

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ ПІДХІД ДО УТВОРЕННЯ ТЕРМІНУ ДЦП

Матвіяс О. В.,

ст. викладач Кафедри української та іноземних мов,
Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського

Будзин В. Р.,

к. н. з фіз. виховання та спорту, доц., зав. Кафедри фізкультурно-спортивної
реабілітації та спортивної медицини,
Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського

Базиляк Н. О.,

к. пед. н., доц. Кафедри української та іноземних мов,
Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського

Штойко Х.,

магістрантка Кафедри фізкультурно-спортивної реабілітації та спортивної
медицини,
Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського

Актуальність. Порухення рухової діяльності, які є однією з основних причин неповносправності дитини, ставлять проблему дитячих церебральних паралічів в ряд важливих завдань соціальної педіатрії, дитячої неврології і фізичної реабілітації. Дослідженням природи порушень рухової діяльності дітей займалися науковці і лікарі-практики ще здавна, серед них Газавель, Сер Джон Літл, Вільям Ослер, Зигмунд Фрейд, Берта і Карл Бобат, Вацлав Войта та інші. Неоціненний вклад у вивчення рухових розладів у дітей зробив Володимир Козявкін. Методи Бобат, Войта, Козявкіна широко застосовують на практиці.

Обираючи для дослідження тему **Необхідність застосування фізичної терапії при дитячому церебральному паралічі (спастична форма)**, ми вирішили спочатку зробити історичну розвідку появи самого терміна «дитячий церебральний параліч», яким зараз послуговуються фахівці.

Термін «дитячий церебральний параліч» (ДЦП) об'єднує групу захворювань головного мозку, які виникли внаслідок недорозвинення або ушкодження структур мозку під час вагітності, пологів або в ранньому дитячому віці. Незважаючи на великий прогрес сучасної теоретичної й практичної медицини, це захворювання залишається невиліковним, залишкові явища й наслідки ДЦП стійкі і є причиною інвалідності.

Про існування дітей з руховими розладами було відомо ще за часів шумерів, і, безперечно, Гіппократ знав про цю хворобу. Однак перші виявлення та описи розладів рухової діяльності у дітей, безсумнівно, відносяться до вікторіанської доби. У середині 19 століття серед поширених і важких розладів рухової

діяльності, пов'язаних з поліомієлітом, була виявлена нова клінічна картина, що відрізнялася як симптомами, так і етіопатогенезом. Цю клінічну картину, на відміну від типового для поліомієліту периферичного паралічу, назвали дитячим церебральним паралічем. До терміну «параліч» додали слово-означення «дитячий», виокремлюючи захворювання з широкого спектру розладів рухової діяльності. Таким чином, почалася диференціація ранніх чи вроджених рухових розладів у дітей від постапоплексичних розладів моторики у дорослих і літніх пацієнтів.

Сер Джон Літл був першим, хто описав цю хворобу, хоча він не використовував термін «церебральний параліч» у своїй відомій праці 1862 року. Сер Джон Літл, будучи ортопедом, сам потерпав від паралічу внаслідок поліомієліту, і вивчав хірургічні втручання при розтягненнях ахіллового сухожилля, які почали проводити в той час, і навіть сам переніс операцію. Особливо він досліджував деформації, що розвиваються в осіб із спастичними формами церебрального паралічу. У 1861 році він опублікував звіт про свій досвід, заснований на 20-річних клінічних дослідженнях цього типу розладу, підкріплений даними про можливі кореляції між вагітністю та розладами внаслідок пологів. Сер Джон Літл стверджував, що як спастичність, так і деформації були спричинені асфіксією та крововиливом у мозок, вторинним по відношенню до дистресу при пологах. Тоді було визначено нову нозологічну одиницю, яку назвали «хвороба Літла».

