

**(ДЦП) Детский церебральный
паралич связанный с мозгом :
причины, формы болезни и лечение**

Детский церебральный паралич
(сокращенно «ДЦП») -
заболевание, вызванное
поражением головного мозга,
обычно проявляющееся в
раннем детском возрасте и
характеризующееся
двигательными нарушениями:
-параличами, слабостью мышц,
-нарушением координации,
-непроизвольными движениями.



Причины возникновения детского церебрального паралича:

К первой группе причин (дородовые) относят инфекционные заболевания матери во время беременности (краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз, грипп и др.), сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери, токсикозы беременных, иммунологическую несовместимость крови матери и плода.

К формированию детского церебрального паралича может привести: кислородное голодание мозга плода во время беременности или родов, кровоизлияния в мозг на фоне кислородного голодания мозга, недоношенность, чрезмерно высокий уровень билирубина в крови новорожденных и др.

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



Типы церебрального паралича:



Спастический (spastic) - у больного большая скованность и затруднения движения :70-80% пациентов.



Атетоидный (athetoid), или дискинетический - наличие непроизвольных, неконтролируемых движений (гиперкинезы): 10-20% пациентов.



Атаксический (ataxic) - нарушение равновесия, наличие глубинных умственных отклонений: 5-10% пациентов.

Формы ДЦП



В настоящее время в нашей стране принята классификация ДЦП К.А. Семеновой (1974-1978).

Согласно этой классификации выделяют 5 форм ДЦП:

СПАСТИЧЕСКАЯ
ДИПЛЕГИЯ

ДВОЙНАЯ ГЕМИПЛЕГИЯ

ГЕМИПАРЕТИЧЕСКАЯ
ФОРМА

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ
ФОРМА

АТОНИЧЕСКИ –
АСТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА

СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ

Спастическая диплегия – наиболее часто встречающаяся форма ДЦП. Ею страдают более 50% больных ДЦП. При спастической диплегии поражены и руки, и ноги, причем нижние конечности затронуты в большей степени, чем верхние.

Основным признаком спастической диплегии является повышение мышечного тонуса (спастичность) в конечностях.

У 70-80% детей со спастической диплегией отмечают нарушения речи в форме спастико – паретической дизартрии, ЗРР, реже - моторной алалии.

Нарушения психики обнаруживаются у большинства детей. Наиболее часто они проявляются в виде ЗПР.



Такие дети могут учиться в специальных школах – интернатах для детей с НОДА, в средних общеобразовательных школах и на дому (по программе массовой школы или по индивидуальной программе).

Часть детей имеют умственную отсталость разной степени тяжести. Эти дети обучаются по программе школы для умственно отсталых детей (школы 8 вида).

Спаستическая диплегия – прогностически благоприятная форма заболевания в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций.

Ребенок, страдающий спастической диплегией, может научиться обслуживать себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. Степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых людей при сохранном интеллекте и достаточном развитии манипулятивной функции рук.

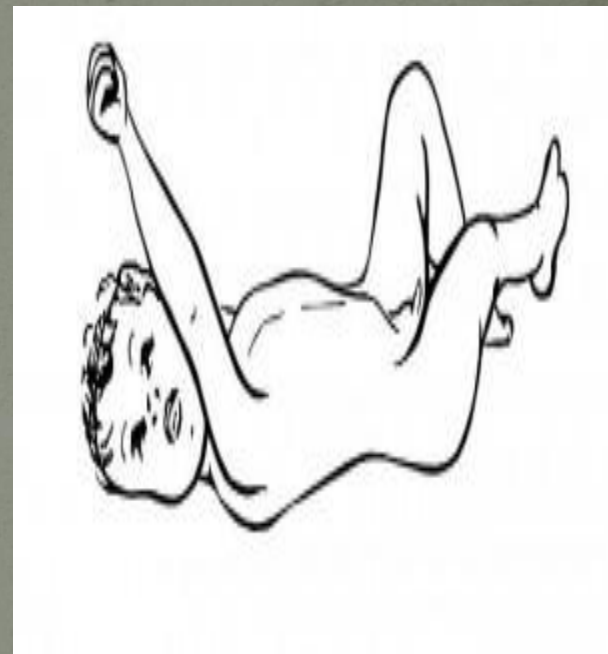


ДВОЙНАЯ ГЕМИПЛЕГИЯ

Это самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий. Двигательные расстройства выражены в равной степени в руках и в ногах, либо ноги поражены сильнее, чем руки.

Основные клинические проявления двойной гемиплегии – преобладание ригидности мышц, усиливающейся под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов.

Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функция рук практически не развивается.



У всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжелой спастико – ригидной дизартрии.

Голосовые реакции скудные, часто недифференцированные. Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей (90%) отмечается выраженная умственная отсталость.

Прогноз двигательного, психического, речевого развития не благоприятный. Самостоятельное передвижение не возможно.

