦП, его причинах, последствиях и готовности помогать людям с таким заболеванием было проведено анкетирование. Опрос проводился в двух возрастных группах. Первую группу составили студенты колледжа – будущие медицинские работники, которым по роду деятельности придётся иметь дело с больными ДЦП и их семьями. Возраст опрошенных 18-21 год. Вторую группу составили респонденты в возрасте 33-45 лет. Опрос проводился среди родителей учеников гимназии №12 г. Белгорода, класс 1«В».

Среди студентов ответы распределились следующим образом: 75% опрошенных составили девушки, 25% - юноши (рис. 1).

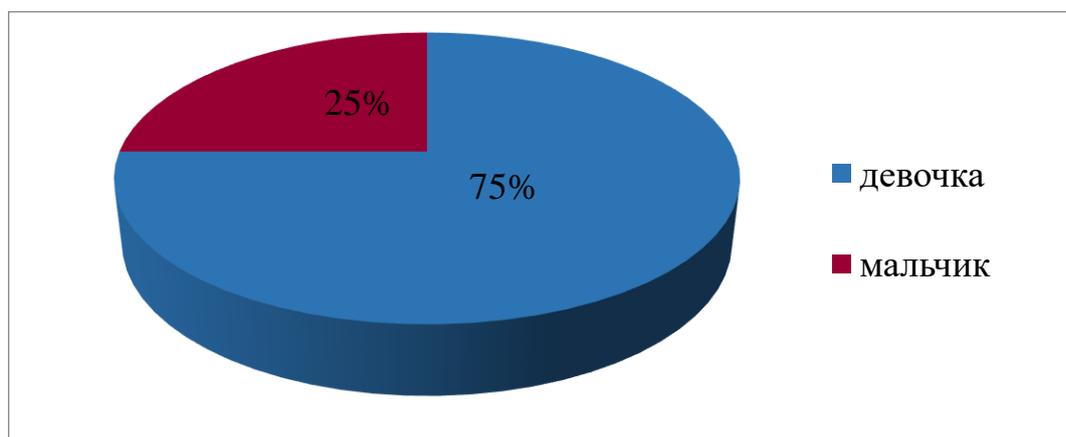


Рис. 1. Половая принадлежность респондентов

На вопрос о том, знают ли они о такой болезни как ДЦП 81% дали утвердительный ответ, а 19% ответили, что слышали, но не знают подробно (рис. 2).

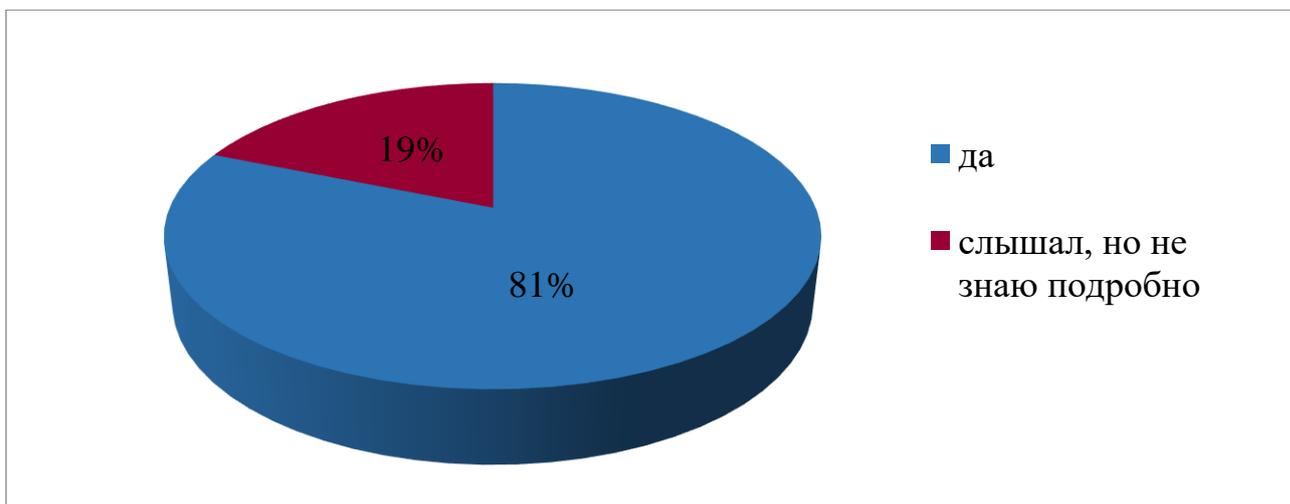


Рис. 2. Знание о заболевании

На вопрос об источнике сведений о ДЦП 36% ответили, что получили информацию на занятиях, 22% из средств массовой информации, 20% из интернета, 16% узнали о заболевании от медработника, у 4% опрошенных есть больные родственники или знакомые, 2% узнали от друзей (рис. 3).



Рис. 3. Источник сведений о детском церебральном параличе

На вопрос о том, что они будут делать, увидев «особенного» человека,

респонденты отвечали следующим образом: 59% сказали, что предложат помощь при необходимости, 38% обратят пристальное внимание, но не покажут вида, 3% равнодушно пройдут мимо (рис. 4).

