



8. Машин В. Вл., Машин В. В. Этиопатогенез, клиника, классификация, диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника / В. Вл. Машин, В. В. Машин, Л. А. Белова, Т. К. Куликова, А. И. Мидленко // учебное пособие / сост.: – Ульяновск : УлГУ, 2010. – 115 с.
9. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. – Видавництво НУФВСУ "Олімпійська література", 2005
10. Насонов Е.Л. Достижения ревматологии в XXI веке. Научно-практическая ревматология. 2014; 2(52): 133–140.
11. Попов С.Н. Физическая реабилитация / Под общей ред. С.Н. Попова. Изд. 3-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 361 с.
12. Lutsyk, A.A, Shmidt, I.R. & Peganova, M.A. (1998), Grudnoy osteokhondroz: monografiya [Thoracic osteochondrosis: monograph], Novosibirsk.
13. Prodan A.I., Radchenko V.A. & Korzh N.A. (2007), Degenerativnye zabolvaniya pozvonochnika : monografiya [Degenerative diseases of the spine: monograph], Kharkov.
14. Yepifanov, V.A., Rolik, I.S. & Yepifanov, A.V. (2002), Osteokhondroz pozvonochnika (diagnostika, klinika, lechenie): monografiya [Osteochondrosis of the spine (diagnosis, clinic, treatment): monograph], Moscow.

**Шевченко Д.С.,
Копитіна Я.М.**

**Shevchenko D.S.,
Kopytina Ya.M.**

CLASSIFICATION OF FORMS OF CEREBRAL PALSY AND ITS EARLY DIAGNOSIS

The article highlights modern approaches to the classification of forms of cerebral palsy and their early diagnosis. The issue of age norms of motor and psycho-linguistic development of children under one year of age is considered.

Key words: cerebral palsy, classification of forms of cerebral palsy, early diagnosis of cerebral palsy.

КЛАСИФІКАЦІЯ ФОРМ ДЦП ТА ЙОГО РАННЯ ДІАГНОСТИКА

У статті висвітлено сучасні підходи до класифікації форм ДЦП та до їх ранньої діагностики. Розглянуто питання про вікові норми рухового та психомовного розвитку дітей віком до одного року.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, класифікація форм дитячого церебрального паралічу, рання діагностика дитячого церебрального паралічу.

Актуальність проблеми. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – одне з найрозповсюдженіших сучасних дитячих неврологічних захворювань. В Україні на 1000 новонароджених дітей приблизно 6 немовлят страждають на цей недуг, а близько 10% населення мають легкі, недостатні для постановки діагнозу його форми.



З урахуванням розповсюдженості даного захворювання, важкості його наслідків і тенденції до зростання захворюваності на ДЦП є актуальним розбір питань класифікації його форм і ранньої його діагностики.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це органічне пошкодження головного мозку, що виникає в період внутрішньоутробного розвитку, під час пологів або в ранній післяпологовий період, яке супроводжується руховими і психічними розладами, а також порушенням мови [2; 3].

Зв'язок роботи з науковими темами, планами. Дослідження виконано згідно з колективною науково-дослідною темою кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка на 2020–2025 рр. «Теоретико-методологічні і організаційно-методичні проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації, ерготерапії та спеціальної освіти» (номер державної реєстрації 0120U100803).

Мета дослідження – проаналізувати особливості класифікації форм ДЦП та його ранньої діагностики.

Методи дослідження – аналіз доступних наукових літературних джерел.

Рухові розлади у осіб із ДЦП спостерігаються у 100% хворих, мовні – у 75%, а психічні – у 50% дітей.

Рухові розлади проявляються у формі парезів, паралічів, вимушених неконтрольованих рухів. Найтяжчі наслідки мають порушення регулювання тону у формі спастичності, ригідності, гіпотонії, дистонії. Такі порушення тісно пов'язані із затримкою патологічних тонічних рефлексів і слабкою сформованістю ланцюгових настановчих випрямних рефлексів. На основі цих порушень формуються вторинні зміни в м'язах, кістках і суглобах (контрактури і деформації) [1; 3].

Мовні розлади характеризуються лексичними, граматичними і фонетико-фонематичними порушеннями.

Психічні розлади проявляються як затримка психічного розвитку або розумова відсталість. Крім того, часто спостерігаються зміни зору, слуху, вегетативно-судинні розлади, судомні прояви тощо. Рухові, мовні і психічні порушення можуть бути різного ступеня прояву – від мінімальних до максимальних [3].

Виділяють близько 400 факторів, що можуть призвести до виникнення ДЦП, серед яких ключову роль відіграють асфіксія і, як наслідок, гіпоксія головного мозку, порушення мозкового кровообігу та черепно-мозкові травми в передпологовий, пологовий і ранній післяпологовий період. Недоношеність є фактором, що також суттєво підвищує ризик захворювання на ДЦП.

До інших травмуючих факторів відносять інфекційні хвороби, що вражають як плід, так і матір, високий рівень радіації, хімічні отруєння тощо [3].

