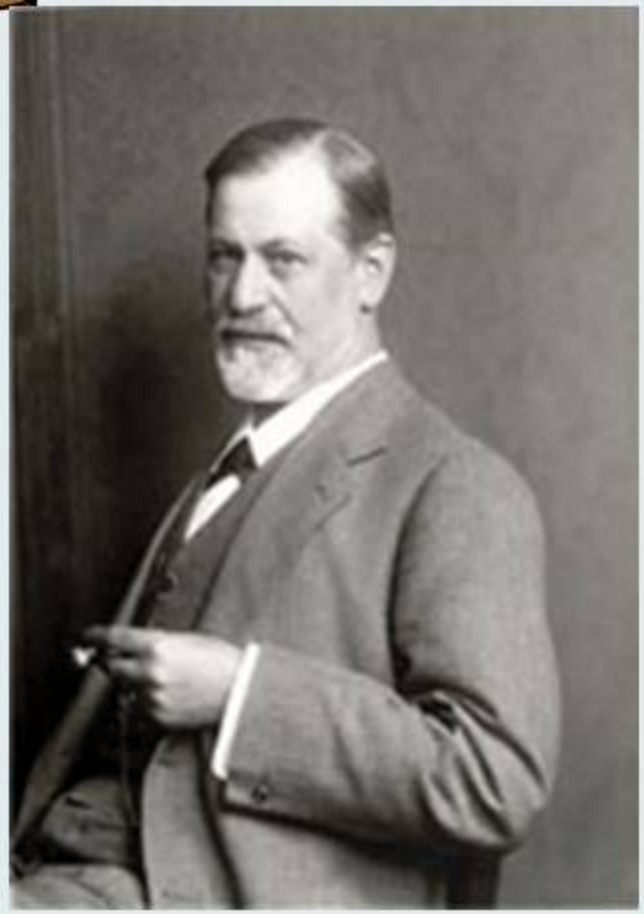
Детский церебральный паралич

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”

www.sliderpoint.org



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

Антенатальные (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 переношенность 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 кровоток 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 фосфаро-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.**

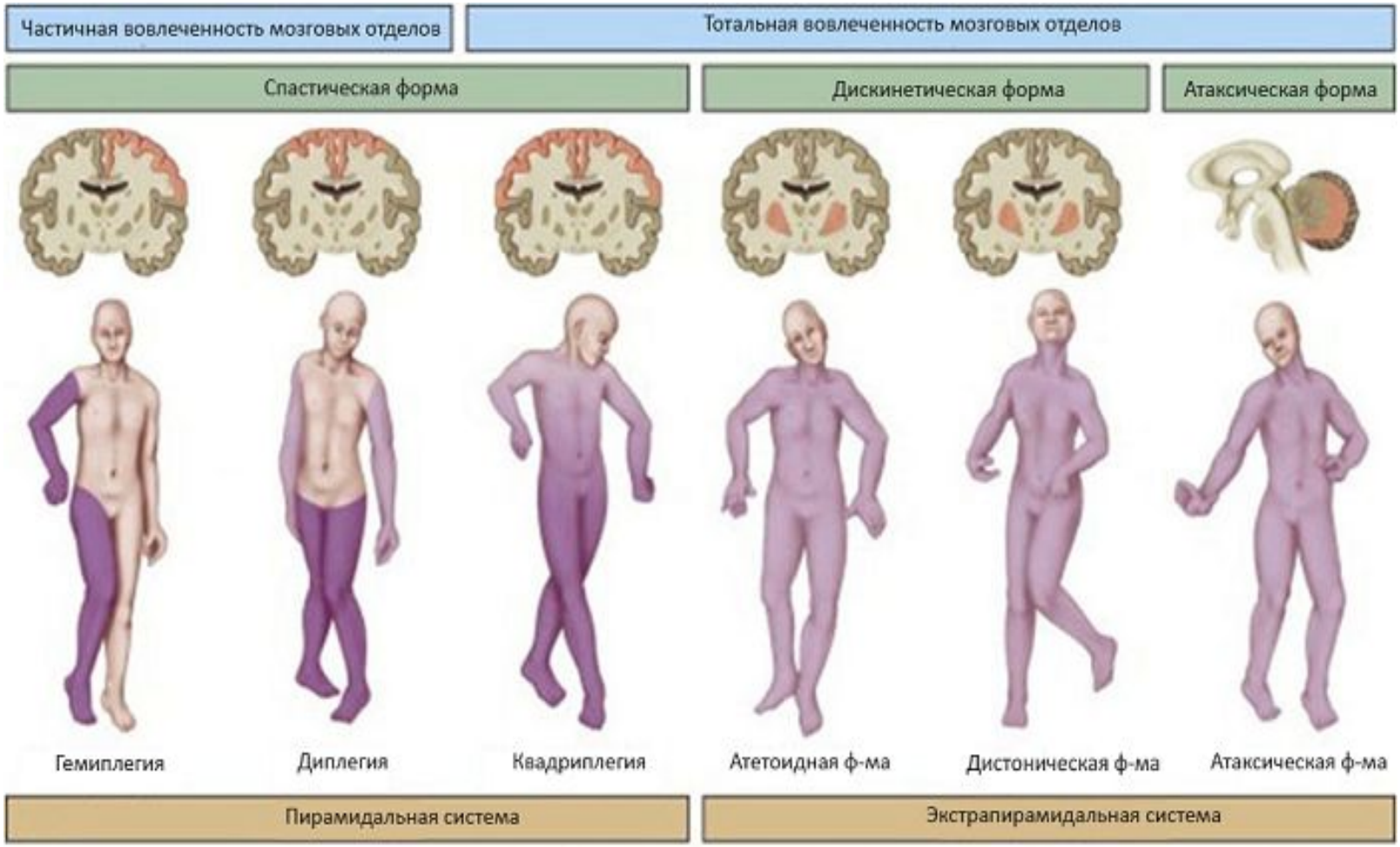
- **3. Гемипаретическая форма – двигательные нарушения приемущественно на одной стороне.**
- **4.Гиперкинетическая форма – характеризуется приемущественным поражением структур стриопаллидарной системы. Мышечный тонус изменчив, приступы повышения мышечного тонуса. Различают гиперкинезы типа атетоза, хореоатетоза, 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



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 ведушее место назначается дексаметазон в таблетках до 6 месяцев, ½ таб., ¼ таб. 1 раз утром. После 6 мес. ½ таб. 1 раз утром. После года 1таб. 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 пирогенал, витамины группы В, С.
9. Для снижения мышечного тонуса – мидокалм, сердалуд, баклофен, диспорт.
10. Ортопедические мероприятия в чередовании с лечебной гимнастикой и физиотерапией.