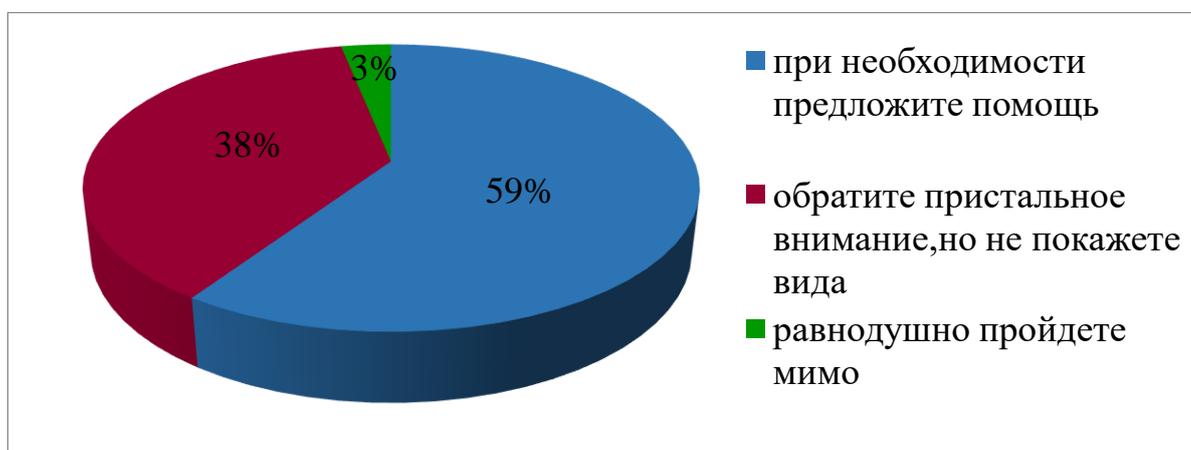


Рис. 4. Реакция на «особенного» человека

Возможными причинами рождения детей с ДЦП 81,25% назвали употребление наркотиков, 78,13% алкоголизм, 78% винят в заболевании перенесённые во время беременности инфекции, 65,63% табакокурение во время беременности, 43,75% считают, что это наследственное заболевание. 43,75% считают, что частые стрессы в семье могут повлиять на здоровье ребёнка, 25% сказали о том, что тяжёлый труд во время беременности может быть причиной (рис. 5).