Доречно згадати ще двох авторів, які пізніше були активними дослідниками в цій же галузі. Вільям Ослер у своїй книзі «Дитячий церебральний параліч» (1889) не надав визначення ДЦП, але описав клінічні особливості 151 дитини з ДЦП і згрупував їх відповідно до їх передбачуваної етіології, намагаючись інтерпретувати фізіопатологічні механізми ураження головного мозку (локація пошкодження). «Поділивши провідні шляхи на висхідні, низхідні та внутрішньо мозкові. Останні поділяються на асоціативні, що з'єднують різні відділи кори головного мозку однієї і тієї самої півкулі, та комісуральні, що зв'язують обидві півкулі між собою. Більшість нейронів висхідних шляхів міститься в сірій речовині спинного мозку, а їх аксони, піднімаючись у білій речовині, закінчуються у верхніх відділах спинного мозку або в структурах головного мозку. Частина висхідних шляхів утворена нейронами спинномозкових гангліїв, які містяться поза спинним мозком. Висхідні шляхи передають сенсорну (чутливу) інформацію до центрів мозку. По цих шляхах передається інформація від пропріорецепторів. Перші три шляхи забезпечують також передачу різних компонентів шкірно-механічної, температурної і больової чутливості.

Низхідні шляхи починаються від нейронів різних ядер головного мозку, аксони цих нейронів спускаються в білій речовині до нейронів різних сегментів спинного мозку. основна локалізація уражень при ДЦП - в коркових і стріарних рухових системах» (Osler, 1888). Зигмунд Фрейд теж досліджував причини розладів рухової діяльності, надаючи, на відміну від Літла, перевагу передчасним пологам і порушенням внутрішньоутробного розвитку, ніж дистресу, який виникає під час пологів (Freud, 1893).

Оскільки дослідження природи розладів рухової діяльності у дітей набуло масштабності, виникла потреба утворення чіткого терміна, який би виокремлював досліджуване захворювання з поміж інших, які мають схожі симптоми, але інше походження.

Терміном церебральний параліч визначають «стійкий, але не незмінний розлад пози та рухів, спричинений органічною, а не прогресуючою зміною церебральної функції, що визначається пре-, пери- та постнатальними причинами, до завершення його росту та розвитку» (Вах, 1964). «Церебральний параліч описує групу порушень розвитку рухів і пози, що викликають обмеження активності, які відносять до непрогресуючих порушень, які виникли в розвитку мозку плода або немовляти. Моторні розлади при церебральному паралічі часто супроводжуються порушеннями відчуття, пізнання, спілкування, сприйняття та/або поведінки» (Вах, 1964). Слово «розлад» тут означає стан, а не хворобу, перебіг якої може покращитися чи погіршитися і яку теоретично можна подолати. Тому фактично дитину з церебральним паралічем не можна вважати ні хворою, ні здоровою людиною. Прикметник «стійкий» підсилює концепцію розладу як стабільного та остаточного стану, який не розвивається (для вираження цього поняття також використовується термін «фіксована енцефалопатія»), тоді як «не незмінний» частково послаблює цю концепцію, показуючи, що рухові та психічні розлади, спровоковані церебральним паралічем, можуть покращуватися або погіршуватися спонтанно самі по собі або під час лікування чи реабілітаційних заходів. Ці зміни можуть бути пов'язані зі станом центральної нервової системи (ЦНС) і структурними особливостями опорно-рухового апарату (ОРА). Поліпшення можливі завдяки пластичності ЦНС, її компенсаторним можливостям і, перш за все, можливості навчатися через набутий досвід. Стосовно погіршення, необхідно зазначити, що, хоча розлади не розвиваються самі по собі, вимоги зовнішнього середовища до ЦНС з часом стають все більш складними, що, як наслідок, погіршує загальний стан дитини (Ferrari, 2010). Відсутність певної функції фактично згодом перешкоджатиме отриманню подальших пов'язаних з нею функцій. Під поставою (від лат. *ponere situs*) ми маємо на увазі взаємне відношення, в певний момент, сегментів, що складають тіло, яке оцінюється відповідно до координат навколишнього простору. Слово «рух» вказує на переміщення в просторі та часі одного чи кількох сегментів тіла або тіла в цілому, отже, перехід з однієї пози в іншу. Рух тут розглядаємо як послідовність зміни поз тіла. Виконання рухової діяльності можна досягти лише після досягнення короткочасного або тривалого коригування постави, до і під час виконання певних дій. Однак поза - це не пасивний стан, це не тільки «застиглий» рух (Denny-Brown, 1966). Це підготовка до руху, внутрішня симуляція особливостей рухової послідовності, загалом спрямована на дію (Berthoz, 1997). Це означає бути готовим діяти: «готовність до руху» (Bernstein, 1967). Вираженість порушення церебральної функції підкреслює, що параліч провокує неспроможність всієї ЦНС, а не недостатність одного або кількох окремих органів, апаратів чи структур, які її складають (півкуль, мозочка, стовбура мозку тощо). «Жодна функція не розташована лише

