

MÓZGOWE PORAŻENIE DZIECIĘCE

Aldona Pospiech – pedagog

MP-10 „Wyspa dzieci” z grupami integracyjnymi

Zielona Góra

Chcąc przybliżyć zagadnienia dotyczące MPDz. (mózgowego porażenia dziecięcego), należy uzmysłowić sobie to, że nie jest ono odrębną jednostką chorobową, lecz zespołem objawów dotyczących tych dzieci, u których wystąpiły niedowłady lub porażenia kończyn oraz szereg innych objawów mających związek z działaniem nieprawidłowych czynników uszkadzających układ nerwowy dziecka w czasie: ciąży, porodu lub okresie okołoporodowym.

MPDz nie jest chorobą dziedziczną, dlatego dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym może urodzić się w każdej rodzinie, niezależnie od jej warunków socjalnych oraz statusu społecznego. Ocenia się, że na 1000 żywo urodzonych dzieci od 1-5 wskazuje objawy mózgowego porażenia.

Czynników uszkadzających układ nerwowy jest bardzo wiele, ale najgroźniejsze są te, które spowodowały nieodwracalne zmiany w okresie zarodkowym, czyli embriopatie, działające w okresie tworzenia się narządów i układów, czyli tzw. fetopatie oraz w okresie okołoporodowym.

CZYNNIKI POWODUJĄCE POWSTANIE MPDz.

Według A. Dobrzyńskiej, zasadniczo wyróżniamy dwie grupy czynników, które mogą uszkodzić ośrodkowy układ nerwowy i doprowadzić do powstania MPDz., są to:

1. Czynniki ryzyka w okresie płodowym:
 1. Działające ze strony matki:
 - choroby somatyczne matki,
 - przyjmowanie przez matkę leków,
 - narażenie na promieniowanie X i radiologiczne,

- zakażenie bakteriami i wirusami,
- palenie tytoniu i spożywanie alkoholu,
- hałas, wibracje i ultradźwięki,
- złe warunki socjalno-bytowe,
- obciążony wywiad ginekologiczno-położniczy,
- nieodpowiedni wiek rodziców.

2. Czynniki związane z nieprawidłowym przebiegiem ciąży:

- zagrażające poronienia,
- stosowanie leków tokolitycznych,
- przodujące łożysko,
- odklejenie się łożyska,
- przedwczesne odejście wód płodowych,
- ciąża mnoga,
- wahania tętna płodu,
- zatrucie ciążowe.

2. Czynniki ryzyka w okresie noworodkowym:

1. Wcześnieactwo.

2. RDS

3. Sztuczna wentylacja i tlenoterapia.

4. Wewnątrzmaciczne zahamowanie rozwoju płodu.
5. Transfuzja wymienna.
6. Zaburzenia oddychania.
7. Hiperbilirubinemia.
8. Wady wrodzone.

ROZPOZNANIE MPDz.

Ustalenie i rozpoznanie MPDz., w pierwszym okresie życia dziecka jest trudne. Z tego właśnie względu niezwykle istotną rolę odgrywa wywiad ciąży-porodowy, pozwalający ustalić, czy dane dziecko należy do grupy „ryzyka”, czy też nie. Grupę ryzyka stanowią dzieci przedwcześnie urodzone, z małą wagą urodzeniową, objawami hiperbilirubinemii, itp.

Od postawienia szybkiej i właściwej diagnozy, podjęcia odpowiedniego leczenia i rozpoczęcia w jak naj szybszym czasie rehabilitacji, zależy dalszy postęp w rozwoju dziecka. Problemy rozwojowe dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym są bardzo skomplikowane. Należy je więc zawsze rozpatrywać wieloaspektowo, czyli z punktu widzenia: medycznego, pedagogicznego, psychologicznego i socjologicznego. Na efekty leczenia i rehabilitacji, duży wpływ ma potencjał rozwojowy danego dziecka, odpowiednio wcześniej rozpoczęta rehabilitacja oraz środowisko rodzinne z odpowiednią akceptacją jego osoby i motywacją do udzielania mu różnorodnej pomocy oraz wsparcia, w dążeniu do osiągnięcia przez nie samodzielności i niezależności.

