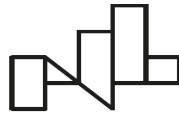


Iceland  
Liechtenstein  
Norway



**Active  
citizens fund**

**Проект: “Трансфер на практики за подобряване подкрепата за деца със специални нужди и техните семейства за приобщаващо образование”,**

**финансиран от Фонд Активни граждани**

### **Специфики на различните състояния**

**В специалното образование в Исландия,** известно също като образование за деца със специални нужди, подкрепящо образование, включващо образование, е практиката да се обучават деца и ученици по начин, който да отговаря на техните индивидуални особености и нужди. Този процес включва индивидуално планиране и систематично наблюдавано подреждане на учебните дейности, адаптирано оборудване и материали. Тези интервенции са предназначени да помогнат на хората със специални нужди да постигнат по-високо ниво на самостоятелност, успех в училище и в общността. Ако на ученикът има достъп само до типичното обучение в клас, пълноценното му включване в образователния процес не бил възможно.

**Специалното образование** включва деца и ученици с диагнози и състояния като обучителни трудности, дислексия, нарушения в комуникацията, поведенчески и емоционални разстройства, хиперактивност с дефицит на вниманието /ХАДВ/, разстройства от аутистичния спектър, аутизъм, интелектуални затруднения, детска церебрална парализа /ДЦП/ и други сходни неврологични състояния. В някои случаи децата със специални нужди могат

„Ози документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

лесно да се идентифицират, поради медицинската си история. Такъв пример могат да бъдат генетични заболявания, като синдром на Даун или други, които са свързани с интелектуални затруднения, може да има мозъчно увреждане, увреждане на зрението или слуха както и много други видове затруднения и увреждания.

Видовете специални нужди се различават по тежест и ученик със специални нужди се класифицира като тежък случай, когато неговия коефициент на интелигентност IQ е между 20 и 35. Тези ученици обикновено се нуждаят от много повече помощ в училище, имат нужда от различни услуги и различна обстановка за да успеят.

За децата и учениците със специални потребности са предвидени допълнителни образователни услуги, различни подходи в обучението, използват технологии, материалът е адаптиран, използват се ресурсни стаи или отделна класна стая. Учителите използват различни иновативни методи и подходи, модифицират методите на преподаване и средата така, че децата със специални нужди да се чувстват комфортно в общообразователната среда. Включването на децата със специални нужди намалява социалната им изолация и подобрява академичните им постижения.

За да се идентифицират децата, които основно имат затруднения в ученето и нямат други увреждания се използват два основни метода: *модел на несъответствие* и *модел на реакция на интервенция*.

Моделът на несъответствие се прилага тогава, когато учителят забележи, че постиженията на учениците са значително под очакваното. В тези случаи учителят събира документация за ниските академични постижения на дадения ученик и може да вземе решение ученикът да получи подкрепа от специалист по специално образование.

Моделът на реакция на интервенцията идентифицира деца, които изпитват трудности през първата или втората година след постъпване в образователната система. Още тогава те получават допълнителна помощ като участват в специални програми за корекция на четенето, функционални умения, ранна грамотност. Интервенцията се предоставя от екип специалисти. От отговорът на тази интервенция се определя дали децата са определени

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

като обучаеми със затруднения и за тези, които имат нужда се предоставя ранна намеса с цел своевременна корекция. Ранната подкрепа може значително да намали броя на децата, отговарящи на диагностичните критерии за обучителни затруднения.

## Специфики на различните състояния

- Най-често срещани увреждания, които оказват влияние върху развитието на децата, са Детска Церебрална Парализа /ДЦП/ и други сходни неврологични състояния, Множество увреждания, Слухови увреждания, Зрителни увреждания, синдром на Даун, Умствена изостаналост /УИ/, Епилепсия

ДЦП не е болест или заболяване. Тя е състояние, причинено от увреждане на мозъка преди, по време на раждането и в ранните дни след него. Може да се случи на всеки. Понякога е резултат от заболяване в ранна детска възраст, напр. менингит. Обикновено не се дължи на генетичен дефект, предаващ се по наследство. Въпреки това, има все повече доказателства, че при малък брой от случаите се дължи на генетичен дефект.

Проучванията все още не са обобщили напълно или адекватно причините за ДЦП, която представлява нарушение на дейността на централната нервна система, дължащо се на увреждане на мозъка в определен момент.

- ДЦП представлява нарушение на дейността на централната нервна система
- Увреждането на мозъка може да засегне детето не само физически, но би могло да доведе до зрителни и слухови увреждания, проблеми с възприятията и обучението
- Някои деца може да имат епилепсия

Физическото увреждане може да се отрази върху опознаването и взаимодействието на детето с околния свят. Също така би могло да засегне способностите на детето да учи и да се развива интелектуално, но често това може да бъде повлияно с подходяща терапевтична намеса.

Физическото увреждане може да се отрази върху опознаването и взаимодействието на детето с околния свят. Също така би могло да засегне способностите на детето да учи и да се развива интелектуално, но често това може да бъде повлияно с подходяща терапевтична намеса.

Според Mutch et al DMCN /1992/ Церебралната парализа е термин „чадър“, обхващащ група от непрогресиращи, но често променливи синдроми на двигателни нарушения в резултат на лезии /микро - травматизъм/ или аномалии на главния мозък, настъпили в ранните етапи от неговото развитие, „Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

като всяко дете има индивидуални проблеми, произтичащи от:

1. Различно качество на постуралния тонус /тонуса на постуралните мускули, които поддържат позата на тялото срещу гравитацията, малки и издръжливи мускули/: Хипертонус, Хипотонус, Променлив тонус.
2. Различни видове: Спастичен /стегнат/, Атетоиден /смесен тонус, разпилени движения/ (дискинетичен /затруднение на движението/, дистоничен /разстройство на тонуса/), Атаксичен /затруднение до невъзможност за движение/, Хипотоничен (отпуснат)
3. Различно разпределение на засягането: Квадрипареза /четири крайници/, Парапареза /горни или долни, най-често долните/, Хемипареза /лява или дясна половина/
4. Различна степен на засягане: лека, средна, тежка. Степента може да се отнася до: качеството на постуралния тонус, степента на функционална увреда
5. Различни свързани проблеми: Зрителни, перцепционни, слухови, когнитивни, дихателни, реч, епилепсия, хранене/пиене, емоционални/поведенчески, сензорни, контрактури – сухожилия и стави/, трайни деформации - стави.
6. Различни нужди според възрастта: Бебета, прохождащи, предучилищна възраст, ученици.

