

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения России

Кафедра нервных болезней с курсом ПО
Зав. кафедрой:
д.м.н, профессор Прокопенко С.В.

Реферат
на тему: «Детский церебральный паралич»

Выполнил:
ординатор 1 года обучения
кафедры нервных болезней с курсом ПО
специальности 31.08.42 Неврология
Чмыхало С.В.

Красноярск, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Определение.....	4
Этиология и эпидемиология.....	4
Факторы риска ДЦП.....	4
Классификация и клиническая картина	5
Диагностика заболевания (постановка диагноза)	6
Восстановительное лечение	7
Прогноз и профилактика ДЦП	8
Выводы	8
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	9

ВВЕДЕНИЕ

В Российской Федерации, как и во всем мире, наблюдается повышение уровня детской инвалидности, в формирование которой существенный вклад вносит детский церебральный паралич (ДЦП). Помимо этого, согласно прогнозам, ожидается дальнейший рост данного показателя, так как совершенствование неонатальной помощи привело к значительному увеличению выживаемости детей с тяжелыми перинатальными поражениями ЦНС, недоношенных новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, у которых риск формирования данной нозологии достаточно велик [1,2].

Поэтому, необходимо изучение данной проблемы не только на уровне Российской Федерации, но и на мировом уровне.

Цель: ознакомиться с детским церебральным параличом, с его клиникой, диагностикой и лечением.

Задачи: изучить литературные источники на тему «Детский церебральный паралич».

Определение

Детские церебральные параличи (ДЦП) — группу стабильных, различных по клиническим проявлениям синдромов, которые возникают в результате дизонтогенеза мозга или его повреждения в раннем постнатальном периоде онтогенеза. Для клинической картины заболевания характерным является нарушение двигательной функции, связанной с неправильным развитием статокINETических рефлексов, патологией тонуса, парезами. Кроме того, вторично в течение жизни возникают изменения в нервных и мышечных волокнах, суставах, связках хрящах. Также нередко наблюдаются различные неврологические и психические расстройства [2].

Этиология и эпидемиология

Распространенность данного заболевания, по данным разных авторов, составляет от 1,5 до более чем 4 на 1000 новорожденных. По данным зарубежных источников, популяционные оценки распространенности детского церебрального паралича широко варьируют. Так, в Австралии и Европе данный показатель составляет от 1,4 до 2,5 на 1000 живорожденных. Высокие показатели заболеваемости наблюдаются в США, Египте и Тайване – более 3 на 1000 живорожденных [1,2].

Относительно этиологии церебрального паралича до настоящего времени нет единого мнения. Среди возможных причин развития ДЦП врачи называют преждевременные роды, асфиксию плода во время родов, вызванную обвитием пуповины вокруг шеи ребенка или попаданием околоплодных вод в его дыхательные пути; родовую травму и кровоизлияние в мозг. Кроме того, многочисленные наблюдения ученых показали, что помимо вышеуказанных причин, не меньшее значение имеет интоксикация плода во время беременности в результате болезни матери, нарушения питания, стрессовых состояний, наличия у матери хронических заболеваний или вредных привычек (алкоголизм, наркомания, курение), несовместимость матери и плода по резус-фактору крови [2].

Факторы риска ДЦП.

Перинатальные факторы риска.

Некоторые инфекционные заболевания матери и плода увеличивают риск церебрального паралича, в том числе вирус краснухи, герпеса, цитомегаловирус (ЦМВ), токсоплазмоз.

Любой патологический фактор, воздействующий на ЦНС плода антенатально, может увеличить риск последующего нарушения развития ребенка. Кроме того, любой

патологический фактор, который увеличивает риск преждевременных родов и низкого веса при рождении, например, алкоголь, табак или наркотические вещества, также подвергает ребенка риску последующего физического, моторного и психического дефекта.

Интранатальные факторы риска.

