

Особенности развития детей с детским церебральным параличом



Детский церебральный паралич (сокращенно «ДЦП») - заболевание, вызванное поражением головного мозга, обычно проявляющееся в раннем детском возрасте и характеризующееся двигательными нарушениями:

- параличами, слабостью мышц,
- нарушением координации,
- непроизвольными движениями.

Причины возникновения детского церебрального паралича:

➤ К первой группе причин (дородовые) относят инфекционные заболевания матери во время беременности (краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз, грипп и др.), сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери, токсикозы беременных, иммунологическую несовместимость крови матери и плода.

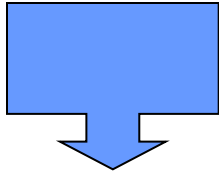
К формированию детского церебрального паралича может привести: кислородное голодание мозга плода во время беременности или родов, кровоизлияния в мозг на фоне кислородного голодания мозга, недоношенность, чрезмерно высокий уровень билирубина в крови новорожденных и др.

➤ Ко второй группе причин (возникающие после рождения ребенка) относят церебральные параличи вследствие менингита, энцефалита, менингоэнцефалита, черепно-мозговых травм.

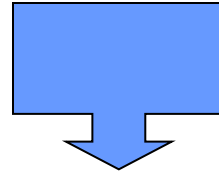
Внимание!!!

*Доказано также, что к ДЦП приводит
употребление алкоголя во время
беременности, курение, прием
наркотических и других
сильнодействующих веществ,
некоторых групп лекарств,
антибиотиков!!!*

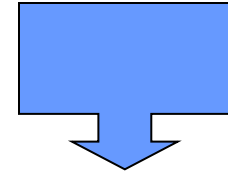
Типы церебрального паралича:



Спастический
(spastic) - у
большого большая
скованность и
затруднения
движения :70-80%
пациентов.



Атетоидный
(athetoid), или
дискинетический -
наличие
непроизвольных,
неконтролируемых
движений
(гиперкинезы): 10-
20% пациентов.



Атаксический
(ataxic) -
нарушение
равновесия,
наличие
глубинных
умственных
отклонений: 5-10%
пациентов.

Формы ДЦП

В настоящее время в нашей стране принята классификация ДЦП К.А. Семеновой (1974-1978).

Согласно этой классификации выделяют 5 форм ДЦП:

СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ

Спаستическая диплегия – наиболее часто встречающаяся форма ДЦП. Ею страдают более 50% больных ДЦП. При спастической диплегии поражены и руки, и ноги, причем нижние конечности затронуты в большей степени, чем верхние.

Основным признаком спастической диплегии является повышение мышечного тонуса (спастичность) в конечностях. У 70-80% детей со спастической диплегией отмечают нарушения речи в форме спастико – паретической дизартрии, ЗРР, реже - моторной алалии. Нарушения психики обнаруживаются у большинства детей. Наиболее часто они проявляются в виде ЗПР

Такие дети могут учиться в специальных школах — интернатах для детей с НОДА, в средних общеобразовательных школах и на дому (по программе массовой школы или по индивидуальной программе). Часть детей имеют умственную отсталость разной степени тяжести. Эти дети обучаются по программе школы для умственно отсталых детей (школы 8 вида). Спастическая диплегия — прогностически благоприятная форма заболевания в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций.

Ребенок, страдающий спастической диплексией, может научиться обслуживать себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. Степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых людей при сохранном интеллекте и достаточном развитии манипулятивной функции рук.



ДВОЙНАЯ ГЕМИПЛЕГИЯ

Это самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий. Двигательные расстройства выражены в равной степени в руках и в ногах, либо ноги поражены сильнее, чем ноги.

Основные клинические проявления двойной гемиплегии - преобладание регидности мышц, усиливающееся под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов.

Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функция рук практически не развивается.



У всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжелой спастико - ригидной дизартрии.

Голосовые реакции скудные, часто недифференцированные. Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей (90%) отмечается выраженная умственная отсталость.

Прогноз двигательного, психического, речевого развития не благоприятный. Самостоятельное передвижение не возможно.

Диагноз «двойная гемиплегия» является основанием направления ребенка в учреждения Министерства социальной защиты в связи с невозможностью социальной адаптации.



ГЕМИПАРЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА

Эта форма характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука обычно поражается больше, чем нога. Правосторонний гемипарез в связи с поражением левого полушария наблюдается значительно чаще, чем левосторонний.

В тяжелых случаях одностороннее ограничение спонтанных движений заметно уже в первые месяцы жизни; при легких формах симптоматика становится отчетливой к концу первого года, когда ребенок начинает активно манипулировать руками.

Дети с гемипарезами овладевают возрастными двигательными навыками, чем здоровые. Дети начинают ходить с опозданием на один, два года.

