

UOT 159.9

Ли Исюань

*докторант по программе доктора философии
Азербайджанский Государственный Педагогический Университет*

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Li Yixuan

*fəlsəfə doktoru proqramı üzrə doktorant
Azərbaycan Dövlət Pedaqoji Universiteti*

SEREBRAL İFLİCLİ UŞAQLARIN İNKİŞAFININ KLİNİK, PSİHOLOJİ VƏ PEDAQOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Li Yixuan

*doctorial student in the program of doctor of philosophy
Azerbaijan State Pedagogical University*

CLINICAL, PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Резюме. Детский церебральный паралич (ДЦП) – это группа заболеваний, которые влияют на способность человека двигаться и сохранять равновесие и осанку. ДЦП – наиболее распространенная двигательная инвалидность в детском возрасте. Церебральный означает имеющий отношение к мозгу. Паралич означает слабость или проблемы с использованием мышц. ДЦП вызывается аномальным развитием мозга или повреждением развивающегося мозга, что влияет на способность человека контролировать свои мышцы.

Ключевые слова: *детский церебральный паралич, типы параличей, реабилитация*

Xülasə. Serebral iflic (SP) insanın hərəkət, tarazlığı və duruşunu qorumaq qabiliyyətinə təsir edən bir qrup pozğunluqdur. Serebral iflic uşaqlıqda ən çox rast gəlinən motor qüsurdur. Serebral beyinə aid olan deməkdir. İflic zəiflik və ya əzələlərin istifadəsində çətinlik deməkdir. Serebral iflic anormal beyin inkişafı və ya insanın əzələlərini idarə etmək qabiliyyətinə təsir edən inkişaf edən beynin zədələnməsi nəticəsində yaranır.

Açar sözlər: *serebral iflic, iflicin növləri, reabilitasiya*

Summary. Cerebral palsy (CP) is a group of disorders that affect a person's ability to move and maintain balance and posture. Cerebral palsy is the most common motor disability in childhood. Cerebral means pertaining to the brain. Paralysis means weakness or trouble using the muscles. Cerebral palsy is caused by abnormal brain development or damage to the developing brain that affects a person's ability to control their muscles.

Key words: *cerebral palsy, types of paralysis, rehabilitation*

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это группа двигательных расстройств, которые появляются в раннем детстве. Признаки и симптомы различаются у разных людей и со временем, но включают плохую координацию, скованность мышц, слабость мышц и тремор. Могут быть проблемы с чувствитель-

ностью, зрением, слухом и речью. Часто дети с церебральным параличом не переворачиваются, не садятся, не ползают и не ходят так рано, как другие дети их возраста. Другие симптомы включают судороги и проблемы с мышлением или рассуждениями, каждое из которых встречается примерно у одной трети

людей с ДЦП. Хотя симптомы могут стать более заметными в течение первых нескольких лет жизни, основные проблемы со временем не ухудшаются.

Детский церебральный паралич поражает людей с древних времен. В медицинской литературе древних греков обсуждается паралич и слабость рук и ног. В работах школы Гиппократ (460–370 гг. до н. э.) и, в частности, в рукописи «О священной болезни» описана группа проблем, которая очень хорошо согласуется с современным пониманием детского церебрального паралича.

Современное понимание ДЦП как результата проблем с мозгом началось в первые десятилетия XIX века с ряда публикаций по аномалиям головного мозга Иоганна Кристиана Рейля, Клода Франсуа Лаллемана и Филиппа Пинеля. Позже врачи использовали это исследование, чтобы связать проблемы в мозге с конкретными симптомами. Английский хирург Уильям Джон Литтл (1810–1894) был первым, кто подробно изучил ДЦП. В своей докторской диссертации он заявил, что ДЦП был результатом проблемы во время рождения. Позже он определил тяжелые роды, преждевременные роды и перинатальную асфиксию, в частности, как факторы риска. Спастическая форма диплегии ДЦП стала известна как болезнь Литтла. Примерно в это же время немецкий хирург также работал над церебральным параличом и отличал его от полиомиелита. В 1880-х годах британский невролог Уильям Гауэрс, опираясь на работу Литтла, связал паралич у новорожденных с тяжелыми родами. Он назвал проблему «параличом при рождении» и разделил паралич на два типа: периферический и церебральный.

