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 :**

# **«Характеристика нарушений двигательных функций, нарушений психики и речевых нарушений у детей с детским церебральным параличем (ДЦП)»**

Выполнила:

Ординатор первого года обучения

Потылицына Н.В

Красноярск 2019 г

Содержание:

1. Определение, этиология, основные формы

2. Психическое развитие при ДЦП

3. Диагностика и коррекция двигательных и речевых нарушений детей с ДЦП

Выводы

Словарь основных терминов по теме

Литература

В последнее время в России наметилась тенденция роста числа детей имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата. Причин этому много, от биологических до социальных, и нельзя рассматривать их отдельно друг от друга, так как они являются взаимосвязанными и взаимообусловленными.

Детский церебральный паралич (ДЦП) является сборным термином для группы заболеваний, которые проявляются в первую очередь нарушениями движений, равновесия и положения тела. Причиной ДЦП является нарушение развития мозга или повреждение одной или нескольких его частей, которые контролируют мышечный тонус и моторную активность (движения). Первые проявления поражения нервной системы могут быть очевидными уже после рождения, а признаки формирования ДЦП могут проявляться еще в грудном возрасте. Дети с церебральными параличами преимущественно отстают в своем моторном развитии и позже достигают таких вех моторного развития как переворачивание, сидение, ползание и хода.

Общими для всех пациентов с ДЦП являются сложности контроля над сознательными движениями и координированием работы мышц. Через это даже простое движение является сложным к выполнению при ДЦП.

По причине актуальности данной проблемы была выбрана тема работы: Характеристика нарушений двигательных функций, нарушений психики и речевых нарушений у детей с

**1. Определение, этиология, основные формы**

Термин "церебральный паралич" употребляется для характеристики группы хронических состояний, при которых поражается двигательная и мышечная активность с нарушением координации движений. Причина церебрального паралича - поражение одного или более отделов мозга либо в процессе внутриутробного развития, либо во время (или сразу после) родов, либо в грудном /младенческом возрасте. Обычно это происходит во время осложненной беременности, которая является предвестницей преждевременных родов. Слово "церебральный" означает "мозговой" (от латинского слова "cerebrum" - "мозг”), а слово "паралич" (от греческого "paralysis" - "расслабление”) определяет недостаточную (низкую) физическую активность. Сам по себе церебральный паралич не прогрессирует, т.к. не дает рецидивов. Тем не менее, в процессе лечения может наступить улучшение, ухудшение состояния пациента, либо оно остается без изменений. Церебральный паралич - не наследственное заболевание. Им никогда нельзя заразиться или заболеть. Хотя ДЦП не излечивается (не является “курабельным” в общепринятом смысле), постоянный тренинг и терапия могут привести к улучшению состояния инвалида (2).

ДЦП может быть вызван большинством факторов, нарушающих развитие мозга. Основной причиной является недостаточность снабжения кислородом мозга - гипоксия (внутриутробная или у новорожденного). Снабжение кислородом может быть прервано преждевременным отделением плаценты от стенок матки, неправильным предлежанием плода, затяжными или стремительными родами, нарушением циркуляции в пуповине. Преждевременные роды, недоношенность, низкий вес при рождении, RH-фактор или групповая несовместимость крови плода и матери по системе А-В-О, инфицирование матери коревой краснухой или другими вирусными заболеваниями в период ранней беременности - и микроорганизмы атакуют центральную нервную систему плода - все это тоже факторы риска. В США, в частности, все исследования направлены на изучение двух основных причин ДЦП: коревой краснухи и несовместимости крови плода и матери. Итак, основные причины ДЦП связаны с процессами развития беременности и родовым актом, а эти состояния не передаются по наследству: и такой паралич часто называют врожденным ДЦП (связанный с внутриутробной патологией или с процессом родоразрешения). Менее распространенный тип - приобретенный ДЦП, обычно развивается до двухлетнего возраста (черепно-мозговые травмы в результате несчастных случаев или инфекции мозга) (2).