METODY DIAGNOZOWANIA MPDz.

Wykrycie zaburzeń neurologicznych u niemowląt, wymaga zastosowania odpowiednich metod badań. Najbardziej popularną jest metoda V.Vojty, opierająca się na siedmiu prowokowanych **reakcjach ułożenia**. Wszystkie te reakcje mają wspólne cechy:

- występują od momentu urodzenia dziecka,
- dają informację o wieku rozwojowym dziecka,
- tracą znaczenie, gdy dziecko osiągnie samodzielną dwunożną skoordynowaną lokomocję.

Wszystkie siedem reakcji ułożenia u zdrowego dziecka ma ściśle określony przebieg i czas występowania. Natomiast u niemowląt z MPDz., występują zaburzenia rozwoju odruchów V.Vojty, w postaci:

- opóźnienia fazy w stosunku do wieku kalendarzowego,
- nieprawidłowego ukształtowania danego odruchu, z patologicznym ustawieniem kończyn.

CECHY CHARAKTERYSTYCZNE DZIECI Z MPDZ.

Cechą charakterystyczną dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest to, że występują u nich różnego stopnia i lokalizacji niedowład kończyn, połączone ze wzmożonym napięciem mięśniowym, wygórowanymi odruchami, ruchami mimowolnymi oraz zaburzeniami zborności ruchów i równowagi.

Dodatkowo, zespołowi temu mogą towarzyszyć różnego stopnia opóźnienia w:

- rozwoju psychoruchowym,
- rozwoju umysłowym,
- zaburzenia w zachowaniu.

A także: uszkodzenie narządu słuchu, wzroku, nieprawidłowości w rozwoju mowy, padaczka i fragmentaryczne zaburzenia czynności ośrodkowego układu nerwowego.

Niezależnie jednak od postaci MPDz., trzy główne objawy występują zawsze:

- **wzmożone napięcie mięśniowe**, tzw. spastyka mięśni, które powoduje „sztywność ruchów” i trudności w ich wykonywaniu. Pojawia się najczęściej przy próbach stania i chodzenia. Mówi się nawet często, o występowaniu u dzieci z MPDz., tzw. chodu spastycznego z tendencją do krzyżowania nóg,
- **atetoza**, polegająca na wykonywaniu przez dziecko ruchów przez nie kontrolowanych, tzw. mimowolnych,
- **ataksja**, cechująca się zaburzeniem równowagi, niezbornością ruchów, drżeniem kończyn w czasie wykonywania bardziej precyzyjnych czynności.

PODZIAŁ KLINICZNY MPDz.

Porażenie mózgowe występujące u dzieci, może mieć różną postać kliniczną. Zaprezentowany poniżej podział oparty jest na kryteriach topograficznych wg Ingrama:

- **porażenie mózgowe połowiczne (hemiplegia)** – występuje wówczas, gdy ubytek neurologiczny dotyczy głównie kończyn po jednej stronie ciała i towarzyszy mu wzmożone napięcie mięśniowe. Przy tej formie niedowładów mogą występować ruchy mimowolne (chorea). Często w obrębie kończyn stwierdza się zaburzenie czucia, co może doprowadzić do upośledzenia wzrostu niedowładnych kończyn. Czasami występują również zaburzenia w polu widzenia. Rozwój umysłowy dzieci z tą postacią MPDz., jest najczęściej prawidłowy lub nieznacznie opóźniony. Bardzo rzadko występują poważne zaburzenia rozwoju umysłowego. W niektórych przypadkach pojawiają się jednak zaburzenia emocjonalne, zaburzenia mowy lub padaczka.
- **obustronne porażenie kurczowe** – występuje w wyniku niedotlenienia mózgu dziecka w okresie okołoporodowym, najczęściej występuje u wcześniaków z niską masą urodzeniową. Cechą charakterystyczną tej postaci jest większe nasilenie niedowładów w kończynach dolnych niż górnych. Często występuje zez i upośledzenie ostrości wzroku. Rozwój umysłowy w większości przypadków jest prawidłowy.
- **obustronne porażenie połowiczne** – to taka postać MPDz., w której kończyny górne są w większym stopniu niedowładne, niż dolne. Jest to, jedna z cięższych form mózgowego porażenia dziecięcego. Dzieci z tą postacią porażenia wykazują objawy głębszego upośledzenia umysłowego i często występują u nich objawy padaczkowe.
- **postać pozapiramidowa** – spowodowana wysokim poziomem bilirubiny lub stanem niedotlenienia u noworodka. Charakterystyczne dla tej postaci porażenia jest występowanie ruchów mimowolnych: dystonicznych, atetotycznych lub płasawicznych. U dzieci często występuje niedosłuch typu odbiorczego lub głuchota, a także zaburzenia wzroku oraz mowy. Rozwój umysłowy dzieci z tą postacią jest z reguły prawidłowy.
- **zespół mózdkowy (ataksja)** – w większości przypadków postać ta związana jest z prenatalnym uszkodzeniem układu nerwowego. Może być również następstwem wodogłowia. Główne objawy, to drżenia zamiarowe, zaburzenia koordynacji ruchów i równowagi. Charakterystyczny jest również oczopląs i zaburzenia mowy. Rozwój umysłowy jest zazwyczaj prawidłowy.