Работая в США в 1880-х годах, врач канадского происхождения Уильям Ослер (1849-1919) изучил десятки случаев ДЦП, чтобы дополнительно классифицировать расстройства по локализации проблем в организме и по первопричине. Ослер провел дальнейшие наблюдения, связывая проблемы во время родов с ДЦП, и пришел к выводу, что проблемы, вызывающие кровотечение внутри головного мозга, вероятно, были основной причиной. Ослер также подозревал полиоэнцефалит как инфекционную причину.

Прежде чем перейти к психиатрии, австрийский невролог Зигмунд Фрейд (1856-1939) внес дальнейшие уточнения в классификацию расстройства. Он создал систему, которая используется до сих пор. Система Фрейда разделяет причины расстройства на проблемы, присутствующие при рождении, проблемы, развивающиеся во время рождения, и проблемы после рождения. Фрейд также провел грубую корреляцию между локализацией проблемы внутри мозга и расположением пораженных конечностей на теле и задокументировал множество видов двигательных нарушений.

В начале XX века внимание медицинского сообщества в основном отвернулось от ДЦП, пока хирург-ортопед Уинтроп Фелпс не стал первым врачом, вылечившим это расстройство. Он рассматривал ДЦП с опорно-двигательной, а не с неврологической точки зрения. Фелпс разработал хирургические методы операций на мышцах для решения таких проблем, как спастичность и мышечная ригидность. Венгерский специалист по физической реабилитации Андраш Петё разработал систему обучения детей с ДЦП ходьбе и другим основным движениям. Система Пето стала основой для кондуктивного обучения, широко используемого сегодня для детей с ДЦП.

В 1997 году Роберт Палисано и соавторы представили систему классификации общей двигательной функции (СКОДФ) в качестве улучшения по сравнению с предыдущей грубой оценкой ограничения как легкой, умеренной или тяжелой степени. Ограничение СКОДФ оценивается на основе наблюдаемого владения конкретными базовыми навыками передвижения, такими как сидение, стояние и ходьба, и принимает во внимание уровень зависимости от вспомогательных средств, таких как инвалидные коляски или ходунки. СКОДФ была дополнительно пересмотрена и расширена в 2007 году.

Детский церебральный паралич в наше время определяется как «группа постоянных нарушений развития движений и осанки, вызывающих ограничение активности, которые связаны с непрогрессирующими нарушениями, возникшими в развивающемся мозге плода или младенца». Обычно считается, что

мышечные сокращения у людей с церебральным параличом возникают из-за чрезмерной активности.

Детский церебральный паралич характеризуется аномальным мышечным тонусом, рефлексамии или двигательным развитием и координацией. Неврологическое поражение является первичным и постоянным, тогда как ортопедические проявления являются вторичными и прогрессирующими. При церебральном параличе неравномерный рост мышечно-сухожильных единиц и кости в конечном итоге приводит к деформации костей и суставов. Деформации в целом и статические деформации в частности (контрактуры суставов) вызывают нарастающие трудности походки в виде походки на цыпочках из-за напряжения ахиллова сухожилия и ножницеобразной походки из-за напряжения приводящих мышц бедра. Эти модели походки являются одними из наиболее распространенных нарушений походки у детей с церебральным параличом. Однако ортопедические проявления ДЦП разнообразны. Кроме того, среди детей, способных ходить, распространена походка с приседанием (походка с чрезмерным сгибанием колена). Последствия церебрального паралича относятся к континууму моторных дисфункций, которые могут варьироваться от легкой неуклюжести на легком конце спектра до нарушений настолько серьезных, что они делают практически невозможными скоординированные движения на другом конце спектра. Хотя у большинства людей с ДЦП возникают проблемы с повышенным мышечным тонусом, у некоторых наблюдается нормальный или пониженный мышечный тонус.

Дети, рожденные с тяжелым церебральным параличом, часто имеют неправильную осанку; их тела могут быть либо очень гибкими, либо очень жесткими. Врожденные дефекты, такие как искривление позвоночника, небольшая челюстная кость или маленькая голова, иногда возникают вместе с ДЦП. У детей, рожденных с церебральным параличом, симптомы проявляются не сразу. Классически ДЦП становится очевидным, когда ребенок достигает стадии развития в возрасте от 6 до 9 месяцев и начинает дви-

гаться, когда наблюдается преимущественное использование конечностей, асимметрия или задержка крупного моторного развития.

Среди детей с церебральным параличом часто встречается слюнотечение, которое может иметь различные последствия, включая социальное неприятие, нарушение речи, повреждение одежды и книг, а также инфекции полости рта.

