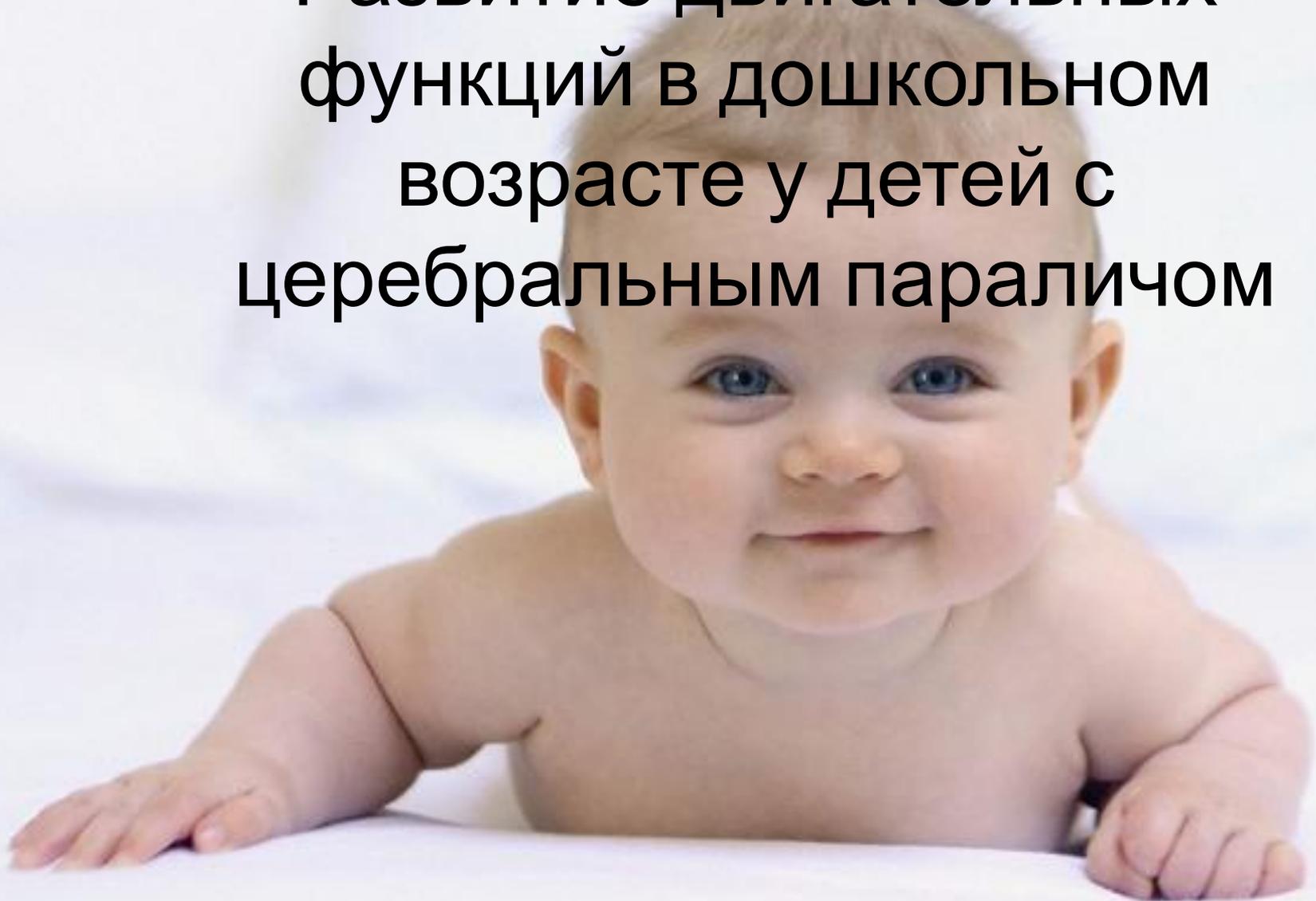


**Развитие двигательных
функций в дошкольном
возрасте у детей с
церебральным параличом**



Содержание:

1. Характеристика ДЦП, особенности двигательных возможностей детей с ДЦП.
2. Причины и механизмы нарушений развития двигательных функций.
3. Формы физических отклонений у детей с ДЦП.
 - Нарушения стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности;
 - Нарушения мышечного тонуса, ограничение или невозможность произвольных движений, наличие насильственных движений;
 - Нарушения равновесия и координации;
 - Нарушения ощущений движений (кинестезии), недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов, синкинезия, патологические тонические рефлекссы.
4. Степень выраженности двигательных нарушений.

