

Департамент образования города Москвы  
Государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования города Москвы  
«Московский городской педагогический университет»  
Институт естествознания и спортивных технологий  
Кафедра адаптологии и спортивной подготовки

**Дисциплина: ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

Тема: Детский церебральный паралич. Профилактика, диагностика и оперативные методы лечения. Реабилитация детей с церебральными параличами.



Выполнили студент  
4 курса заочной группы АС  
АФКБ - 1623 (АФКБ-О  
Ляскина Е.Н  
Меметова А.  
Проверил: преподаватель дисциплин  
Гернет И.

Москва  
2019

# Содержание

- ▶ Определение ДЦП
- ▶ Причины возникновения
- ▶ Патогенез
- ▶ Типы ДЦП
- ▶ Виды ДЦП
- ▶ Статистика
- ▶ Профилактика
- ▶ Лечение
- ▶ Заключение
- ▶ Список литературы



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 (этиология) 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.

# Патогенез

Структурные изменения мозга у детей с ДЦП подразделяют на две группы:

- 1) неспецифические изменения самих клеток;
- 2) изменения, связанные с нарушением развития мозга, т.е. с дизонтогенезом (совокупность нарушений психики)

Отмечается связь между тяжестью нарушения коры мозга и клиническими проявлениями двигательных расстройств. Методом компьютерной томографии в 68% случаев найдены патологические изменения мозга.

При нормальном развитии к 3-м месяцам жизни позотонические рефлексy исчезают. Выявление их на 5-ом месяце и в последующем представляет симптомы риска проявления ДЦП. Высшие двигательные центры при ДЦП не оказывают тормозящего действия на нижележащие отделы. Тонические рефлексy активизируются и сосуществуют с патологическим мышечным тонусом. Это препятствует последовательному развитию реакций выпрямления и равновесия, которые являются основой для развития произвольных двигательных навыков и умений.

# Типы ДЦП

- ▶ Спастический (spastic) - у больного большая скованность и затруднения движения :70-80% пациентов.
- ▶ Спастический (spastic) - у больного большая скованность и затруднения движения :70-80% пациентов.
- ▶ Атаксический (ataxic) - нарушение равновесия, наличие глубинных умственных отклонений: 5-10% пациентов.

## *Виды ДЦП*

В настоящее время принята классификация ДЦП К.А. Семеновой (1974-1978) - советский врач-невролог.

Согласно этой классификации выделяют 5 форм ДЦП:



Дискинетическая



Атаксическая



Гемиплегия



Диплегия



Спастическая тетраплегия

# СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ

Спаستическая 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. 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).

Спастическая 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, усиливающаяся 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, 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.



Патология речи отмечается у 30-40% детей, чаще по типу спастико – паретической дизартрии или моторной алалии. Степень интеллектуальных нарушений переменна 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 так же кровоизлияние в область хвостатого тела, возникающее чаще в результате родовой травмы.

Двигательные расстройства проявляются в виде произвольных насильственных движений – гиперкинезов. Гиперкинезы возникают произвольно, 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.

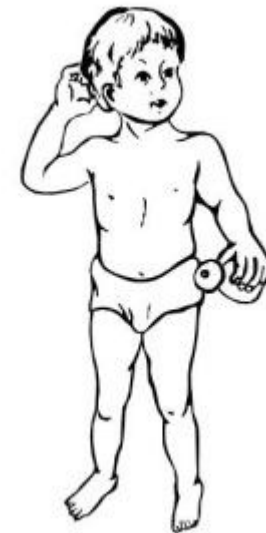
По окончании школы больные с этой формой ДЦП чаще, чем с другими формами заболевания, поступают в средние, а иногда и высшие учебные заведения.

# *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.





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

# Профилактика ДЦП

Профилактика детского церебрального паралича заключается в охране здоровья будущей мамы, исключении вредных привычек, наблюдении за течением беременности.



**СКАЖИ НЕТ**



# Лечение ДЦП

- ▶ Лечебная гимнастика
- ▶ Бальнео- и грязелечение
- ▶ Ноотропы (лекарственные средства, предназначенные для оказания специфического воздействия на высшие психические функции)
- ▶ Холинолитики (вещества, блокирующие естественный медиатор ацетилхолин)
- ▶ Агонисты и антагонисты дофамина
- ▶ Мышечные релаксанты
- ▶ Сосудистая терапия

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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.

# Спасибо за внимание!



## Список использованной литературы:

- 1.Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. М., 2009.
- 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.
- 5.Самойлов В. И. Синдромологическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. С-Пб., 2008 Т. 1-2
- 6.Семенова К. А. Детские церебральные параличи. М., 2008.
- 7.Интернет источник, медиафайлы:  
<https://geropharm.ru/portfolio/nevrologiya-psihiatriya/detskiy-tserebralnyy-paralich-dtsp>