



Детская гемиплегия

Выполнила: Болат А.Н.

П601-2



Гемиплегия (слово произошло от греч. hemi- — полу- и plege — удар, поражение) – это состояние, характеризующееся односторонним параличом, а именно полной утратой человеком возможности осуществлять произвольные движения рукой и ногой с одной стороны. Реже встречается двойная гемиплегия, при которой параличу подвержены все четыре конечности.



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.

Причины возникновения



К органическим причинам гемиплегии относятся:

- Нарушение кровообращения головного мозга (кровоизлияние в мозг, спазм сосудов мозга, тромбоз мозговых сосудов)
- Воспалительные заболевания головного мозга (абсцесс мозга, арахноидит)
- Опухоли головного мозга

Нарушение обусловлено повреждением двигательной пирамидной системы мозга.

К факторам риска гемиплегии относятся:

- Травмы мозга в анамнезе
- Роды с осложнениями (риск для детей)
- Заболевания крови

Симптомы гемиплегии



- Повышение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов
- Патологические рефлексы в парализованных конечностях
- Неподвижность конечностей, которая сочетается с нарушением функции мимической мускулатуры на пораженной и/или на противоположной стороне
- Синюшность кожи на пораженной стороне
- Отечность
- Похолодание конечностей

Виды заболевания

В зависимости от причины возникновения различают органическую и функциональную гемиплегию.



Также выделяют следующие разновидности гемиплегии:

- Альтернирующая: поражение мышц на стороне тела, противоположной нахождению патологического очага
- Вялая: снижение тонуса мышц, обусловленное поражением головного или спинного мозга
- Гомолатеральная (ипсилатеральная): паралич мышц на стороне нахождения патологического процесса вследствие поражения верхнего отдела спинного мозга
- Перекрестная (крестообразная): паралич руки и противоположной ноги вследствие поражения продолговатого мозга
- Центральная (спастическая): поражение пирамидных путей, которое сопровождается параличом, гипертонусом мышц и патологическими рефлексам
- Спинальная: поражение пирамидных путей, обусловленное патологическим очагом в верхнем шейном отделе. Паралич мышц возникает на стороне нахождения очага
- Истерическая гемиплегия: возникает при истерии и бесследно проходит без изменений рефлексов и нарушений тонуса мышц

Исследования:



Лабораторные исследования:

- 1. Общий анализ крови.
- 2. Общий анализ мочи.
- 3. Кал на яйца глист.
- 4. ИФА на токсоплазмоз, цитомегаловирус - по показаниям.
- 5. Определение ТТГ - по показаниям.

Инструментальные исследования:

- 1. Компьютерная томография (КТ) головного мозга: наблюдается различный атрофический процесс - расширение боковых желудочков, субарахноидальных пространств, кортикальная атрофия, порэнцефалические кисты и другая органическая патология.
- 2. Электроэнцефалография (ЭЭГ) - выявляется общая дезорганизация ритма, низковольтная ЭЭГ, пики, гипсаритмия, генерализованная пароксизмальная активность.
- 3. ЭМГ - по показаниям.
- 4. МРТ головного мозга - по показаниям.
- 5. Нейросонография - с целью исключения внутренней гидроцефалии.
- 6. Окулист - исследование глазного дна выявляет расширение вен, сужение артерий. В ряде случаев обнаруживают врожденную атрофию зрительного нерва, косоглазие.

Тактика лечения



Исключительно важно заподозрить или поставить диагноз на первом году жизни, так как головной мозг ребенка имеет огромный потенциал для компенсации полученного повреждения. Мозг ребенка чрезвычайно пластичен, поэтому необходимо пытаться стимулировать его восстановительные возможности. В комплексное лечение ДЦП включаются медикаментозные средства, ЛФК, ортопедическая помощь, различные виды массажа, рефлексотерапия, физиотерапевтические процедуры, занятия с логопедом и психологом. Восстановительная терапия наиболее эффективна у больных в раннем восстановительном периоде, чем раньше начать предупреждение или снижение развития патологических явлений, тем больше будет эффект лечебных мероприятий.

Основные принципы лечения ДЦП в восстановительном периоде:

1. С помощью медикаментозных средств уменьшение зоны возбуждения и снижение тонуса мышц. Борьба с задержкой тонических рефлексов и патологического тонуса мышц.
2. Добиться формирования вертикального положения ребенка, его передвижений и ручных манипуляций, воспитания навыка стояния, передвижения первоначально с посторонней помощью, а затем и самостоятельно или с помощью костылей, палочки, ортопедической обуви, туторов, аппаратов.
3. Улучшение общей подвижности и координации движений.
4. Содействие нормализации подвижности в суставах и работоспособности мышц, устранение контрактур суставов.
5. Обучение и тренировка опороспособности и равновесия.
6. Стимуляция познавательного и психо-речевого развития, психического развития и воспитание правильной речи.
7. Обучение жизненно необходимым, прикладным, трудовым навыкам, воспитание навыков самообслуживания.

Цель лечения:

- улучшение двигательной и психо-речевой активности;
- профилактика патологических поз и контрактур;
- приобретение навыков самообслуживания;
- социальная адаптация, появление мотиваций;
- купирование приступов судорог.

Немедикаментозное лечение:

1. Массаж общий.
2. ЛФК - индивидуальные и групповые занятия.
3. Физиолечение - озокеритовые аппликации, СМТ, магнитотерапия.
4. Кондуктивная педагогика.
5. Занятия с логопедом, психологом.
6. Иглорефлексотерапия.



Медикаментозное лечение

Широко используют в последнее время препараты ноотропного ряда - нейропротекторы, с целью улучшения обменных процессов в головном мозгу. Большинство ноотропных препаратов, в связи с их психостимулирующим действием назначают в первую половину дня. Продолжительность курсов лечения ноотропами составляет от одного до двух-трех месяцев.

Церебролизин, ампулы 1 мл в/м, пирацетам, ампулы 5 мл 20%, таблетки 0,2 и 0,4, гинкго-билоба (танакан), таблетки 40 мг, пиритинол гидрохлорид (энцефабол), драже 100 мг, суспензия - 5 мл содержат 80,5 мг пиритинола (соотв. 100 мг пиритинола гидрохлорида).

Энцефабол - минимум противопоказаний, разрешен к применению с первого года жизни.

Дозирование суспензии (с содержанием в 1 мл 20 мг энцефабола) детям 3-5 лет суточная доза 200-300 мг (12-15 мг массы тела) назначают в 2 приема - утром (после завтрака) и днем (после дневного сна и полдника). Продолжительность курса 6-12 недель, целесообразен длительный прием, при котором повышается работоспособность и способность к обучению, улучшаются высшие психические функции.

Актовегин, ампулы 2 мл 80 мг, драже-форте 200 мг активного вещества. Нейрометаболический препарат, содержащий исключительно физиологические компоненты. Детям назначается в драже-форте, прием до еды по ½ -1 драже 2-3 раза в день (в зависимости от возраста и выраженности симптомов заболевания), до 17 часов. Продолжительность терапии 1-2 месяца. Инстенон, таблетки (1 таблетка содержит 50 мг этамивана, 20 мг гексобендина, 60 мг этофиллина). Многокомпонентный нейрометаболический препарат. Суточная доза составляет 1,5-2 таблетки, назначается в 2 приема (утром и днем) после еды. Для исключения побочных эффектов рекомендуется постепенное наращивание дозы в течение 5-8 дней. Продолжительность лечения 4-6 недель.