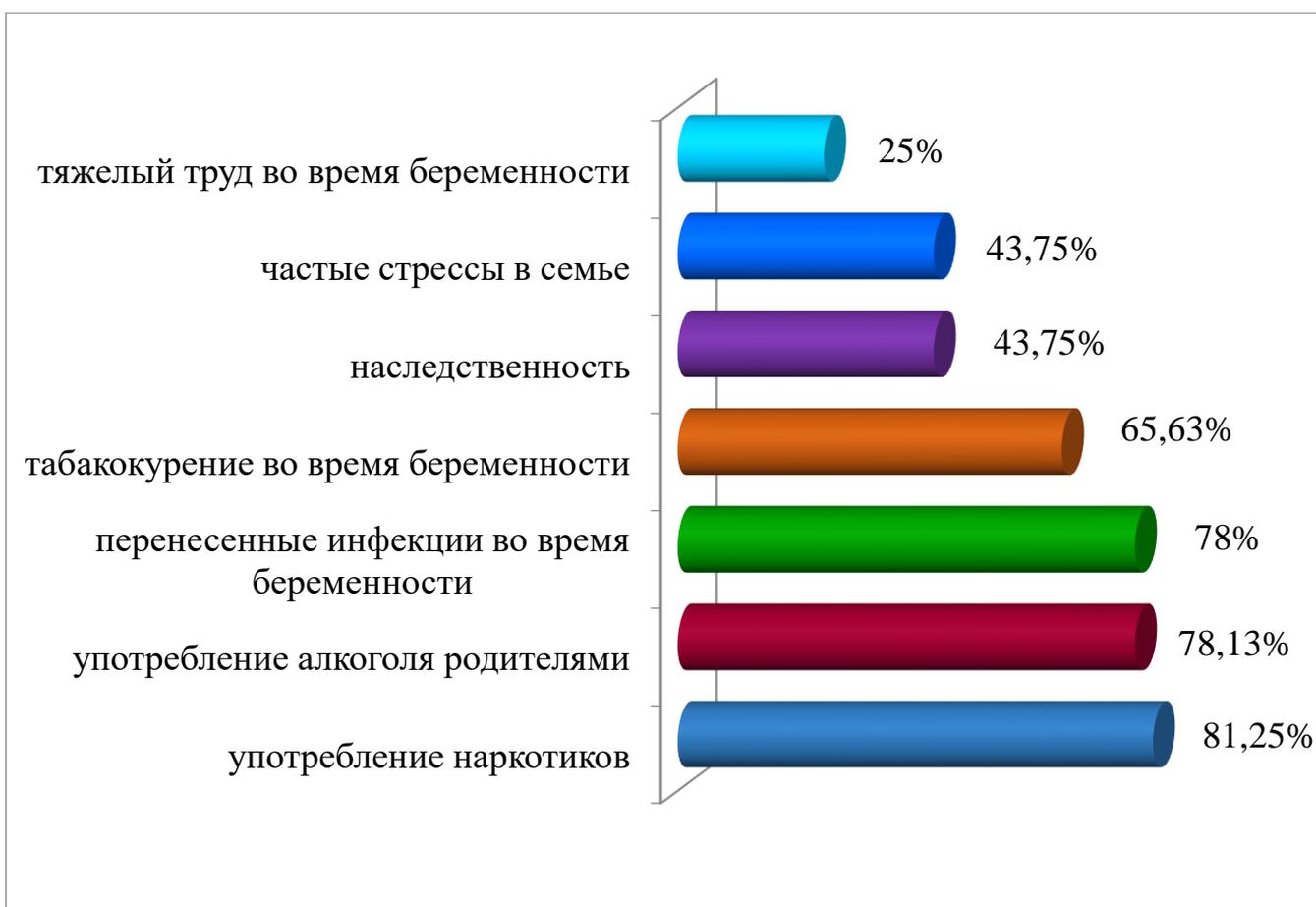


Рис. 5. Причины рождения детей с детским церебральным параличом

На вопрос о готовности помогать больным с ДЦП 53% опрошенных ответили, что готовы оказывать помощь, 38% не готовы помогать, так как не знают, чем могут помочь. 6% считают, что помогать таким людям должны специалисты и государство, 3% готовы по возможности помогать финансово, но не контактировать близко (рис. 6).



Рис. 6. Готовность помогать больным с детским церебральным параличом

Студентов спрашивали, как бы они отнеслись к «особенному» студенту в своей группе. 75% сказали, что отнесутся с доброжелательным интересом и помогут в адаптации и учёбе. 25% сказали, что отнесутся спокойно, но постараются избежать близких контактов (рис. 7).

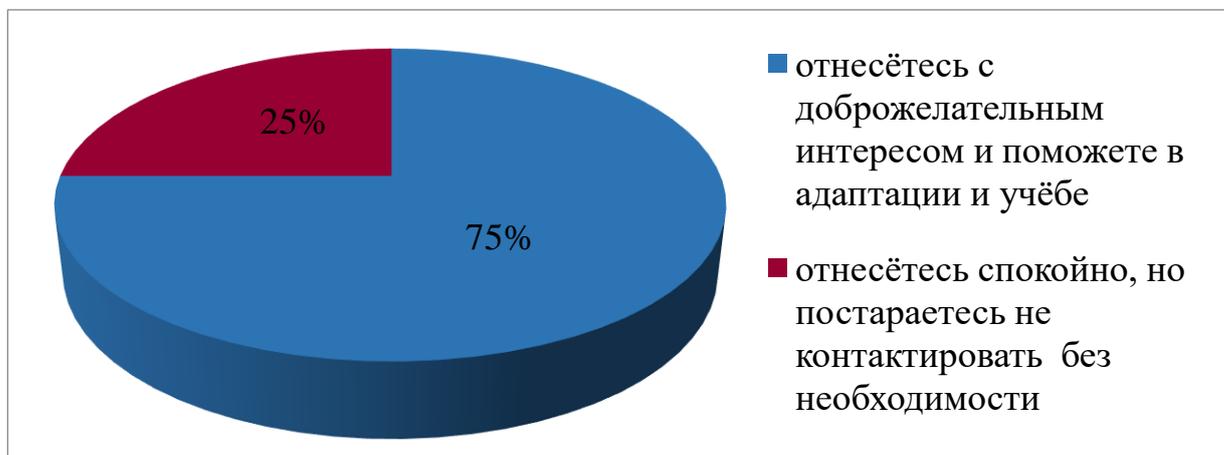


Рис. 7. Отношение к инклюзивному обучению

Родители первоклассников отвечали следующим образом. 77% опрошенных составили женщины, 23% - мужчины (рис. 8).

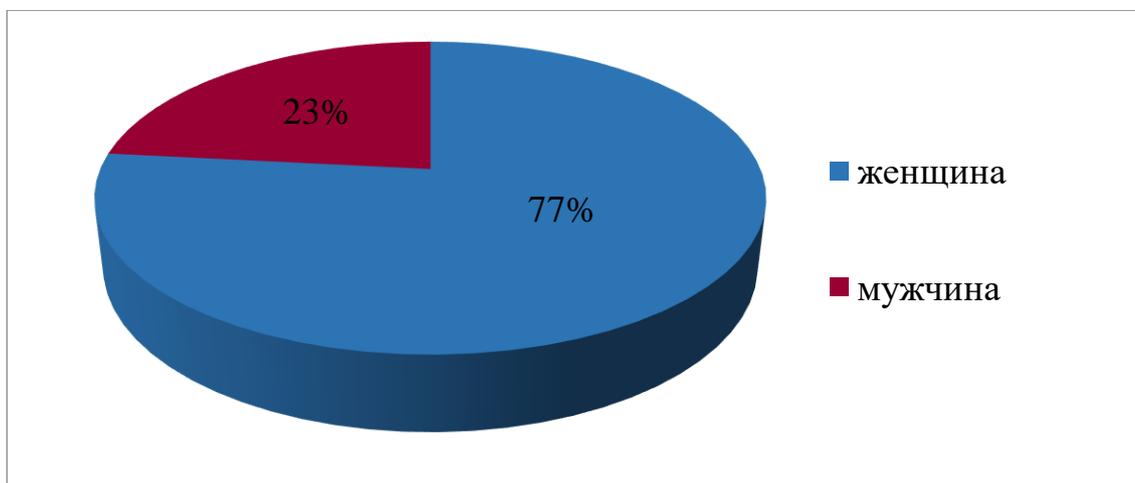


Рис. 8. Половая принадлежность респондентов

На вопрос знают ли они о такой болезни, как ДЦП, 30% ответили утвердительно, 70% слышали, но не знают подробно (рис. 9).

