



МИНИМАЛЬНАЯ МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ (ММД) У ДЕТЕЙ

Выполнили:

Григорьева А.В.,

Полетаева Е.Ю.

Курсы ПП «Логопедия», НИРО, 2015 г.

Одним из первых исследователей, который связывал нарушения в развитии ребенка с резидуальными поражениями головного мозга был Orton (1937). Дальнейшие наблюдения доношенных и недоношенных детей показали связь между психофизиологическим развитием ребенка и различными поражениями мозга (Strauss, Werner, 1947; Strauss, Lethinen, 1955), которые стали называть легкими или минимальными дисфункциями мозга (ЛДМ или МДМ).

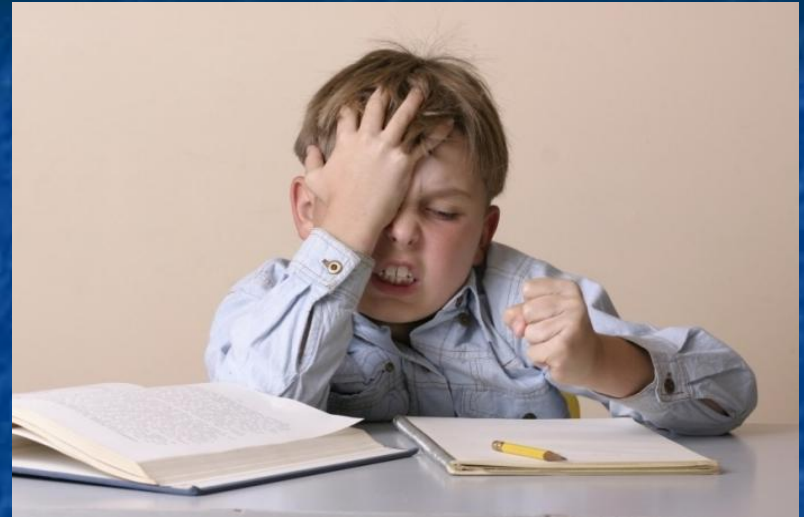
Минимальная мозговая дисфункция является весьма распространенной патологией головного мозга в раннем детском возрасте.

Данное заболевание относится к так называемым перинатальным энцефалопатиям.

По данным отечественных и зарубежным исследований, частота встречаемости ММД среди детей дошкольного и школьного возраста достигает 5-20%.

Симптомы ММД:

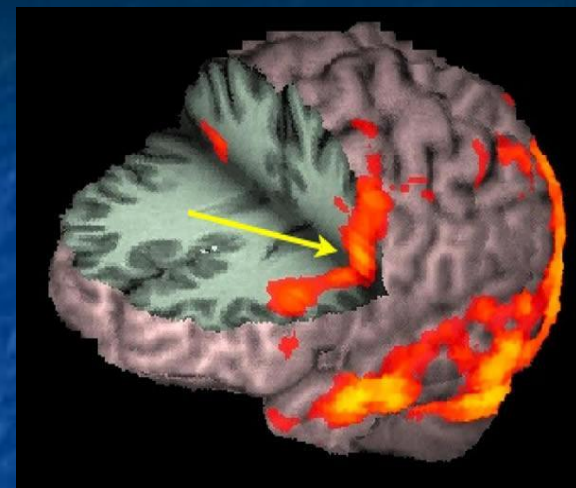
- Повышенная умственная утомляемость
- Отвлекаемость внимания
- Импульсивность
- Затруднения в обучении
- Гиперактивность
- Плохая переносимость шума, яркого света, жары и духоты, укачивание в транспорте с появлением головокружения, тошноты и рвоты
- Головные боли
- Эмоционально-волевые расстройства



При ММД отмечается замедление развития мозга, нарушение диффузно-церебральной регуляции различных уровней ЦНС, приводящее к нарушению восприятия и поведения, к изменению в эмоциональных и вегетативных системах.

При ММД наблюдается задержка в темпах развития функциональных систем мозга, обеспечивающих такие сложные интегративные функции, как речь, внимание, память, восприятие и другие формы высшей психической деятельности.

ММД понятие, обозначающее легкие расстройства поведения и обучения **без выраженных интеллектуальных нарушений**, возникающие в силу недостаточности функций центральной нервной системы, чаще всего резидуально-органической природы.



Этиология ММП

В настоящее время ММП рассматриваются, как последствия ранних локальных повреждений головного мозга, выражающиеся в возрастной незрелости отдельных высших психических функций и их дисгармоничном развитии.

По своему происхождению и течению все поражения головного мозга перинатального периода условно можно разделить на:

- гипоксически-ишемические, возникающие вследствие недостатка поступления кислорода в организм плода или его утилизации во время беременности (хроническая внутриутробная гипоксия плода) или родов (острая гипоксия плода, асфиксия)
- травматические, чаще всего обусловленные травматическим повреждением головки плода в момент родов
- смешанные, гипоксически-травматические поражения центральной нервной системы.

