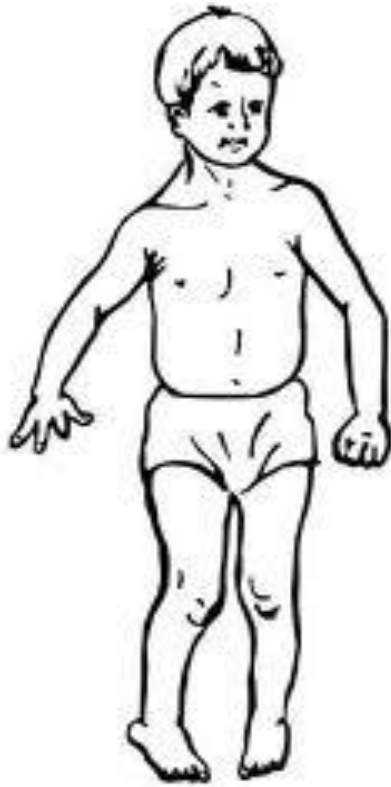


С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ
ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА



Детские церебральные параличи и тактика педиатра в амбулатории

Орындаған: Баялы С.Қ.

Топ: 601-2к

Қабылдаған: Ибраева К.Е.

Определение

Детские церебральные параличи — собирательный термин, объединяющий группу хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям и/или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном периоде. Отмечается ложное прогрессирование по мере роста ребёнка. ДЦП не является наследственным заболеванием.

Содержание

- 1 *Формы ДЦП*
 - 1.1 *Спаستическая тетраплегия*
 - 1.2 *Спастическая диплегия*
 - 1.3 *Гемиплегическая форма*
 - 1.4 2. *Дискинетическая форма*
 - 1.5 3. *Атаксическая форма*
 - 1.6 *Смешанные формы*
 - 1.7 *Неуточнённая форма*
- 2 *Распространённость форм детского церебрального паралича*
- 3 *Стадии детского церебрального паралича*
- 4 *Причины детского церебрального паралича*
- 5 *Диагностика детского церебрального паралича*
- 6 *Лечение*

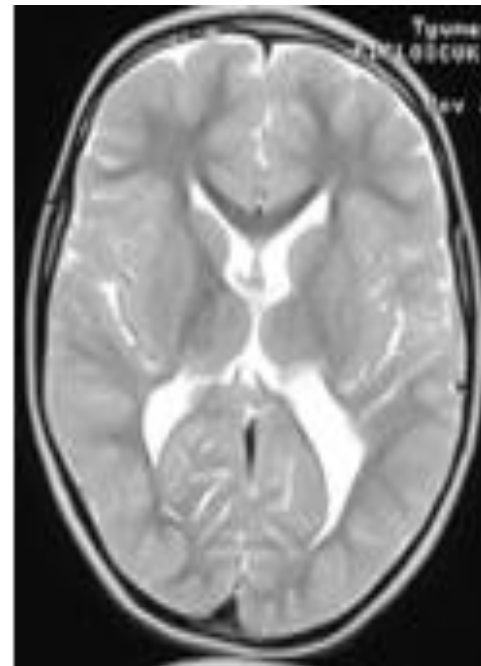
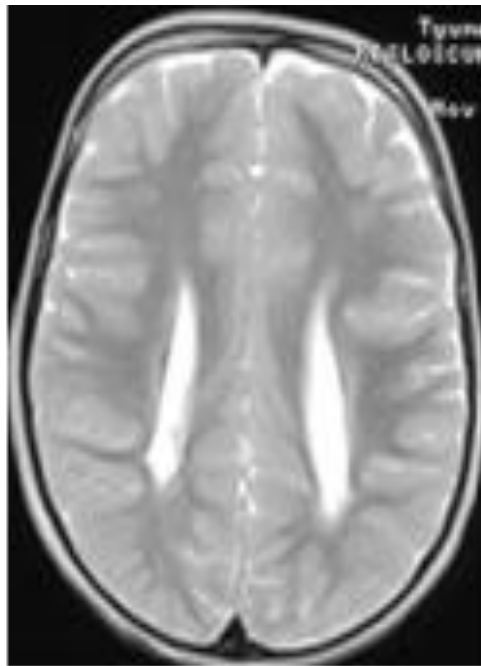
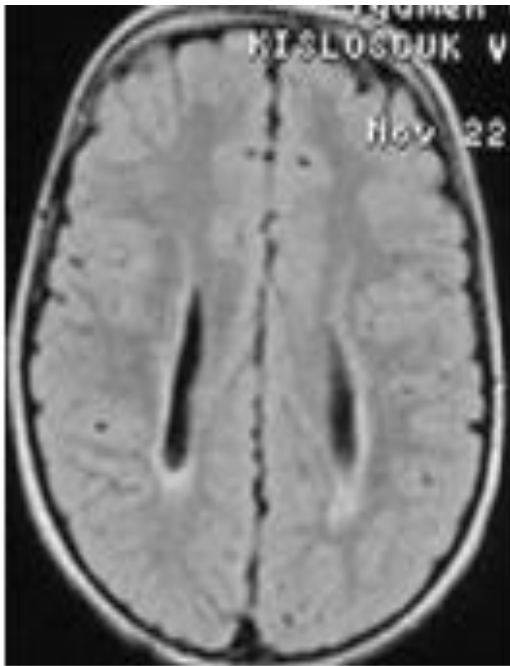
Спастическая тетраплегия