**През последните години има тенденция за много рано откриване на централно обусловените двигателни разстройства и съответно по-големи възможности за адекватно лечение още в първите месеци от живота на детето.**

Етиологични фактори, които могат да влияят върху мозъка на детето самостоятелно или комплексно. Като фактори, имащи отношение към увреждането на мозъка, могат да бъдат посочени следните: Rh-несъвместимост между плода и майката, натрупване на индиректен билирубин в нервните тъкани, инфекциозни заболявания - Herpes simplex, рубеола, вируса на грип, родова травма, тютюнопушене, алкохолизъм, излагане на радиоактивно въздействие, усложнено раждане, недохранване на майката, тератогенно действие на различни медикаменти, хипоксия, дължаща се на: плацентарно отлепване, болести на майката, патологични състояния на плода и плацентата.

В резултат на ДЦП могат да бъдат наблюдавани следните отклонения от нормалното развитие на децата в следните области:

Двигателни: анормален тонус, анормални двигателни модели, ограничена функция, беден репертоар, контрактури и деформации, загуба на движения и функция, болки, медицински проблеми;

Сензорни: намалена възможност за стимулация на сетивата, намалена възможност да изпробват различни сензорни стимули, неправилна представа за тялото и неговото отношение в пространството, нарушени пространствени представи;

Емоционални: Страх от движението, несигурност, лесно раздразнимост, поведенчески проблеми, ниско самочувствие, пасивни наблюдатели.

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

- **Двигателни:**

Аномален тонус, аномални двигателни модели, ограничена функция, беден репертоар, контрактури и деформации, загуба на движения и функция, болки, медицински проблеми;

- **Сензорни:**

Намалена възможност за стимулация на сетивата, намалена възможност да изпробват различни сензорни стимули, неправилна представа за тялото и неговото отношение в пространството, нарушени пространствени представи;

- **Емоционални:**

Страх от движението, несигурност, лесно раздразнимост, поведенчески проблеми, ниско самочувствие, пасивни наблюдатели  
“Тонусът е постоянно физическо адаптиране и организиране на периферията; състояние на готовност” (Bernstein, 1967)

Какво е нормален тонус? - Този, който е достатъчно висок, за да противодейства на гравитацията и въпреки това достатъчно нисък, за да позволи движение в неговия обхват.

Всяко дете с ДЦП има аномален тонус /независимо от това какъв е той/ и извършва аномални движения. Пр. посяга да си вземе чашата /постига целта/ има краткотраен ефект, изпитва удоволствие и затова повтаря всеки път движението. Ако този модел бъде затвърден, а не бъде предложен алтернативен модел ще достигнем бързо до контрактури и деформации. Нашата цел е да учим децата на компенсаторни /правилни/ функционални модели на движение.

### **Повишен тонус**

**Какво е спастичност?** Спастичността е двигателно нарушение, характеризиращо се с увеличен мускулен тонус в зависимост от бързината на тоничните стрес рефлексии и с увеличени сухожилни рефлексии в резултат от повишената възбудимост на стреч рефлексите. Представлява един от компонентите на синдрома на увреда на горния двигателен неврон /Lance 1980/.

### **Как разпознаваме повишения тонус?**

- Типични, неестествени модели на пози и движения;
- Качество на движенията;
- Ограничения в или действителна загуба на обема на движения;
- Намалена приспособимост към или отговор на промените.

Хипертонусът нарушава функционалните движения.

Редица фактори оказват влияние върху степента на хипертонуса, някои от които са: позата на тялото или главата в пространството, ефекта на гравитацията, фактори на околната среда (шум, светлина, температура и допир), емоционални фактори (страх, превъзбуденост, смях и болка), усилието при всяка волева дейност (пр. реч) и др.

## **Принципи на терапия при деца с повишен тонус**

- Анализ на моделите на активност и степените на компенсация;
- Използване на прецизни мануални техники с цел да намалим тонуса и да улесним и подпомогнем някои активни функционални дейности;
- Увеличаване на възможностите на детето за извършване на дейности, изискващи използването на мобилна опора;
- Ограничаване на ситуацияите, предизвикващи страх и усилие;
- Ограничаване до минимум на контрактурите и деформациите;

## **Понижен тонус**

**Пониженият тонус** се определя като намалено съпротивление или пасивни движения. Манифестира се при някои хора с увреждане на малкия мозък. Лезията причинява намаляване на физичните разреждания на невроните на двигателната кора, което води до намален отговор на мускулните влакна при разтягане. „Механизмът остава неуловим и не е ясно какво представлява понижен тонус и дали той е независима единица изобщо“ (Carr & Shepherd 1998)

**Атетоза.** Детето с атетоза няма фиксирана поза

Атетозата е неспособност за организиране и правилно изпълнение на желаните движения, както и за координация на автоматичните движения и запазването на позите. (Aicardi & Vax 1992)

Всички деца с атетоза имат променлив постурален тонус и неволеви движения (алтерниращи движения на крайниците, дистонични спазми, бързопреминаващи локализиращи контракции). В зависимост от преобладаването на типа на неволевите движения се разделят на подгрупи - чиста/хореоатетоза: алтерниращи движения на крайниците, дистонична атетоза: дистонични спазми, атетоза със спастичност.

Някои от методите за психо-моторно изследване при деца с церебрална парализа и едни от най-използваните тестове по света са:

- Класификационна система за глобална моторна функция (Gross Motor Function Classification System – GMFCS )
- Ранна оценка на развитието по В. Войта
- Класификационна система за манипулативни способности (Manual Ability Classification System – MACS )
- Измерване на глобални моторни функции (Gross Motor Function Measure – GMFM ) Методът е разработен в McMaster University, Канада, и има два варианта:

GMFM – 88, публикуван през 1989 г, съдържащ 88 айтема;

GMFM – 66, разработен през 2002 г. с 66 айтема.

Когато детето има още едно или няколко съпътстващи състояния освен основното увреждане (най-често двигателно нарушение), зрителни и слухови увреждания, други сензорни дефицити, като умствена изостаналост, говорни и комуникативни проблеми, епилепсия и др., говорим за множество увреждания. Тогава децата имат комплексни нужди от подкрепа.

Децата с комплексни нужди от подкрепа имат значителни затруднения. Те се пораждаат от тонуса, различна степен на УИ, зрителни затруднения, невъзможност за комуникация. Децата с множество увреждания се нуждаят от помощта на възрастен за почти всяка дейност от ежедневието.