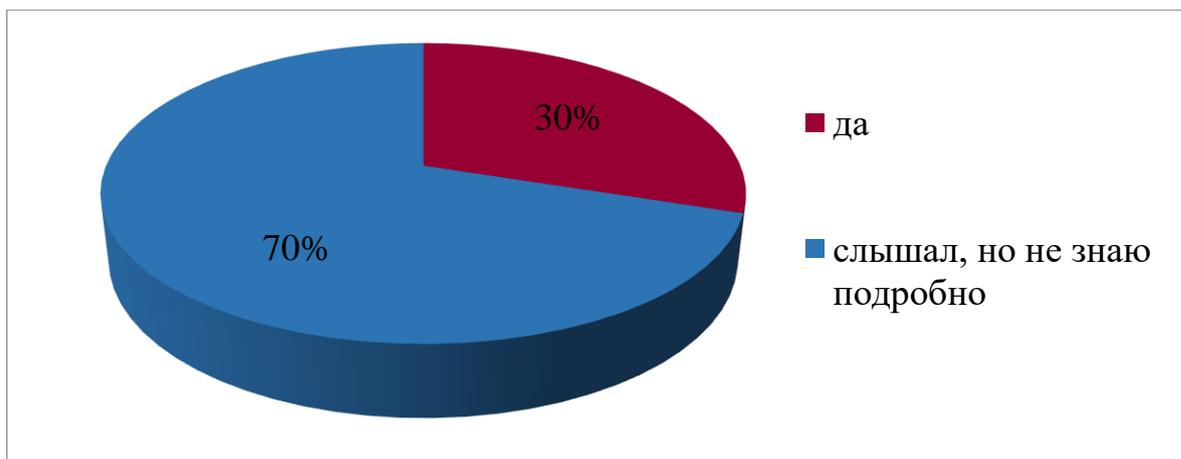


Рис. 9. Знание о заболевании

На вопрос о том, откуда они знают о заболевании 54% респондентов ответили, что из средств массовой информации, 20% - из интернета, 13% получили информацию от медработника, у 10% есть больные родственники или знакомые, 3% - в высшем учебном заведении (рис. 10).

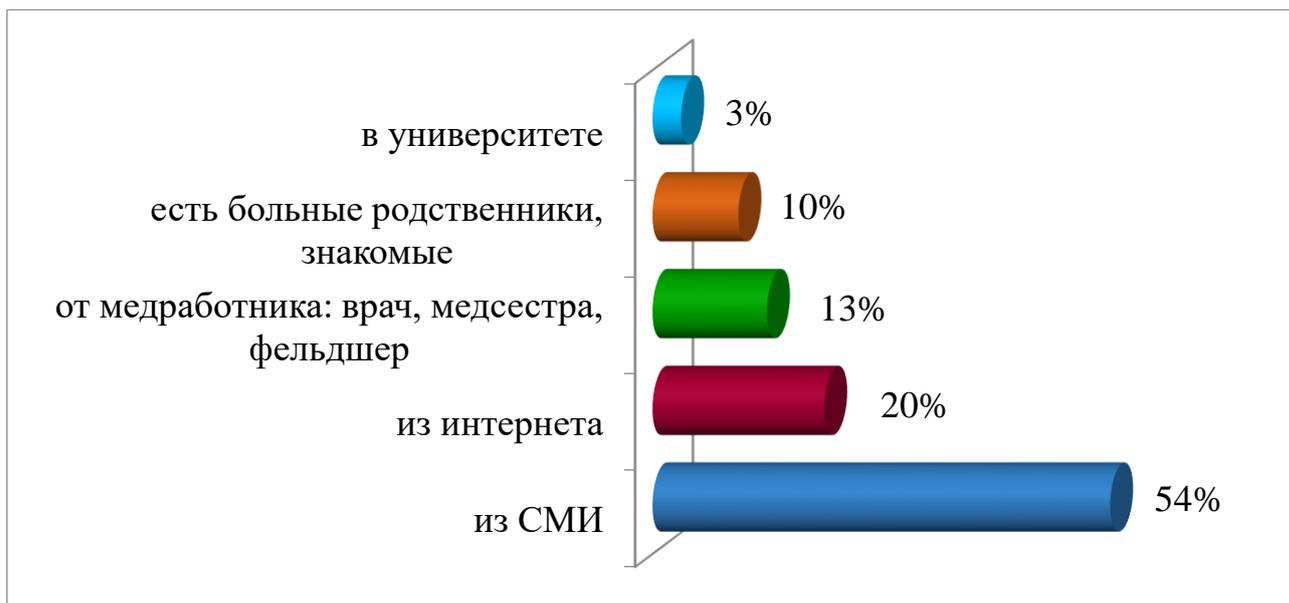


Рис. 10. Источник сведений о детском церебральном параличе

На вопрос о том, что они будут делать, увидев «особенного» человека 60% опрошенных ответили, что при необходимости предложат помощь. 40% сказали, что обратят пристальное внимание, но не покажут вида (рис. 11).

