

Детский Церебральный Паралич

Выполнена студентом Морозовым А.Д.
4 курс клиническая психология

Детские церебральные параличи — термин, объединяющий группу хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном (околородовом) периоде. Причина любых церебральных параличей — патология в коре, подкорковых областях, в капсулах или стволе головного мозга.

Заболеваемость оценивается в размере 2 случаев на 1000 новорожденных.

Примерно у 30-50 % людей с ДЦП наблюдается нарушение интеллекта. Повреждение мозга может повлиять также на освоение родного языка и речи.

ДЦП не является наследственным заболеванием. Но при этом показано, что некоторые генетические факторы участвуют в развитии заболевания (примерно в 14 % случаев).

Кроме того определённую сложность представляет существование множества ДЦП-подобных заболеваний.

Формы ДЦП

На территории России часто применяется классификация детского церебрального паралича по Ксении Александровне Семёновой (1973).



В настоящее время, по МКБ-10 используется следующая классификация:

G80.0 Спастическая тетраплегия

G80.1 Спастическая диплегия

G80.2 Гемиплегическая форма

G80.3 Дискинетическая форма

G80.4 Атаксическая форма

G80.8 Смешанные формы

G80.9 Неуточнённая форма

G80.0 Спастическая тетраплегия (2 %)

Одна из самых тяжёлых форм ДЦП, являющаяся следствием аномалий развития головного мозга, внутриутробных инфекций и перинатальной гипоксии с диффузным повреждением полушарий головного мозга.

Клинически диагностируется спастическая квадриплегия (заметные нарушения выявляются примерно одинаково во всех четырёх конечностях), 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.



G80.1 Спастическая диплегия (40 %)

(«Тетрапарез со спастикой в ногах», по Michaelis)

Наиболее распространённая разновидность церебрального паралича, известная ранее также под названием «болезнь Литтла».

Преимущественно диагностируется у детей, родившихся недоношенными (последствия внутрижелудочковых кровоизлияний, перивентрикулярной лейкомаляции, других факторов).

Нарушается функция мышц с обеих сторон, причём в большей степени ног, чем рук и лица. Характерно раннее формирование контрактур, деформаций позвоночника и суставов. При этом, больше поражены задние и, реже, средние отделы белого вещества. 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.

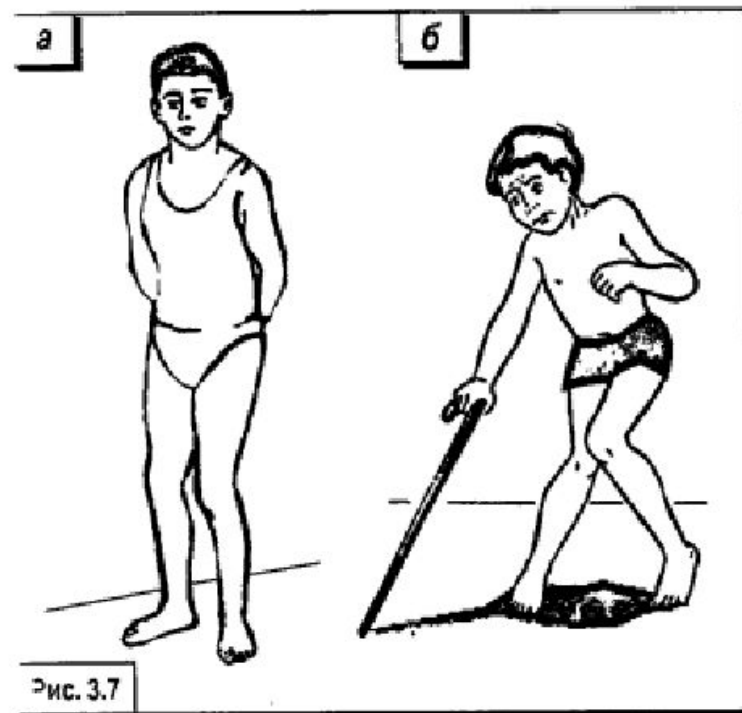


Рис. 3.7

Спастическая диплегия: а — отмечается сгибательная контрактура коленных суставов и плосковальгусная установка стоп (спастическая паралигия); б — тетрапарез с преимущественным поражением ног