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

## **Множествени увреждания**

Децата с множествени увреждания са тези, които традиционно са били етикетирани като имащи тежки до дълбоки когнитивни увреждания или умствена изостаналост. Въпреки това, има все повече разбиране, че всички увреждания могат да засегнат хора по скала от минимални или леки до тежки **Възможно е да има леки обучителни трудности или тежки; лек или тежък аутизъм, без ясно очертано диагностициране на интелектуални затруднения.** Колкото по-тежък е характера на заболяването или колкото по-голямо е въздействието върху дадено лице, толкова по-голяма е вероятността за повишена нужда от подкрепа. Често, децата с тежки увреждания изискват продължителна, обширна подкрепа на повече от една основна дейност от живота, за да се насладят на качеството на живот, което имат децата с по-малко или никакви увреждания и да участват в интегрирани общностни среди. Те също могат да имат допълнителни значителни увреждания, включително трудности в движението, сензорни загуби, и / или поведенчески проблеми. Децата с тежки или множествени увреждания могат да покажат широк спектър от характеристики, в зависимост от комбинацията и тежестта на увреждането, и възрастта. **Има, обаче, някои общи черти,** в т.ч.: Ограничена реч или общуване; Трудности при основна физическа мобилност; Склонност към забравяне на умения при неизползването им; Проблем с въвеждане в употреба на умения от една ситуация в друга; и / или необходимост от подкрепа в по-важните дейности от живота. Различни медицински проблеми могат да съпътстват тежките увреждания. Примери за това са гърчове, сензорна загуба, хидроцефалия, и сколиоза. Тези състояния трябва да се отчитат при определяне на образователните услуги. Мултидисциплинарен екип, състоящ се от родителите на детето, специалистите по Ранна интервенция, образователни експерти и медицински специалисти в областите, в които детето показва проблеми, трябва да работят заедно, за да планират и координират необходимите услуги.

## **Слухови увреждания**

Увреждането на слуха означава намалена или липсваща способност да се възприемат звуците от заобикалящата среда. То засяга в еднаква степен и двете уши. Увреждането на слуха се отъждествява най-често с понятието „глухота“. Според Световната здравна организация 8% от населението на света страда от слухови увреждания.

Видове увреждания на слуха:

Проводни /кондуктивни/ - представляват нарушение в предаването на звука от външния слухов канал до вътрешното ухо. Най-често се дължат на хронични или остри инфекции на средното ухо или малформации.

Сензорни – дължат се на увреждане на вътрешното ухо или на слуховия нерв. Разграничават се периферна и централна сензорна глухота. Периферната предполага нарушения във вътрешното ухо и слуховия нерв по цялата му дължина. Централната се изразява в увреждане на слуховите центрове.

Нарушено е осмислянето на слуховите възприятия.

Смесен тип – увреждания от двата типа едновременно.

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

Според момента на настъпването уврежданията на слуха биват вродени и придобити. При вродените, увреждането е настъпило по време на вътреутробното развитие на детето. При придобитите, увреждането е настъпило след раждането и може да бъде предлингвистично (преди формиране на речта) или следлингвистично (след формиране на речта).

**Степени на загуба на слуха:** Тежко чуване с праг на чуваемост 30-60dB (децибела) в говорните честоти. Практическа глухота с праг на чуваемост 60-90dB (децибела) в говорните честоти. Глухота с праг на чуваемост над 90dB (децибела) в говорните честоти.

Причини: При някои деца те могат да бъдат лесно проследени – фамилна обремененост, вродено увреждане на слуха, ушни инфекции, заболявания на вътрешното ухо, травма, автоимунни заболявания, тумори на слуховия апарат, странични ефекти на лекарства – някои антибиотици, недостиг на кислород по време на раждането, недоносеност. В много случаи причините остават неизяснени.

**Генетично глухотата може да се унаследи** като рецесивен (скрит) белег – чуващи родители и дете с увреден слух или като доминантен (изявен) белег – родители с увреден слух и дете с увреден слух. Наследствената глухота най-често е от сензорен вид.

**При нормален слух детето до 1 месец** се стряска и примигва при внезапен шум, напр. затръшване на врата, **на 1 месец** реагира на внезапни продължителни звуци (притихва и се ослушва), напр. включена прахосмукачка, **на 4 месеца** притихва и се усмихва на гласа Ви и без да Ви вижда. Може да обърне очи или глава към Вас ако сте зад него или говорите от страни, **на 7 месеца** се обръща веднага по посока на гласа Ви или при много тихи гласове, идващи от страни, **на 9 месеца** слуша внимателно познати звуци от ежедневието и търси с очи източника на много тихи звуци, **на 12 месеца** познава името си и отделни думи. Реагира на „не“ или „довиждане“ дори и да не са придружени с жест.

При съмнения относно слуха на детето е необходимо консултиране с лекар-аудиолог.

Изследвания на слуха:

Новородените се изследват още през първите 4 часа от раждането си.

Наблюдават се за стряскане, движения на лицето и тялото, които да показват, че детето е чуло звука.

Евокирани потенциали (ССЕП). При нормален слух звуковият сигнал се предава по слуховия нерв към мозъка, където става обработката и възприемането на слуховия сигнал. По време на теста се поставят малки електроди на главата на бебето, които графично регистрират електрическата активност на слуховия нерв към звуковия сигнал. Тестът може да се установи евентуален слухов проблем и степента му.

Тонална аудиометрия. Подходяща е за деца над 3 годишна възраст. Използват се звукове с определени параметри и се наблюдават реакциите на детето.

**Свързани проблеми** - понякога слуховите нарушения са свързани със зрителни нарушения, увреждания на нервната система, двигателния апарат, ендокринната система и др.

**Нарушенията на слуха могат да забавят развитието на детето, изграждането на умения за общуване, на речта и познавателните процеси, да възпрепятстват успеха в училище.**

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“



Най-важното е детето с нарушен слух да се научи да **общува** – чрез речева терапия, включително жестомимика, чрез използване на подходящи слухови апарати или кохлеарни апарати и кохлеарни имплантанти.

**Лечение:** Когато загубата на слуха се дължи на инфекции на средното ухо, в повечето случаи след медикаментозно лечение слухът се възстановява. Малформациите в средното ухо в голям процент се лекуват хирургично. Сензорната глухота не може да се лекува. При някои деца с възрастта дори се наблюдава влошаване. Препоръчва се носенето на слухови апарати. В някои случаи на сензорна глухота хирургично може да се постави кохлеарен имплантант, който да коригира слуха.