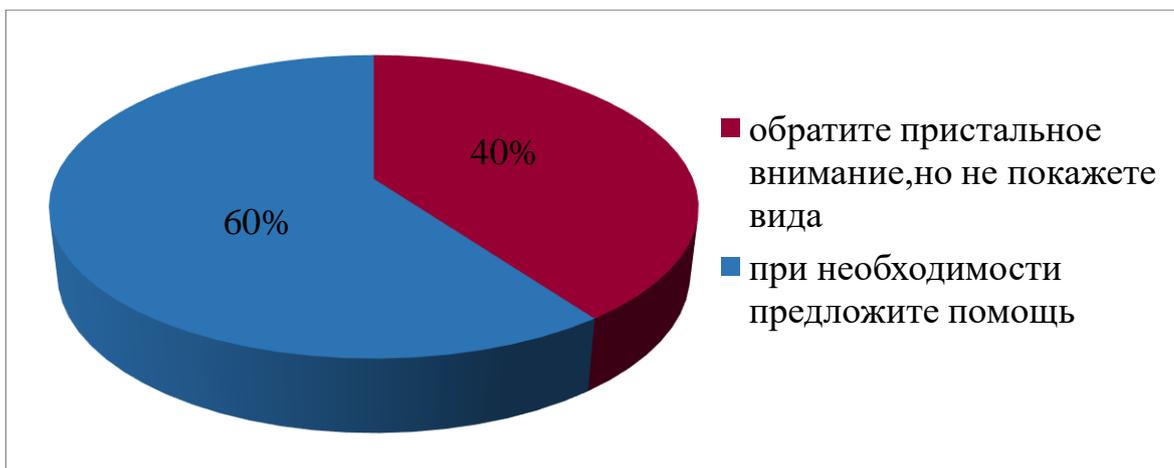


Рис. 11. Реакция на «особенного» человека

В качестве возможных причин рождения детей с ДЦП 63,3% назвали перенесённые инфекции во время беременности, 50% употребление алкоголя родителями, 46,7% употребление наркотиков, 43,3% табакокурение во время беременности, 23,3% считают возможной причиной частые стрессы в семье. 20% винят наследственность, 16,7% говорят о тяжёлом труде во время беременности, 6,7% сказали, что ни одна из вышеперечисленных причин не может привести к ДЦП (рис. 12).



Рис. 12. Причины рождения детей с детским церебральным параличом

47% опрошенных готовы помогать больным с ДЦП, 13% не готовы, так как не знают, чем могут помочь, 20% считают, что этим должны заниматься специалисты и государство и ещё 20% готовы помогать финансово, но не контактировать близко (рис. 13).



Рис. 13. Готовность помогать больным с детским церебральным параличом

На вопрос о том, какой будет реакция если у сына/дочери появится «особенный» одноклассник 73% родителей ответили, что поговорят со своим ребёнком об «особенных» людях и посоветуют общаться с новеньким и помогать, 10% отнесутся спокойно, но посоветуют своему ребёнку не контактировать с таким учеником/ученицей без необходимости, 17% считают, что «особенным» людям лучше учиться отдельно (рис. 14).



Рис. 14. Отношение к инклюзивному обучению

На вопрос о том, изменится ли отношение к друзьям/родственникам в случае рождения у них «особенного» ребёнка 60% ответили, что отношение к ним не изменится, 40% сказали, что будут по возможности помогать морально и материально (рис. 15).

