

## Mózgowe porażenie dziecięce

Pod pojęciem „mózgowe porażenie dziecięce” rozumie się zespół przewlekłych zaburzeń neurologicznych wywołanych uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego w okresie ciąży, porodu lub w pierwszych latach życia dziecka. MPD nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej, jest zbiorem objawów chorobowych zróżnicowanym etiologicznie i klinicznie. Jest to zespół różnorodnych symptomów, zaburzeń czynności ruchowych, napięcia mięśniowego powstałych w wyniku uszkodzenia mózgu lub nabycia nieprawidłowości przed uszkodzeniem w okresie okołoporodowym czy po urodzeniu we wczesnym dzieciństwie. Obraz kliniczny zespołu u konkretnego dziecka zmienia się wraz z jego wiekiem, w zależności od kolejnych etapów dojrzewania struktury i funkcji ośrodkowego układu nerwowego. Obok nieprawidłowości w sferze ruchowej pojawiają się czasami inne zaburzenia: niepełnosprawność intelektualna różnego stopnia, padaczka, zaburzenia wzroku, słuchu i mowy. Mogą występować wybiórczo lub w rozmaitych połączeniach i z różnym nasileniem.

Wyodrębnia się następujące postacie MPD:

- 1) Postacie spastyczne, najczęstsze typy porażenia mózgowego; spastyczność oznacza sztywne, napięte mięśnie, przez co ruchy są powolne i niezręczne:
  - obustronne porażenie kurczowe – diplegia; występuje najczęściej w grupie dzieci urodzonych przedwcześnie. Obraz kliniczny zależy od umiejscowienia zmian, ich nasilenia oraz dodatkowo występujących zaburzeń. Spastyczność stwierdza się przede wszystkim w kończynach dolnych. We wczesnym okresie symptomatologia jest uboga, objawy w zależności od nasilenia zespołu mogą być zauważalne dopiero pod koniec pierwszego roku życia. Na początku obserwuje się ubogą motorykę w zakresie kończyn dolnych, w szczególności stóp przy stosunkowo niezłym, jednakże często o nieprawidłowym wzorcu, posługiwaniu się kończynami górnymi (ręce nieznacznie niezdarne). W kolejnych miesiącach narasta ustawianie kończyn dolnych w przywiedzeniu, wyproście z tendencją do krzyżowania, widoczne jest stanie na palcach. Rozwój umysłowy dziecka mieści się zazwyczaj w granicach normy, padaczka jest stosunkowo rzadka. Natomiast bardzo często występują zaburzenia widzenia i zez.
  - porażenie połowicze – hemiplegia; dzieci z tą postacią rodzą się zazwyczaj o czasie. W zależności od stopnia uszkodzenia objawy zauważane są w pierwszym półroczu bądź w późniejszych miesiącach życia. Wzmoczone napięcie mięśni obejmuje połowę ciała, z czego kończyna górna jest bardziej zajęta niż dolna. Widoczna jest asymetria ruchów i ułożenia kończyn, zwłaszcza górnej. Ramię jest skrzycone do środka i zgięte (noga również). Dłoń

pozostaje zaciśnięta w pięść, w zależności od nasilenia objawów będzie zdecydowanie mniej sprawna lub w ogóle nie będzie brała udziału w chwytaniu zabawek i przekładaniu z ręki do ręki. Rozwój umysłowy u dzieci z hemiplegią na ogół mieści się w granicach normy. U części chorych występuje niedowidzenie połowicze i padaczka.

- obustronne porażenie połowicze (czterokończynowe) – hemiplegia bilateralis; występuje zarówno u dzieci donoszonych, jak i przedwcześnie urodzonych. Jest najcięższą postacią MPD. Spastyczność może dotyczyć równomiernie wszystkich kończyn lub przeważać w kończynach górnych. Słaba jest kontrola głowy. Przetrwale, często bardzo nasilone odruchy postawy bardzo utrudniają przyjęcie pozycji siedzącej bądź stojącej, tylko niektóre dzieci opanowują umiejętność stania czy chodzenia. Często porażeniu towarzyszy małogłowie, padaczka pod postacią objawowego zespołu Westa lub napadów częściowych, zaburzenia ssania, żucia, połykania, ślepoty czy głuchoty. Upośledzenie umysłowe stwierdza się u wszystkich dzieci.

2) Postać pozapiramidowa (atetotyczna). W okresie niemowlęcym charakteryzuje się znaczną, uogólnioną hipotonią, nasiloną reaktywnością na bodźce powodującą zmienność napięcia mięśni. Utrudnia to nabywanie umiejętności w zakresie motoryki małej i dużej. Typowe ruchy płasawicz-atetotyczne pojawiają się około 3-4 roku życia. Wraz z wiekiem zaczynają dominować objawy hiperkinetyczne (płasawica, atetoza), wynikające z zaburzonej koordynacji ruchu lub objawy dystoniczne (nieprawidłowe postawy), wtórne do regulacji napięcia mięśniowego. Dzieci, u których postać pozapiramidowa jest konsekwencją zaburzeń niedotlenieniowo-niedokrwienych często są upośledzone umysłowo.