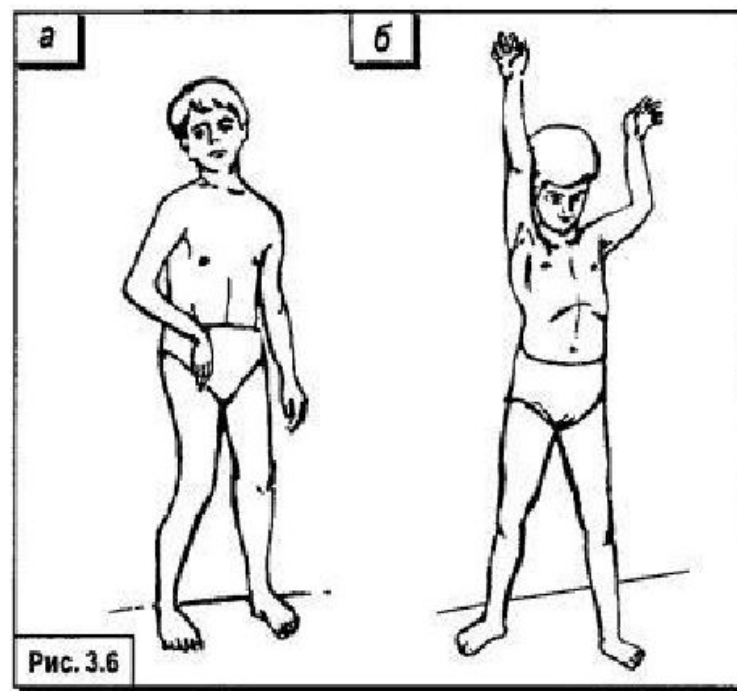
G80.2 Гемиплегическая форма (32 %)

Характеризуется односторонним спастическим гемипарезом. Рука, как правило, страдает больше, чем нога.

Причиной у недоношенных детей является перивентрикулярный (околожелудочковый) геморрагический инфаркт (чаще односторонний), и врожденная церебральная аномалия, ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние в одном из полушарий 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, задержкой психического и речевого развития. Иногда проявляется монопарезом. При этой форме нередко случаются фокальные эпилептические приступы.



Спастическая гемиплегия: а — поза больного в положении стоя; б — характерное положение поднятых вверх рук

G80.3 Дискинетическая форма (10 %)

Одной из самых частых причин данной формы является перенесённая 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, торсионная дистония, дизартрия, глазодвигательные нарушения, снижение слуха. Характеризуется непроизвольными 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.

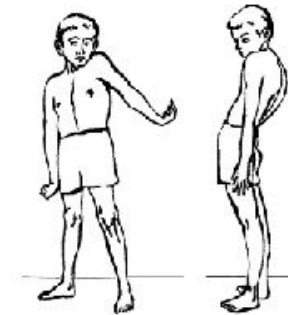
У большинства детей отмечается сохранение интеллектуальных функций, что прогностично благоприятно в отношении социальной адаптации, обучения. Дети с хорошим интеллектом заканчивают школу, средние специальные и высшие учебные заведения, адаптируются к определённой трудовой деятельности.



Двойной атетоз



Гиперкинезы лица



Хореоатетоз



Торсионная дистония

G80.4 Атаксическая форма (15 %)

Наблюдается при преобладающем повреждении мозжечка, лобно-мосто-мозжечкового пути и, вероятно, лобных долей вследствие родовой травмы, гипоксически-ишемического фактора или врождённой аномалии развития.

Характеризуется низким тонусом мышц, атаксией и высокими сухожильными и периостальными рефлексами. Нередки речевые расстройства в форме мозжечковой или псевдобульбарной дизартрии. Клинически характеризуется классическим симптомокомплексом и различными симптомами мозжечковой.

При этой форме ДЦП может быть задержка развития интеллекта в редких случаях. Более половины случаев диагностированной данной формы являются нераспознанные ранние наследственные атаксии.

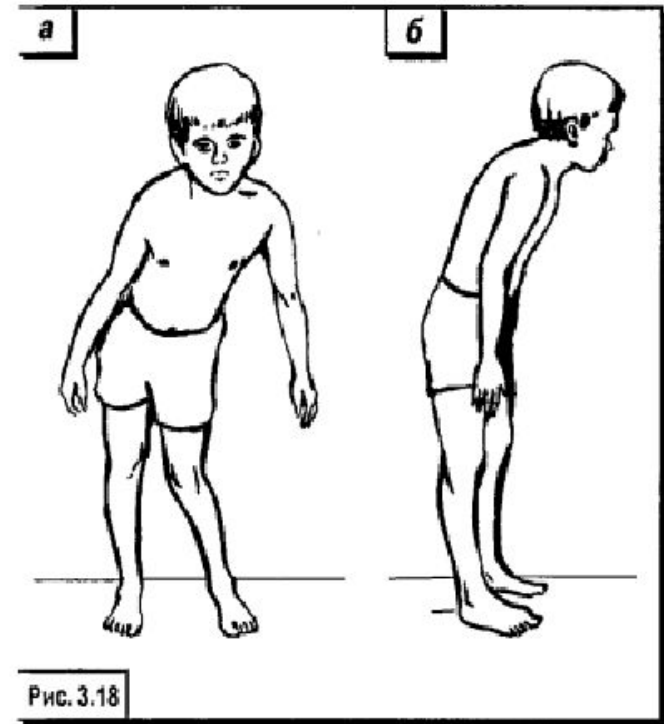


Рис. 3.18

Патологическая поза в положении стоя при атонически-астатической форме ДЦП

G80.8 Смешанные формы (1%)

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).

Научно-Практический Центр Детской Психоневрологии (бывшая 18 детская психоневрологическая больница)



В 1974г. Госплан СССР выделил К. А. Семёновой средства на проектирование и строительство больницы для детей, страдающих церебральным параличом. 1 июля 1983 года больница приняла первых пациентов.