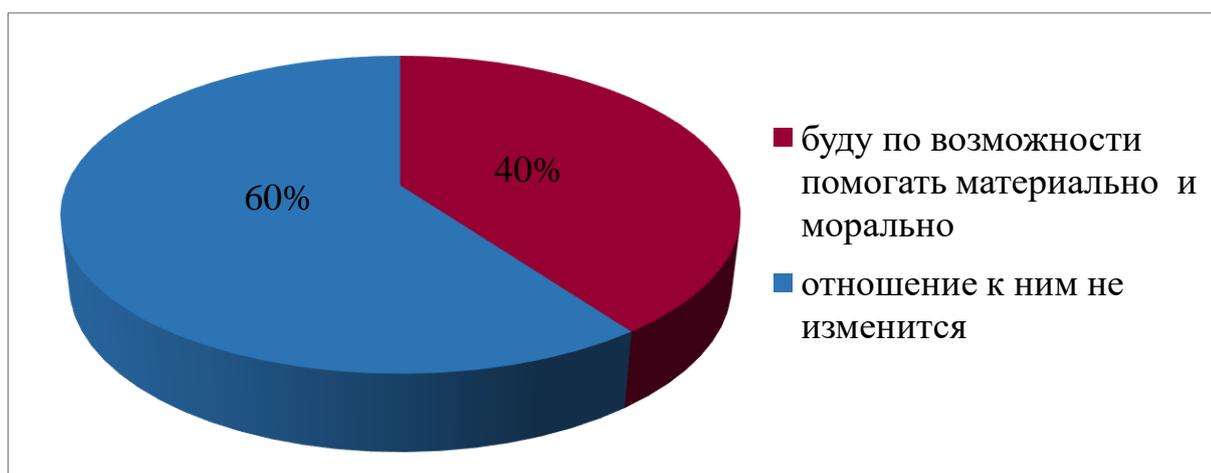


Рис. 15. Отношение к семьям с «особенными» детьми

## **Выводы:**

1. Большую часть опрошенных составили девушки и женщины;
2. Большинство опрошенных в обеих возрастных группах знают о такой болезни, как ДЦП – 70%. Слышали о болезни, но не знают подробностей 30% респондентов;
3. Студенты получили сведения о ДЦП на занятиях – 36%, из средств массовой информации – 22%, из интернета – 20%. Взрослые основные сведения получают из средств массовой информации – 54%, из интернета – 20%. Таким образом, можно сделать вывод, что основными источниками сведений являются не медицинские работники и не примеры родственников или знакомых, имеющих больных детей, а зачастую не всегда объективные в оценке и представлении ситуации средства массовой информации и всемирная сеть интернет, информация в которой так же не является систематизированной и отражает личную точку зрения журналиста или блоггера, пишущего о проблеме;
4. 59% студентов и 60% взрослых готовы при необходимости предложить помощь «особенному» человеку, оставшаяся часть обратит пристальное внимание, но не покажет своего интереса. Только 3% студентов ответили, что равнодушно пройдут мимо. Такой результат анкетирования показывает, что в обществе существует интерес к «особенным» людям и многие готовы помочь им;
5. Основными причинами рождения детей с ДЦП большая часть респондентов считают алкоголизм, употребление наркотиков, табакокурение во время беременности, перенесённые инфекции. Многие сказали о том, что это наследственное заболевание, хотя на самом деле оно таковым не является. Необходимо вести санитарно-просветительную работу среди населения о возможных причинах развития ДЦП и о том, что больной ребёнок может родиться в любой семье, не обязательно социально неблагополучной;
6. 53% студентов и 47% взрослых готовы помогать «особенным» людям, 38% в первой возрастной группе и 13% во второй не готовы помогать из-за

незнания того, какую конкретно помощь они могут оказать. Возможно, в случае получения информации о том, чем и как они могут помочь, они перейдут в категорию тех, кто готов оказывать помощь. 3% студентов и 20% родителей готовы помогать финансово, но не контактировать близко. Остальные люди считают, что помогать «особенным» должны специалисты и государство;

7. 75% студентов и 73% родителей первоклассников поддерживают инклюзивное обучение. Студенты отвечали, что помогут «особенному» однокласснику в адаптации и учёбе, а родители говорили, что проведут беседу с ребёнком об «особенных» людях и посоветуют общаться и помогать. 25% студентов отнесутся спокойно, но постараются без необходимости не контактировать, 10% родителей также отнесутся спокойно к такому однокласснику сына/дочери, но своему ребёнку посоветуют не контактировать без необходимости. 17% родителей считают, что «особенным» людям лучше учиться отдельно;

8. Родителей первоклассников спрашивали, изменится ли их отношение к родственникам/знакомым в случае рождения у них «особенного» ребёнка. 60% ответили, что отношение останется прежним, 40% сказали о том, что будут помогать морально и материально. Высокий процент респондентов, давших ответ «отношение к ним не изменится» показывает серьёзную недооценку даже родственниками и знакомыми тех трудностей, с которыми сталкиваются семьи детей с ДЦП и тот факт, что им необходимы помощь и поддержка.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие медицины и технологий с одной стороны даёт возможность помогать пациентам в тех ситуациях, которые раньше неизбежно закончились бы летальным исходом, с другой стороны, недоношенные дети, выживающие в результате применения современных методов выхаживания попадают в группу риска по поражению центральной нервной системы, в частности развития детского церебрального паралича. Им необходимо тщательное наблюдение для своевременного выявления симптомов заболевания и начала реабилитационных мероприятий.

Наблюдать должны как специалисты, так и сами родители, которые в условиях ежедневного общения с ребёнком способны заметить те отклонения в развитии, которые не всегда возможно выявить при медицинском осмотре. После установления диагноза детский церебральный паралич (ДЦП) для эффективной реабилитации пациента потребуются совместные усилия команды специалистов-медиков и родителей.

Также необходима психологическая поддержка родителей, формирование у них приверженности к изменению образа жизни с учётом потребностей «особенного» ребёнка и адекватной оценки его возможностей и способностей во избежание порочного круга, когда гиперопека родителей не даёт в полной мере развивать способности ребёнка и ограниченность физической деятельности приводит к замедлению познавательной активности, а, следовательно, и интеллектуальной отсталости, и ухудшению состояния пациента.