3) Postać mózdkowa (ataktyczna). U dzieci dotkniętych tego typu porażeniem stwierdza się obniżenie napięcia mięśniowego, zaburzenia równowagi, koordynacji ruchów oraz mowy. Obserwuje się u nich znaczne opóźnienie rozwoju reakcji prostowania, przyjmowania pozycji siedzącej i chodu. Tę drugą umiejętność nabywają czasami dopiero około 5-6 roku życia. Stoją i chodzą z podtrzymaniem, kroki stawiają niepewnie, z szerokim rozstawieniem nóg. Rozwój umysłowy najczęściej jest prawidłowy lub lekko upośledzony.

4) Postacie mieszane - łączą w sobie cechy więcej niż jednego typu porażenia mózgowego.

W postaciach czterokończynowych oraz pozapiramidowych uszkodzenie OUN może skutkować nieprawidłowościami w zakresie napięcia i funkcji mięśni języka, okrężnego ust, żwaczy, mięśni podniebienia miękkiego i gardła, a tym samym prowadzić do zaburzenia odruchu ssania (natężenie, umiejętność hamowania) oraz hamowania i wygaszania odruchu kęsania. Początkowo powoduje to trudności w przyjmowaniu pokarmów a następnie przyczynia się do nieprawidłowego rozwoju mowy czynnej, zaburzenia fonacji i artykulacji.

U dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym najbardziej zaburzona jest motoryka. W stosunku

do tej sfery opóźnienie intelektualne, szczególnie w pierwszych latach życia, może mieć charakter wtórny. Rozwój umysłowy nie może być oddzielony od funkcjonowania całego organizmu. Dokonuje się w wyniku poznawania otoczenia i zdobywania doświadczeń z przedmiotami pozostającymi w zasięgu wzroku i rąk dziecka. Manipulacja przedmiotami, przemieszczanie się w ich kierunku umożliwia ich wielozmysłowe poznanie. Zaburzenie motoryki dużej i małej powoduje, iż obiekty nie stanowią źródła wrażeń zmysłowych. Mogą wówczas powstawać u dziecka błędne spostrzeżenia, które mają istotne znaczenie dla ich rozwoju umysłowego.

Przyczyn mózgowego porażenia dziecięcego jest wiele. Najczęściej doprowadzają do niego stany niedotlenieniowo-niedokrwienne, krwawienia dokomorowe i inne krwawienia wewnątrzczaszkowe, urazy w trakcie porodu i po porodzie. W grupie dzieci ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia MPD są wcześniaki. Uszkodzenia OUN mogą być uwarunkowane genetycznie, bywają wynikiem zakażeń, zwłaszcza wirusowych, zaburzeń metabolizmu, napromieniowania.

Rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego zazwyczaj wymaga czasu i wnikliwej analizy rozwoju dziecka. Noworodek, u którego w okresie okołoporodowym występują objawy nasuwające podejrzenie uszkodzenia OUN pozostaje od pierwszych miesięcy życia pod dokładną obserwacją pediatry i neurologa. Lekarze podejrzewają MPD u donoszonego niemowlęcia z encefalopatią niedotlenieniowo-niedokrwinną lub wcześniaka ze stwierdzonymi wylewami III i IV stopnia, ogniskami leukomalacji okołokomorowej. W przypadku noworodka z nieobciążonym wywiadem płodowym i okołoporodowym specjaliści otrzymują niepokojące sygnały dopiero podczas rozmowy z rodzicami. Obserwują oni u swego dziecka problemy z przyjmowaniem pokarmu (zaburzenia ssania, krztuszenie się), ubieraniem (wzmózone napięcie w kończynach), odczuwają trudność w noszeniu maleństwa (zmienne napięcie osiowe). Zauważają, iż niemowlę jest mało ruchliwe, przewraca się wokół osi wyłącznie przez jeden bark, układa główkę stale na jedną stronę, nie nabywa umiejętności ruchowych adekwatnych do swojego wieku, nie skupia wzroku i nie reaguje na otoczenie. Pozyskanie takich informacji obliuguje lekarza do wzmózonej czujności względem dziecka, udzielenia rodzicom odpowiednich wskazówek pielęgnacyjnych, ewentualnie poinformowania o potrzebie stymulacji. Diagnozę można postawić w oparciu o wywiad

i

o

b

s

e

r

w

a

c