Детский церебральный паралич

Термин, объединяющий группу хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям и/или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном периоде. Отмечается ложное прогрессирование по мере роста ребёнка. ДЦП не является наследственным заболеванием.

К. Vobath и В. Vobath подразделяют ЦП на следующие формы:

- 1 .Диплегия спастическая.
- 2.Тетраплегия (тетрапарез):
 - 2.1. Спастическая.
 - 2.2. Атетоидная, в эту группу авторы относят и смешанные формы:
 - спастичность с атетозом или хореоатетозом,
 - спастичность с атаксией,
 - атетоз с атаксией.
 - 2.3. Дистоническая.
- 3.Гемиплегия спастическая.
- 4.Моноплегия спастическая.
- 5. Параплегия спастическая.

По мнению К. Vobath и В. Vobath, трудности классификации ЦП обусловлены:

- отсутствием четкой корреляции между клинической картиной, анамнестическими, морфологическими, лабораторными данными;
- многофакторной этиологией ДЦП - строгая зависимость между определенным типом патологии и вызвавшей его причиной отсутствуют, поэтому положить этиологический фактор в основу классификации невозможно;
- нецелесообразностью деления церебральных параличей на формы с пирамидным и экстрапирамидным мышечным тонусом, так как современные достижения нейрофизиологии показали незначительную роль пирамидного пути в регуляции мышечного тонуса, которая осуществляется, главным образом, за счет экстрапирамидной системы.

Классификация форм ДЦП К.А. Семеновой:

- **1.Спастическая диплегия (болезнь Литтла)**
Наиболее часто встречающаяся форма (50%). Имеет место двустороннее, иногда асимметричное поражение или недоразвитие центрального двигательного нейрона. Двигательные нарушения-тетрапарез (поражены руки и ноги), нижние конечности поражены в значительно большей степени.
Основной признак - повышение мышечного тонуса в конечностях с ограничением силы и объема движений в сочетании с сохраняющимися тоническими рефлексамии.
Тяжесть речевых, психических и двигательных расстройств варьируется в широких пределах, это связано с временем и силой воздействия вредных факторов.

2. Двойная гемиплегия

- Самая тяжелая форма ДЦП. Тотальное поражение мозга, прежде всего больших полушарий. Двигательные расстройства выражены в равной степени в руках и ногах, либо руки поражены сильнее. Клинические проявления - преобладание ригидности мышц, усиливающейся под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов.

3. Гемипаретическая форма ДЦП

- Она характеризуется односторонним поражением одноименных (левых или правых) конечностей (руки и ноги). Имеет место поражение преимущественно одного полушария, его корковых отделов и ближайших подкорковых ядер. Нарушение корковых функций одного из полушарий проявляется в виде гемипареза.

Эти дети обучаемы.

4. Гиперкинетическая форма ДЦП

- Наблюдается у 20-25% больных. Эта форма связана с поражениями подкорковых отделов мозга. Двигательные расстройства проявляются в виде непроизвольных насильственных движений - гиперкинезов. Гиперкинезы возникают непроизвольно, усиливаются при волнении, а также при утомлении и при попытках выполнения любого двигательного акта. В 60-70% случаев дети обучаются самостоятельно ходить, однако произвольная двигательная активность, особенно тонкая моторика, в значительной степени нарушены.

5. Атонически-астатическая форма ДЦП

- Имеет место поражение мозжечка и лобных отделов мозга.
Двигательная патология: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несоизмерность, чрезмерность движений).