В больнице существуют отделения:

• 1 Неврологическое (от 1 года до 4 лет)

Дети с последствиями перинатального поражения ЦНС, с ДЦП, последствиями родового повреждения плечевого сплетения, травматического поражения головного и спинного мозга, воспалительных заболеваний головного мозга, врожденными аномалиями головного и спинного мозга, другой неврологической и ортопедической патологией.

• 2 Ортопедическое (от 3 до 7 лет)

Ортопедической помощи детям дошкольного возраста с ДЦП. В практику отделения внедрены новые методы хирургического лечения нестабильности тазобедренного сустава, коррекции сгибательных деформаций коленных суставов, эквинусной деформации стоп, понаторной деформации предплечий.

• 3 Неврологическое для новорожденных и грудных детей (с 3 суток жизни)

- ранняя профилактика психоневрологических нарушений
- обеспечение новорожденных зрительной и слуховой стимуляцией, необходимой для нормального развития;
- ранняя психологическая помощь родителям для формирования нормального взаимодействия "мать-ребенок";
- снижение частоты инвалидизации



- 4 Неврологическое (от 1 года до 3 лет)

Дети с ДЦП, последствиями перинатального поражения ЦНС и другой неврологической и ортопедической патологией.

- 5 Неврологическое (от 1 года до 3 лет)

Дети с ДЦП, последствиями перинатального поражения ЦНС, травматического поражения головного и спинного мозга, периферическими парезами верхних и нижних конечностей, миелодисплазиями, другой неврологической и ортопедической патологией.

- 6 Нейрохирургическое (от 3 до 18 лет)

диагностики, консервативного и хирургического лечения при следующей патологии:

- травматическое повреждение позвоночника и спинного мозга,
- последствия нарушения спинального кровообращения
- врождённая спинномозговая грыжа (оперированная и неоперированная)
- врождённая аномалия развития позвоночника и спинного мозга
- последствия родового повреждения плечевого сплетения
- травматическое повреждение периферических нервов
- миелодисплазия
- грыжа межпозвонковых дисков с радикулопатическим синдромом
- последствия черепно-мозговой травмы
- сколиоз всех степеней различного генеза
- спондилолистез
- остеохондроз и остеохондропатия
- всех видах ортопедической патологии, в т.ч. паралитического характера
- врожденные и приобретенные деформации грудной клетки



- 7 Неврологическое (от 3 до 7 лет)

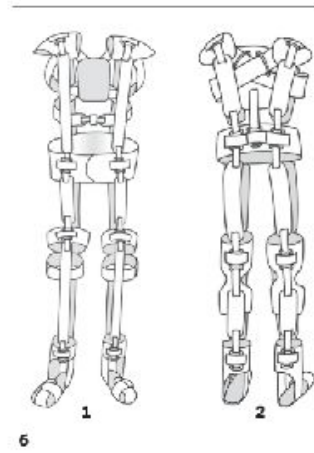
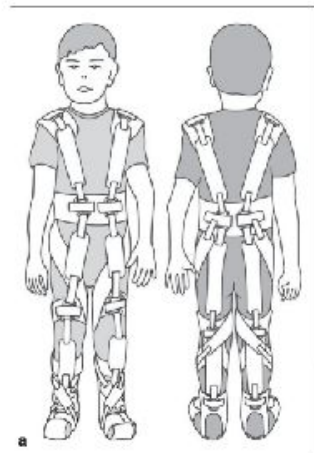
Дети с различными заболеваниями центральной и периферической нервной системы.

- 8 Неврологическое (от 7 до 18 лет)

Дети школьного возраста с ДЦП, последствиями черепно-мозговой травмы и нейроинфекции, миелодисплазией, мышечной дистрофией. В лечении, наряду с традиционным комплексом восстановительной терапии, применяется сочетанная электромиостимуляция, в течение 10 лет успешно используется костюм динамической проприоцептивной коррекции у детей с ДЦП и черепно-мозговой травмой.



- Лечебной физкультуры (массаж, гимнастика, тренажеры, костюмы «Пингвин» «Адели» «Атлант»)



В работу внедряются технологии, сокращающие сроки достижения положительных результатов у больных с различными формами ДЦП. Так, уже более 15 лет в больнице используется **метод динамической проприоцептивной коррекции**, позволяющий эффективно содействовать перестройке патологического стереотипа позы и ходьбы в целом. Это созданные на основе космических технологий **костюмы Пингвин и Адели**.

Одним из важных элементов костюма «Атлант» является пневмокаркасный шлем, камера которого фиксируется в межлопаточной области. Он позволяет удерживать голову пациента в правильном положении во время процедуры, что сопровождается нормализацией зрительной и слуховой ориентации в пространстве и является составной частью формирования правильного позного и двигательного стереотипов.

- Физиотерапии



Электрофорез
Электростимуляция
Магнитотерапия

Гидротерапия (Бассейн, Подводный душ-массаж, Ванны с морской солью)

- Психолого - педагогическая служба

20 логопедов, 3 дефектолога, 6 медицинских психологов, 18 педагогов-воспитателей,
2 инструктора трудотерапии