Диагноз «двойная гемиплегия» является основанием направления ребенка в учреждения Министерства социальной защиты в связи с невозможностью социальной адаптации.



ГЕМИПАРЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА

Эта форма характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука обычно поражается больше, чем нога. Правосторонний гемипарез в связи с поражением левого полушария наблюдается значительно чаще, чем левосторонний.

В тяжелых случаях одностороннее ограничение спонтанных движений заметно уже в первые месяцы жизни; при легких формах симптоматика становится отчетливой к концу первого года, когда ребенок начинает активно манипулировать руками.

Дети с гемипарезами овладевают возрастными двигательными навыками, позднее чем здоровые. Дети начинают ходить с опозданием на один, два года.

Из-за трофических расстройств у детей отмечается замедление роста костей, а отсюда — укорочение пораженных конечностей.

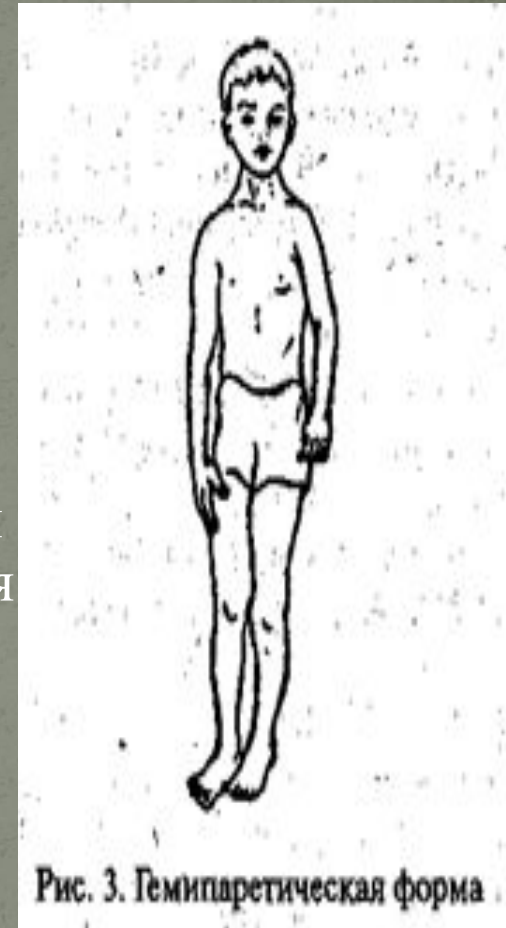


Рис. 3. Гемипаретическая форма

Патология речи отмечается у 30-40% детей, чаще по типу спастико – паретической дизартрии или моторной алалии. Степень интеллектуальных нарушений вариабельна от легкой ЗПР до грубого интеллектуального дефекта

Прогноз двигательного развития в большинстве случаев благоприятный при своевременно начатом и адекватном лечении. Практически все дети ходят самостоятельно. Возможность самообслуживания зависит от степени поражения руки.

Обучаемость и уровень социальной адаптации детей с этой формой ДЦП во многом определяются не тяжестью двигательных нарушений, а интеллектуальными возможностями ребенка, своевременностью и полнотой компенсации психических и речевых расстройств.



ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА

Гиперкинетическая форма ДЦП связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резус-фактору), а также кровоизлияние в область хвостатого тела, возникающее чаще в результате родовой травмы.

Двигательные расстройства проявляются в виде непроизвольных насильственных движений - гиперкинезов. Гиперкинезы возникают непроизвольно, усиливаются при движении и волнении, а также при утомлении и при попытках к выполнению любого двигательного акта. Речевые нарушения наблюдаются почти у всех детей, чаще в форме гиперкинетической дизартрии. У 20-25% детей имеются нарушения слуха; у 10-15% отмечаются судороги.



Нарушения психического развития по типу умственной отсталости имеет место у 25% детей.

Прогностически это вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. При умеренных двигательных расстройствах дети могут научиться писать, рисовать. Начальное обучение детей часто осуществляется на дому по массовой, реже по вспомогательной программе.

По окончании школы больные с этой формой ДЦП чаще, чем с другими формами заболевания, поступают в средние, а иногда и высшие учебные заведения.



АТОНИЧЕСКИ – АСТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА

При данной форме ДЦП имеет место поражение мозжечка, в некоторых случаях сочетающееся с поражением лобных отделов головного мозга.

Со стороны двигательной сферы наблюдаются:
низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия.

Сидение формируется к 1-2 годам, стояние и ходьба – к 6-8 годам и позже. Ребенок стоит и ходит на широко расставленных ногах, походка неустойчивая, неуверенная, руки разведены в стороны, туловище совершает много избыточных качательных движений с целью сохранения равновесия, ребенок часто падает. Все движения неточны, несоразмерны, нарушены их синхронность и ритм.



Рис. 6. Атонически-астатическая форма.