Тяжелая асфиксия в родах сегодня не так часто встречается в развитых странах, однако ее вполне достаточно, чтобы привести в дальнейшем к формированию грубых двигательных и психических нарушений. Причины асфиксии могут быть механические: например, тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода, ее пролапс и выпадение, а также гемодинамические: кровотечения и другие осложнения, связанные с преждевременной отслойкой плаценты или ее патологическим предлежанием. Особое внимание необходимо уделить инфекционным факторам. При этом необходимо учитывать, что инфекции не обязательно передаются плоду от матери плацентарным путем, инфицирование может происходить непосредственно во время родов [2, 3].

Классификация и клиническая картина

Классификация Л.О. Бадаляна с соавт. заключается в распределении форм ДЦП по возрастным группам:

1. Ранний возраст: спастические формы (гемиплегия, диплегия, двусторонняя гемиплегия); дистоническая форма; гипотоническая форма;
2. Старший возраст: спастические формы (гемиплегия, диплегия, двусторонняя гемиплегия); гиперкинетическая форма; атаксическая форма; атонически_астатическая форма; смешанные формы (спастико_атаксическая, спастико_гиперкинетическая, атактико_гиперкинетическая).

Функциональная классификация ДЦП – GMFCS (Gross Motor Function Classification System – Система классификации больших моторных функций), предложенная R. Palisano с соавт. (1997 г.), заключается в учете степени развития моторики и ограничения движений в повседневной жизни для 5 возрастных групп пациентов с ДЦП: до 2 лет; от 2 до 4 лет; от 4 до 6 лет; от 6 до 12 лет; от 12 до 18 лет. Согласно данной классификации, выделяются 5 уровней развития больших моторных функций:

- **Уровень I** – ходьба без ограничений;
- **Уровень II** – ходьба с ограничениями;
- **Уровень III** – ходьба с использованием ручных приспособлений для передвижения;
- **Уровень IV** – самостоятельное передвижение ограничено, могут использоваться моторизированные средства передвижения;

- **Уровень V** – полная зависимость ребёнка от окружающих – перевозка в коляске/инвалидном кресле.

Также в основе различных классификаций ДЦП лежат преобладающие расстройства движения: так, например, одна из классификаций предполагает наличие четырех основных видов церебрального паралича (спастический, атетодный, атактический и смешанный); другая классификация выделяет три категории двигательных нарушений:

- **спастическая** – с повышенным мышечным тонусом и сухожильными рефлексам (верхний или нижний парапарез, тетрапарез, односторонняя или двойная гемиплегия);
- **дискинетическая** – с нарушением содружественности и адекватности регуляции мышечного тонуса (атетодная или гиперкинетическая форма);
- **атактическая** – с нарушением координации произвольных движений (атонически–астатическая или смешанные формы церебрального паралича) [2, 3].

Симптомы ДЦП можно условно подразделить на основные и сопутствующие. К основным симптомам целесообразно отнести непосредственные результаты поражения структур ЦНС, приводящие к нарушению моторной и координаторной функции (парезы и спастичность мышц, нарушения координации и мелкой моторики, дистонические атаки и гиперкинезы).

Сопутствующие неврологические проявления церебрального паралича также являются следствием поражения ЦНС, часто сопровождают церебральный паралич, однако не являются обязательными его спутниками и не имеют отношения к двигательной сфере:

- Интеллектуальные/познавательные нарушения и нарушения поведения.
- Эпилепсия и другие пароксизмальные расстройства.
- Нарушения зрения и слуха.
- Нарушения речи (дизартрия) и питания.

Диагностика заболевания (постановка диагноза)

Для церебрального паралича не существует универсального диагностического теста. Заподозрить и обратить внимание необходимо на следующее: низкий балл по шкале Апгар, наличие аномального мышечного тонуса и движений. Тем не менее чаще всего диагноз определяется к исходу первых 12–18 мес. жизни малыша, когда по сравнению со здоровыми сверстниками патология двигательной системы становится очевидной. В диагностике ДЦП активно используют параклинические методики, например ультразвуковую, магнитно–резонансную нейровизуализацию - МРТ (выявление

перивентрикулярной лейкомаляции, венрикуломегалии, очагов ишемии или кровоизлияний или структурных аномалий ЦНС) [3,4].