- (При большей выраженности двигательных расстройств в руках может использоваться уточняющий термин "двусторонняя гемиплегия")
- **G80.0 Одна из самых тяжелых форм ДЦП**, являющаяся следствием аномалий развития головного мозга, внутриутробных инфекций и перинатальной гипоксии с диффузным повреждением полушарий головного мозга. У недоношенных основной причиной при перинатальной гипоксии является селективный некроз нейронов и перивентрикулярная лейкомаляция; у доношенных - селективный или диффузный некроз нейронов и парасагиттальное поражение мозга при внутриутробной хронической гипоксии. **Клинически диагностируется спастическая тетраплегия (тетрапарез), псевдобульбарный синдром, нарушения зрения, когнитивные и речевые нарушения.** У 50% детей наблюдаются эпилептические приступы. Для данной формы характерно раннее формирование контрактур, деформаций туловища и конечностей. Почти в половине случаев двигательные расстройства сопровождаются патологией черепных нервов: косоглазием, атрофией зрительных нервов, нарушениями слуха, псевдобульбарными расстройствами. Довольно часто у детей отмечают микроцефалию, которая, разумеется, носит вторичный характер. Тяжёлый двигательный дефект рук и отсутствие мотивации исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность.

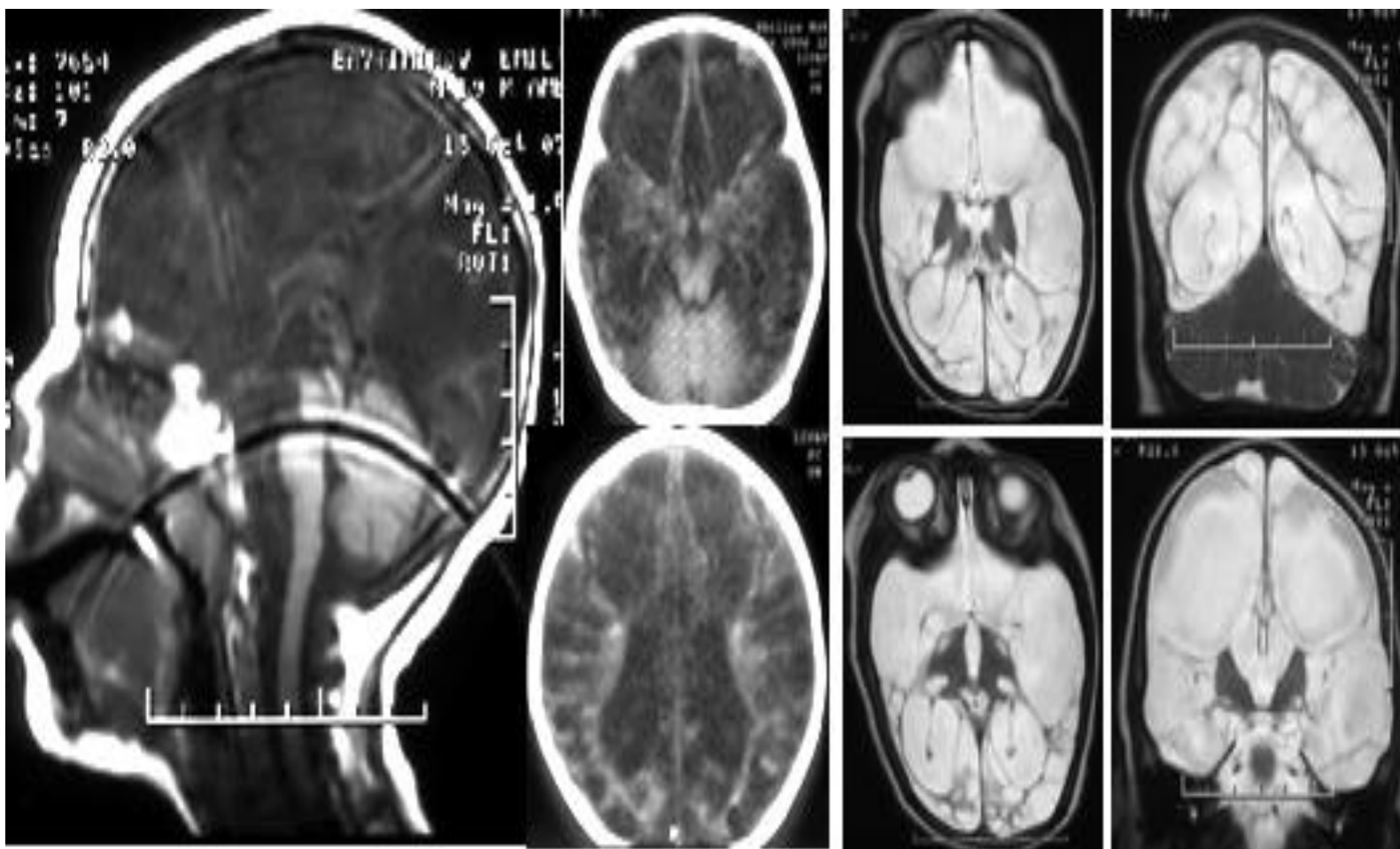
Спастическая диплегия

- **G80.1 Наиболее распространённая** разновидность церебрального паралича (3/4 всех спастических форм), известная ранее также под названием «болезнь Литтла». Нарушается функция мышц с обеих сторон, причём в большей степени ног, чем рук и лица. Для спастической диплегии характерно раннее формирование контрактур, деформаций позвоночника и суставов. Преимущественно диагностируется у детей, родившихся недоношенными (последствия внутрижелудочковых кровоизлияний, перивентрикулярной лейкомаляции, других факторов). **При этой форме, как правило, наблюдается тетраплегия (тетрапарез), однако преобладает мышечная спастика в ногах.