Oprócz „czystych” typów mózgowego porażenia dziecięcego, występują również postacie mieszane, co dodatkowo komplikuje obraz kliniczny tego zespołu chorobowego.

Dzieci z MPDz., tworzą więc bardzo zróżnicowaną grupę nawet w obrębie jednej jego postaci.

METODY PRACY Z DZIEĆMI Z MPDz.

Dzieci z objawami ciężowo-okołoporodowego uszkodzenia o.u.n., powinny być jak najszybciej objęte usprawnianiem psychoruchowym. Najkorzystniej dla dziecka jest wówczas, gdy nastąpi, to już w pierwszych miesiącach jego życia, a więc zanim wytworzą się nieprawidłowe wzorce ruchowe, a w narządach nie ma jeszcze przykurczów i deformacji pojawiających się w późniejszym okresie. Żeby, to osiągnąć leczenie usprawniające powinno być:

- wczesne – rozpoczęte przed trzecim miesiącem życia dziecka,
- kompleksowe – prowadzone przez wykwalifikowany zespół specjalistów,
- ciągłe – prowadzone systematycznie w placówkach specjalistycznych i kontynuowane w domu.

W domu rodzinnym, rodzice po odpowiednim przeszkoleniu powinni realizować program ustalony przez zespół rehabilitacyjny. Każde dziecko z mózgowym porażeniem jest inne, dlatego ćwiczenia muszą być dostosowane do jego możliwości ruchowych.

Do najbardziej popularnych i najczęściej stosowanych ćwiczeń stymulujących psychoruchowo, w odniesieniu do dzieci z objawami uszkodzenia o.u.n. i mózgowym porażeniem dziecięcym należą ćwiczenia metody NDT i V.Vojty.

- NDT - Bobach, to leczenie neurorozwojowe polegające na hamowaniu wzorców nieprawidłowej postawy i ruchów, które są funkcjonalne i niezbędne do osiągnięcia samodzielności. Dziecko uczy się, za pośrednictwem rąk terapeuty odczuwania prawidłowej postawy i prawidłowego ruchu. Prawidłowych wzorców ruchowych uczy się dziecko w takiej samej kolejności, jak pojawiają się w trakcie prawidłowego rozwoju, a więc od głowy, obręczy barkowej i kończyn górnych, przez tułów do kończyn dolnych. Jest, to związane z tym, że prawidłowy rozwój czynności ruchowych stanowi podstawę do rozwijania kolejnych umiejętności (jedzenia, ubierania, pisania)
- metoda V.Vojty – opiera się na wyzwaniu kompleksów ruchowych pod wpływem stymulacji wybranych miejsc na ciele dziecka, ponieważ ich wzorce zakodowane są genetycznie. Koncentruje się ona jedynie na fizycznym usprawnianiu dziecka. Stosując metodę V.Vojty, należy pamiętać o tym, że:

- dziecko powinno być wypoczęte i syte,
- nie należy ćwiczyć, gdy ma podwyższoną temperaturę,
- nie wolno ćwiczyć, gdy zażywa antybiotyki,
- przeszło atak padaczki.

