Детский церебральный паралич тяжелое заболевание головного мозга, проявляющееся в различных психомоторных нарушениях при ведущем двигательном дефекте.

Термин детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за функциями мышц.

При ДЦП имеет место раннее, обычно внутриутробное повреждение или недоразвитие мозга. Причины этих нарушений могут быть разными:

* различные хронические заболевания будущей матери;
* перенесенные матерью инфекционные, особенно вирусные заболевания, интоксикации;
* несовместимость матери и плода по резусфактору или групповой принадлежности;
* ушиба во время беременности и др.

Предрасполагающими факторами могут быть – недоношенность или переношенность плода.

В отдельных случаях причиной ДЦП могут быть:

* акушерский травматизм;
* затяжные роды с обвитием пуповины вокруг шейки плода, что приводит к повреждению нервных клеток головного мозга ребенка в связи с недостатком кислорода;
* иногда ДЦП возникает после рождения в возрасте до одного года в результате инфекционных болезней, осложняющихся энцефалитом (воспалением мозгового вещества), после тяжелых ушибов головы.

ДЦП, как правило, не является наследственным заболеванием.

*Существует несколько форм ДЦП. В зависимости от повреждения определенных систем мозга возникают различные двигательные нарушения.*

1. Нарушения, определяющиеся в первую очередь **выраженным повышением мышечного тонуса (спастичностью)** в сочетании **со слабостью мышц (паретичностью)**. Это приводит к затруднению или невозможности произвольных движений. Повышение тонуса – бедра у ребенка плотно приведены, голени часто скрещены. Повышение тонуса в мышцах – сгибателях голеней определяет сгибательную установку ног в коленных суставах; в сгибателях предплечья и кисти – сгибание рук в локтевых и лучезапястных суставах, сжимание пальцев в кулак с частым приведением большого пальца руки к ладони.

2. Форма ДЦП – двойная гемиплегия – тяжелой поражение всех четырех конечностей, причем руки поражаются в такой же степени, как и ноги, а иногда и сильнее.

3. Более мягкая степень заболевания – спастическая диплегия – поражаются преимущественно ноги, руки в меньшей степени. Спастическая диплегия иногда описывается как болезнь Литтля (в случаях, когда заболевание связанно с недоношенностью).

4. У немногих детей наблюдается односторонние двигательные нарушения – гемипарезы (чаще – более тяжкое поражение руки).

5. У немногих детей с ДЦП осуществление произвольных движений затрудненно в первую очередь за счет насильственных движений – гиперкинезов.

6. При атонически-астатической форме ДЦП двигательные нарушения определяются недостаточностью координации движений, несформированностью реакций равновесия, наличием низкого тонуса во всех группах мышц, недоразвитием выпрямительных рефлексов (ребенок ходит на широко расставленных ногах, пошатываясь, при попытке захвата предмета движения не точные, несоразмеренные, плохо координированные).

У большинства детей отмечается смешанный характер заболевания с сочетанием различных двигательных расстройств.

Особенностью двигательных нарушений при ДЦП является то, что они существуют с рождения, тесно связанны с сенсорными расстройствами, особенно с недостаточностью ощущений собственных движений.

У детей с ДЦП задержано и нарушено формирование всех двигательных формирований: удержание головы, навыки сидения и стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности.

Таким образом, поражение ЦНС при ДЦП нарушает работу мышечных схем произвольных движений, что и определяет одну из основных трудностей формирования двигательных навыков.

У некоторых детей при резко нарушенном мышечном тонусе отмечается явление апраксии (неумение выполнить целенаправленные практические движения: застегивание пуговиц).

 Слабое оценивание своих движений и затруднение в ходе осуществления действий с предметами, являются причинами недостаточности активного осязания, в том числе узнавание предметов на ощупь (стереогенеза).

У детей с ДЦП в результате поражения двигательной сферы, а также мышечного аппарата глаз согласованные движения руки и глаза развиты не достаточно, особенно если имеет место неправильные установки тела, головы и конечностей (например: голова опущена на грудь, руки и ноги согнуты).

Таким образом, двигательные расстройства у детей с церебральным параличом отрицательно влияют на весь ход его психического развития.

Двигательные нарушения, ограничивающие предметно-практическую деятельность, затрудняющие развитие самостоятельного передвижения и навыков самообслуживания, ставят больного ребенка с первых лет жизни в почти полную зависимость от окружения взрослых. Это способствует формированию у него пассивности, безынициативности, нарушает становление мотивационной сферы. Кроме того, при ДЦП имеют место нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения, интеллекта, речи, зрения и слуха, связанные с ранним органическим поражением головного мозга.