**Външните слухови апарати** са по-подходящи за деца, отколкото вътреушните. Те са по-мощни, по-издържливи, имат възможност за адаптиране съобразно възрастта на детето, както и възможност за използването им заедно с други технически средства в клас.

**Състоянието на слуха се проследява от лекар-аудиолог през шест месеца.**

Успоредно със слухопротезирането е необходима стимулация на речевото развитие чрез специфични педагогически методи. Желателно е работата на слухово-речев терапевт, родител и учител да се координира.

**Изграждането на словесната реч си взаимодейства в по-голяма или по-малка степен с жестомимичния език. Жестомимиката** е пълноценен език с възможностите на словесния. Често срещано схващане е, че жестомимиката пречи на формирането на словесната реч. Установено е обаче, че деца на глухи родители, усвоили жестомимичния език като майчин, по-лесно от останалите деца с увреден слух усвояват словесния език.

**Независимо от начина, най-важно е детето да може да общува!**

**Комуникативните умения са едно от условията за успешна интеграция на детето с увреден слух в общообразователно училище.**

Детето със слухово затруднение, както всички деца, има право: да получи възможно най-много от живота – физически, умствено, емоционално; да постигне самостоятелност и чувство за пълноценност; да има приятели, социален живот, интересни дейности; да получи добро образование и като порасне – да има работа, носеща му удовлетворение;

Детето е с двустранна невросензорна загуба на слуха. / Може би в следствие генетичната малформация на бъбреците и прави чести възпаления на бъбреците / Има два слухови апарата, предстои кохлеарна имплантация.

## **Зрителни увреждания**

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

**Най-често срещаните зрителни нарушения в детска възраст са:**

**Наследствени увреждания**, които се предават генетично от родителите.

**Фамилните разстройства** са налице при повече от един член на една фамилия. Те могат да бъдат унаследени или да са резултат от едни и също вродено въздействие на инфекции или токсини.

**Вродените очни нарушения** са следствие от различни фактори – медикаменти, вируси, инфекциозни микроорганизми. Най-рискови са първите три месеца от бременността.

**Детският очен травматизъм** е един от най-актуалните и социално значими проблеми в офталмологията. Травмата може да засегне орбитата, клепачите, слъзния апарат, конюнктивата, външната очна обвивка и намиращите се в дълбочина под нея очни структури. Тя може да бъде тежка и да причини сериозни изменения с последващо понижаване на зрението, загуба на зрителна острота.

Сложните зрителни нарушения (слепота и слабо виждане) са резултат от значителни изменения в определени части от окото.

- Катарактата е едно от най-често срещаните зрителни нарушения. Причините са главно вродени. Характеризира се с потъмняване на лещата – пълно или частично.
- Микрофталмът е вродено недоразвитие на очната ябълка вследствие на възпалителни процеси или интоксикация по време на бременността. Изразява се в намаляване размерите на едното или двете очи едновременно. Зрението е силно занижено, често пъти напълно загубено.
- Глаукомата е сериозно заболяване на зрителния анализатор, което е свързано с неправилното ембрионално развитие на окото. Повишено е вътреочното налягане, често е засегнат зрителния нерв. Заболяването прогресира, централното зрение постепенно намалява и може да се стигне до пълната му загуба.
- Атрофията на зрителния нерв е свързана с поражения в ретината и зрителния нерв, поради което връзката между тях е нарушена. Това заболяване е резултат от възпалителни процеси в мозъка, тумори и интоксикации.
- Ретроленталната фиброплазия е характерна за недоносени деца с тегло при раждането под 1800 грама, родени преди определения термин. Те се подлагат на активна кислородотерапия. Смята се, че предозирането на кислорода е една от причините, но важен е и фактът, че очните тъкани при недоносените деца могат да бъдат недоразвити.
- Астигматизмът е следствие от пречупване на лъчите в няколко точки, които са на различно разстояние от ретината. Резултатът е неточно възприемане на обектите. Този зрителен проблем може да бъде коригиран /наред с късогледство и далекогледство/ с очила. Необходима е консултация с офталмолог, за да бъдат предотвратени трудности в процеса на обучение.
- Страбизмът /кривогледство/ е често срещан в ранна детска възраст, но може да се коригира с носене на очила. Ранната диагностика и лечение могат да имат добри резултати.

**Възможни проблеми, произтичащи от слабото зрение:**

- особености в познавателната дейност;
- ограничени възможности за приемане и преработка на информация;

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

- особености в речевото /словесно/ общуване;
- затруднено формиране на понятията; недостатъчно взаимодействие със социалната среда;

### **Основни препоръки за по-добра комуникация с дете със зрително нарушение е:**

- насърчавайте детето да контактува с повече предмети от ежедневието
- използвайте светлината в стаята най-рационално, ако е необходимо поставете специално осветление
- обяснявайте значенията на думи и понятия
- работете върху предотвратяване на маниеристично поведение и стереотипни движения

Ако детето: не проследява предмет с очи, не реагира на светлина или електрикови цветове, не протяга ръце към предмети, не следва звук с обръщане на главата, не разглежда ръцете си, не реагира на израженията на другите, не присвива очи на пряка слънчева светлина, притиска често очите си с ръце, не търси с поглед изпуснатата играчка

Ако в предучилищна възраст детето: среща трудности при усвояване на цветовете, доближава неестествено близо до очите си предмет или рисунка, за да ги разгледа, гледа телевизия отблизо, не проявява интерес към отдалечени предмети, не обича да гледа навън, когато пътува, излиза от определения контур и предпочита ярки цветове при оцветяване, се оплаква от напрежение в очите, често насълзяване и зачервяване, главоболие, има проблеми с придвижване и ориентиране в непознати пространства, се справя трудно на тъмно, не разпознава лицата на познати хора от разстояние - е необходима консултация се с очен лекар, със специален педагог и при необходимост с психолог.

**Детето със зрителен проблем, както всички деца, има право: да получи възможно най-много от живота** – физически, умствено, емоционално; да постигне самостоятелност и чувство за пълноценност; да развие своите таланти; да има приятели, социален живот, интересни дейности; да получи добро образование; да има работа, носеща му удовлетворение; да има достъп до обществения транспорт и сгради.