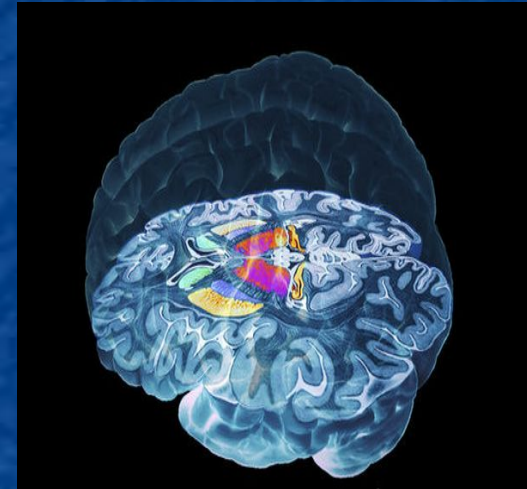


Отделы ЦНС, поражаемые при ММД:

- Структуры ствольного и подкоркового уровня, лимбико-ретикулярный комплекс
- Внутри- и межполушарные корковые взаимодействия, правая теменная область коры больших полушарий
- Лобные доли левого полушария

В основе поражений:

- нарушение субординации коры и подкорковых структур
- дефицит энергетического снабжения мозга
- незрелость связей



Причины, влияющие на возникновение перинатальных поражений ЦНС.

- Соматические заболевания матери с явлениями хронической интоксикации;
- - Острые инфекционные заболевания или обострение хронических очагов инфекции в организме матери в период беременности;
- - Нарушение питания и общая незрелость беременной женщины;
- - Наследственные заболевания и нарушения обмена веществ;
- - Патологическое течение беременности (ранние и поздние токсикозы, угроза прерывания беременности и пр.);
- - Вредные воздействия окружающей среды, неблагоприятная экологическая обстановка (ионизирующее излучение, токсические воздействия, в том числе при применении различных лекарственных веществ, загрязнение окружающей среды солями тяжелых металлов и промышленными отходами и пр.);

- - Недоношенность и незрелость плода с различными нарушениями его жизнедеятельности в первые дни жизни;
- - Внутриутробные инфекции;
- - Обострения хронических заболеваний будущей матери с неблагоприятными изменениями метаболизма;
- - патологическое течение родов (стремительные роды, слабость родовой деятельности и пр.) и травмы при применении родового пособия;
- - Интоксикации;
- Действие различных видов излучения
- - Генетическая обусловленность.

Клиническая картина ММД.

Возраст до года



Дети беспокойны, у них отмечается беспричинный крик, несмотря на правильный режим и уход, достаточное количество пищи.

Крик сопровождается избыточной двигательной активностью, вегетативными реакциями в виде покраснения или мраморности кожных покровов, акроцианоза, усиленной потливости, тахикардии, учащения дыхания. Во время крика можно наблюдать повышение мышечного тонуса, тремор подбородка, рук, клонусы стоп и голеней, спонтанный рефлекс Моро.

Нарушения сна (затрудненное длительное засыпание, частое спонтанное пробуждение, раннее пробуждение, вздрагивания),

Трудности с кормлением и желудочно-кишечные нарушения. Дети плохо берут грудь, беспокойны во время кормления. Предрасположенность к срыгиванию, а при наличии функционального неврогенного пилороспазма - рвота. Склонность к жидкому стулу связана с повышенной возбудимостью кишечной стенки, приводящей к усилению перистальтики кишечника под влиянием даже незначительных раздражителей. Поносы нередко чередуются с запорами.

Клиническая картина ММД.

Дошкольный возраст.

- повышенная возбудимость
- двигательное беспокойство, моторная неловкость, отставание в двигательном развитии
- отставание в психоречевом развитии, заикание
- нарушения сна и аппетита, слабая прибавка в массе тела
- задержка в формировании навыков опрятности (в т.ч. энурез, энкопрез)
- повышенная утомляемость, отвлекаемость, импульсивность, упрямство и негативизм
- Невротические привычки (грызение ногтей, сосание большого пальца, сжимание пальцев и многочисленные стереотипные движения (кивания головой, наклоны туловища и т.п.)

Как правило, нарастание симптомов ММД приурочено к возрастным кризисам: 1 году, началу посещения детского сада (в возрасте 3-х лет), поступлению в школу (6-8 лет)

Клиническая картина ММД.

Школьный возраст

- специфические нарушения в учебе (дисграфии, дислексии)
- нарушения в поведении (незрелость, инфантилизм, импульсивность)
- нарушения общения с социальным окружением (вспыльчивость, задиристость, оппозиционное и агрессивное поведение)



Лечение ММД

(наиболее эффективно - комплексное)

1. Метаболический уровень.

Медикаментозное лечение - препараты для дегидратации, витаминотерапия, рассасывающие и сосудорасширяющие средства, вегетотропные препараты, антигипоксанты, ноотропы, психостимуляторы, в случаях агрессии и опасного поведения – транквилизаторы.

2. Нейропсихологический уровень.

Работа на этом уровне включает нейропсихологическую диагностику и комплексную психомоторную коррекцию базисных онтогенетических блоков мозговой организации психической деятельности ребенка.

Мероприятия поведенческой терапии (оперантные техники/ программы подкрепления; тренинг самоинструктажа; тренинг социальных умений)

Функциональный тренинг, помогающий преодолеть трудности в обучении и проблемы с успеваемостью и, благодаря этому, повысить самооценку.

3. Социально-педагогический уровень.

- Четкий режим дня
- Рациональное питание
- Приоритет развития речи и мышления
- Использование алгоритмов
- Создание ситуации «успеха»
- «Мягкое» включение в учебный процесс
- Консультации специалистов