Причины возникновения ДЦП у детей, психофизиологические особенности детей с ДЦП:

- внутриутробное повреждение , недоразвитие мозга;
- различные хронические заболевания будущей матери;
- перенесенные ею инфекционные;
- особенно вирусные заболевания;
- интоксикации, несовместимость матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности и др.;
- недоношенность или перекошенность плода;
- акушерский травматизм;
- затяжные роды с обвитием пуповины вокруг шейки плода, что приводит к повреждению нервных клеток головного мозга ребенка в связи с недостатком кислорода;
- рождения в результате инфекционных болезней, осложняющихся энцефалитом (воспалением мозгового вещества), после тяжелых ушибов головы. ДЦП, как правило, не является наследственным заболеванием.

Специфика двигательного развития детей с ЦП:

Нарушения мышечного тонуса.

Нарушение ощущений движений.

Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи).

Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов.

Наличие насильственных движений

Синкинезии.

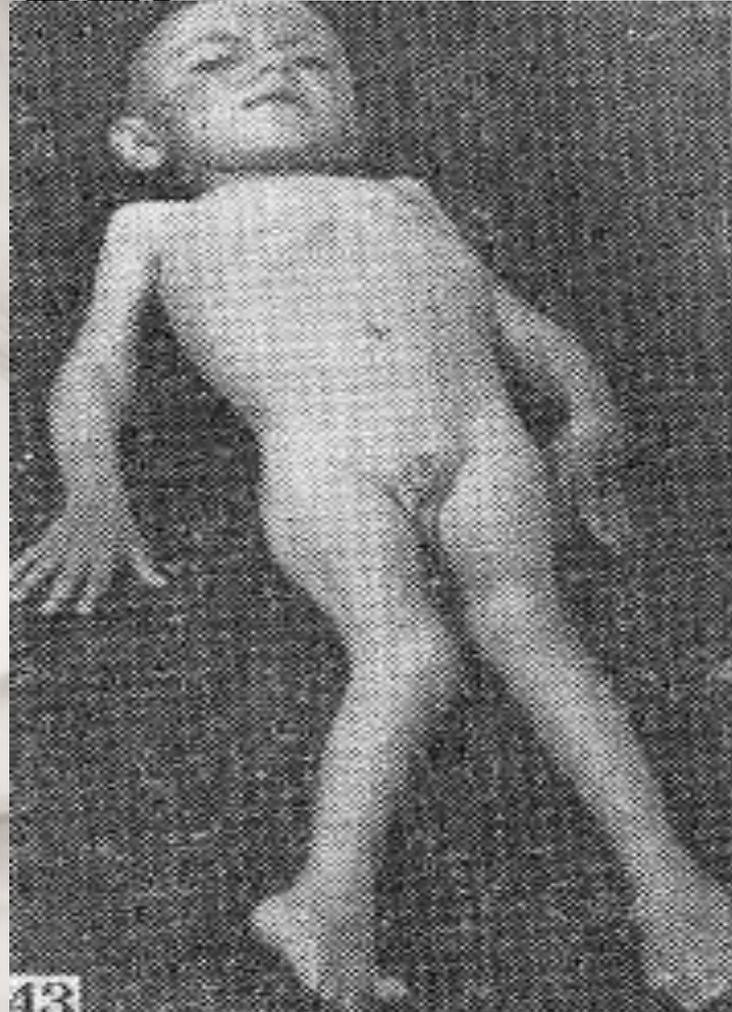
Нарушения равновесия и координации движений.

Наличие патологических тонических рефлексов.

- У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируются функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития при ДЦП широко варьируются.



Нарушения мышечного тонуса.



Ригидность



- это напряжение тонуса мышц-антагонистов и агонистов, при котором нарушается плавность и слаженность мышечного взаимодействия. Это происходит при тяжелом поражении экстрапирамидной (подкорковой) системы.

- При **ГИПОТОНИИ** (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. При этом отмечаем нарушение статики, несоразмерность движений, походка с покачиванием и потерей равновесия; ребенок сидит согнувшись, не удерживается в вертикальном положении.