### **Умствена изостаналост**

Това е често срещано затруднение, диагностицирано в детска възраст. То оказва влияние на цялостното представяне на детето във всички области на развитие.

Умствената изостаналост е термин, използван, когато човек има определени ограничения в умственото функциониране и в умения като комуникация, грижи за себе си, и социални умения. **Тези ограничения са причина едно дете да учи и да се развива по-бавно, отколкото едно типично дете.** На деца с интелектуални затруднения може да им отнеме повече време да се научат да говорят, ходят и да се грижат за своите лични нужди, като например обличане или хранене. Много е вероятно да имат проблеми с обучението в училище. Може да има някои неща, които да не могат да научат.

### **Най-често срещаните причините за умствената изостаналост са:**

- **Генетични заболявания.** Понякога интелектуалните затруднения са в „Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

резултат на анормални гени, наследени от родителите, на грешки при съчетаване на гените или други причини. Примери за генетични заболявания са Синдром на Даун, Синдром на чупливата X хромозома, и фенилкетонурия (PKU).

- **Проблеми по време на бременност.** Интелектуалното затруднение може да се появи, когато бебето не се развива правилно вътре в майката. Например, може да има проблем с начина, по който клетките на бебето се делят докато то расте. Жена, която пие алкохол или получава инфекция, като рубеола, по време на бременност може да има бебе с интелектуални затруднения.
- **Проблеми при раждането.** Ако бебето има проблеми по време на раждането, като например да не получава достатъчно кислород, той или тя може да има интелектуални затруднения.
- **Здравословни проблеми.** Болести като магарешка кашлица, морбили или менингит могат да доведат до интелектуални затруднения. Интелектуални затруднения могат също така да бъдат предизвикани от крайно недохранване (неправилно хранене), неполучаване на достатъчно медицински грижи, или излагане на отрови като олово или живак.

**Интелектуалното затруднение не е болест.** Умствена изостаналост или интелектуално затруднение не е и вид психично заболяване, като депресия. Няма лечение за интелектуалните затруднения. Въпреки това, повечето деца с интелектуални затруднения могат да се научат да правят много неща. Просто им отнема повече време и усилия, отколкото на другите деца.

**Интелектуалното затруднение се диагностицира като се наблюдават две основни неща.** Те са следните:

- способността на мозъка на човек да се учи, мисли, решава проблеми, както и да разбира света (наречена коефициент на интелигентност или интелектуално функциониране); и
- дали лицето има необходимите умения, за да живее самостоятелно (наречено адаптивно поведение или адаптивно функциониране).

**Интелектуалното функциониране или коефициент на интелигентност, обикновено се измерва чрез тест, наречен тест за интелигентност.**

Средният резултат е 100. Хората с резултат под 70-75 се смята, че имат интелектуални затруднения. За измерване на адаптивното поведение, специалистите наблюдават какво едно дете може да се направи в сравнение с другите деца на неговата възраст. Някои умения са важни за адаптивното поведение. Те са следните:

- ежедневни битови умения, като обличане, ходене до банята, и самостоятелно хранене;
- комуникативни умения, като човек да разбира какво се казва и да е в състояние да отговори;
- социални умения с връстници, членове на семейството, възрастни, и др.

Според проф. Виолета Боянова, диференциалната **диагноза изисква понякога продължително наблюдение на поведението на детето и въздействието на комплексната терапия.** Тестовете за интелигентност дават информация само за моментното състояние на интелектуалните възможности на развиващия се организъм, а динамиката на процесите, включително, а може би най-вече, на нервно-психическото развитие, понякога върви по нестандартни и много индивидуални начини. Освен това от

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

изключително значение е начинът на провеждане на изследването. В България за интелектуално равнище е стандартизиран теста на Векслер, който е твърде подходящ, тъй като има вербална и невербална част, а децата, за които говорим, имат тъкмо нарушения на вербалната комуникация. За децата с езиково-речевия нарушения обаче е по-подходящ теста на Рейвън, тъй като е невербален. При по-малките (3-4 години), използваме рисуващия тест на Гудинаф, но в този случай трябва да сме сигурни, че изследваните деца не са обучавани предварително в детската градина на рисуване на човешка фигура, което ще доведе до нереално високи резултати. Друг важен елемент при тестване за интелектуално равнище, с който трябва да се съобразяваме, е наличие на слаба концентрация на вниманието и импулсивност при много от децата с комуникативна патология. Ако психологът не отчете този фактор и провежда изследването в продължителен период от време, детето губи интерес и мотивация и започва да отговаря на стимулите без да се замисли, с единственото желание да свърши по-бързо. Такова изследване също дава нереални резултати. За изследване на интелектуалното равнище при най-малките (от 0 до 3 години) най-подходяща е методиката на Томова –Манова.

Има много **признаци за интелектуални затруднения**. Така например, децата с интелектуални затруднения може:

- да седят, пълзят, или да ходят по-късно от другите деца;
- да се научат да говорят по-късно, или да имат проблеми с речта,
- да им е трудно да запомнят неща,
- да им е трудно разбирането на социалните правила,
- да им е трудно виждането на последствията от действията си,
- да им е трудно да решават проблеми; и / или
- да им е трудно да мислят логично.

**Изоставането в езиково-речевото развитие влияе негативно върху интелектуалните възможности на децата**, както и обратното – ниско равнище на интелигентността се отразява неблагоприятно върху езиковите способности. Винаги, когато има случай на тежък езиково-речев дефицит, можем да очакваме известно изоставане на интелектуалното развитие, но това не трябва да бъде основание за отказ от терапевтична намеса. Напротив, задължителна е по-интензивна и комплексна програма за въздействие, която ще има не само терапевтична, но и диагностична стойност. Бързото положително повлияване от терапията е маркер, чрез който се елиминират съмненията за умствена изостаналост. Според проф. Виолета Боянова вниманието на специалистите трябва да бъде насочено към нещо много важно - отново при анализа на симптоматиката и данните от изследванията да се проучат задълбочено и социалните условия, в които живее детето. Задължително е да се разговаря с родителите, да се обсъдят с тях евентуалните причини за изоставането при детето им.

## **Синдром на Даун**

Синдромът на Даун е най-честата хромозомна аномалия и може да се случи

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

при всички националности, етнически групи, раси и социални слоеве. Обикновено причината е грешка в деленето на клетките, но не са изяснени факторите, причиняващи тези грешки. Знае се със сигурност, че родителите не носят вина за синдрома, нито за нещо, което са направили преди или по време на бременността, което да доведе до допълнителния материал, причиняващ Тризомия 21.