### **Рекомендации для снижения степени инвалидизации пациентов:**

1. Консультация неврологом в первые дни жизни новорождённых, входящих в группу риска по повреждению центральной нервной системы или рождённых от матерей, с неблагоприятно протекавшей беременностью и родами;

2. Адекватное лечение, направленное на коррекцию поражения центральной нервной системы при наличии соответствующей симптоматики;
3. Максимально ранний перевод детей в специализированные психоневрологические отделения;
4. Комплексная терапия, включающая помимо медикаментов массаж, физиотерапию, ортопедическое лечение (по показаниям). В более старшем возрасте занятия с логопедом и психологом;
5. Проведение 4-5 курсов стационарного лечения в первый год жизни;
6. Постоянное наблюдение невролога, амбулаторное лечение;
7. Обучение матерей простейшим приёмам массажа и лечебной гимнастики;
8. Специализированное наблюдение пациентов с диагнозом ДЦП у психоневролога до совершеннолетия;
9. В подростковом возрасте занятия трудотерапией и с психологом, для формирования приверженности к дальнейшей активной жизни, трудоустройству.

**Рекомендации фельдшеру для повышения эффективности работы с пациентами с поражением центральной нервной системы:**

1. Тщательный сбор акушерского анамнеза для выявления детей с высоким риском развития заболеваний;
2. При подозрении на задержку физического и психического развития максимально раннее направление на консультацию к неврологу;
3. Установление доверительных отношений с семьёй пациента, формирование у членов семьи приверженности к лечению;
4. Обучение родителей ведению «дневника наблюдения» за состоянием ребёнка;
5. Обучение родителей приёмам массажа и лечебной гимнастики;
6. Проведение санитарно-просветительной работы с родителями о важности обучения ребёнка навыкам самообслуживания, стимуляции речи, о предотвращении гиперопеки;

7. Проведение диагностики уровня развития ребёнка и формирование у родителей адекватных целей и ожидаемых результатов реабилитации;
8. Постоянный контакт с другими специалистами, «командная» работа.

## ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Проведение краткосрочных курсов по ранней диагностике детского церебрального паралича для фельдшеров;
2. Организация взаимодействия с крупными специализированными центрами при помощи современных информационных технологий;
3. Повышение доступности прохождения реабилитации в крупных центрах с комплексными программами для пациентов из отдалённых районов;
4. Оснащение ФАПов портативными аппаратами для физиотерапии и обучение фельдшеров работе с ними;
5. Организация психологического сопровождения семей с детьми, страдающими ДЦП.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айвазян, С.О. Видео ЭЭГ - мониторинг в диагностике эпилепсии у детей Текст. / С.О. Айвазян, Ю.С. Ширяев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2015. - № 6. - с. 176.
2. Аксенова А.М. Реабилитация детей раннего возраста после перинатального поражения центральной нервной системы // Лечебная физкультура и массаж. - 2017. - № 1. - С.160.
3. Батышева Т.Т., Быкова О.В., Виноградов А.В. Детский церебральный паралич - современные представления (обзор литературы) // Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения. - 2016. - № 1. - с.136.
4. Вайнер, М.Э. Профилактика, диагностики и коррекция недостатков эмоционального развития дошкольников. Текст.: уч.- метод, пособие - М.: Педагогическое общество России, 2017. - 196 с.
5. Володин, Н.Н. Диагностика поражений головного мозга у детей раннего возраста с помощью компьютерной томографии / Н.Н.Володин, М.А.Корнюшин. - 2017. - №5. - с.240.
6. Газалиева А.М.//Инвалидность и комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: автореферат дисс. к.м.н., 10.00.22. - М..2018. - с.204.
7. Голосная Г.С. Нейрохимические аспекты патогенеза гипоксических поражений мозга у новорожденных // Медпрактика. - М.2011. - 128с
8. Гусев Е.И., Гречко В.Е., Бурд Г.С. Нервные болезни. Учебник. - М.: Медицина, 2016. - с.130.
9. Жукубаева, С.С. Клиника и диагностика ДЦП: учебно-методическое пособие / С.С. Жукубаева. - Алматы, 2017. - 201 с.
10. Зенков Л.Р., Ронкин М.А., Функциональная диагностика нервных болезней: рук-во для врачей. - Москва: МЕДпрессинформ,2016. - изд.5-ое. - с.289.

11. Кешишян Е.С. Психомоторное развитие детей на первом году жизни. // Пособие для врачей. - М., 2017. - с. 547.
12. Колидзе, Э.А. Психологическое содержание двигательной деятельности Текст. // Теория и практика физической культуры. - 2018. - № 6. - с. 140.
13. Куренков А.Л., Батышева Т.Т., Виноградов А.В., Зюзьева Е.К. Спастичность у детей с детским церебральным параличом: диагностические и лечебные стратегии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2017. - №112 (7). - с.248.
14. Левченкова В.Д. Патогенетические основы формирования детского церебрального паралича: дис. д-ра мед.наук. - М., 2018. - 206 с.
15. Попова О.Ф, Краморенко Н.Н. и др. // Вопр. курорт, физиотерапии и ЛФК. - 2016. - № 1. - с. 234.
16. Скоромец, А.А. Неврологический статус и его интерпретация: учебное пособие для врачей / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец; под ред. Проф. М.М. Дьяконова. - М.: МЕДпресс-информ, 2015. - 256 с.
17. Темин П.А., Никанорова М.Ю., Белоусова Е.Д. Судорожные состояния у детей (факторы риска, диагностика, лечение и профилактика) (Лекция для врачей). - М., 2015. - 203 с.
18. Фарбер Д.А., Безруких М.М. Методические аспекты изучения физиологии развития ребенка // Физиология человека. - 2014. - Т. 27. - № 5. с. 198.
19. Яхно Н.Н. Болезни нервной системы. - Москва: Медицина, 2015. - Т.2. - с.245.
20. Яцык Г.В., Бомбардинова Е.П., Токовая Е.И. Нервно-психическое развитие глубоко недоношенных детей // Дет.доктор. - 2015. - № 3. -с. 90.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

