

# Детский церебральный паралич



# ОСНОВОПОЛОЖНИК ДЦП

Уильям Джон Литтль (1810-1894), британский ортопед, впервые установивший причинную связь между осложнениями при родах и нарушениями умственного и физического развития ребенка.





Уильям Ослер (1849-1919), знаменитый канадский ортопед. Работая в университете им. Джона Хопкинса, написал книгу „Церебральные параличи у детей”



Зигмунд Фрейд (1856 -1939), полное  
имя Сигизмунд Шломо Фрейд,  
австрийский врач, основоположник  
психоанализа.

- Тяжелое заболевание мозга внутриутробного и родового происхождения, с двигательными расстройствами церебрального генеза.
- Группа двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за функциями мышц.

# Причины

Аntenатальные (вирус краснухи, токсоплазмоз, цитомегаловирус)

Интранатальные (тяжелая асфиксия в родах, инфицирование во время родов, преждевременная отслойка плаценты или ее патологическое предлежание)

Постнатальные (после рождения: менингит, энцефалит, несовместимость матери и ребенка по группе крови или резус-фактору)

## Предрасполагающие факторы:

- **Внутриутробное повреждение или недоразвитие мозга, имеет место при:**
  - **хронических заболеваниях матери;**
  - **острых заболеваниях во время беременности;**
  - **несовместимость матери и плода по гр. крови, резус-фактору**
  - **токсикозах, ушибах во время беременности**
- **Недоношенность или переносимость плода.**

- Недоношенность или переношенность плода.
- Во время родов:
  - акушерский травматизм
  - затяжные роды с обвитием пуповины
- В первый год жизни:
  - инфекции, осложненные энцефалитом
  - после ушибов головы



# Различают теории патогенеза:

## I. Фетального периода.

- А. Инфекционные (Вирусы- кори, краснухи, ЦМВ, герпеса, гепатита; бактерии- стафилококки, стрептококки.)  
С 5-7 месяца при заболеваниях матери перечисленными инфекциями у плода может развиваться воспалительный процесс в ЦНС в виде менингоэнцефалита, энцефалита.

- При воспалительном процессе мозга продукты распада нервных клеток, проникают в кровотоки плода, матери, в ответ на это в организме матери вырабатываются противомозговые а/т, попадающие в дальнейшем в кровь плода, следствием этого является подавление или нарушение развития мозга плода.

- **Б. Токсическая-** воздействие медикаментов, алкоголя, др. химических веществ. Дети рождаются с нарушением кровообращения, измененным типом дыхания, угнетением ЦНС, судорожными явлениями, функциональной недостаточностью почек.
- **В. Генетические-** муковисцидоз, фиброэластоз.

## **II. Интранатального периода.**

- Во время осложненных родов у плода развивается гипоксия, патологический ацидоз, нарушение электролитного баланса. Нарушается обмен веществ в клетках головного мозга: уменьшается содержание АТФ и фосфато-креатина, увеличивается количество молочной кислоты, аммиака, неорг. фосфора.- повышается проницаемость сосудов, с развитием диапидезных кровоизлияний и отека.**

## Классификация ДЦП.

- **1. Двойная гемиплегия -это двигательные нарушения во всех конечностях, больше в руках.**
- **2. Спастическая диплегия (синдром Литтла) – наиболее часто встречающаяся форма.**
- **Для нее характерны двигательные нарушения верхних и нижних конечностей, больше ноги.**

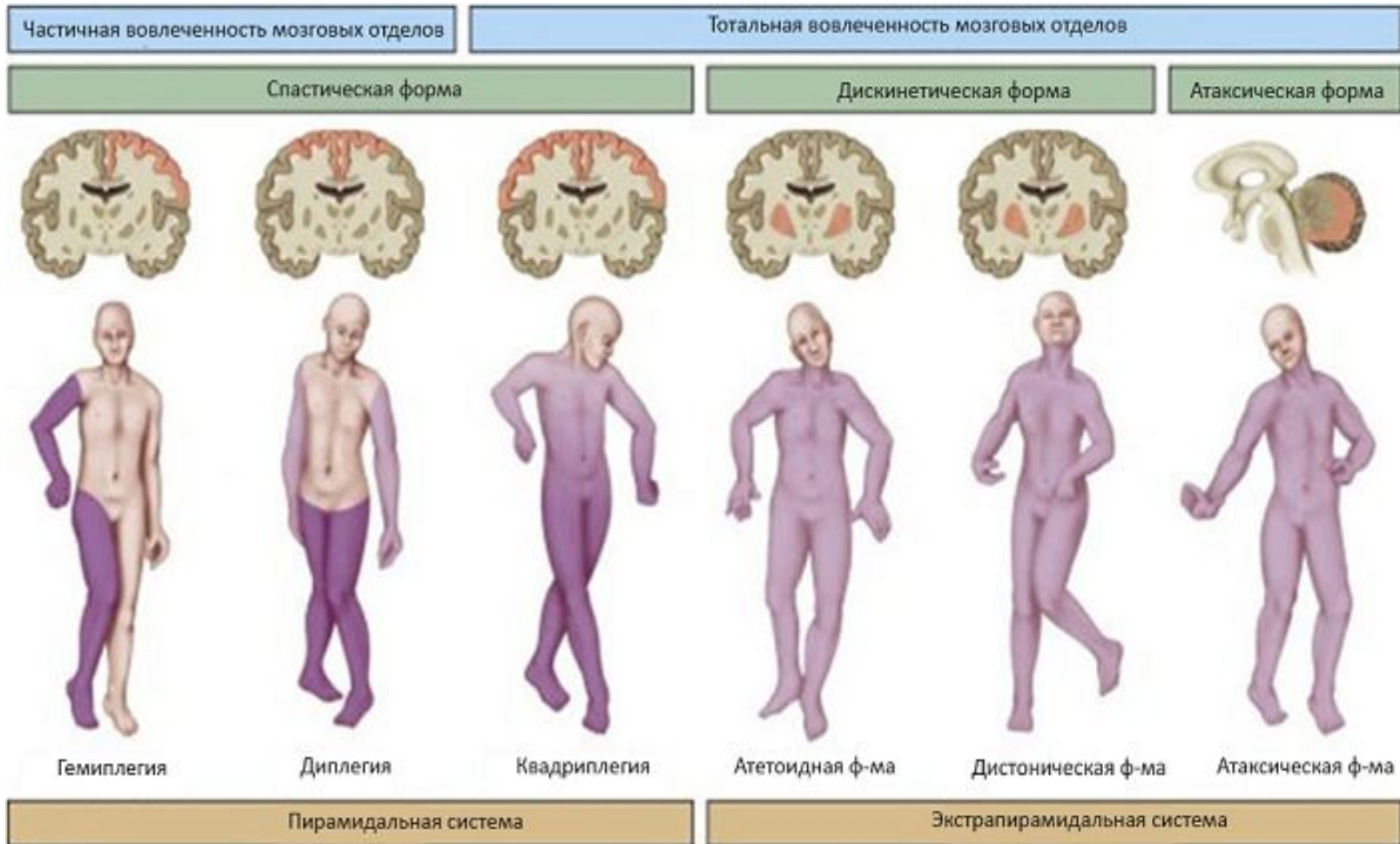
- **3. Гемипаретическая форма – двигательные нарушения преимущественно на одной стороне.**
- **4. Гиперкинетическая форма – характеризуется преимущественным поражением структур стриопаллидарной системы. Мышечный тонус изменчив, приступы повышения мышечного тонуса. Различают гиперкинезы типа атетоза, хореоатетоза, хореи, торсионной дистонии. Эта форма часто связана с гемолитической болезнью новорожденного.**