Из-за трофических расстройств у детей отмечается замедление роста костей, а отсюда – укорочение пораженных конечностей.

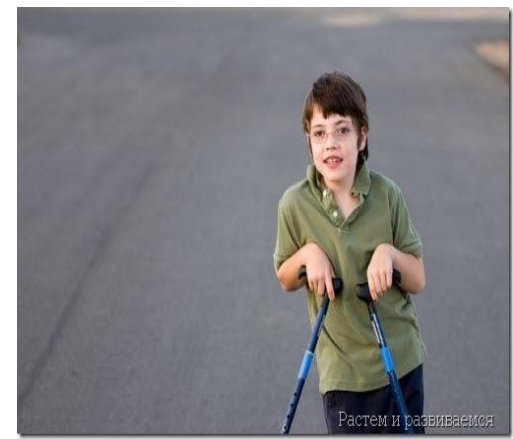


Патология речи отмечается у 30-40% детей, чаще по типу спастико - паретической дизартрии или моторной алалии. Степень интеллектуальных нарушений варьибельна от легкой ЗПР до грубого интеллектуального дефекта



Прогноз двигательного развития в большинстве случаев благоприятный при своевременно начатом и адекватном лечении. Практически все дети ходят самостоятельно. Возможность самообслуживания зависит от степени поражения руки.

Обучаемость и уровень социальной адаптации детей с этой формой ДЦП во многом определяются не тяжестью двигательных нарушений, а интеллектуальными возможностями ребенка, своевременностью и полнотой компенсации психических и речевых расстройств.



ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА

Гиперкинетическая форма ДЦП связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резус - фактору), а так же кровоизлияние в область хвостатого тела, возникающее чаще в результате родовой травмы.

Двигательные расстройства проявляются в виде непроизвольных насильственных движений - гиперкинезов. Гиперкинезы возникают непроизвольно, усиливаются при движении и волнении, а также при утомлении и при попытках к выполнению любого двигательного акта.

Речевые нарушения наблюдаются почти у всех детей, чаще в форме гиперкинетической дизартрии. У 20-25% детей имеются нарушения слуха; у 10-15% отмечаются судороги.



Нарушения психического развития по типу умственной отсталости имеет место у 25% детей.

Прогностически это вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. При умеренных двигательных расстройствах дети могут научиться писать, рисовать. Начальное обучение детей часто осуществляется на дому по массовой, реже по вспомогательной программе.

По окончании школы больные с этой формой ДЦП чаще, чем с другими формами заболевания, поступают в средние, а иногда и высшие учебные заведения.



АТОНИЧЕСКИ - АСТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА

При данной форме ДЦП имеет место поражение мозжечка, в некоторых случаях сочетающееся с поражением лобных отделов головного мозга.

Со стороны двигательной сферы наблюдаются: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия.

Сидение формируется к 1-2 годам, стояние и ходьба - к 6-8 годам и позже. Ребенок стоит и ходит на широко расставленных ногах, походка неустойчивая, неуверенная, руки разведены в стороны, туловище совершает много избыточных качательных движений с целью сохранения равновесия, ребенок часто падает. Все движения неточны, несоразмерны, нарушены их синхронность и ритм.



Расстройства координации тонких движений пальцев и дрожание рук затрудняют осуществление самообслуживания и овладения навыками рисования и письма.

У большинства детей отмечаются речевые нарушения в виде ЗРР, атактической дизартрии; может иметь место алалия.

При этой форме ДЦП могут быть интеллектуальные нарушения различной степени тяжести. Важную роль в структуре психического дефекта играет основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта.

В 55% случаев, помимо тяжелых двигательных нарушений у детей с этой формой ДЦП, имеет место тяжелая степень умственной отсталости. Такие дети направляются в учреждения Министерства социальной защиты, т.к. не могут овладеть навыками самообслуживания и школьными навыками.



Дети с ДЦП нуждаются в создании специальных условий для проведения тренировочного процесса и развития. В первую очередь, применяются специальные социально-психологические, специфические и обще методические принципы работы с такими детьми.

Адаптивный спорт для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата можно рассматривать как лечебно-педагогический процесс, имеющий важное социальное значение. Подразумевает сочетание соревновательной, лечебно-оздоровительной, рекреационной деятельности. Выполняет в первую очередь информационную и гуманистическую функцию в обществе.



В адаптивных видах спорта для детей с ДЦП применяются различные принципы и методы работы. Одни из них разработаны специально для людей с ограниченными возможностями, другие же заимствованы из общепедагогического и тренировочного процесса здоровых лиц. Выбор того или иного вида спорта зависит от потребностей человека, а также состояния его здоровья. При этом учитывается спортивно-медицинская классификация.

