

Самойлова Е. Я.

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ, ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Студентка кафедры нервных болезней и нейрохирургии Медицинской академии КФУ
Научный руководитель: доцент Мещерякова А. В.

Введение. По современным данным частота встречаемости детского церебрального паралича (ДЦП) в большинстве стран мира варьирует от 2 до 7 случаев на 1000 человек детского населения. В РФ распространенность ДЦП от 2 до 4 случаев на 1000 человек детского населения [1, 2]. По данным МЗ РФ в 2010 году в нашей стране детей с ДЦП в возрасте от 0 до 14 лет было не менее 71 500, а детей в возрасте 15-17 лет около 13 500. К 2016 году количество больных увеличилось на 6,9 %, по сравнению с 2010 годом.

Необходимо отметить, что ДЦП является в большинстве случаев тяжелым инвалидизирующим заболеванием, причем у 20-40% больных степень ограничения жизнедеятельности настолько значительна, что они не способны к самостоятельному передвижению, социально не адаптированы и, в перспективе, нетрудоспособны [4]. Исходя из вышеизложенного особое значение имеет не только длительная медикаментозная терапия и реабилитации детей с диагнозом ДЦП, но и их социальная адаптация. Ведь именно такой комплексный междисциплинарный подход обуславливает перспективы успешной интеграции пациента в различные сферы жизнедеятельности человека [5, 6].

Анализ и обсуждение. Детский церебральный паралич представляет собой полиэтиологическое заболевание, возникающее вследствие повреждения головного мозга в перинатальном, интранатальном и раннем постнатальном периодах. Таким образом, к ДЦП может привести как резус-конфликт, так и механическая травма живота, инфекционные заболевания матери (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирус, вирус простого герпеса и т.д.), а также декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой и эндокринной системы. Важное значение в формировании клинической картины ДЦП может иметь и асфиксия, родовая черепно-мозговая травма плода, а также травматические и инфекционные заболевания нервной системы, интоксикации. Клиническими проявлениями ДЦП являются не только моторные, но и зачастую сенсорные и когнитивные расстройства, нередко в сочетании с эпилептическими припадками [2].

На сегодняшний день выделяют две основные стадии ДЦП: начальная хронически-резидуальная и поздняя (конечная) резидуальная. Начальная стадия проявляется мышечным гипертонусом (при спастических формах) и появлением функциональных контрактур, которые будут препятствовать как активным, так и пассивным движениям. Затем, начальная хронически-резидуальная стадия постепенно переходит в позднюю, характеризующуюся окончательным формированием патологического двигательного стереотипа, появлением органических контрактур и деформациями суставов. Эта стадия продолжает длиться неопределенно долгое время. Необходимо отметить, что наличие контрактур и деформаций будет зависеть от клинической формы ДЦП. Уже на начальной хронически-резидуальной стадии, можно выделить его клинические формы по преобладанию тех или иных неврологических симптомов, что будет иметь существенное значение в разработке методов лечения и реабилитации в каждом конкретном случае заболевания [2, 5].

Выделяют следующие формы детского церебрального паралича по МКБ-10:

- Двойная гемиплегия – G80.0;
- Спастическая диплегия (болезнь Литтла) – G80.1;
- Гемипаретическая форма – G80.2;
- Гиперкинетическая форма – G80.3;
- Атонически-астатическая форма – G80.4;
- Смешанная форма – G80.8;

Клинические проявления форм ДЦП довольно различны:

- Спастическая диплегия (наиболее часто встречающаяся форма), помимо тетрапареза, преобладающего в ногах, характеризуется в 40% случаев поражением черепно-мозговых нервов (нарушение зрения, слуха, псевдобульбарные расстройства). Больные с данной формой в большинстве случаев могут обслуживать себя, трудоспособны, но при этом отмечается недостаточность наглядно-образного мышления. Так же отмечается нарушение речи в виде псевдобульбарной дизартрии.

- При гемипаретической форме (парезы одной стороны тела, преобладающие в верхней конечности) часто наблюдаются синкинезии в виде поднятия пораженной руки вверх при любом физическом напряжении. Отмечаются легкие изменения со стороны лицевого, глазодвигательного и подъязычного нервов. Также происходит нарушение речи, в виде моторной, сенсорной или сенсо-моторной алалии. Умственная деятельность чаще сохранена.

- Гиперкинетическая форма характеризуется наличием гиперкинезов (хореоатетоз, торсионная дистония и т.д.), тугоухости и интеллектуальной недостаточности. При этой форме отмечается нарушение вербального мышления в связи с нарушением речи, наглядно-образное мышление чаще сохранено (дети обладают навыком рисования и конструирования).

- При двойной гемиплегии (одна из самых тяжелых форм ДЦП) пациент с трудом овладевает навыком сидения, стояние и ходьба при этой форме невозможны. У 60% пациентов отмечается патология черепно-мозговых нервов и в 90% случаев выявляются интеллектуальные расстройства.