## АНКЕТА

**Уважаемые респонденты,** данное анкетирование проводится в рамках написания дипломной работы о реабилитации «особенных» детей. Результаты очень важны – они помогут сделать выводы об отношении к «особенным людям» в обществе и составить рекомендации, как для родителей таких детей, так и для обычных людей, которые не всегда чувствуют себя комфортно при общении с ними.

Опрос анонимный. Пожалуйста, отвечайте честно, здесь нет «правильных» и «неправильных» ответов, главное узнать ваше мнение. Можете выбрать несколько вариантов ответов.

### **1. Сколько Вам лет?**

\_\_\_\_\_

### **2. Вы**

- женщина
- мужчина

### **3. Знаете ли Вы о такой болезни, как детский церебральный паралич (ДЦП)?**

- да
- нет
- слышал, но не знаю подробно

### **4. Ваши сведения по ДЦП получены**

- из СМИ (радио, ТВ, газеты, журналы)
- из интернета
- от медработника: врач, медсестра, фельдшер
- есть больные родственники, знакомые

### **5. Если Вы видите «особенного» человека Вы**

- обратите пристальное внимание, но не покажете вида
- равнодушно пройдёте мимо
- при необходимости предложите помощь
- будете «показывать пальцем»

### **6. Считаете ли Вы возможными причинами рождения детей с ДЦП следующие**

- употребление алкоголя родителями
- табакокурение во время беременности
- употребление наркотиков
- наследственность
- тяжёлый труд во время беременности
- частые стрессы в семье
- перенесённые инфекции во время беременности

**7. Готовы ли Вы принимать участие в помощи таким больным?**

- да
- нет, так как не знаю, чем могу помочь
- нет – этим должны заниматься специалисты и государство
- готов помогать финансово (по возможности), но не контактировать близко

**8. Если в классе у вашего ребёнка появится «особенный» ученик Вы**

- поговорите с ребёнком об «особенных» людях и посоветуете сыну/дочери общаться с новеньким и помогать
- отнесётесь спокойно, но ребёнку посоветуете не контактировать с таким учеником/ученицей без необходимости
- честно говоря, не хотел бы чтобы мой ребёнок учился вместе с таким, поэтому переведу в другой класс/школу
- буду резко против, начну возмущаться
- считаю, что «особенным» людям лучше учиться отдельно

**9. Если у ваших друзей/родственников родится «особенный» ребёнок Вы**

- буду по возможности помогать материально
- отношение к ним не изменится
- посочувствую, но сокращу общение до необходимого минимума
- прекращу общение

**Благодарим за участие!**

## АНКЕТА

**Уважаемые респонденты,** данное анкетирование проводится в рамках написания дипломной работы о реабилитации «особенных» детей. Результаты очень важны – они помогут сделать выводы об отношении к «особенным людям» в обществе и составить рекомендации, как для родителей таких детей, так и для обычных людей, которые не всегда чувствуют себя комфортно при общении с ними.

Опрос анонимный. Пожалуйста, отвечайте честно, здесь нет «правильных» и «неправильных» ответов, главное узнать ваше мнение. Можете выбирать несколько вариантов ответов.

### **1. Сколько Вам лет?**

---

### **2. Вы**

- женщина
- мужчина

### **3. Знаете ли Вы о такой болезни, как детский церебральный паралич (ДЦП)?**

- да
- нет
- слышал, но не знаю подробно

### **4. Ваши сведения по ДЦП получены**

- от друзей
- из СМИ (радио, ТВ, газеты, журналы)
- из интернета
- от медработника: врач, медсестра, фельдшер
- есть больные родственники, знакомые
- на занятиях

### **5. Если Вы видите «особенного» человека Вы**

- обратите пристальное внимание, но не покажете вида
- равнодушно пройдёте мимо
- при необходимости предложите помощь
- будете «показывать пальцем»

**6. Считаете ли Вы, возможными причинами рождения детей с ДЦП следующие**

- употребление алкоголя родителями
- табакокурение во время беременности
- употребление наркотиков
- наследственность
- тяжёлый труд во время беременности
- частые стрессы в семье
- перенесённые инфекции во время беременности

**7. Готовы ли Вы принимать участие в помощи таким больным?**

- да
- нет, так как не знаю, чем могу помочь
- нет – этим должны заниматься специалисты и государство
- готов помогать финансово (по возможности), но не контактировать близко

**8. Если в вашей группе появится «особенный» студент Вы**

- отнесётесь с доброжелательным интересом и поможете в адаптации и учёбе
- отнесётесь спокойно, но постараетесь не контактировать без необходимости
- честно говоря, не хотел бы учиться в одной группе с таким
- считаю, что особенным людям лучше учиться отдельно

**Благодарим за участие!**