- **5. Атонически- астатическая («вялая») форма - на первый план выступает выраженная мышечная гипотония, при этом рефлексы сохранены или повышены. Миостатический тонус нарушен, рефлексы антагонистов выпадают, страдают статические функции. Дети долго не могут держать голову, сидеть, стоять, ходить.**

- **6. Мозжечковая форма – характеризуется нарушениями координации в сочетании со спастическими параличами, атонически-астатическим синдромом.**



# Типы паралича



|   |                     |
|---|---------------------|
|  | Норма               |
|  | Умеренные поражения |
|  | Сильные поражения   |

Типы церебрального паралича и проекции пораженных участков головного мозга

Особенности нервно-  
психического развития детей с  
ДЦП:

**У 40-50% задержка психического  
развития ( чаще у этих детей  
имеется наследственная  
отягощенность или более 5 стигм.)**

**20-25% по типу олигофрении**

**20-25% нормальное развитие  
интеллекта**

**У детей с нормальным интеллектом психические отклонения по типу психо-органического синдрома (тугоподвижность психики, снижение запоминания, неустойчивость внимания, цереброастенические проявления)**

**В клинике ДЦП наряду с двигательными и психическими нарушениями существенное место занимают речевые расстройства(60-80%) – нарушено произношение, голос тихий, дыхание прерывистое, укорочен выдох, речь смазанная, повышено слюноотделение.**

**Основываясь на клинических проявлениях, выделяют три стадии ДЦП:**

- 1. Ранняя, у детей первых месяцев жизни.**
- 2. Начальная (хронически-резидуальная)**
- 3. Поздняя резидуальная**

**ДЦП следует рассматривать как текущий на протяжении первых 2-4 лет жизни процесс.**

**Терапию следует назначать с первых дней жизни ребенка.**

### **Лечение:**

**1. На ранней стадии заболевания в виду того, что аутоиммунные процессы занимают ведущее место назначается дексаметазон в таблетках до 6 месяцев,  $\frac{1}{2}$  таб.,  $\frac{1}{4}$  таб. 1 раз утром. После 6 мес.  $\frac{1}{2}$  таб. 1 раз утром. После года 1 таб. 1 раз.**

**2. С целью нормализации давления спинномозговой жидкости применяются дегидратационные средства мягкого действия (цитраль, глицерин). При возникновении гипертензионных кризов назначаются более сильные дегидратационные средства: диакарб, магния сульфат, фуросемид.**

- 3. Для коррекции психоорганического синдрома, в зависимости от характера его проявления применяется седативная терапия: феназепам, рудотель. Иногда показаны биогенные стимуляторы (настойка лимонника, экстракт левзеи и элеутрококка.**
- 4. При ночном недержании мочи – амитриптилин, адиурекрин.**



- 5. В тех случаях, когда спастичность осложняется гиперкинезами – сонопакс, финлепсин.**
- 6. Стимулирующее действие на речевое и особенно психическое развитие оказывает – кортексин, аминалон, церебролизин, энцефабол.**
- 7. Для повышения нервно-мышечной проводимости назначают препараты антихолинэстеразного действия – дибазол, галантамин, прозерин.**

- 8. С целью миелинизации нервных волокон, увеличения окислительного обмена, жизнедеятельности нервных клеток и предупреждения атрофии зрительных нервов назначают пириогенал, витамины группы В, С.**
- 9. Для снижения мышечного тонуса – мидокалм, сердалуд, баклофен, диспорт.**
- 10. Ортопедические мероприятия в чередовании с лечебной гимнастикой и физиотерапией.**