Характерными особенностями церебрального паралича являются нарушения двигательной активности, особенно подвергается поражению мышечная сфера - происходит нарушение координации движений. В зависимости от степени и расположения участков поражения мозга, могут иметь место одна или несколько форм мышечной патологии - напряженность мышц или спастика; непроизвольные движения; нарушение походки и степени мобильности. Так же могут встречаться следующие патологические явления - аномальность ощущения и восприятия; снижение зрения, слуха и ухудшение речи; эпилепсия; задержка психического развития. Другие проблемы: трудности при приеме пищи, ослабление контроля мочеиспускания и работы кишечника, проблемы с дыханием из-за нарушения положения тела, пролежни и трудности с обучением.

Выделяют следующие формы ДЦП:

Спастические (пирамидные) формы: Повышение мышечного тонуса является определяющим симптомом этого типа. Мышцы являются напряженными, тугими (спастичными), а движения неуклюжие или невозможные.

В зависимости от того, какая часть тела поражается, спастические формы ДЦП делятся на: диплегию (обе ноги), гемиплегию (одна сторона тела) или тетраплегию (все тело). Спастические формы являются наиболее распространенными и на них приходится около 70-80% случаев.

Дискинетическая (екстрапирамидная) форма проявляется нарушением координации движений. Выделяется два основных ее подтипа: Атетоидная (гиперкинетическая) форма, которая проявляется медленными или быстрыми неконтролируемыми движениями, которые могут проявляться в любой части тела, включая лицо, рот и язык. Приблизительно 10-20% случаев ДЦП относятся к этому типу. Для атактичной формы характерны нарушения равновесия и координации. Если такой больной может ходить, то походка неуверенная и шаткая. Пациенты с этой формой имеют проблемы с выполнением быстрых движений, и тех движений, которые требуют тонкого контроля, как например письмо. Такая форма составляет 5-10% случаев ДЦП (2).

Смешанные формы являются комбинацией разных форм ДЦП. Распространенным является объединение спастичних форм с атетодными или атактичными (2).

Много лиц с церебральными параличами имеют нормальный, или выше среднего уровень интеллекта.

Их способность проявить свои интеллектуальные способности может быть ограниченной через сложности в общении.

Все дети с церебральными параличами, независимо от уровня интеллектуального развития способны существенно развивать свои возможности при соответствующем лечении, физической реабилитации и логопедической коррекции.

**2. Психическое развитие при ДЦП**

Основной контингент данной категории представляют дети с ДЦП (89%). Остальные - дети, больные полиомиелитом, с врожденным вывихом бедра, кривошеей, деформациями стоп, аномалиями развития пальцев кисти, с травмами мозга, полиартритом, рахитом, туберкулезом костей и т.п. ДЦП (детский церебральный паралич) - поражение двигательных систем головного мозга. У этих детей двигательные расстройства сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, и они нуждаются в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Другие вышеназванные категории детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, как правило, не имеют нарушений познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания.

Причинами ДЦП являются вредные факторы, действующие в последние месяцы беременности, в момент родов и в первые месяцы жизни ребенка. Нарушения опорно-двигательного аппарата могут быть следствием полиомиелита, различных врожденных и приобретенных деформаций двигательного аппарата, ряда наследственных и врожденных заболеваний. Причинами могут быть инфекционные заболевания матери (краснуха, вирусные инфекции), интоксикации, несовместимость крови матери и плода по группе и резус-фактору, сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери, родовые травмы, асфиксии новорожденных, перенесенные ребенком менингит, энцефалит, тяжелые ушибы головы. Двигательные расстройства вызваны нарушением контроля со стороны ЦНС за функциями мышц. У детей с ДЦП отмечаются следующие виды двигательных нарушений (5).

1. Нарушение мышечного тонуса. Часто наблюдается повышение мышечного тонуса (спастичность): мышцы напряжены, ноги согнуты в коленных суставах, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в кулаки. При низком мышечном тонусе мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые.

2. Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи). Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ноги. Все это затрудняет развитие манипулятивной деятельности и ходьбы. При парезах страдает тонкая моторика.