- При нарушении регуляции мышечного тонуса со стороны подкорковых структур возникает **ДИСТОНИЯ** — меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством. В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает. В результате этого движение может оказаться **невозможным.**

Наличие насильственных движений

- **Гиперкинез** - это непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных двигательных актов:
 - **Хореический** (хореиформный) гиперкинез характеризуется непроизвольными быстрыми, размахистыми, неритмичными движениями, возникающими в разных частях тела.
 - **Атетoidный** гиперкинез характеризуется медленными, вычурными, червеобразными движениями с переразгибанием пальцев.
 - **Тремор** - дрожание конечностей (особенно пальцев рук и языка). Тремор проявляется при целенаправленных движениях (например, при письме).

Нарушения равновесия и координации движений

- Наблюдается туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения равновесия проявляются при открытых и закрытых глазах. Дети ходят пошатываясь, отклоняясь в сторону, на широко расставленных ногах.



Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных (статокинетических) рефлексов



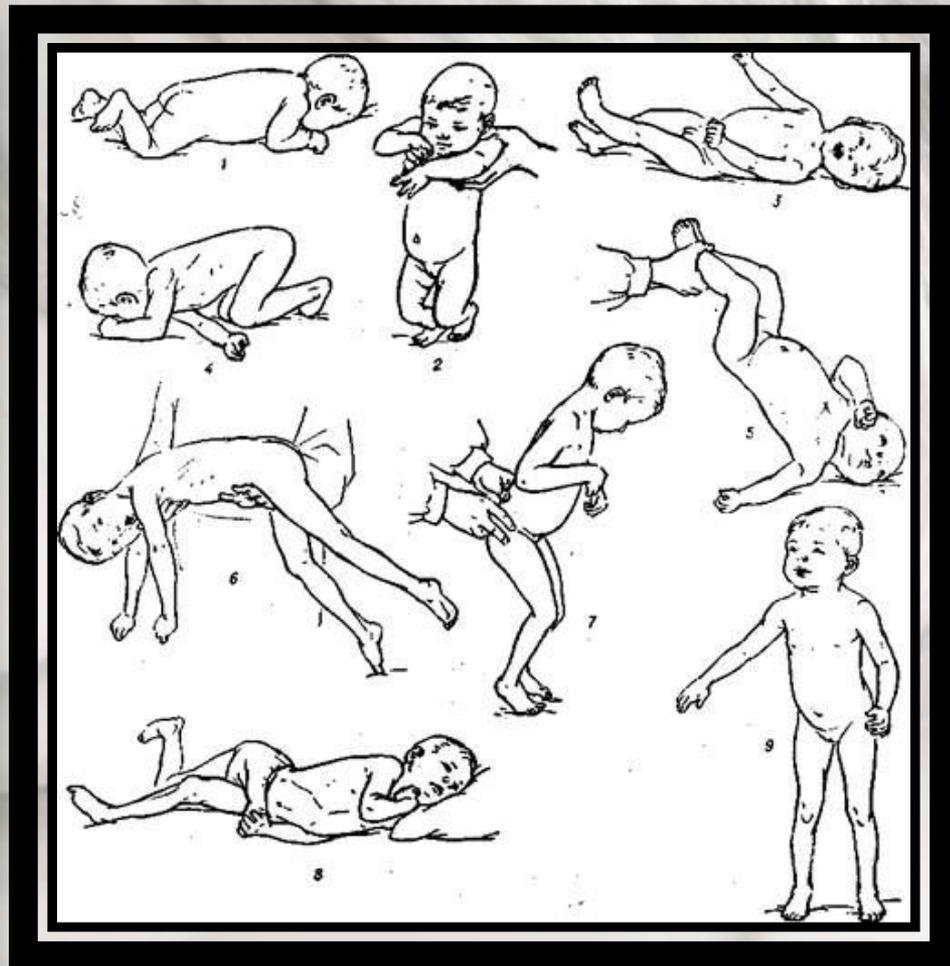
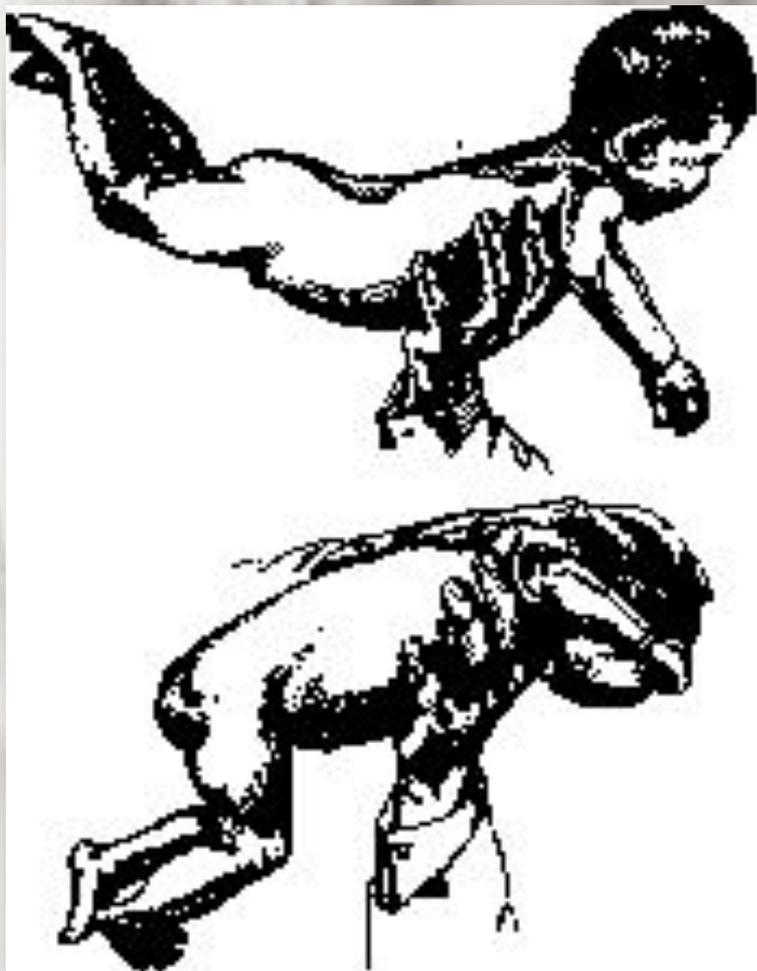
- Статокинетические рефлексы (установочный лабиринтный рефлекс с головы на шею, рефлекс Ландау, установочный цепной шейный асимметричный рефлекс и др.) обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