- Атонически-астатическая форма проявляется в виде мышечной гипотонии, динамической и статической атаксии, мозжечковой дизартрии и, как правило, сохраненным или негрубо нарушенным интеллектом [2, 6].

Для пациентов с ДЦП чаще всего в клинической картине характерно нарушение психического развития, обусловленное сочетанием раннего органического поражения головного мозга с различными двигательными, сенсорными и речевыми дефектами. Механизм нарушений развития психики сложен и определяется временем, степенью и локализацией мозгового повреждения. Важную роль в генезе психических нарушений играют ограничение деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и окружения [8].

Двигательные нарушения, ограничивающие или препятствующие нормальной физической активности, неблагоприятно влияют на развитие когнитивных и психических функций. Исходя из вышеизложенного, необходимо отметить, что реабилитация должна быть комплексной, включая в себя как медикаментозную, так и немедикаментозную терапию (медицинская и социальная реабилитация) [9].

Медицинская реабилитация подразумевает систему медико-биологических мероприятий, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных в результате заболевания функций и профилактику осложнений, развитие навыков самообслуживания и трудовой деятельности. Существует комплекс реабилитационных мероприятий, применяемых у больных с ДЦП, воздействие которых направлено на создание благоприятных условий для восстановления функционально угнетенных участков центральной нервной системы, реализацию ее компенсаторных возможностей. Проведение подобных мероприятий способствует уменьшению спастических явлений, уменьшению проявления судорог и развитию предпосылок к интеллектуальной деятельности. В индивидуальной программе восстановительного лечения детей с ДЦП учитываются мотивация семьи в участии реабилитационного процесса, а также наличие, доступность, уровень оказания медико-социальных услуг в реабилитационных учреждениях [3, 11].

В нашей стране применяются следующие методы восстановительного лечения:

- Медикаментозное лечение;
 - Индивидуальные и групповые занятия лечебной физкультурой;
 - Лечебный массаж;
 - Физиотерапевтическое лечение;
 - Логотерапия;
 - Методы сенсорной коррекции;
- Кинезотерапия – занятия на развивающих и коррекционных тренажерах (тренажер Гросса, беговая дорожка, велотренажеры, динамический параподиум);
 - Бальнеотерапия – принятие лечебных ванн (ароматических и минерализованных с морской солью);
 - Иппотерапия – метод реабилитации посредством лечебной верховой езды и т.д. [12, 13].

В процессе психосоциальной реабилитации особую роль играет «внешняя» для человека среда. Нарушения психического и физического развития у детей накладывают серьезные ограничения на жизнедеятельность пациентов, способствуют их дезадаптации в обществе. Для нормального формирования «социального интеллекта» необходима адаптация как в кругу семьи, так и в обществе [15]. Понятие «социальный интеллект» включает в себя совокупность интеллектуальных способностей, определяющих правильное понимание социальной ситуации, адекватную оценку и прогнозирование поступков других людей, «нормативность» поведения в процессе общения, межличностного взаимодействия [15, 16].

Освоение такими детьми социального опыта, включение их в систему общественных отношений требуют от общества и государства, определенных мер, средств и усилий. В качестве инструментов лечения, адаптации и социализации выступают специальные фонды, программы, центры по реабилитации, инклюзивное образование и т.д. Разработка и применение этих мер должны основываться на знании механизмов процесса социализации, учитывать особенности и тонкости каждого конкретного случая. Успешность социальной адаптации часто рассматривается исследователями в виде образования, как средство ее достижения [7, 8].

Как показывает исследование, проведенное American Psychological Association (APA) в 2015 году, среди детей с ДЦП – 60% опрошенных чувствуют себя некомфортно в существующих условиях жизни, из них 20% ощущают негативное отношение к себе и 40% – равнодушие [10].

В процессе социальной адаптации немало важную роль играет интеграция человека в общество, в результате которого происходит формирование самосознания и ролевого поведения, способности к самоконтролю и самообслуживанию, адекватных связей с окружающими. Интеграция является закономерным этапом развития специального образования, связанная в любой стране мира, в том числе и в России, с переосмыслением государством и обществом своего отношения к инвалидам, при этом происходит признание их прав на предоставление равных с другими возможностей в разных областях жизни, включая образование.

Под социальной интеграцией понимается позитивное взаимодействие детей, имеющих физические и психические недостатки, и лиц, не имеющих таких недостатков, с использованием специальных средств, методов и при участии педагогов-специалистов. Наше общество пока «полностью» не готово к введению интегрированного обучения в систему общего образования, поскольку не отработаны как нормативно-правовые, так и содержательные аспекты обучения особых детей, не определены их права в отношении получения цензового образования [14, 15].