Восстановительное лечение

Церебральный паралич не вылечивается, именно поэтому речь идет о восстановительном лечении или реабилитации, однако своевременное и правильное восстановительное лечение способно привести к значительному улучшению функций, нарушенных болезнью.

Наиболее серьезными препятствиями к реабилитации ребенка с церебральным параличом являются сопутствующее нарушение интеллекта и познавательной деятельности, которое мешает адекватному взаимодействию между пациентом и инструктором, и эпилептические судороги, которые при отсутствии медикаментозного контроля могут создавать для ребенка риск жизнеугрожающих осложнений на фоне активного стимулирующего лечения.

Основной целью реабилитации при церебральном параличе является адаптация больного человека в социуме и его полноценная и активная жизнь.

ЛФК, логопедия и трудотерапия. Спастичность мышц, парезы, нарушение осанки и походки значительно влияют на подвижность больных ДЦП. Лечебная физкультура при этом заболевании направлена на максимальное развитие имеющихся двигательных способностей пациента и компенсацию имеющихся двигательных нарушений. Логопедия, как традиционная, так и высокотехнологичная (внедрение управляемых компьютером устройств связи для больных с тяжелой дизартрией) способна принципиально изменить качество жизни больного церебральным параличом, создавая возможность социального общения.

Медикаментозное лечение. Медикаментозное лечение ДЦП является исключительно симптоматическим и должно быть направлено на коррекцию того или иного симптома или осложнения заболевания. Основной проблемой является то, что с точки зрения доказательной медицины только единичные медикаментозные терапевтические методики получили статистическое подтверждение своей эффективности и безопасности у больных церебральным параличом.

Хирургическое лечение. Фиксированные контрактуры, развивающиеся вследствие длительно существующей мышечной спастичности, обычно рассматриваются с точки зрения целесообразности хирургического вмешательства. Наиболее часто используемые хирургические процедуры при ДЦП – это тенотомии, целью которых является максимально возможное возвращение конечности в нормальное, опорное положение [3,4].

Прогноз и профилактика ДЦП

Церебральный паралич влияет на качество жизни больного человека на любом ее этапе, от детства и юношества до зрелости и старости. И на каждом этапе пациента с церебральным параличом должна сопровождать активная реабилитационная поддержка. На сегодняшний день средняя продолжительность жизни 90% больных церебральным параличом не отличается от таковой в популяции в целом.

Профилактика. Применяется ранняя диагностика и лечение коагулопатий и хронических инфекций у женщин фертильного возраста, профилактика и адекватное лечение, а также санитарно-просветительская работа среди девочек-подростков о необходимости правильного питания, отказа от алкоголя и табакокурения и о значимости своевременного лечения хронических заболеваний. [3].

Выводы

Несмотря на большое количество работ и исследований, посвященных детскому церебральному параличу, данная проблема по сей день остается актуальной, как в нашей стране, так и во всем мире.

Нерешенными остаются вопросы своевременной диагностики данной патологии, а, следовательно, и раннего начала лечения детей с ДЦП. Среди ученых нет однозначного представления о преимущественном значении того или иного фактора, определяющего развитие детского церебрального паралича.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Немкова С.А., Болдырев В.Г., Сорокин А.С., Курбатов Ю.Н. Детский церебральный паралич // Медицинская сестра. 2017. №7. С 32-37.
2. Детский церебральный паралич у детей. Клинические рекомендации. М.: СПР-МЗ РФ. 2016: 36 с.
3. Батышева Т.Т., Быкова О.В., Виноградов А.В. Детский церебральный паралич – современные представления о проблеме (обзор литературы). РМЖ. 2012; 8: С 401.
4. Гросс Н.А., Беркутова И.Ю., Шарова Т.Л., Буканова Г.В., Зеленова Н.И. Оценка двигательных возможностей детей с ДЦП при выполнении упражнений из разных исходных положений. Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2016; 4(134): 64-70.