** Наиболее распространённые проявления — задержка психического и речевого развития, наличие элементов псевдобульбарного синдрома, дизартрия и т. п. Часто встречается патология черепных нервов: сходящееся косоглазие, атрофия зрительных нервов, нарушение слуха, нарушение речи в виде задержки её развития, умеренное снижение интеллекта (в том числе вызванное влиянием на ребёнка окружающей среды (оскорбления, сегрегация). Прогноз двигательных возможностей менее благоприятен, чем при гемипарезе. Эта форма наиболее благоприятна в отношении возможностей социальной адаптации. Степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых при нормальном умственном развитии и хорошем функционировании рук.

МРТ головного мозга. Владислава К. со спастико-гиперкинетической формой ДЦП. Признаки перенесенной перивентрикулярной лейкомаляции. Расширение боковых желудочков с перивентрикулярными очажками дисмиелинизации и глиоза.



МРТ головного мозга Эмиля Б. со спастико-гиперкинетической формой ДЦП.



Гемиплегическая форма

- **G80.2** Характеризуется **односторонним спастическим гемипарезом**. Рука, как правило, страдает больше, чем нога. Причиной у недоношенных детей является перивентрикулярный (околожелудочковый) геморрагический инфаркт (чаще односторонний), и врождённая церебральная аномалия (например, шизэнцефалия), ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние в одном из полушарий (чаще в бассейне левой средней мозговой артерии) у доношенных детей. Дети с гемипарезами овладевают возрастными навыками позже, чем здоровые. Поэтому уровень социальной адаптации, как правило, определяется не степенью двигательного дефекта, а интеллектуальными возможностями ребёнка. Клинически характеризуется развитием спастического гемипареза (походка по типу Вернике-Манна, но без циркумдукции ноги), задержкой психического и речевого развития. Иногда проявляется монопарезом. При этой форме нередко случаются фокальные эпилептические приступы.

