

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО
Зав.кафедрой: ДМН, проф. Прокопенко С.В**

РЕФЕРАТ

«Детский церебральный паралич»

Выполнил:
Ординатор второго года обучения
Шеркузиев Э.К

Красноярск 2020 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

1. Детский церебральный паралич: понятие, этиология, симптомы

2. Лечение ДЦП

3. Лечебная физкультура и массаж

Заключение

Список литературы

Введение

Каждой семье хочется иметь здорового ребенка. Пожалуй, не найдется родителей, которые не желали бы, чтобы их дети были крепкими, умными и красивыми, чтобы в будущем они сумели занять достойное место в обществе. В некоторых странах сейчас нередко даже проводятся конкурсы на самого красивого младенца.

Но у некоторых детей сразу после рождения возникают болезненные изменения мышечного тонуса и ряд других симптомов, которые затем накладывают неизгладимый отпечаток на всю жизнь ребенка, - а впоследствии и взрослого - и на жизнь его родителей.

Эти явления известный австрийский врач и психолог Сигизмунд Фрейд в конце девяностых годов прошлого столетия объединил под названием детский церебральный паралич. Хотя, по сути, речь идет не опараличе, как таковом, а о нарушенной координации движений, связанной с поражением определенных структур головного мозга, возникающем в до и послеродовом периоде развития ребенка и в результате родовой травмы. Зачастую такие поражения случаются еще у эмбриона. Их виновниками бывают инфекция, антитела, неправильный резус-фактор, паралич гипоксия новорожденных. Неврологи выделяют три основные формы детского церебрального паралича: спастическую, для которой характерен постоянный повышенный тонус отдельных групп мышц - чаще всего сгибателей; гиперкинетическую, паралич тетонидную, когда тонус в сгибателях и разгибателях непрерывно меняется, из-за чего появляются резкие произвольные движения туловища и конечностей, мешающие ребенку ходить и сохранять равновесие, и астеническо-астатическую. При этой форме заболевания тонус всех групп мышц бывает понижен, что также мешает удерживать равновесие и нормально двигаться. Бывают случаи, когда астеническо-астатическая форма переходит в тетонидную. У большинства детей с церебральным параличом наблюдаются расстройства речи, которые в значительной степени

затрудняют их контакт с родителями и сверстниками. Тяжелые, так называемые генерализованные, формы детского церебрального паралича, когда поражаются руки и ноги, речь, а подчас и слух ребенка, - приводят его к глубокой инвалидности. Детский церебральный паралич - это непрогрессирующее заболевание, однако оно может давать осложнения в виде контрактур параличных деформаций. По сути детский церебральный паралич - даже не болезнь, а состояние, при котором нормальное развитие ребенка чрезвычайно затруднено.

1. Детский церебральный паралич: понятие, этиология, симптомы

Под словосочетанием «детский церебральный паралич» (ДЦП) специалисты понимают группу нарушений двигательных функций мозга, возникших в результате его повреждения в младенческом возрасте. Эти расстройства не прогрессируют. Они возникают с самого рождения ребенка и существуют на протяжении всей жизни.

Двигательные нарушения обычно представлены слабостью в определенной группе мышц. Из-за этого нарушена походка, не скоординированы движения рук, ног, мимической мускулатуры или, например, запрокидывается шея. При диагнозе ДЦП возможно нарушение интеллектуального развития и речи.

Главной причиной ДЦП считается гипоксия (нехватка кислорода или удушье) ребенка в утробе матери или сразу после рождения. Она может быть следствием патологии беременности матери (токсикозы, нарушение плацентарного кровообращения, инфекции). Родовые травмы, вызванные различными видами акушерской патологии, — узкий таз матери, неправильное его строение, слабость родовой деятельности, затяжные или стремительные роды и т.д. — также не исключают возможности повреждения мозга плода. Хотя в большинстве случаев тяжесть родов определяется уже имеющимися нарушениями внутриутробного развития ребенка.

