

Детский церебральный паралич

- **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**

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 кровотоки 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 фосфато-креатина, увеличивается количество молочной кислоты, аммиака, неорг. фосфора.- повышается проницаемость сосудов, с развитием диапидезных кровоизлияний и отека.**

- **Возникновение
внутричерепных повреждений
у новорожденных м/б
обусловлено анатомо-
физиологическими
особенностями: незрелость
сосудистой системы,
свертывающей системы
крови.**

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 преимущественно на одной стороне.**
- **4. Гиперкинетическая форма – характеризуется преимущественным 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 рефлексy сохранены или повышены. Миостатический тонус нарушен, рефлексy 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.**

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 ведущее место назначается дексаметазон в таблетках до 6 месяцев, $\frac{1}{2}$ таб., $\frac{1}{4}$ таб. 1 раз утром. После 6 мес. $\frac{1}{2}$ таб. 1 раз утром. После года 1 таб. 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.**