Дискинетическая форма

- **G80.3** Одной из самых частых причин данной формы является перенесенная **гемолитическая болезнь новорождённых**, которая сопровождалась развитием «ядерной» желтухи. Также причиной является *status marmoratus* базальных ганглиев у доношенных детей. При этой форме, как правило, повреждаются структуры экстрапирамидной системы и слухового анализатора. **В клинической картине** характерно наличие гиперкинезов: **атетоз, хореоатетоз, торсийная дистония** (у детей на первых месяцах жизни — дистонические атаки), **дизартрия, глазодвигательные нарушения, снижение слуха**. Характеризуется произвольными движениями (гиперкинезами), повышением мышечного тонуса, одновременно с которыми могут быть параличи и парезы. Речевые нарушения наблюдаются чаще в форме гиперкинетической дизартрии. Интеллект развивается в основном удовлетворительно. Отсутствует правильная установка туловища и конечностей. У большинства детей отмечается сохранение интеллектуальных функций, что прогностично благоприятно в отношении социальной адаптации, обучения. Дети с хорошим интеллектом заканчивают школу, средние специальные и высшие учебные заведения, адаптируются к определённой трудовой деятельности. Выделяются атетоидный и дистонический (с развитием хореи, торсионных спазмов) варианты данной формы ДЦП.

Атаксическая форма

- **G80.4** Характеризуется низким тонусом мышц, атаксией и высокими сухожильными и периостальными рефлексамии. Нередки речевые расстройства в форме мозжечковой или псевдобульбарной дизартрии. Наблюдается при преобладающем повреждении мозжечка, лобно-мосто-мозжечкового пути и, вероятно, лобных долей вследствие родовой травмы, гипоксически-ишемического фактора или врождённой аномалии развития. **Клинически характеризуется** классическим симптомокомплексом (**мышечная гипотония, атаксия**) и различными симптомами мозжечковой асинергии (**дисметрия, интенционный тремор, дизартрия**). При этой форме ДЦП подчёркивается умеренная задержка развития интеллекта, а в ряде случаев имеет место олигофрения в степени глубокой дебильности или имбецильности. Более половины случаев диагностированной данной формы является нераспознанными роженице

Смешанные формы

- **G80.8** Несмотря на возможность диффузного повреждения всех двигательных систем головного мозга (пирамидной, экстрапирамидной и мозжечковой), вышеупомянутые клинические симптомокомплексы позволяют в подавляющем большинстве случаев диагностировать конкретную форму ДЦП. Последнее положение важно в составлении реабилитационной карты больного. Часто сочетание спастической и дискинетической (при сочетанном выраженном поражении экстрапирамидной системы) форм, отмечается и наличие гемиплегии на фоне спастической диплегии (при асимметричных кистозных очагах в белом веществе головного мозга, как последствие перивентрикулярной лейкомаляции у недоношенных).

Распространённость форм детского церебрального паралича

- *спастическая тетраплегия - 2%*
- *спастическая диплегия - 40%*
- *гемиплегическая форма - 32%*
- *дискинетическая форма - 10%*
- *атаксическая форма - 15%*

Стадии детского церебрального паралича

*Выделяют, ориентировочно,
стадии:*

- 1. Ранняя: до 4-5 месяцев*
- 2. Начальная резидуальная
стадия: с 6 месяцев до 3 лет*
- 3. Поздняя резидуальная: с 3 лет*



Причины детского церебрального паралича

- Существует множество возможных причин детского церебрального паралича, они могут оказывать влияние как во время беременности, так и во время родов и в первые (около 4) недели жизни ребёнка.
- Распространённость детского церебрального паралича среди новорождённых: 2^[3] к 1000 живорождённых (у мальчиков чаще в 1,33 раза).
- Недоношенность — это один из самых серьёзных факторов риска развития детского церебрального паралича, присутствующий практически в половине случаев развития ДЦП.