Недавно ученые установили, что во многих случаях детский церебральный паралич связан не с родовой травмой нервной системы, как это считалось до настоящего времени, а является следствием инфекционного процесса. Предполагается, что ДЦП может возникать в результате внутриутробного воздействия вирусов (например, вируса герпеса) до или сразу после рождения. Таким образом, именно инфекция в состоянии выполнить роль «спускового крючка» и поразить нервную ткань младенца.

После родов спровоцировать недуг может и гемолитическая болезнь новорожденных — так называемая «ядерная желтуха», при которой происходит интоксикация головного мозга ребенка. Вызвать ее способна несовместимость крови матери и плода по группе крови или резус-фактору, а также печеночная недостаточность новорожденного.

Гипоксия, лежащая в основе развития ДЦП, приводит к недоразвитию структур головного мозга ребенка. Особенно тех его участков, которые в ответе за формирование рефлекторных механизмов и поддержание равновесия тела. Это приводит к неправильному распределению мышечного тонуса в скелете и возникновению патологических двигательных реакций.

Симптомы зависят от степени поражения мозга. Чаще всего встречаются формы заболевания с симметричным поражением — преимущественно нижних конечностей, реже — верхних. Это ведет к тому, что в раннем детстве малыша невозможно поставить на ножки, а самостоятельно он начинает ходить лишь к 2–3 годам. Впоследствии у ребенка наблюдается нарушенная походка: он упирается при ходьбе на носочки, а не на стопу. Пораженные конечности могут отставать в росте.

Возможна ли реабилитация нервной, мышечной и двигательной координации при детском церебральном параличе? Такой вопрос рано или поздно задают себе родители ребенка, которому врачи диагностировали ДЦП. Вывод достаточно неутешителен, хотя все же улучшить положение можно. Прежде всего, необходим комплекс лечебной физкультуры и курсы массажа, а также применение средств, снижающих мышечный тонус. Кроме того, нужна профилактика, чтобы предотвратить развитие тугоподвижности в суставах пораженных конечностей (например, парафиновые аппликации, горячее укутывание). Рекомендуют также принимать препараты, улучшающие микроциркуляцию в нервной ткани и ее питание.

Что же касается хирургических операций при спастике в детском возрасте в случае отсутствия врожденных дефектов опорно-двигательного аппарата — это очень спорный вопрос. Спастика ограничивает подвижность

в суставах, препятствует нормальному росту костей. Например, зажатость мышц, ответственных за движения в тазобедренных суставах, часто ведет к скрещению ног, затрудняет не только возможность ходить, но и выполнение такой жизненно важной функции, как совершение туалета. Спастика голеностопа ведет к его деформации, искажению динамики ходьбы. В рамках современной науки спастическую контрактуру снять невозможно, поэтому приходится делать операции — удлинять сухожилия, нормализовать положение костей. Однако рост их продолжается, и все возвращается на круги своя. А вред от операций очевиден. Ведь никому не придет в голову удлинить сухожилия (или надрезать их) танцору или каратисту, который не может «сесть в шпагат», как бы этот «шпагат» ни был нужен человеку. Даже здоровому человеку после травм, переломов, операций приходится длительное время восстанавливать нормальную работу опорно-двигательного аппарата.

Объективно, функциональную систему (сформировавшиеся межнейронные связи) изменить невозможно, и людям с ДЦП остается только приспособляться к жизни, используя максимально имеющиеся у них возможности (постоянный прием медикаментов, чтобы уменьшить спастическую контрактуру, удлинение хирургическим путем сухожилий, перерезание нервов, по которым идет аномальная импульсация и т.д.). Но причина недуга — дефекты мозга и аномально сформированные функциональные связи центральной нервной системы — остаются практически вне терапии.