Ćwiczenia metodą V.Vojty, to głównie odruchowe pełzanie i obracanie. Do stymulacji ruchowej, V.Vojta wybrał pełzanie, jako czynność obejmującą cały układ nerwowy.

- metoda Weroniki Sherborne – szczególnie przydatna w wyrównywaniu wszelkich zaburzeń psychoruchowych, zwłaszcza tych, które dotyczą adaptacji do otoczenia. Metoda ta może być stosowana w każdym miejscu i nie wymaga żadnych przyrządów. Na cały program ćwiczeń składają się następujące grupy:

- ćwiczenia pozwalające poznać własne ciało,
- ćwiczenia pozwalające zdobyć pewność siebie, poczucie bezpieczeństwa w otoczeniu,
- ćwiczenia ułatwiające nawiązanie kontaktów i współpracy z partnerem i grupą,
- ćwiczenia odtwórcze.

Metoda V.Sherborn jest metodą terapii zajęciowej i znajduje zastosowanie w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego.

ZABURZENIA EMOCJONALNE DZIECI Z MPDz.

Zaburzenia w sferze emocjonalnej występują bardzo często u dzieci z mózgowym porażeniem i są spowodowane różnymi czynnikami. Do najważniejszych należą:

- wielokrotna hospitalizacja od najwcześniejszego dzieciństwa, pozbawia dziecko kontaktu z rodzicami i zaburza jego poczucie bezpieczeństwa. To właśnie wpływa na kształtowanie się jego postawy lękowej wobec świata zewnętrznego.

- deficyt doświadczenia, czyli brak określonych doświadczeń lub brak treningu odpowiednich zachowań, spowodowany ograniczeniem jego sprawności ruchowej. Niedowłady kończyn utrudniają opanowanie czynności samoobsługowych i lokomocyjnych, a także nawiązywanie kontaktów interpersonalnych.
- nadopiekuńcza postawa rodziców i bliskich pogłębiająca stan uzależnienia i hamująca jego samodzielność i inicjatywę.

Zaburzenia emocjonalne mogą przybierać różne formy, zakłócające kontakt z innymi. Dlatego też dzieci mogą unikać kontaktów interpersonalnych lub też nawiązują je w sposób gwałtowny, wręcz natarczywy. Dzieci nadpobudliwe cechuje silna ekspresja i zmienne reakcje emocjonalne. Inną grupę stanowią natomiast dzieci reagujące negatywnie, z reguły zbuntowane i nastawione na „nie”.

Dzieci z m.p.d., nie mają takiej samej możliwości odreagowania napięć emocjonalnych, jak dzieci zdrowe. Obserwuje się więc u nich zachowania pozwalające im na redukcję napięć i wewnętrznego niepokoju w postaci np.: obgryzania paznokci, czy kołysania z tendencją do ich utrwalania i przechodzenia w nawyki.

PODSTAWOWE ZADANIA NAUCZYCIELA

Punktem wyjścia do rozpoczęcia jakichkolwiek oddziaływań, jest diagnoza. Następny krok stanowi nawiązanie dobrego kontaktu z dzieckiem, a potem dopiero zajęcia ogólnorozwojowe po to by:

- doprowadzić je do najlepszego stanu fizycznego
- rozwinąć sprawności w zakresie samoobsługi
- ukształtować prawidłowe formy kontaktów z otoczeniem
- ukształtować prawidłowe zachowania emocjonalne
- przekazać podstawowe wiadomości i umiejętności

Zadania, te realizujemy w odniesieniu do dzieci z M.P.Dz. poprzez:

- rehabilitację
- oddziaływanie pedagogiczne
- socjoterapię

LITERATURA:

Barkowska M., ABC rehabilitacji-mózgowe porażenie dziecięce. Warszawa 1983, PZWL.

Michałowicz R., Chmielnik J., Mózgowe porażenie dziecięce. Warszawa 2000, PZWL.

Bogdanowicz M., Metoda Weroniki Sherborne w terapii... . Warszawa 1998, WSiP.