Синдромът на Даун представлява хромозомна аномалия, при която в 95% от случаите вместо нормалния брой от 23 двойки хромозоми (общо 46 хромозоми) се наблюдават 47 хромозоми, като 21-вата хромозома не е двойна, а е тройна и затова се нарича „тризомия 21“. Родителите на деца със синдром на Даун могат да имат и други деца. По време на всяка бременност проследяващият лекар следва да насочи семейството за генетична консултация и необходимите изследвания, които дават информация за риска от раждане на бебе с аномалия.

При тези деца се наблюдава понижен мускулен тонус и забавяне в двигателното развитие, затруднения в приемането и преработката на храната – поради понижения мускулен тонус в оралната област и трудното координиране на движенията. Засяга се появата на говор. Физическите различия оказват ефект върху развитието на езика и речта. Имат нужда от малко помощ за да стъпят на краката си и да се стимулират да ходят.

**Някои физически характеристики** Децата с този синдром са с нисък тонус на мускулите на устата, челюстта, езика, бузите и мускулите, подпомагащи преглъщането, недоразвиване на средно-лицевите кости (костите от горната челюст до малко над носа). Слабите ставни връзки около челюстта оказват ефект върху съгласуването и разбираемостта; наблюдават се неточна реч; проблеми с гласа и резонанса, оформят се проблеми с изговаряне и разбиране на звуците при изговаряне, неточна реч. Лигавенето, отворената уста затрудняват процеса на говорене, сигнализируют за трудност със сензорното усещане и обратната връзка при изговаряне. Наблюдава се неправилно изговаряне, особено при /п/, /б/, /м/, /ф/, /в/. Блокирането на средните дихателни пътища, велофарингеалната недостатъчност (трудност при използване на мекото небце и мускулите на стената на гърлото при затваряне на носната кухина, за да се задържи въздух/звуци от носа), води до прекалено носово звучене на гласа подобно на хремав/запушен нос.

**Дишането през устата създава проблеми с изговаряне и разбиране на звуците.** Проблеми при изговарянето особено за /с/, /з/, /ш/, /т/, /д/ създава отворената захапка (горните и долните зъби не се събират), изпъкването на езика затруднява изговарянето на /т/, /д/, /с/, /з/, /ш/, /л/, /н/; При обратната захапка (долната челюст е малко пред горната) има проблеми с изговаряне и разбиране на звуците.

**Езикът** е по-голям от нормалното в сравнение с устата и това затруднява изговарянето на /т/, /д/, /с/, /з/, /ш/, /л/, /н/; разбиране на звуците при изговаряне. Ограничен обхват и разстояние за движение на езика, анормалност на невромускулатурните връзки на езика водят до неточно изговаряне.

**Налице е тясна горна челюст, ако небцето** е прекалено ниско или прекалено високо, V-образно небце, неправилно изникване на зъби, проблеми с разбирането на звуци при изговаряне. Децата със синдром на Даун срещат трудности с координация, точност и “тайминг” на движенията на устата, трудност със степените на движение на челюстта (възможност за правене на

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

малки точни движения в устата). Имат проблеми при последователното обработване, което води до проблеми със слуховата памет и ученето на граматика, свързана с лингвистичните и морфологичните единици на езика. Частична или пълна загуба на възможността за изпълнение на сложни мускулни движения или затруднение при планиране на движенията, оказва влияние за тежки закъснения в говора, трудност при формирането на звуци, проблеми с разбирането на звуци при изговаряне. Наблюдава се дизартрия (трудност в изговаряне на думите поради емоционален стрес или поради парализа, некоординираност или спазми на мускулите, използвани при говорене) или трудност в планирането на движения. Това се отразява в разбирането при изговарянето на звуци. Ако децата имат чувствителност при допир, звук или движение, имат трудности и при оралните движения. Често се среща възпаление на средното ухо, променлива загуба на слуха, повече ушна кал, което може да е причина за закъснение при развитието на езика, трудност при различаването на звуците един от друг и различаване на местонахождението на източника на звука. Сензорната загуба на слуха е причина за трудности с възприемането/схващането на езика, затруднена фонемна обработка. Кондуктивна (проводима) загуба на слуха влияе на разпознаването на нивото на говора, създава трудности при чуването на инструкции в училище без повишаване на глас.

Важно е децата да се научат да общуват, независимо дали имат или нямат развита реч. Успешно може да се прилага Система за общуване чрез картинки.

**Децата със Синдром на Даун имат сериозни затруднения във фината моторика.** Като резултат от **забавянето в развитието на фината и грубата моторика**, децата със Синдром на Даун не могат да разучават заобикалящата ги среда в същата степен като техните връстници. **В допълнение, малките деца със Синдром на Даун са склонни да не изпълняват и да избягват рутинните задачи независимо от нивото на трудност** и много от тях не упражняват или не усвояват самостоятелно нови умения.

Впоследствие те се нуждаят от окуражаване и по-мотивиращи възможности да разучават заобикалящата ги среда. Трябва да се осигури достъп до широк кръг от различни предмети, особено такива, които са стимулиращи и интересни за децата. Изостават в развитието на основни психични процеси – внимание, памет, мислене. Важно е да се отбележи, че това не е задължително – всяко дете има различен потенциал и не бива да бъде подценявано. Възможно е детето със Синдром на Даун да е свръхчувствително към светлина, шумове, докосване, да не понася храни с определена консистенция. Децата със Синдром на Даун срещат затруднения при усвояването на познавателни умения, свързани с неизменност на предметите, причина и ефект, релационна игра и строене, съчетаване, избиране и назоваване, умения за рисуване, подготовка за четене и писане. За преодоляването на тези дефицити могат да помогнат кинезитерапевти, логопеди, психолози и специални педагози.

**Всяко дете, родено със Синдром на Даун, има реалните възможности да води един пълноценен и сравнително независим живот**, стига да му бъде предоставена тази възможност.

**Хората, които трябва да му помогнат на първо място, това са родителите.** Тези деца имат сериозен потенциал и могат да научат много. Те се чувстват на мястото си, ако практически бъдат научени да се занимават с нещо - например да се грижат за животни, да работят по озеленяване, в градината, да помагат в домакинството. **За тези деца е характерно търпението, спокойствието,**

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

готовността да вършат с часове една и съща дейност. За развитието на своите качества е важно детето да бъде непрекъснато занимавано и насърчавано от възможно най-ранна възраст.