2. Лечение ДЦП

Лечение ДЦП - процесс длительный и многоэтапный, поскольку необходимо стереть все, что наработано в неправильном стереотипе движений и создать новое, правильное. Не разрушив старое - патологическое, нового построить нельзя, а на это необходимо время. Дело это трудоемкое, но не безнадежное.

Лечение ДЦП включает 3 необходимых этапа:

Этап №1. Предварительный.

Суть его заключается в подготовке всех систем организма к возрастанию объема физических нагрузок, к новому режиму, а также очистке организма от токсинов, накопившихся из-за медикаментозного лечения и в связи с гиподинамией. Продолжительность данного этапа обычно составляет от 2-х до 4-х недель.

Этап №2 – подготовительный.

Это самая сложная и продолжительная часть лечения: на данном полностью и безвозвратно снимается спастика. Работа проводится только биомеханическими методами. Оперативные и медикаментозные «способы» снятия спастики исключены!

Безвозвратное устранение спастики достигается:

- Путем восстановления баланса мышц-антагонистов по силе и длине.
- За счет устранения мышечных контрактур путем восстановления структуры мышечной ткани до обеспечения полных, свободных полноамплитудных пассивных движений во всех сегментах опорно-двигательного аппарата (ОДА).
- За счет устранения суставных контрактур путем восстановления соосности суставов и структуры артикулярных и периартикулярных тканей.

Завершенным подготовительный этап, можно считать лишь тогда, когда пациент свободно удерживает тело как на двух ногах, так и на каждой

ноге в отдельности, способен многократно приседать, наклоняться вперед и в стороны.

Данный этап может быть весьма длительным, его продолжительность зависит от возраста пациента, тяжести заболевания, сохранности психики, особенностей предшествовавшего лечения и т.д.

Этап №3 – Основной.

На этом этапе происходит обучение ходьбе в нормальном стереотипе и сохранению равновесия при движении.

По завершении этапа пациент должен обходиться без опеки и поддержки.

Освоение тонкой моторики и сложных двигательных стереотипов относится к следующим этапам совершенствования функции движения. Поэтому логика лечения предполагает жесточайший запрет не только на любые движения в неправильных патологических стереотипах, но на тонкую и сложную моторику - обучение ей преждевременно и вредно.

На всех этапах лечебного процесса его непосредственными и активными участниками являются родители ребенка. От их понимания, готовности к контакту, исполнительности и трудолюбия напрямую зависит эффективность работы.

3. Лечебная физкультура и массаж

Бытует мнение, что заниматься с ребенком лечебной гимнастикой и лечебной физкультурой можно только с трехлетнего возраста. Однако это утверждение ошибочно. На формирование основных двигательных навыков природой отпущен примерно год – от момента рождения до того времени, как малыш начнет ходить. Далее следует лишь процесс их совершенствования.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – одно из тех заболеваний, которые часто приводят к тяжелой инвалидности. Термин ДЦП впервые был

предложен З.Фрейдом в 1893 г., который назвал таким образом группу заболеваний мозга внутриутробного и родового происхождения. Классификация форм ДЦП З.Фрейда строилась на основе поражения двигательной сферы (конечностей) и включала монопарез, парапарез, гемипарез, тетрапарез, трипарез. Профессор К. А. Семенова вывела наиболее совершенную, всеохватывающую классификацию форм ДЦП с учетом развития не только двигательной, но и интеллектуальной, психоречевой и эмоциональной сфер:

1. Двойная спастическая гемиплегия (выражены все тонические рефлексы с ригидностью мышц).
2. Спастическая диплегия.
3. Гемипарез.
4. Гиперкинетическая форма с подформами: а) даоной атетоз, б) атетозный баллизм, в) хориоатетозная форма, г) хореический гиперкинез.
5. Атонически-астатическая форма.

Форма ДЦП у ребенка определяется по наиболее ярко выраженной клинической картине заболевания, которую, как правило, дополняют сопутствующие синдромы.