Так как социальная интеграция имеет важное значение в реабилитации, а инклюзивное образование не до конца признается обществом, были созданы социальные проекты, направленные на социализацию «особых» детей, семей, посредством взаимодействия с педагогами, творческими людьми и волонтерами. Эти проекты помогают детям разрабатывать стратегии развития дружеских отношений по мере взросления, помогают уменьшить чувство одиночества, изоляции и стресса, которое может испытывать ребенок. Также при интеграции происходит улучшение навыков артикуляции и правильное формирование координации и моторики. Обычная терапия, как правило, происходит между одним пациентом и врачом, но социальная интеграция смещает фокус со здоровья и благополучия отдельного человека на неотъемлемую часть группы. Такой подход к терапии помогает ребенку интегрироваться в большую часть населения и понять свою роль внутри него [7].

Заключение. Детский церебральный паралич – хроническое неврологическое расстройство, представляющее собой скорее комплекс клинических синдромов, чем заболевание. Помимо медикаментозного лечения необходима полная социальная адаптация и интеграция ребенка в общество. Эффективная социальная интеграция в дальнейшем будет способствовать педагогической интеграции ребенка с ДЦП при обучении в обычной школе. Нарушение интеллекта является одним из главных барьеров для социальной адаптации ребенка и наблюдается в разной степени выраженности у 40-50% клинических форм. У социальной интеграции определенно существуют свои риски, для обеспечения наилучшего результата для ребенка важно, чтобы адаптация не продвигалась в ускоренном режиме. Дети с ДЦП уже сталкиваются с множеством физических и психологических проблем, в зависимости от тяжести их состояния. При ускоренной интеграции (введении множества понятий и видов деятельности), можно усилить основные опасения ребенка, вследствие чего может возникнуть социальная фобия. В связи с низким уровнем санитарно-профилактической работы среди населения, в частности недостаточной информированностью населения о таком заболевании как ДЦП, многие дети, имеющие равные социальные возможности, остаются, не приняты социумом и сверстниками. Вследствие чего, снижается эффективность интеграции этих детей в обществе и в последующем – их социальная дезадаптация.

Список литературы

1. Himmelmann K., Uvebrant P. Function and neuroimaging in cerebral palsy: a population based study. 2011;53(6):516.
2. Онегин Е. В., Онегина О. Е. Детские церебральные параличи (практическое пособие для врачей). Гродно: ГрГМУ; 2006.
3. Немкова С. А., Маслова О. И., Каркашадзе Г. А. Психологические аспекты комплексной медико-социальной реабилитации детей-инвалидов с церебральным параличом. 2013;10(2):107.
4. Odding E., Roebroek M. E., Stam H. J. The epidemiology of cerebral palsy: Incidence, impairments and risk factors. 2006;28(4):183.
5. Steilin M., Good M., Martin E., Banziger O., Largo R., Boltshauser E. Congenital hemiplegia: morphology of cerebral lesions and pathogenetic aspects from MRI. 1993;22(3):224.
6. Bottos M., Granato T., Allibrio G. The epidemiology of cerebral palsy. 2015;41(7):26.
7. Program Social support and adaptation outcomes in children and adolescents with cerebral palsy. Cerebral Palsy Association in Alberta (CPAA). Доступно по: <http://www.cpalberta.com/programsservices/programs/>. Ссылка активна на 11.10.2018.

8. Jenks K. M., Maathuis K. G., Keus I., Gorter J. W. The effect of cerebral palsy on arithmetic accuracy is mediated by working memory, intelligence, early numeracy, and instruction time. 2007;32(3):861.
9. Shamsoddin A. Comparison between the effect of neurodevelopmental treatment and sensory integration therapy on gross motor function in children with cerebral palsy. 2010;12(4):31
10. Garfinkle J., Shevell M. I. Cerebral palsy, developmental delay, and epilepsy after neonatal seizures. 2011;(2):88.
11. Ketelaar M., Volman M. J., Gorter J. W., Vermeer A. Stress in parents of children with cerebral palsy: what sources of stress are we talking about. 2008;34(2):825.
12. Whalen C.N., Case-Smith J. Therapeutic effects of horseback riding therapy on gross motor function in children with cerebral palsy: a systematic review. 2012;31(3):229.
13. Dodd K. J., Taylor N. F., Damiano D. L. A systematic review of the effectiveness of strength-training programs for people with cerebral palsy. 2002;83(12):1157.
14. Шаховская Н. И., Шаховский В. А., Лобов М. А. Отдаленные результаты реабилитации больных ДЦП: характеристики качества жизни и социальной адаптации. 2005;8(3):173.
15. Тимофеева И. В. Развитие социального интеллекта детей с детским церебральным параличом как средство преодоления жизненных трудностей. 2011;34(8):138.
16. Павлова О. С. Интегрированное образование как фактор социальной адаптации подростков с ДЦП. 2013;4(4):254.
17. Асланова С. Р. Социальная адаптация при детском церебральном параличе. 2016;3(1):191.
18. Капустина А. А. Прикладные аспекты специального образования. 2014;5(3):118.