## Епилепсия

**Епилепсията е заболяване, засягащо Централната Нервна Система (ЦНС), което се характеризира с индивидуалната предразположеност към повтарящи се прояви, наречени епилептични пристъпи.**

Епилептичните пристъпи се характеризират с периодично, непровокирано, еднотипно за всяко дете и в повечето случаи непредсказуемо нарушение на съзнанието, поведението, емоционалното състояние, двигателните функции, възприятията или съчетание на изброените нарушения. Тези клинични прояви са резултат на внезапно възникнала, отклоняваща се от нормалната (абнормална) свръхвъзбудимост на мозъчните неврони, наречена кризисна (пароксизмална). При съчетание на различни генетични и придобити условия, тази свръхвъзбудимост, може да започне да се повтаря след известно време (хронифицира) и да доведе до развитие на заболяването епилепсия. Различни рискови условия като лишаване от сън, светлинни стимули, дълбоко и учестено дишане (хипер вентилация), прием на медикаменти могат да благоприятстват появата на епилептични пристъпи. Много често епилепсията е и съпътстващо заболяване при други състояния.

## Недоносени бебета

Повечето бебета се раждат около датата на термина , като може това да се случи от плюс-минус няколко дни или 1-2 седмици. Важно е те да са готови за живот извън майчината утроба. Една бременност продължава 10 лунарни месеца или 40 седмици, което се равнява на 9 календарни месеца или 38 седмици. Продължителност на бременността от 37 до 42 седмици се смята за нормална. Това отговаря на нормалната възраст за раждане на бебето. Но някои бебетата се раждат значително по-рано от очакваното, което носи редица рискове. Тогава говорим за недоносени бебета. Раждането преди 37-ма седмица се счита за преждевременно, а детето – за недоносено. За преждевременно раждане се говори от 25-та гестационна седмица. **От 2009 година всяко дете, което е над 25 г.с. и с тегло над 600 грама, с признаци на живот, според българското законодателство се счита за живородено.** Преждевременните раждания са около 5-7% от общия брой раждания, като честотата на раждане преди 32 г.с. е около 1-2%. Поради прилагането на методи за асистирана репродукция тенденцията е към повишаване на този процент . В България 10.3% от новородените деца са преждевременно родени.

**Медицината прави възможно оцеляването на все по-голям процент недоносени бебета.** Трябва обаче да се проследява начинът, по който те се развиват. Някои бебета прекарват месеци в неонатологичните отделения, докато достигнат необходимите размери и развитие, за да се приберат у дома и нямат необходимост от медицински грижи.

**Причините за преждевременно раждане са разнообразни.** Това могат да бъдат различни вагинални инфекции, вирусни инфекции, нетипично закрепване

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“



на плацентата /плацента превия/. Многоплодните бременности, инфекции на плода, еритробластоза, също крият риск от преждевременно раждане. При млади майки на 14 – 18 години или при майки над 35 години имаме рискова бременност. Хронични заболявания на бременната като хипертония, сърдечно-съдови заболявания, анемия, заболявания на белите дробове или черния дроб и т.н. както и хронични и остри възпалителни процеси на матката; ендометрия; предишни аборти, особено спонтанен аборт, ако не са проследявани от специалист могат да окажат влияние за преждевременно раждане. Удар, травма, прекалено физическо натоварване също са фактори, които могат да допринесат за преждевременното раждане. Разпространена причина за преждевременното раждане е истмико-цервикална недостатъчност ИЦН (isthmus- мястото на преход от матката към шийката и , cervix- матка). Рискови са отлепяване на плацентата, преждевременно пукване на околоплодния мехур, аномалии на матката. Съществуват някои ситуации, в които раждането се предизвиква по-рано, за да се спасят живота на майката, и на плода /пreekлампсия, отлепяне на плацентата/.

**Класификацията на недоносените новородени според рожденото тегло е в четири степени.**

I степен – 2500 - 2000 г., II степен – 2000 - 1500 г., III степен – 1500 - 1000 г., IV степен – под 1000 г.

**Морфологични особености на недоносеното дете** са малки размери: ръст, тегло, диспропорция на телесните части. Глава относително голяма, крайниците са къси. Кожата е нежна и през нея прозират кръвоносните съдове, покрита е обилно с лануго. Слабо развита или липсваща подкожна мастна тъкан. Ноктите не достигат до края на пръстите. Костите на черепа са меки и податливи. Отворени са не само голямата, но и малката фонтанела и шевовете между костите. Често има диастаза на правите коремни мускули. Ушните миди са меки, не добре моделирани, прилепнали към черепа. Очите са относително големи и изпъкнали. При момчетата големите лабии са не добре развити и не покриват малките. При момчетата често десцензусът на тестисите не е завършен /празна скротална торбичка/.

**Някои функционални особености на недоносените деца.** Те зависят от степента на недоносеност и се изразяват в: Недоразвити или липсващи са рефлексите на сукане и гълтане. Недостатъчна е координацията между дишане и гълтане. Почти винаги е налице гастроезофагеален рефлукс. Несъвършена е терморегулацията и има невъзможност да се поддържа нормална телесна температура. Структурно недоразвитите бели дробове и податлив гръден кош, предизвикват смущения във вентилацията. Несъвършен е централния контрол върху дишането. Смутена е нормалната обмяна на газовете. Незавършеното развитие на мозъчната съдова мрежа и неправилното разпределение на кръвния ток към вътрешностите на мозъка, предразполага към субарахноидални и вентрикулни кръвоизливи. Ненормална перисталтиката на стомашно-чревния тракт със забавено изпразване на стомаха, чести регургитации и повръщания. Бъбречната функция е несъвършена. Недостатъчно резерви, складиращи по време на бременността от желязо и други микроелементи, които причиняват рано желязодефицитна Речник анемия. Иммунната система е недостатъчно развита, включително и локалният имунитет на кожата и лигавиците, което се отразява на

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

устойчивостта на организма спрямо инфекции.

Когато новороденото е с ниско рождено тегло и особено под 1500 г., се нуждае от специални условия на отглеждане и медицински грижи. Поставянето в кувьоз позволява поддържане на оптимална температура, овлажняване на вдишания въздух и обогатяване с кислород, когато това е необходимо. Прилага се специфично лечение при съответната патология.