3. Наличие насильственных движений (гиперкинезов и тремора). Гиперкинезы - непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений. Они могут усиливаться при попытках произвести движения, а также во время волнения. Насильственные движения затрудняют или делают невозможным совершение произвольных движений. Тремор - дрожание пальцев рук и языка, которое наиболее выражено при письме.

4. Нарушения равновесия и координации движений. Проявляются в неустойчивости при стоянии, сидении, ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Отмечается неустойчивость походки: дети ходят на широко расставленных ногах, пошатываясь, отклоняясь в сторону. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений, прежде всего рук. Это вызывает трудности в манипулятивной деятельности и письме.

5. Нарушение ощущений движения тела или его частей (кинестезии). Нарушается регуляция движений, связанная с деятельностью проприоцептивных клеток, расположенных в мышцах, сухожилиях, суставах и передающих в кору головного мозга информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц. У детей с ДЦП бывает ослаблено чувство позы. У некоторых искажено восприятие направления движения. Это обедняет двигательный опыт ребенка, задерживает формирование тонких координированных движений.

6. Недостаточное развитие статокинетических рефлексов. Статокинетические рефлексы обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями (5).

По мере созревания нервной системы меняются внешние проявления заболевания. В первые полгода (иногда до 4 лет) двигательные нарушения проявляются мышечной вялостью, снижением тонуса, после 1,5 - 2 месяцев может проявиться косоглазие. Затем постепенно вялость мышц уступает место все большей спастичности; мышечная спастика поражает губы, язык (затрудняются глотание, жевание, движения языка, необходимые для формирования речи), мышцы плечевого пояса и рук (появляется характерная сутулость, плечи поднимаются и поворачиваются вовнутрь, шея укорачивается за счет поднятых плеч, пальцы кисти сжаты в кулак с запертым внутри большим пальцем). Спастика мышц ног приводит к возникновению их перекреста и практически блокирует возможность их движения. После 4 - 6 лет на фоне все закрепляющейся спастичности мышц начинают появляться насильственные движения. К подростковому периоду ДЦП как бы доходит до вершины своей зрелости, и его проявления у разных больных становятся все более похожими друг на друга.

При тяжелой степени двигательных нарушений ребенок не овладевает навыками ходьбы, манипулятивной деятельностью, навыками самообслуживания. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно. Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания и манипулятивная деятельность у них развиты не полностью. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно как в помещении, так и за его пределами, могут передвигаться на городском транспорте, они полностью себя обслуживают. У них достаточно развита манипулятивная деятельность, однако могут наблюдаться неправильные, патологические позы и движения, нарушение походки, движения недостаточно ловкие, замедленные, снижена мышечная сила (6).

Для детей с ДЦП характерна ограниченная подвижность артикуляционных мышц, нарушено дыхание, голосообразование, повышено слюноотделение. Нарушены функции глазодвигательных нервов: косоглазие, нарушение фиксации и прослеживания предметов. Нарушена зрительно-моторная координация. Моторные нарушения ограничивают способность самостоятельного передвижения и самообслуживания, препятствуют освоению предметно-практической деятельности, что отрицательно сказывается на формировании высших психических функций, интегративной деятельности мозга, общем ходе психического развития. Обучение осуществляется в специальных учреждениях для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

2. Нарушен весь ход моторного развития, что сказывается на формировании нервно-психических функций. Отклонения в психическом развитии наблюдаются с первых дней жизни. Зрительное и слуховое сосредоточение появляется позднее второго месяца, снижена способность к фиксации взгляда на движущихся предметах. С отставанием на 1 - 2 месяца появляется и улыбка. Наблюдаются нарушения в строении артикуляционного аппарата и в процессах голосообразования: гуление возникает на несколько месяцев позднее нормы, лепет может продолжаться до 2 - 3 лет. Первые слова появляются в период от 2 до 4 лет. Часто отмечается дизартрия, нарушения артикуляции (повышенный тонус мышц языка, затрудненное дыхание, затруднения произвольного открывания рта и др.) искажают звукопроизношение. Ребенок слабо ощущает положение и движения органов артикуляции.