У ребенка с церебральным параличом могут возникнуть проблемы с речевой моторикой. Чтобы говорить, мы используем сложную комбинацию мышц лица, горла, шеи и других частей тела. Детский церебральный паралич может поражать часть мозга, отвечающую за речь. У ребенка с церебральным параличом могут возникнуть проблемы с построением предложений или использованием правильных слов. В некоторых случаях ребенок может испытывать трудности с самовыражением. Это может вызвать социальные трудности в более позднем возрасте.

Речевые и языковые расстройства, связанные с церебральным параличом, включают:

Нарушения артикуляции: у пациентов с ДЦП может наблюдаться плохой орально-моторный контроль и мышечная слабость лица и горла. Эти условия влияют на способность ребенка издавать звуки и образовывать слоги.

Нарушения беглости: прерывания, такие как заикание, нарушают течение речи.

Нарушения голоса: неравномерная высота тона, регулировка громкости и качество голоса, затрудняют общение детей.

Дизартрия: нарушение движения мышц языка, губ и голосовых связок, что приводит к невнятной речи и замедлению темпа речи.

Дисфагия: трудности с глотанием или перевариванием пищи, вызывающие слюнотечение, кашель, рвотные позывы и срыгивание.

Афазия: повреждение части мозга, которая влияет на язык и речь. Это затрудняет речь, понимание общения, чтение и письмо.

Рецептивная борьба: проблемы с обработкой и пониманием языка затрудняют извлечение смысла из языка и общения.

Экспрессивные расстройства: трудности с подбором слов для передачи идей.

В среднем 55,5% людей с церебральным параличом испытывают симптомы нижних мочевыводящих путей, чаще проблемы с чрезмерным накоплением, чем проблемы с мочеиспусканием. Те, у кого проблемы с мочеиспусканием и гиперактивность тазового дна, могут ухудшаться во взрослом возрасте и испытывать дисфункцию верхних мочевыводящих путей.

ДЦП классифицируется по типам двигательных нарушений конечностей или органов, а также по ограничениям деятельности, которую может выполнять больной человек. Расширенная и пересмотренная система классификации функций крупной моторики и система классификации мануальных способностей используются для описания подвижности и ловкости рук у людей с церебральным параличом.

Различают три основные классификации ДЦП по двигательным нарушениям: спастические, атаксические и дискинетические. Кроме того, существует смешанный тип, который показывает сочетание признаков других типов. Эти классификации отражают области мозга, которые повреждены.

Церебральный паралич также классифицируется по топографическому распределению мышечной спастичности. Этот метод классифицирует детей как диплегических (двустороннее поражение с вовлечением ног больше, чем поражение рук), гемиплегию (одностороннее поражение) или квадриплегию (двустороннее поражение с поражением рук, равным или большим, чем поражение ног).

Спастическая тетраплегия – одна из самых тяжёлых форм ДЦП, являющаяся следствием аномалий развития головного мозга, внутриутробных инфекций и перинатальной гипоксии с диффузным повреждением полушарий головного мозга. У 50% детей наблюдаются эпилептические приступы. Для данной формы характерно раннее формирование контрактур, деформаций туловища и конечностей. Почти в половине случаев двигательные расстройства сопровождаются патологией черепных нервов: косоглазием, атрофией зрительных нервов, нарушениями слуха, псевдобульбарными расстройствами. Довольно часто у детей отмечают микроцефалию, которая, ра-

зумеется, носит вторичный характер. Тяжёлый двигательный дефект рук и отсутствие мотивации исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность.

Спастическая диплегия – наиболее распространённая разновидность церебрального паралича (3/4 всех спастических форм), известная ранее также под названием «болезнь Литтла». Нарушается функция мышц с обеих сторон, причём в большей степени ног, чем рук и лица. Для спастической диплегии характерно раннее формирование контрактур, деформаций позвоночника и суставов. Преимущественно диагностируется у детей, родившихся недоношенными (последствия внутрижелудочковых кровоизлияний, перивентрикулярной лейкомаляции, других факторов). При этой форме, как правило, наблюдается тетраплегия (тетрапарез), с мышечной спастикой заметно преобладающей в ногах. Наиболее распространённые проявления – задержка психического и речевого развития, наличие элементов псевдобульбарного синдрома, дизартрия и т. п. Часто встречается патология черепных нервов: сходящееся косоглазие, атрофия зрительных нервов, нарушение слуха, нарушение речи в виде задержки её развития, умеренное снижение интеллекта.