Для большинства детей с церебральным параличом характерна повышенная утомляемость. Дети с трудом сосредотачиваются на задании, быстро становятся вялыми или раздражительными. У некоторых детей в результате утомления возникает двигательное беспокойство: они начинают суетиться, усиленно жестикулировать, гримасничать; у них появляется слюнотечение.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью, обидчивостью, болезненно реагируют на тон голоса, на малейшие замечания, чутко подмечают изменения в настроении окружающих. У них легко возникают реакции недовольства, упрямства и негативизма.

**Важной предпосылкой успешности воспитания детей с ДЦП является совмещение педагогических и лечебных воздействий с учетом не только двигательных, но и осложняющих расстройств.** К числу таких расстройств относятся отмечаемые уже в первые месяцы жизни детей с ДЦП стойкие вегетативно-сосудистые и соматические нарушения: запоры, резкое снижение аппетита, иногда – чрезмерный аппетит, повышенная жажда, периодические повышения температуры без каких-либо соматических заболеваний, усиленная потливость, сосудистые спазмы как реакция на малейшие охлаждения и болезненное раздражение (бледность, похолодание конечностей). Часто отмечаются стойкие расстройства сна в виде нарушений ритма сна, недостаточной его глубины, трудностей засыпания и ночных страхов.

В первые месяцы жизни у большинства детей с церебральным параличом наблюдаются трудности сосания, глотания, привычные срыгивания и рвоты. Все эти нарушения ослабляют организм ребенка, поэтому дети растут слабыми, часто болеют простудными заболеваниями, а по физическому развитию значительно отстают от здоровых сверстников.

Для многих детей с ДЦП уже с первого года жизни характерно нарушение процесса активного восприятия окружающего мира. Ребенок часто не может произвольно повернуть голову, перевести взор на тот или иной предмет, захватить его; у них нарушено развитие первых голосовых реакций, недостаточна их интонационная выразительность, что затрудняет формирование первых коммуникативных реакций. Частыми у детей с ДЦП являются расстройства речи, особенно ее звукопроизносительной стороны, что тесно связано с поражением общей и речевой моторики. Нарушения звукопроизношения проявляются в виде пропусков, искажений и замен звуков, различных нарушений голоса.

При нарушении координации движений ( атонистически-астатическая форма ДЦП ) речь медленная, прерывистая, монотонная. Кроме того, ребенок может слабо или даже неправильно ощущать положение языка и губ, что значительно затрудняет развитие правильного звукопроизношения. Самые тяжелые речевые расстройства имеют место в случае осложнения церебрального паралича дефектами слуха: у 20 – 25% детей с ДЦП снижена острота слуха на одно или оба уха, недостаточно развито различие звуковых частот, особенно высокой тональности. Нарушения слуха чаще всего наблюдаются при гиперкинестической форме ДЦП (гиперкинезы).

Тяжелые нарушения зрения, приводящие к слбовидению и слепоте, встречаются примерно у 10% детей с ДЦП; примерно у 20 – 30 % детей наблюдается косоглазие. Примерно у 20 – 25% детей с ДЦП имеет место умственная отсталость различной степени выраженности, у 20% - эпилептические припадки.

**Ранняя и систематическая коррекция двигательных нарушений, осуществляемая в едином комплексе лечебно-педагогических мероприятий, способствует предупреждению и преодолению многих осложняющих нарушений и выявлению компенсаторных возможностей детского мозга. Особую роль в этом процессе играет физическое воспитание.** Основной задачей физического воспитания детей с ДЦП является развитие и нормализация движений. Неправильное двигательное развитие ребенка с ДЦП начинается с неправильного положения его головы, шеи и спины. Поэтому при развитии двигательных функций у ребенка необходимо, прежде всего осуществлять контроль за положением общих частей тела. Ребенок с церебральным параличом во время бодрствования не должен более 20 минут оставаться в одной и той же позе. Ребенок не должен сидеть в течение длительного времени с опущенной головой, согнутой спиной и согнутыми ногами. В течение дня полезно несколько раз выкладывать его на живот, добиваясь в этом положении разгибания головы, рук, спины и ног. С целью формирования предпосылок произвольных движений у детей первых лет жизни крайне важным является использование специальных приспособлений в виде больших пляжных мячей, валиков, качалок, поручней и так далее.

Ведущую роль в развитии движений у детей с ДЦП играет лечебная гимнастика. С учетом специфики двигательных нарушений при ДЦП лечебная гимнастика имеет следующие основные задачи:

1. Развитие выпрямления и равновесия, то есть так называемого постурального механизма, обеспечивающего правильный контроль головы в пространстве и по отношению к туловищу.
2. Развитие функции руки и предметно-манипулятивной деятельности.
3. Развитие зрительно-моторной координации.
4. Торможение и преодоление неправильных поз и положений.
5. Предупреждение формирования вторичного двигательного стереотипа.