Двигательные нарушения наряду с расстройством тактильных и мышечно-суставных ощущений затрудняют ребенку получение информации о форме предметов, их величине и особенностях материала, из которых они сделаны. Отмечаются особые трудности в совершении произвольных движений, которые ограничены или вообще невозможны; снижена мышечная сила. У половины детей с ДЦП имеются различные расстройства зрения и слуха, что ограничивает поступление информации. У детей с ДЦП выражены психоорганические проявления - замедленность, истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, снижение объема механической памяти. Большое число детей отличается низкой познавательной активностью, отсутствием интереса к заданиям, плохой сосредоточенностью. При выполнении интеллектуальных заданий быстро нарастает утомление, что снижает умственную работоспособность (церебрастенический синдром) (6).

Задерживается развитие пространственных представлений, медленно накапливается запас сведений об окружающем мире в силу относительной изолированности на ранних этапах развития. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике. У детей с ДЦП выражена непропорциональность в развитии высших психических процессов. При некоторых формах заболевания отмечается несоответствие между удовлетворительным общим уровнем развития абстрактного мышления и недостаточностью пространственных представлений, что в дальнейшем обусловливает трудности в усвоении счетных операций. Выражена оптико-пространственная недостаточность - недоразвитие навыков пространственных отношений и конструктивного мышления. При обучении грамоте это приводит к дислексии, дисграфии и дискалькулии. Нарушена фонетическая сторона речи. Речь может быть малопонятной, ребенок испытывает затруднения при устном ответе. Отставания в развитии речи связаны с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности. Речевые нарушения затрудняют общение детей с окружающими.

Характерны расстройства эмоционально-волевой сферы. Наблюдаются эмоциональная лабильность и недостаточная дифференцированность эмоций, обеднение мотивационной сферы. У одних детей отмечается повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность, у других - застенчивость, робость, заторможенность. Склонность к колебаниям настроения сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. У детей с церебральным параличом складывается своеобразная структура личности. Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Незрелость личности проявляется в наивности суждений, слабой ориентации в бытовых и практических вопросах. Легко формируются иждивенческие установки, неспособность к самостоятельной деятельности. Формируются такие черты личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за себя, повышенная чувствительность, обидчивость, замкнутость.

В условиях неправильного воспитания, ограничения деятельности и общения замедление созревания лобных отделов может стать причиной изменений личности по типу психического инфантилизма. Незрелость эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста проявляется в повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, повышенной внушаемости, недоразвитии целенаправленности. Однако эти проявления имеют иную окраску, нежели у детей более раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладают двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, бедность и однообразие игровой деятельности, легкая истощаемость, инертность. Отсутствуют детская живость и непосредственность в проявлении эмоций (6).

Для того чтобы стимулировать речевое развитие при ДЦП, ребенка учат манипулировать предметами и игрушками, т.к овладение действиями предваряет усвоение значений слов. Перед проведением игровых занятий ребенку делают массаж, артикуляционную и дыхательную гимнастику. Далее показывают малышу игрушки, выполняют с ними определенные действия, сопровождая их словами и предложениями. Затем подключают к игре ребенка и играют вместе с ним, обучая его при этом различным умениям (строить из кубиков, катать шарики, раскладывать предметы по цвету). Взрослый показывает и кратко комментирует свои действия. Не следует принуждать к речи и торопить с ответом, т.к. это может вызвать повышение мышечного тонуса, усиление гиперкинезов. Ребенка поощряют к речи повторением только что произнесенных им звуков или ведут односторонний диалог. Дети должны слышать только правильно произносимые слова и предложения.

**3. Диагностика и коррекция двигательных и речевых нарушений детей с ДЦП**

Если ваш ребенок имеет симптомы, которые могут указывать на церебральный паралич, ему необходимо провести детальное обследование. Нет медицинских исследований, которые могли бы подтвердить диагноз церебрального паралича. Диагноз выставляется на основе разносторонней информации полученной вашим врачом или другими консультантами.

Эта информация включает детальное распрашивание родителей обращая внимание на все важные моменты истории жизни отца и матери и их семьи. Особое внимание обращается на ход беременности и родов и состояние здоровья матери в настоящее время.