Гемиплегическая форма – характеризуется односторонним спастическим гемипарезом. Рука, как правило, страдает больше, чем нога. Причиной у недоношенных детей является перивентрикулярный (околожелудочковый) геморрагический инфаркт, и врождённая церебральная аномалия, ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние в одном из полушарий (чаще в бассейне левой средней мозговой артерии) у доношенных детей. Дети с гемипарезами овладевают возрастными навыками позже, чем здоровые. Поэтому уровень социальной адаптации, как правило, определяется не степенью двигательного дефекта, а интеллектуальными возможностями ребёнка. Клинически характеризуется развитием спастического гемипареза (походка по типу Вернике-Манна, но без циркумдукции ноги), задержкой психического и речевого развития. Иногда проявляется монопарезом.

Дискинетическая форма – одной из самых частых причин данной формы является перенесённая гемолитическая болезнь новорождённых, которая сопровождалась развитием «ядерной» желтухи. Также причиной является *status marmoratus* базальных ганглиев у доношенных детей. При этой форме, как правило, повреждаются структуры экстрапирамидной системы и слухового анализатора. Характеризуется непроизвольными движениями (гиперкинезами), повышением мышечного тонуса, одновременно с которыми могут быть параличи и парезы. Речевые нарушения наблюдаются чаще в форме гиперкинетической дизартрии. Интеллект развивается в основном удовлетворительно. Отсутствует правильная установка туловища и конечностей. У большинства детей отмечается сохранение интеллектуальных функций, что прогностично благоприятно в отношении социальной адаптации, обучения. Дети с хорошим интеллектом заканчивают школу, средние специальные и высшие учебные заведения, адаптируются к определённой трудовой деятельности. Выделяются атетоидный и дистонический (с развитием хореи, торсионных спазмов) варианты данной формы ДЦП.

Атаксическая форма – характеризуется низким тонусом мышц, атаксией и высокими сухожильными и периостальными рефлексам. Наблюдается при преобладающем повреждении мозжечка, лобно-мосто-мозжечкового пути и, вероятно, лобных долей вследствие родовой травмы, гипоксически-ишемического фактора. Клинически характеризуется классическим симптомокомплексом (мышечная гипотония, атаксия) и различными симптомами мозжечковой асинергии (*дисметрия, интен-*

ционный тремор, дизартрия). При этой форме ДЦП может быть задержка развития интеллекта в редких случаях.

Смешанные формы – несмотря на возможность диффузного повреждения всех двигательных систем головного мозга (пирамидной, экстрапирамидной и мозжечковой), вышеупомянутые клинические симптомокомплексы позволяют в подавляющем большинстве случаев диагностировать конкретную форму ДЦП. Последнее положение важно в составлении реабилитационной карты больного. Часто сочетание спастической и дискинетической (при сочетанном выраженном поражении экстрапирамидной системы) форм, отмечается и наличие гемиплегии на фоне спастической диплегии (при асимметричных кистозных очагах в белом веществе головного мозга, как последствие перивентрикулярной лейкомаляции у недоношенных).

Актуальность проблемы. Данная патология является многофакторным заболеванием и несмотря на достаточно долгое изучение нет единого мнения о преимущественном влиянии ДЦП на социализацию и развитие детей. Также существует проблема ранней диагностики и начала лечебных мероприятий, что в свою очередь во многом определяет течение заболевания.

Научная новизна проблемы. В данной работе рассмотрены возможные причины развития ДЦП, что позволяет классифицировать болезнь по проявлениям и, возможно, предотвратить его появление.

Практическая значимость проблемы. Важное значение в современном обществе уделяется социализации детей с ДЦП, изучение данной проблемы поможет лучше ознакомиться с данной болезнью и, соответственно, лучше понять как принимать особенных людей в своем окружении.

Литературы:

1. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. "Cerebral Palsy: Hope Through Research". July 2013.
2. Oskoui, M; Coutinho, F; Dykeman, J; Jetté, N; Pringsheim, T. "An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis". 2013.
3. Журнал «Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения». Что такое детский церебральный паралич (ДЦП). 2009.
4. Хольц Ренате. Помощь детям с церебральным параличом. 2007.
5. Цукер М. Б., Детские церебральные параличи. 1965.

E-mail: 2689460251@qq.com

Рецензент: док. фил. по пед., доц. Н.Т. Гусейнова

Redaksiyaya daxil olub: 25.11.2022.