Основными причинами являются:

- дисгенезии головного мозга
- хроническая внутриутробная гипоксия плода, различного генеза
- гипоксически-ишемические поражения головного мозга
- внутриутробные инфекции, особенно вирусные (чаще герпесвирусные)
- несовместимость крови плода и матери (Rh-конфликт и др.) с развитием гемолитической желтухи новорождённых
- травматические поражения головного мозга в интра- и постнатальном периоде
- инфекционное поражение головного мозга в постнатальном периоде
- токсические поражения головного мозга (отравления свинцом и др.)
- врачебная ошибка при родах

Диагностика

- Для постановки диагноза ДЦП достаточно проявлений специфических непрогрессирующих двигательных нарушений, которые обычно становятся заметны в начальную резидуальную стадию и наличия одной или нескольких причин (см. выше) в перинатальном периоде. При любых отличиях: отсутствии факторов риска, прогрессировании заболевания, неоднократных случаях "ДЦП" в семье или наличия больных изолированной олигофренией в семье, множественных пороках развития - обязательно проведение МРТ головного мозга для исключения других заболеваний (УЗИ головного мозга в данном случае не информативно) и консультация генетика.

Дифференциальная диагностика

- последствия различных поражений головного мозга (черепно-мозговых травм средней тяжести и тяжёлых, нейроинфекций и инсультов), перенесённых после 1 месяца жизни
- аутосомно-рецессивные формы наследственной спастической параплегии
- некоторые редкие формы доминантных наследственных спастических параплегий
- ранние наследственные атаксии
- врождённые непрогрессирующие мозжечковые атаксии
- атаксия-телеангиэктазия
- ранний детский аутизм
- шизофрения
- поражения спинного мозга ишемического и травматического характера
- спинальная амиотрофия Вердинга-Гофмана
- болезнь Штрюмпеля
- болезнь Фара
- гепатолентикулярная дегенерация
- болезнь Галлервордена-Шпатца
- болезнь Пелицеуса-Мерцбахера
- синдром Шегрена-Ларссона
- фенилкетонурия
- [галактоземия](#) и др.

Лечение

- Основная задача лечения детского церебрального паралича: максимально полное возможное развитие умений и навыков ребёнка и его коммуникативности.
- Применяется:
- Массаж
- лечебная гимнастика
- метод Войта (*рефлекторная локомоция*)
- лечение в барокамере
- Бобат-терапия
- нагрузочный костюм ("АДЕЛИ", "Гравистат"), пневмокостюм ("Атлант")
- логопедическая работа
- нейро и психокоррекция
- использование вспомогательных приспособлений
- рефлексотерапия
- анималотерапия

Лечение

А также при необходимости:

- препараты, снижающие тонус мышц: баклофен
- препараты ботулинотоксина: диспорт, ботокс
- оперативные ортопедические вмешательства: сухожильная пластика, сухожильно-мышечная пластика, коррегирующая остеотомия, артродез, хирургическое устранение локальных мышечных контрактур вручную (например фибротомия по Ульзибату) и с использованием дистракционных аппаратов
- функциональная нейрохирургия: селективная ризотомия, селективная невротомия, хроническая нейростимуляция спинного мозга, имплантация баклофеновой помпы, операции на подкорковых структурах головного мозга
- Лечение сопутствующих расстройств (эпилепсии и др.).
- На ранней стадии: лечение основного заболевания, послужившего причиной развития ДЦП.

Литература

- *Что такое детский церебральный паралич (ДЦП) // Журнал «Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения» № 1 2009*
- *Cerebral Palsy*
- *Цукер М. Б., Детские церебральные параличи, в кн.: Многотомное руководство по педиатрии, т. 8, М., 1965, с. 233-49*
- *Эйдинова М. Б. и Правдина-Винарская Е. Н., Детские церебральные параличи и пути их преодоления, М., 1959 (библ.).*
- *В. В. Певченков «Тандо — новый метод адаптивного физического воспитания. Методики и оборудование для реабилитации детей с ДЦП.»*
- *Хольц Ренате — Помощь детям с церебральным параличом.: пер. с нем.- М.: Теревинф, 2007*
- *М.А. Наперстак - Методические подходы к диагностике и реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом, Альбом (учебно-методическое пособие) - М.:НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2012 - 46с.*