Синкинезии

- это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных произвольных движений:
- **Имитационные синкинезии** чаще всего проявляются при гемипарезах, когда ребенок выполняет движения здоровой рукой вместо попытки действовать пораженной; или при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки.
- **Координационные синкинезии** возникают тогда, когда больной не может выполнять отдельное движение изолированно, а только как часть более сложного двигательного акта.



Наличие патологических тонических рефлексов



- Среди позотонических рефлексов в оценке структуры дефекта у детей с церебральным параличом важнейшее значение имеют следующие:
- Лабиринтный тонический рефлекс (ЛТР) зависит от положения головы в пространстве и проявляется в двух положениях: на спине и на животе. ЛТР у детей с церебральным параличом проявляется в повышении тонуса мышц-разгибателей, когда ребенок лежит на спине, и мышц-сгибателей, когда он лежит на животе.
- Симметричный шейный тонический рефлекс (СШТР) у детей с церебральным параличом проявляется во влиянии движений головы в шейном отделе позвоночника на мышечный тонус конечностей. При сгибании головы повышается тонус мышц-сгибателей верхних и разгибателей нижних конечностей; ребенок наклоняется вперед.
- Асимметричный шейный тонический рефлекс (АШТР). Этот рефлекс имеет особое значение в структуре нарушений у детей с церебральным параличом, так как он отличается значительной стойкостью и препятствует развитию не только произвольной двигательной активности, но и познательной деятельности.

Степень выраженности двигательных нарушений:

- 1. тяжелая степень - ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя.
- 2. средняя степень - дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно, часто при помощи специальных приспособлений. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью, так же как и манипулятивная деятельность.
- 3. легкая степень - дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у детей могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушение походки, движения недостаточно ловкие, замедленные.