**Храненето на новородените с ниско тегло** е проблемно. Някои новородени не могат да сучат, а други не могат и да гълтат. Налага се да бъдат хранени със сонда – периодично или с постоянно капково вливане. По-късно храненето продължава с кърма или специално адаптирано мляко.

**При недоносените бебета има по-голям риск от увреждания в сравнение с нормално доносените.**

Може да се получи Хипоксия на ЦНС и мозъчни кръвоизливи, Умствено изоставане, ДЦП, хидроцефалия, епилепсия, респираторен дистрес  
Бронхопулмонална дисплазия, ретинопатия, субглотисна стеноза от травмиране при интубация, некротизиращ ентероколит, синдром на холестаза, чернодробна недостатъчност, цироза, смущения в храненето, хипотрофия, анемия, рахит, персистиращ артериален канал, ингвинална херния, крипторхизъм, гастро-езофагеален рефлукс, чести респираторни и др. инфекции.

## **Спина бифида**

Спина бифида е сборен термин, използван за обозначаването на малформациите на вертебралния канал и гръбначния мозък, дължащи се на дефект при сформирването им по време на ембрионалното развитие.

Понастоящем заболяването се среща рядко благодарение на подобрения скрининг по време на бременността.

Нормално прешлените затварят гръбначния мозък в пръстенен канал. При спина бифида един или няколко съседни пръстена са разцепени, като през образуваната цепнатина обвивката на гръбначния мозък достига до кожата. Често настъпва инфекция. При по силно изразена спина бифида съществуват неспособност за задържане на урина и изпражнения, както и парализа на долните крайници. Хората с леко изразено разцепване на прешленен пръстен нямат доловими оплаквания и аномалията се открива случайно при рентгеново изследване по друг повод.

Ранното диагностициране е важно за по-нататъчното развитие на състоянието! Общоприето е разделянето на малформациите в две основни групи: открити /Spina bifida aperta/ и закрити /Spina bifida occulta/. При открити случаи на спина бифида, както и по преценка на лекаря, се прилага неврохирургично лечение в рамките на кратък период след раждането. Оперативно се покриват отворените части на гръбначния мозък, за да се избегнат инфекции – менингити и миелити, и гръбначният мозък да бъде защитен механично. Обикновено операцията се провежда няколко дни след раждане, но понякога хирурзите изчакват и няколко месеца. Изборът на правилния момент зависи от общото физическо състояние на бебето и от вида спина бифида. Успешната операция отстранява аномалията, възстановява целостта на засегнатите прешлени и предпазва от тежки усложнения.

Според нивото на засягане на гръбначния стълб, се отделят няколко подгрупи: Окулта – още наричана „скрита“ спина бифида е най-леката от всички –

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

гръбначният мозък и нервната тъкан са нормално развити. Дефектът се изразява в непълното затваряне на един или повече прешлени на гръбначния стълб. Менингоцеле – При тази форма част от предпазващите нервната тъкан на гръбначния мозък мембрани (менингите) излизат от отворените прешлени на гръбначния стълб. Оприличават ги на сак, който покрива и защитава гръбначномозъчната течност и нервната тъкан. Гръбначният мозък остава незасегнат. Миеломенингоцеле – през отворените прешлени на гръбначния стълб излизат предпазна мембрана и гръбначни нерви. Това е най-тежката форма на спина бифида, при която се наблюдава увреждане на нервни коренчета и нервна тъкан, пораждащи множество усложнения. Спина бифида се локализира в областта на поясните, кръстцовите и опашните прешленни пръстени.

Физиотерапията и рехабилитацията трябва да започнат от ранна бебешка възраст, но само след като състоянието на детето се стабилизира и следоперативните рани зарастнат. Това е време, в което родителите вече могат да потърсят подходяща терапия за детето си. В основата на терапията за деца със спина бифида са пасивната и активната кинезитерапия и рехабилитация. Някои от методите, които се практикуват у нас са плувна терапия, ерготерапия, хипотерапия, терапия на трамплин, бобаттерапия, войтатерапия, електротерапия и други. За постигане на оптимални резултати, за всяко отделно дете са подходящи разнообразни комбинации според възможностите и етапа на развитие. Правилният и навременен подбор на отделните рехабилитационни методи, обединени в постигането на общата цел води до още по-добри резултати.

В съвместната си работа с детето следва всички – специалисти, педагози и родители да си взаимодействат и да работят в екип като следват предварително уточнена индивидуална програма с ясно набелязани цели и задачи. Тези цели трябва да бъдат съобразени с индивидуалните възможности и дефицити на детето и на тяхна основа да бъде изграден индивидуален терапевтичен план.

Някои цели на терапията включват:

- Осигуряване на занимания, които да насърчат развитието на двигателните умения.
- Насърчаване на визуалното фокусиране и проследяване.
- Преминане от поза в поза, вместо поставяне на детето в определени позиции.
- Подобряване усещането за тялото си, особено за долните крайници.
- Насърчаване активното движение на краката и поемане на тежестта на тялото.
- Развитие на реакции за баланс и преместване на тялото при седене и стоене.
- Осигуряване на възможности за изследване на заобикалящата среда и взаимодействие с нея.
- Окуражаване към самостоятелност и независимост.

Терапевтичният план и терапевтичните цели задължително трябва се съгласуват със семейството. Много важно е родителите да осъзнават тяхната реалистичност и да не подхождат със свръх очаквания или твърде негативно. Това се постига по естествен начин, когато има изградено доверие между физиотерапевта и семейството.

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“

**Звезделина Атанасова**

**Андреас Андреу**

**Източници:**

1. Интернет: [Сравнителен анализ Исландия - България, 2021г.](#)
2. Желев, В. Физиотерапия в педиатрията, София Авангард Прима 2012.
3. Боавида, Ж. Ф., Невробиологични основи на ранната детска интервенция, онлайн обучение на Eurlyaid декември 2020.
4. Мавлов, Л., Боянова, В. Анатомия и физиология на човека. София: Венимекс, 1993.
5. Интернет: [ОСНОВНИ ФАКТИ ЗА СПИНА БИФИДА](#)
6. Материали от обучителни дейности на Карин дом по метода на Bobath
7. Материали от обучителни дейности на Карин дом за синдром на Даун, умствена изостаналост, зрителни, слухови, множествени увреждания и епилепсия
8. Pamela M. Eckersley. Elements of paediatric physiotherapy 1993.
9. флойд Р.Т. .Наръчник по анатомична кинезиология. Превод 2008.

„Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Фондация Карин дом и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.“