Для определения статуса ребенка, невропатологи перинатальная энцефалопатия (ПЭП), формы ДЦП и методики лечения требуется наиболее ранняя диагностика заболевания. Детский невропатолог устанавливает диагноз, клиническую картину и форму заболевания, медикаментозное лечение, дает отвод от прививок, а также назначает массаж, ЛФК и другие средства.

Методика лечения детей с ДЦП и ПЭП сугубо индивидуальна и зависит от возраста, формы и степени тяжести заболевания. Она включает медикаментозное лечение, ЛЮК, массаж, игло- и рефлексотерапию, ортопедический режим, поэтапное гипсование, ФТО, бальнео- и хирургическое лечение, логопедические занятия.

Лечебный массаж и ЛФК в соответствии с назначением занимает основное место в лечении детей, больных ДЦП и ПЭП которые соматически слабые, быстро утомляются и плохо восстанавливаются. По мере роста детского организма и прибавления в весе наблюдается общее отставание в физическом развитии из-за специфического тонуса, гиподинамии, растягивания нервно-мышечного и связочного аппарата. Поэтому при работе с детьми необходимо учитывать возраст, степень тяжести и форму ДЦП, скрытые потенциальные возможности, соблюдая дидактические принципы доступности, систематичности, от простого к сложному, от известного к неизвестному.

У детей с ПЭП и ДЦП в результате поражения тех или иных структур проводящих путей головного мозга после трехмесячного возраста еще сохраняются некоторые врожденные рефлексы, нарушается антигравитационный механизм функционирования вестибулярного аппарата (при его наличии), что является препятствием для развития условных цепных установочных рефлексов. Видоизменяется не только мышечный тонус, но и тонус сосудов и кишечника, затрудняется циркуляция крови, кровообращение и питание головного мозга и его созревание. Патологические тонусы бывают трех типов: гипертонус, гипотонус, дистонический тонус, то есть то повышенный, то пониженный (переменный). При гипертонусе отмечается порочная заинтересованность сгибателей, приводящих и пронирующих групп мышц. В результате со временем образуется “круглая спина”, отсутствует поясничный лордоз, ограничивается подвижность в тазобедренных суставах, затрудняется разведение ног (что приводит к выведению головок бедра из вертлужной впадины - подозрение на дисплазию), полностью не разгибаются ноги в коленных суставах, стопы зквинусны (не исключены тугоподвижность и контрактуры в суставах). При гипотонусе (мозжечковая симптоматика) ослаблены вестибулярные реакции и сухожильные рефлексы, наблюдается тенденция к формированию

вальгусных стоп. При дистонии дети, как правило, скованы, их шейно-плечевой отдел заблокирован.

Всем без исключения детям полезны занятия лечебной гимнастикой и массаж, так как у них нет двигательного опыта. Больным ПЭП и ДЦП они жизненно необходимы.

Лечебная гимнастика (ЛГ) и массаж нормализуют биохимические процессы в нервно мышечном аппарате, подвижность в крупных суставах, мышечный тонус и создают условия и возможность для формирования цепных рефлексов на фоне подавления врожденных. При выборе упражнений и составлении комплекса ЛГ необходимо учитывать специфику мышечного тонуса ребенка, степень (тяжесть) поражения, скрытые потенциальные возможности и выбирать биомеханически оправданные и доступные исходные положения и эффективные приемы для расслабления мышц. С особой осторожностью необходимо относиться и детям с гидроцефалией, микроцефалией, гипертензионным синдромом и эписиндромом. Лечение двигательных расстройств при ДЦП проводится комплексно с помощью лечебных средств, лекарств, ЛФК, массажа, ортопедического режима, логопедических занятий.

В настоящее время возможно использование около 25 методик ЛФК – Бобата, Линдемана, Фрелиха, Войта, Кэбота, Фелпса, Семеновой К. А., Бортфельд С.А. и др.