Под влиянием лечебной гимнастики в мышцах ребенка с ДЦП возникают адекватные двигательные ощущения. В процессе лечебной гимнастики нормализуются позы и положения конечностей, снижается мышечный тонус, уменьшаются или преодолеваются насильственные движения. Ребенок начинает правильно ощущать позы и движения, что является мощным стимулом к развитию и совершенствованию его двигательных функций и навыков.

Положительное влияние на развитие двигательных функций оказывает использование комплексных афферентных стимулов: зрительных (большинство упражнений проводится перед зеркалом), тактильных (поглаживание конечностей; опора ног и рук на поверхность, покрытую различными видами материи, что усиливает тактильные ощущения; ходьба босиком по песку и так далее), проприоцептивных (специальные упражнения с сопротивлением, чередование упражнений с открытыми и закрытыми глазами). При выполнении упражнений широко используются звуковые и речевые стимулы. Многие упражнения, особенно при наличие насильственных движений, полезно проводить под музыку. Особо важное значение имеет четкая речевая инструкция, которая нормализует психическую деятельность ребенка, развивает целенаправленность, улучшает понимание речи, обогащает словарь. Таким путем у ребенка формируются различные связи с двигательным анализатором, что является мощным фактором всего психического развития.

**В настоящее время для формирования правильной осанки, развития тазового пояса и нижних конечностей придается плаванию.** Во время плавания уменьшается давление веса тела на опорно-двигательный аппарат и на неокрепший позвоночник ребенка; ритмичные движения ног, создают благоприятные условия для формирования и укрепления опоры нижних конечностей, а динамическая работа ног в безопорном положении способствует развитию стопы и предупреждает плоскостопие. При повышенной склонности к судорожным припадкам обучение плаванию противопоказано.

**Важное значение для развития и нормализации движений у детей с ДЦП имеет проведение физических упражнений в воде – гидрокинезотерапия**. Особенно полезна лечебная гимнастика в воде в период начального формирования активных движений. С помощью водолечения нормализуются процессы возбуждения и торможения, снижается мышечный тонус, улучшается кровоснабжение органов и тканей. Обычно лечебные ванны сочетаются с пассивными и активными движениями.

**Широко используется лечебный массаж для развития движений детей с ДЦП.** Под влиянием массажа с кожи по нервным путям идут потоки импульсов в центральную нервную систему, особенно в двигательные зоны КГМ, что стимулирует их функционирование и созревание. Чем младше ребенок, тем большее значение для стимулирования его нервно-психической деятельности имеет тактильный раздражитель. Массаж оказывает разностороннее воздействие на организм ребенка. Он нормализует работу нервной системы, ускоряет ток лимфы, способствуя таким путем более быстрому освобождению тканей от продуктов обмена, то есть отдыху мышц, улучшает кровоснабжение мышц, замедляет их атрофию. Приемы массажа зависят от форм ДЦП и состояния отдельных групп мышц.

Дети с церебральным параличом отличаются повышенной восприимчивостью к простудным и инфекционным заболеваниям, особенно к болезням верхних дыхательных путей. Это связано как с общим снижением реактивности организма в связи с поражением ЦНС, так и с малой двигательной активностью ребенка, а также с частыми нарушениями дыхательной функции. **Для укрепления здоровья важное значение имеет закаливание организма ребенка с ДЦП, которое необходимо начинать с самого раннего возраста**. Выбор способа закаливания зависит от тяжести заболевания, возраста, индивидуальных особенностей ребенка. Закаливание детей в первые годы жизни, а детей с тяжелыми формами заболевания и в последующие годы осуществляется главным образом в процессе повседневного ухода.

**Физическое воспитание детей с церебральным параличом основывается на теоретической концепции поэтапного формирования двигательных функций как у здорового ребенка, так и у ребенка с ДЦП.**

**В ходе физического воспитания следует учитывать не только качественные особенности двигательных нарушений, возраст ребенка, но в первую очередь – уровень его моторного развития, учет психологических особенностей ребенка.**

План:

1. Понятие ДЦП.
2. Основные причины ДЦП.
3. Основные формы ДЦП.
4. Характерологические особенности детей с ДЦП.
5. Физическое воспитание – как метод коррекции развития детей с ДЦП.

Литература:

1. Акош Кароли, Акош Магда, 1994 год Москва «Улисс».
2. Мастюкова Е.М. 1991 год Москва «Просвещение».