

**Федеральные клинические
рекомендации (протоколы)
по диагностике и лечению
детского церебрального паралича**

ПРОЕКТ

Авторы:

1. Гузева В.И.
2. Куренков А.В.
3. Змановская В. А.
4. Батышева Т.Т
5. Семенова К.А.
6. Жеребцова В. А.
7. Владыкина Л. Н.
8. Попков Д.А.

СОДЕРЖАНИЕ

I.	Определение
II.	Сокращения
III.	МКБ шифры
IV.	Частота
V.	Этиология
VI.	Классификация
VII.	Эпилепсия при ДЦП
VIII.	Когнитивные нарушения при ДЦП
IX.	Диагностика
X.	Дифференциальный диагноз
XI.	Терапия
XII.	Список использованной литературы

Градация достоверности рекомендаций	Уровень убедительности доказательств*	Вид исследования
A	1a	Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (испытаний) – РКИ
	1b	Отдельное рандомизированное контролируемое исследование
B	2a	Систематический обзор когортных исследований
	2b	Отдельное когортное исследование
	3a	Систематический обзор исследований «случай-контроль»
	3b	Отдельное исследование «случай-контроль»
C	4	Исследование серии случаев
D	5	Мнение эксперта, которое не подвергалось прицельной критической оценке, или основанное на физиологии, результатах пробного исследования или на «основных принципах»

I. ОПРЕДЕЛЕНИЕ

«Термин детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу нарушений развития движений и положения тела, вызывающих ограничения активности, которые вызваны непрогрессирующим поражением развивающегося мозга плода или ребенка.

Моторные нарушения при церебральных параличах часто сопровождаются дефектами чувствительности, когнитивных и коммуникативных функций, перцепции и/или поведенческими и/или судорожными нарушениями.

Определяющим синдромом клинических нарушений ДЦП является синдром двигательных расстройств».

*Международный семинар по определению и классификации церебральных параличей, Предложение по определению и классификации церебрального паралича
2004 год, Мериленд, США*

Детский церебральный паралич (ДЦП) является сложным заболеванием центральной нервной системы, которое развивается в результате ее поражения, возникшего во внутриутробном, интранатальном и раннем постнатальном периодах, или вследствие аномалии головного мозга, при этом действие повреждающих факторов на незрелый мозг определяет разнообразие сочетаний двигательных и сенсорных расстройств, а также является основой нарушений когнитивных функций, что необходимо учитывать при обосновании восстановительного лечения и социальной реабилитации больных (Немкова С.А., Намазова-Баранова Л.С. и др., 2012).

II. СОКРАЩЕНИЯ

БТА - Ботулотоксин тип А

ДЦП - детский церебральный паралич

ДЭРД - доброкачественные эпилептиформные разряды детства

ЗПР – задержка психического развития

ЗПРР - задержка психоречевого развития

УО – умственная отсталость

III. МКБ ШИФРЫ

G80 Детский церебральный паралич

ПРОЕКТ

G80.0 Спастический церебральный паралич

Примечание: в данной подрубрике по определению кодируются все случаи ДЦП с преобладанием спастического паралича, за исключением диплегической и гемиплегической форм. Таким образом, чаще всего эта рубрика используется по отношению к двойной гемиплегии.

Двойная гемиплегия (тетраплегия) - самая тяжелая форма ДЦП. Эта тяжесть обусловлена значительным поражением моторики, психики и наличием симптоматической эпилепсии. Дети, как правило, обездвижены, в положении “на спине” руки у них приведены к туловищу и согнуты в локтевых суставах или, наоборот, разогнуты и вытянуты. Отмечается скрещивание ног в нижней или верхней трети голени. Резко нарушено разведение бедер. Мышечный тонус повышен, часто развиваются контрактуры во многих суставах, глубокие рефлексы высокие, с расширенной рефлексогенной зоной, вызываются патологические стопные знаки. Практически всегда выражены псевдобульбарные симптомы, в связи с чем затруднено жевание и глотание пищи. У многих детей отмечается симптоматическая эпилепсия, характеризующаяся наличием генерализованных и парциальных приступов.

G80.1 Спастическая диплегия

Спастическая диплегия (болезнь Литтля) - имеет место тетрапарез, однако в ногах паретические явления представлены наиболее значительно, преобладает тонус в сгибателях рук, разгибателях и приводящих мышцах ног. Из-за спастичности более всего страдают проксимальные отделы конечностей. В руках возможны движения в лучезапястных суставах и пальцах, в то время как движения в плечевых и локтевых суставах затруднены. Руки больного обычно находятся в положении отведения в плечевых суставах, в положении сгибания в локтевых и проникивания в кистях. В положении “лежа” ноги больного обычно вытянуты. При попытке поставить ребенка, его ноги перекрещиваются с упором на носки. Глубокие рефлексы резко повышены, зона их расширена, отмечается стойкий контралатеральный эффект. Наблюдаются клонусы стоп и реже - надколенника. Широко представлены патологические стопные знаки сгибательной и разгибательной групп мышц.

С возрастом постепенно развивается тугоподвижность в крупных суставах, а затем и ограничение движений из-за контрактур. Постоянное напряжение сгибателей стоп приводит к значительному напряжению ахиллова сухожилия. В положении “сидя” спина больного имеет форму дуги. Часть детей страдает эпилептическими припадками, которые значительно ухудшают их речевое и психическое развитие.

G80.2 Детская гемиплегия