Для того, щоб правильно організувати лікування і підібрати ефективний комплекс фізіотерапевтичних і медикаментозних заходів необхідно своєчасно



діагностувати захворювання і визначити конкретну його форму і цій меті слугує класифікація форм ДЦП.

Відповідно до міжнародної класифікації (МКБ 10) виділяють наступні форми ДЦП:

1. G80.0. Спастичний церебральний параліч;
2. G80.1. Спастична діплегія;
3. G80.2. Геміплегія;
4. G80.3. Дискінетичний ДЦП;
5. G80.4. Атаксична форма;
6. G80.8. Інша форма ДЦП;
7. G80.9. Неуточнена форма ДЦП [3].

Європейська клінічна класифікація ДЦП виділяє:

- Спастичний параліч: Однобічний (геміплегія), двубічний (диплегія, квадролегія);
- Дискінетичний: дистонічний, хореоатетозний;
- Атаксичний [3].

У нашій країні користуються класифікацією, що була розроблена К.А. Семьонову (1972 р).

Згідно до її класифікації виділяють такі форми ДЦП:

- Спастична диплегія;
- Подвійна геміплегія;
- Гіперкінетична форма;
- Геміпаретична форма;
- Атонічно-астатична форма;
- Змішана форма [3].

Спастична диплегія найбільш розповсюджена форма ДЦП. Зазвичай це тетрапарез, але нижні кінцівки вражаються сильніше. Це прогностично сприятлива форма у плані подолання мовних і розумових розладів, але менш сприятлива у плані подолання рухових порушень. Близько 20% дітей з цією формою ДЦП можуть самостійно пересуватись, 50% хоча і потребують допомоги, але здатні самостійно себе обслуговувати, писати, здійснювати інші маніпуляції руками.

Подвійна геміплегія – найтяжча форма ДЦП з тотальним ураженням обох півкуль головного мозку. Це також тетрапарез з тяжким пошкодженням як нижніх, так і верхніх кінцівок, але руки вражаються сильніше. Ланцюгові настановчі випрямні рефлекси можуть не розвинути зовсім. Довільна моторика сильно порушена і, як наслідок, діти не можуть сидіти, стояти, ходити. функція рук недорозвинена. Мовні розлади грубі, носять характер анартрії, у 90% розумова відсталість, в 60% судоми, діти не навчабельні. Прогноз лікування рухових, психічних і мовних розладів несприятливий.

Гіперкінетична форма пов'язана з ураженням підкоркових відділів головного мозку. Причиною виникнення цієї форми є білірубінова енцефалопатія внаслідок резус-конфлікту крові матері і плода. Рухові порушення проявляються у вигляді гіперкінезів (примусових рухів, які виникають мимоволі і підсилюються в момент



хвилювання і внаслідок втоми. Довільні рухи розмашисті, дискоординовані, відбувається порушення навичу письма, також спостерігається порушення мови. В 20–25% випадків спостерігається порушення слуху, у 10% випадків можливі судоми. Прогноз лікування залежить від характеру та інтенсивності гіперкінезів.

Геміпаретична форма супроводжується ураженням кінцівок з одного боку. Дана форма ДЦП пов'язана з пошкодженням однієї з півкуль головного мозку (при правосторонньому геміпарезі пошкоджується ліва півкуля, а при лівосторонньому – права).

Прогноз рухового розвитку при адекватному лікуванні сприятливий. Діти пересуваються самостійно, навчальність залежить від ступеню і характеру психічних і мовних розладів.

Атонічно-астатична форма виникає при порушенні функцій мозочка. При цій формі ДЦП спостерігається знижений м'язовий тонус, порушення рівноваги у покої та при ходьбі, порушення координації рухів. Порушуються навички з самообслуговування, письма. Відмічаються психічні та мовні розлади різного ступеню тяжкості [3].

Для ефективності лікування ДЦП критичного значення набуває негайність постановки правильного діагнозу. Дане захворювання характеризується тим, що найбільш ефективними є фізіотерапевтичні та медикаментозні заходи, що впроваджують у перші 2 роки життя дитини. Чим старша дитина, тим складніше досягти прогресу в лікуванні і акценти фізичної терапії таких дітей зміщуються в бік їх адаптації та пристосування і полегшення перебігу захворювання.

Ранніми проявами ДЦП являються: затримка рухового і психо-мовного розвитку; відсутність або затримка редукції вроджених і тонічних рефлексів, а також затримка формування настановчих рефлексів, порушення м'язового тону, підвищення сухожильних рефлексів, поява патологічних постав та синкінезій [2; 4].

Рання клініко-неврологічна діагностика ДЦП спирається на знання лікарем послідовності етапів нервово-психічного і рухового розвитку дитини першого року життя.

В 1 місяць – дитина намагається утримувати голову, фіксувати погляд. Спостерігаються виражені вродженні рефлекси.