Расстройства координации тонких движений пальцев и дрожание рук затрудняют осуществление самообслуживания и овладения навыками рисования и письма.

У большинства детей отмечаются речевые нарушения в виде ЗРР, атактической дизартрии; может иметь место алалия.

При этой форме ДЦП могут быть интеллектуальные нарушения различной степени тяжести. Важную роль в структуре психического дефекта играет основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта.

В 55% случаев, помимо тяжелых двигательных нарушений у детей с этой формой ДЦП, имеет место тяжелая степень умственной отсталости. Такие дети направляются в учреждения Министерства социальной защиты, т.к. не могут овладеть навыками самообслуживания и школьными навыками.



Статистика ДЦП



- Среди больных с ДЦП больше рождается мальчиков: на 100 девочек около 135 мальчиков
- Более половины детей с ДЦП страдают двусторонним спастическим парапарезом (поражение нижних конечностей)
- Около половины детей с ДЦП родились недоношенными
- Почти 1/3 детей с ДЦП страдают гемиплегией (паралич мышц одной половины тела, как это часто наблюдается при инсультах у взрослых)
- 1 из 4 инвалидов с последствиями ДЦП страдают эпилептическими припадками (синдромом)
- 6 из 10 (60%) инвалидов с последствиями ДЦП обладают нормальным или исключительно высоким интеллектом
- Примерно у каждого третьего из 10 детей с ДЦП –серьезные проблемы, связанные с обучением
- 1 из 3 детей с ДЦП не могут самостоятельно передвигаться

Лечение

Четкой лечебной программы, которая подходит абсолютно всем больным детям не существует, так как проходит болезнь довольно индивидуально.

Среди методов, которые используют для лечения ДЦП в восстановительном периоде следует отметить лечебную гимнастику, которая включает в себя:

- работу, направленную на развитие реакции на равновесие и выправление;
- работу, направленную на развитие функций рук, а также манипулятивной деятельности;
- работу, направленную на развитие моторно-зрительной координации;
- работу, направленную на преодоление, а также торможение не правильных положений и поз;
- работу, направленную на предупреждение образования вторичного неправильного двигательного стереотипа у ребенка.



Дельфинотерапия

Дельфинотерапия – это способ лечения с помощью ультразвуковых колебаний, которые воспроизводят самые милые существа на свете, дельфины. Звук издаваемый дельфинами воздействует на головной мозг человека и помогает избавиться от психологических проблем и проблем со здоровьем. Дельфины считывают информацию о человеке и помогают справиться с болезнями. Это один из лучших методов лечения для людей с такими заболеваниями, как детский церебральный паралич – ДЦП.



Общение с дельфином позволяет:

- стимулировать развитие интереса к внешнему миру, что становится условием к установлению, восстановлению, корректировке, оптимизации социальных отношений;
- стимулировать процесс развития личности;
- восполнять дефицит положительных эмоций и обеспечивать поддержку детям, переживающим одиночество или состояние дезадаптации;
- через тактильную стимуляцию создать условия для эмоционального отреагирования;
- создать условия для укрепления контакта ребенка с психотерапевтом.

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

Бальнеотерпия (водные занятия)

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



Грязелечение.

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



Иппотерапия

Иппотерапия часто применяется при лечении детей-инвалидов в качестве многофункционального метода реабилитации, т.е. иппотерапия используется не только в качестве одной из разновидностей лечебной физкультуры, но и как метод психологической коррекции.

Больные дети ездят на лошади и это приносит свои результаты, ведь при такой езде задействуются различные группы мышц. Причем мышцы осуществляют трехмерное движение, это очень важно при ДЦП.

Кроме биомеханического фактора при иппотерапии не менее важен, а в некоторых случаях и является основным психогенный фактор, что особенно важно при лечении детей с церебральным параличом, невротическими реакциями, аутизмом, нарушениями психического развития.

Верховая езда требует концентрации внимания, целенаправленных движений при управлении лошадью (что особенно полезно при гиперкинетической форме ДЦП), способности ориентироваться при изменении ситуации, осознания своих собственных действий.

КАК ЛЕЧАТ ДЦП?

Основные методы медицинского сопровождения ДЦП:

- лечебная медикаментозная поддержка
- массаж
- физиотерапия



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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

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

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

Список использованной литературы:

- 1.Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. М., 1989.
- 2.Бадалян Л. О. Невропатология. М., 2000.
- 3.Данилова Л. А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. С-Пб, 2007.
- 4.Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации ДЦП. М., 2003.
- 5.Самойлов В. И. Синдромологическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. С-Пб., 1998 Т. 1-2
- 6.Семенова К. А. Детские церебральные параличи. М., 1968.
- 7.Цукер М. Б. Клиническая невропатология детского возраста. М., 1998.
- 8.Ялымова Н.В. Ранняя диагностика детских церебральных параличей. М., 2004.