Необходимо детально рассказать о всех медицинских проблемах ребенка и описать его моторное и психическое развитие.

Лабораторные исследования: Разные исследования крови и мочи могут быть предназначены, если врач заподазривает что нарушения у ребенка могут быть вызваны разными химическими, гормональными или метаболичными факторами. Для исключения генетических синдромов может быть проведенный анализ хромосом включая кариотидний анализ и специфические исследования ДНК.

Визуальные исследования дают информацию о структурах которые находятся внутри тела человека. При изучении головного и спинного мозга эти исследования часто называются нейровизуализацией. Проведения этих тестов не всегда является необходимым, но в многих случаях они могут помочь определить причину ДЦП и распространение поражения мозга. Их необходимо проводить как можно раньше, чтобы при потребности немедленно начать соответствующее лечение.

Ультразвуковое исследование мозга. Применяются безвредные звуковые волны для определения структурных и анатомических нарушений мозга.

Например: ультразвуковое исследование может показать геморагию (кровоизлияние) в мозг или повреждение вызванное недостатком снабжения кислорода к мозгу. Ультразвуковое исследование часто применяется в новорожденных, которые не могут переносить более жесткие исследования, такое как компьютерная томография или магнитно-резонансная томография (7).

Основными целями коррекционной работы при ДЦП являются: оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи, обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Очень важно развитие позитивного отношения к жизни, обществу, семье, обучению и труду. Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью, преемственностью в работе различных звеньев. Лечебно-педагогическая работа должна носить комплексный характер. Важное условие комплексного воздействия - согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя. Необходима их общая позиция при обследовании, лечении, психолого-педагогической и логопедической коррекции (7).

Существует несколько основных принципов коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом.

1. Комплексный характер коррекционно-педагогической работы. Это означает постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Вследствие этого необходима совместная стимуляция (развитие) всех сторон психики, речи и моторики, а также предупреждение и коррекция их нарушений.

2. Раннее начало онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохранные функции. В последние годы широко внедрена в практику ранняя диагностика ДЦП. Несмотря на то что уже в первые месяцы жизни можно выявить патологию доречевого развития и нарушения ориентировочно-познавательной деятельности, коррекционно-педагогическая, и в частности логопедическая, работа с детьми нередко начинается после 3-4 лет. В этом случае работа чаще всего направлена на исправление уже сложившихся дефектов речи и психики, а не на их предупреждение. Раннее выявление патологии доречевого и раннего речевого развития и своевременное коррекционно-педагогическое воздействие в младенческом и раннем возрасте позволяют уменьшить, а в некоторых случаях и исключить психоречевые нарушения у детей с церебральным параличом в старшем возрасте. Необходимость ранней коррекционно-логопедической работы при ДЦП вытекает из особенностей детского мозга - его пластичности и универсальной способности к компенсированию нарушенных функций, а также в связи с тем, что наиболее оптимальными сроками созревания речевой функциональной системы являются первые три года жизни ребенка. Коррекционная работа строится не с учетом возраста, а с учетом того, на каком этапе психоречевого развития находится ребенок.

3. Организация работы в рамках ведущей деятельности. Нарушения психического и речевого развития при ДЦП в значительной степени обусловлены отсутствием или дефицитом деятельности детей. Поэтому при коррекционно-педагогических мероприятиях стимулируется основной для данного возраста вид деятельности. В младенческом возрасте (до 1 года) ведущий вид деятельности - эмоциональное общение со взрослым; в раннем возрасте (от 1 года до 3 лет) - предметная деятельность; в дошкольном возрасте (от 3 до 7 лет) - игровая деятельность; в школьном возрасте учебная деятельность.

4. Наблюдение за ребенком в динамике продолжающегося психоречевого развития.

5. Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка (7).

В силу огромной роли семьи, ближайшего окружения в процессах становления личности ребенка необходима такая организация среды (быта, досуга, воспитания), которая могла бы максимальным образом стимулировать это развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на психическое состояние ребенка. Родители основные участники педагогической помощи при ДЦП, особенно если ребенок по тем или иным причинам не посещает учебно-воспитательное учреждение.