В 2 місяці – нетривало утримує голову в положенні лежачі на животі та у вертикальному положенні, фіксує погляд, гулить, спостерігається фізіологічна астазія-абазія.

В 3 місяці – тримає голову, відстежує предмет, послаблюється хапальний рефлекс, намагається довільно утримувати іграшку, яку йому вклали в ручку, в положенні на животі спирається на передпліччя.

В 4 місяці – повертає голову на звук, тягнеться до іграшки і бере її до рук, перевертається на бік, сідає і утримується у цьому положенні, якщо його притримують за руки, вимовляє голосні звуки.



В 5–6 місяців – сидить з підтримкою за одну руку або нетривало самостійно, перевертається зі спини на бік і живіт, розрізняє знайомі обличчя, починає вимовляти перші склади.

В 7–8 місяців – самостійно сидить, стоїть на каблуках, намагається стояти біля опори.

В 9–10 місяців – встає на коліна з підтримкою, стоїть і намагається пересуватись біля опори, нетривало стоїть самостійно, намагається вимовляти перші слова.

В 11–12 місяців – ходить з підтримкою за одну руку і намагається ходити самостійно, виконує прості інструкції, говорить декілька слів, намагається самостійно їсти ложкою [1; 2; 4].

Оцінка ступеню затримки моторного і психо-мовного розвитку: до трьох місяців – легка; 3–6 місяців – середньоважка; понад 6 місяців – важка.

При недоношеності до вказаних строків додається кількість місяців недоношеності, а якщо дитина у віці від року до двох років, то половина терміну недоношеності.

Для рухового розвитку дитини характерна визначена послідовність згасання безумовних вроджених рефлексів та формування настановчих спрямлюючих рефлексів і удосконалення реакцій рівноваги.

Однією з ранніх ознак ДЦП є порушення своєчасної редукації (в 2 місяці у доношених і в 3–4 місяці у недоношених) безумовних рефлексів долонно-ротового, хоботкового, Моро, рефлекса опори і автоматичної ходи, позотонічних реакцій (лабіринтного, а також шийних тонічних – асиметричного і симетричного рефлексів).

Паралельно з процесом згасання безумовних рефлексів вже з першого місяця життя формуються настановчі рефлекси (лабіринтні настановчі, ланцюгові шийні настановчі та ін), які забезпечують повороти і спрямлення тулуба і які продовжують удосконалюватись до 10–15 місяців [2; 4].

У хворих на ДЦП тонічні рефлекси можуть зберігатись на все життя, що гальмує формування настановчих рефлексів, довільної рухової активності, реакцій рівноваги і призводить до формування патологічного пізнього стеріотипу [3].

Ще однією ранньою ознакою ДЦП, що формується є порушення м'язового тону. Гіпертонус, що зберігається після чотирьох місяців та асиметрична поза спостерігаються після перенесених перинатальних пошкоджень центральної нервової системи (ЦНС). Такі стани свідчать про загрозу розвитку ДЦП, а саме його спастичних форм.

Поза «розпластаного жабиняти» відмічається при дифузній м'язовій гіпотонії у недоношених дітей, при спадкових захворюваннях, перинатальних пошкодженнях ЦНС. Така поза свідчить про загрозу розвитку атонічно-астатичної форми ДЦП [2; 3; 4].

Висновки. Для того, щоб підвищити ефективність лікування дітей хворих на ДЦП і запобігти розвитку можливих у них ускладнень та знизити рівень їх можливої інвалідизації першочергового значення набуває швидкість постановки правильного діагнозу і підбір правильного фізіотерапевтичного і медикаментозного лікувального комплексу у відповідності до форми захворювання. Тому необхідно своєчасно проводити діагностичні заходи. Зачасту діагностувати ДЦП є можливість ще під час



перебування дитини у пологовому віділенні. Чим раніше буде поставлено правильний діагноз і розпочнеться адекватне лікування, тим більша вірогідність мінімізувати тяжкі наслідки захворювання! Необхідно також проводити просвітницьку роботу серед матерів, щоб вони володіли інформацією про вікові норми моторного та психо-мовного розвитку і могли самостійно зафіксувати відхилення у своїх дітей і вчасно звернутись за допомогою до спеціалістів.

Перспектива подальших досліджень вбачаються у розробці програми фізичної терапії для дітей 10–14 років зі спастичною формою ДЦП.

Список використаної літератури:

1. Клиточенко Г. В. и др. Клиника и диагностика детского церебрального паралича // Лекарственный вестник. – 2015. – Т. 9. – №. 1. – С. 21–25.
2. Немкова С. А. Детский церебральный паралич: ранняя диагностика и восстановительное лечение // Лечащий врач. – 2016. – №. 5. – С. 24–24.
3. Немкова С. А. и др. Детский церебральный паралич // Медицинская сестра. – 2017. – Т. 7. – С. 32–37.
4. Немкова С. А. Современные принципы комплексной диагностики и реабилитации перинатальных поражений нервной системы и их последствий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117. – №. 3. – С. 40–49.