в одній церебральній структурі, але всі функції є результатом взаємодії специфічних структур, що створюють шляхи, в яких активність нейронів циркулює послідовним шляхом, виконуючи операції, що належать кожній структурі» (Berthoz, 1997). Тому слово церебральний слід тлумачити, цілісно, як синонім ЦНС, а не синонім мозку (система, як діюча коаліція між різними органами, системами та структурами, завжди більша за суму та відмінна від неї).

Пізніше буде описано, що значна кореляція між місцем ушкодження, типом, часом і ступенем з характером і тяжкістю наступного паралічу можлива лише частково. Вираз ріст і розвиток нервової системи, який відноситься до прикметника «церебральний», а не до іменника «функція», означає, що параліч у дітей відрізняється від паралічу у дорослих, характеризуючись відсутністю набуття функцій замість втрати вже набутих функцій. Однак вираз залишається неоднозначним, оскільки не визначає, до яких функцій воно відноситься, хоча зазвичай його відносять до рухових функцій (контроль пози, пересування, маніпуляції).

Міжнародне визначення ДЦП не охоплює повного значення понять «параліч» і «церебральний», які заслуговують на більш детальний і поглиблений конкретний аналіз.

Список літератури

1. Буховець Б. О. (2015) Ефективність застосування методу Бобат в корекції психофізичного стану дітей дошкільного віку з руховими розладами / Б. О. Буховець // ScienceRise. № 2/5 (19). – С. 21–25.
2. Козьявкін В. І. (1995) Основи системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації пацієнтів з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) / В. І Козьявкін // Український вісник психоневрології. №3. (2). С. 376–378.
3. Козьявкін В. І. (2015) Динаміка показників психічного та моторного розвитку дітей з аутизмом в ході їх лікування за системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації В. І. Козьявкіна / В. І Козьявкін, Л. Ф. Шестопалова, Т. Б. Волошин // Український вісник психоневрології. № 1(82). С. 12–16.
4. Мартинюк В. Ю. (2005) Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи / В. Ю. Мартинюк, Р. О. Моїсеєнко, С. М. Зінченко. – Київ : Інтермед, 416 с.
5. Вах, (1964); Spastic Society Berlin, 1966, Edinburgh, 1969
6. Bernstein, N. A. (1967) The coordination and regulation of movement. Pergamon Press, New York, Google Scholar
7. Berthoz, A (1997) Le sens du mouvement. Odile Jacob Edition, Paris. English edition: Berthoz A (2000) The brain's sense of movement. Harvard University Press, Cambridge, Ma, Google Scholar
8. Bobath K. (1966) The motor deficit in patients with Cerebral Palsy / В. Bobath. – Suffolk : The Lavenham Press LTD, P. 13–25.
9. Denny-Brown D (1966) The cerebral control of movement. Sherrington Lectures VIII, Liverpool University Press, Google Scholar

10. Ferrari Adriano, Cioni Giovanni (2010) Definition of Cerebral Palsy © Springer-Verlag Italia
11. Freud S. (1893) Zur Kenntniss der cerebralen Diplegien der Kindesalters (im Anschlusse an die Little'sche Krankheit) Leipzig: Franz Deuticke; [Google Scholar]
12. Little W (1861–1862) On the influence of abnormal parturition, difficult labours, premature birth, and asphyxia neonatorum, on the mental and physical condition of the child, especially in relation to deformities. *Trans Obstet Soc Lond* 3:293 [PubMed]
13. Osler W (1888) The cerebral palsies of children. Lectures I–V. *Med News* (Phila.)
14. Voita V. (1998) Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. Frühdiagnose und Frühtherapie. Ferdinand Enke Verlag / V. Voita. – Stuttgart, 930 p.