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в раннем и дошкольном возрасте являются: развитие эмоционального, речевого, предметно-действенного и игрового общения с окружающими; стимуляция сенсорных функций (зрительного, слухового, кинестетического восприятия и стереогноза). Формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений; развитие предпосылок к интеллектуальной деятельности (внимания, памяти, воображения); формирование математических представлений; развитие зрительно-моторной координации и функциональных возможностей кисти и пальцев; подготовка к овладению письмом; воспитание навыков самообслуживания и гигиены.

Значительное место в коррекционно-педагогической работе при ДЦП отводится логопедической работе. Ее основными задачами являются: развитие (и облегчение) речевого общения, улучшение разборчивости речи; нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата; развитие речевого дыхания, голоса, просодики; формирование силы, продолжительности, управляемости голоса в речевом потоке; выработка синхронности дыхания, голоса и артикуляции; коррекция нарушений произношения.

**Выводы**

Церебральный паралич ежегодно поражает тысячи младенцев и детей. Это неинфекционное заболевание, т.е. им нельзя заразиться через контакт с больным. Слово церебральный означает связь с функцией мозга. Слово паралич указывает на проблемы с координацией движений и перемещением в пространстве.

Ребенок с ЦП испытывает трудности, связанные с контролем мышечной деятельности, которой управляет мозг, отдавая команды каждой мышце. Вследствие нарушения работы отдельных участков мозга при заболевании ЦП, ребенок часто не может ходить, говорить, есть или играть, как это делают другие дети, в зависимости от того, какая область мозга поражена.

Несмотря на достижения современной медицины, церебральные параличи остаются важной проблемой. Количество людей с ДЦП увеличивается во всем мире. Возможно, это происходит за счет того, что больше выживает недоношенных детей. Сейчас на тысячу населения в среднем начисляется 2-3 детей с детским церебральным параличом. Церебральный паралич одинаково часто наблюдается у лиц обеих полов и разных этнических и социо-экономических групп.

**Словарь основных терминов по теме**

Атетоз (атетоидный гиперкинез) - гиперкинез, характеризующийся медленными тоническими насильственными движениями, одновременно захватывающими мышцы агонисты и антагонисты; постоянная изменчивость тонического спазма в мышечных группах приводит к характерной вычурности, червеобразности насильственных движений, распространяющихся преимущественно на дистальные отделы конечностей, мышцы лица.

Атаксия - расстройство координации движений, в связи с чем движения становятся неловкими и несоразмерными; движения не плавны, неаккуратны и кажутся не связанными между собой, даже судорожными; расстройство может затрагивать любую часть тела.

Детский церебральный паралич (ДЦП) - гетерогенная группа полиэтиологических заболеваний, которые возникают в результате недоразвития или повреждения головного мозга; характеризуется поражением двигательных систем мозга и различных психоречевых функций.

Дефект развития - физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка.

Задержка психического развития (ЗПР) - особый тип аномалии, проявляющийся в нарушении нормального темпа психического развития ребенка; может носить временный характер и компенсироваться при коррекционном воздействии в детском или подростковом возрасте.

Задержка развития моторики - отставание в моторном развитии; дети при этом медлительны, тонкие дифференцированные движения удаются им с трудом, переключаемость и последовательность движений нарушены.

Задержка развития навыков самообслуживания - запаздывающее формирование навыков самообслуживания по сравнению со средними возрастными сроками, появляющиеся вследствие полной психической задержки (ретардации), например, при олигофрении, парциальной психической ретардации, органического повреждения ЦНС в период формирования навыка, а также вследствие гиперопеки или социальной запущенности.

Спастичность мышечная - повышение тонуса мышц, характеризующееся сопротивлением при сгибании или разгибании конечностей; возникает при поражении пирамидной системы.

**Литература**

Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период). - М., 1989.

Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. - Киев, 1988.

Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. - М., 1993.

Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: Методические рекомендации. - М. - СПб., 1998.

Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. Ростов н/Д: Феникс, 2000.

Основы специальной психологии / Под ред. Л.В. Кузнецовай. - М., 2002.

Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития / Под ред. В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. СПб.: Питер, 2001.