Как показала практика, наиболее эффективными являются классический лечебный массаж; сегментарный; массаж воротниковой зоны для улучшения дыхания; круговой трофический, точечный массаж; массаж по системе Монакова; седативный и тонизирующий массаж.

Заключение

Детский церебральный паралич – это полиэтиологическое заболевание с поражением преимущественно центральной нервной системы.

Наиболее частыми причинами возникновения детского церебрального паралича являются

- нейроинфекции
- последствия острых и хронических заболеваний матери
- интоксикации
- экологические вредности и т.д.

Однако основное значение придают нейроинфекциям – микробным, вирусным, поражающим ткани мозга, его сосуды. Это приводит к внутриутробной недостаточности кислорода, задержке развития нейронов и их связей, из-за которых нормального хода рождения уже не происходит, возникает механическая родовая травма, нарушение мозгового кровообращения, асфиксия в родах. За последние годы распространенность нейроинфекций возросла, особенно вирусных – таких, как гриппозные, герпес, хламидиозы и др. Наряду с энцефалитами вирусной и микробной природы как следствие их в результате появления продуктов разрушения нервных клеток – мозговых антигенов – начинает формироваться неспецифическая аутоиммунное воспаление.

В зависимости от времени поражения плода или новорожденного, характер и тяжести поражения мозга, формируется та или иная клиническая картина, характеризующаяся в первую очередь различными типами двигательных нарушений, нарушениями речи и познавательной деятельности.

При детском церебральном параличе наблюдается синдром зависимости тонуса скелетных мышц от положения тела: при положении лежа тонус мышц в той или иной степени приближается к нормальному, но

как только больной принимает вертикальное положение, тонус мышц приобретает признаки спастичности или ригидности.

Кроме этого при детском церебральном параличе наблюдается выраженный синдром зависимости тонуса мышц от активности своевременно непрошедших тонических рефлексов периода новорожденности. Тетрапарез характеризуется парезом мышц рук в связи с нейроинфекцией и в значительно меньшей степени парезом мышц нижних конечностей.

Движения в верхних конечностях, хотя и дефектные, позволяют больному писать, обслуживать себя, но больные не ходят или пользуются той или иной поддержкой. Существенное значение имеет нарастающая патологическая активность функций стволовых структур, не регрессирующая, как у здоровых детей, а медленно прогрессирующая с годами активность патологических (в возрастном аспекте) тонических рефлексов. Именно это обстоятельство обуславливает многие сложные механизмы патогенеза двигательных нарушений, характерных для детского церебрального паралича.

Идеологически это можно понять: если в мозговой ткани есть шрамы, они останутся, и тут ничего не поделаешь. Но надо помочь таким детям приспособиться к жизни. И тут многое зависит от родителей. И от коллектива, в котором воспитывается ребенок. Малыш должен знать и понимать, что он «не такой, как все». Но это не значит, что он хуже. Адаптация ребенка с ДЦП в жизнь здоровых сверстников — это обязательная социальная прививка. А дальше все зависит от особенностей его организма. Ведь диагноз ДЦП, при всем своем обязательном наборе симптоматики, все же индивидуален для каждого. И еще: будущее малыша-«дэцэпэшника», как и будущее любого человека, зависит от его личных качеств: упорства, оптимизма, трудоспособности и веры в себя.

Список литературы

1. Астахов В.А. Детский церебральный паралич: понятие, этиология, симптомы // Здоровье – 2000 - №3 – С.14-15
2. Бровицкий А.С. Виды, симптомы, лечение ДЦП // Здоровье, 2000 - №2-С.15
3. Веселов А.В. Лечение ДЦП // Здоровье, 2000 - №12-С.21
4. Драгунов С.К. Лечебная физкультура и массаж при ДЦП // Здоровье – 2000 - №3 – С.32
5. Яковлева М.Ю. Детский церебральный паралич // Здоровье, 2000 - №5-С.10