**MÓZGOWE PORAŻENIE DZIECIĘCE**

**PRZYCZYNY, OBJAWY, POSTĘPOWANIE UWZGLĘDNIAJĄCE**

**REHABILITACJĘ LOGOPEDYCZNĄ**

 Mózgowe porażenie dziecięce nie jest jednostką chorobową ale zespołem wielu objawów powstałych na skutek uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego – neuronu ruchowego w okresie jego rozwoju i dojrzewania. Istnieje wiele definicji mpd, ponieważ jest to zaburzenie niejednolite pod względem klinicznym i etiologicznym.

 Według R. Michałowicza pod pojęciem mózgowego porażenia dziecięcego należy rozumieć: „*Powstałe w czasie ciąży, porodu lub w okresie okołoporodowym niepostępujące zaburzenia czynności będącego w rozwoju ośrodkowego układy nerwowego, ze szczególnym uwzględnieniem ośrodkowego neuronu ruchowego. Mózgowe porażenie dziecięce nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej, a jest ono różnorodnym etiologicznie zespołem objawów chorobowych. Dyskusję budzą tzw. nabyte formy mózgowego porażenia dziecięcego (a więc powstałe już po porodzie), ponieważ brak jest jasnych kryteriów w sprawie granicy wieku, w którym może ujawnić się omawiany zespół chorobowy”* Michałowicz R. [1997, s.7].

 Mózgowe porażenie dziecięce – obecnie obowiązująca nazwa tego zespołu chorobowego. W Polsce po raz pierwszy zostało opisane w połowie XIX w. przez angielskiego lekarza Johna Little’a. Przez długi czas mpd nazywane było od jego nazwiska „Chorobą Little’a”.

 Mózgowe porażenie dziecięce to zespół zaburzeń głównie ruchowych. Początkowo zaburzenia ruchowe objawiają się trudnościami w zakresie czynności fizjologicznych, takich jak ssanie i połykanie. W późniejszym okresie występują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów mowy. Dominującymi objawami zaburzeń ruchowych w obrazie klinicznym należą: zaburzenie napięcia mięśniowego, niedowłady kończyn, ruchy mimowolne, zaburzenia zborności ruchów i równowagi. Mózgowe porażenie dziecięce występuje w formie porażenia lub niedowładu mięśni jednej połowy ciała, czyli spastycznej, dziecięcej hemiplegii, hemiparezy lub porażenia mięśni obu stron ciała, czyli spastycznej dziecięcej paraplegii, paraparezy.

Rozległość zaburzeń ruchowych wyznacza różne zespoły:

 - niedowład jednej połowy ciała,

 - obu kończyn górnych i dolnych,

 - kończyny górnej i obu kończyn dolnych,

 - niedowład jednej kończyny dolnej.

 M. Dąmbska [1977], opierając się na badaniach własnych i innych autorów stwierdza, że:

- w pierwszej grupie (w zespołach spastycznych) wyróżnia się *diplegię i hemiplegię* jedno- lub dwustronną, które są związane z uszkodzeniami w obrębie półkul mózgowych. W okresie okołoporodowym w hemiplegiach wrodzonych lub nabytych obserwuje się prawie normalny rozwój mowy. Obustronne uszkodzenie dróg korowo – rdzennych prowadzi do zakłóceń w wymawianiu samogłosek i opuszczenia sylab, może też prowadzić do opóźnienia rozwoju mowy.

- w drugiej grupie (zespoły dyskinetyczne) przyczyną zaburzeń jest uszkodzenie struktur i dróg pozapiramidowych. Uszkodzenia w obrębie układu pozapiramidowego, który odgrywa ważną rolę w kontroli czynności ruchowych i regulujących napięcie mięśniowe, mogą w ramach zespołów dyskinetycznych objąć mięśnie warunkujące prawidłową artykulację.

- w trzeciej grupie – zespoły ataktyczne są wynikiem uszkodzeń móżdżku i jego połączeń. Zmiany w móżdżku prowadzą do powstawania mowy skandowanej o nieregularnym natężeniu głosu, zaburzonej pod względem artykulacyjnym.

 Uszkodzenia mózgu dają różne objawy zaburzeń psychoruchowych, które są trudne do wykrycia we wczesnym okresie życia, jak również rozpoznanie mpd. Poprzez wnikliwą obserwację dziecka możemy wychwycić nieprawidłowe objawy w poszczególnych okresach rozwoju.

 Od urodzenia do 3 miesiąca życia obserwuje się:

- nadwrażliwość na bodźce,

- nadpobudliwość,

- nagłe ruchy całego ciała, łatwe wyzwalanie odruchu Moro.

 Zmiany napięcia mięśni są gwałtowne, dziecko jest mało ruchliwe, występują trudności w karmieniu, dziecko silnie zaciska dłonie.

 Po 3 miesiącu:

- ruchy wyprostne całego ciała,

 - asymetria w ruchach lub układaniu kończyn,

- drżenie kończyn,

- układ głowy lub tułowia w nieprawidłowych pozycjach,

- nieskupianie uwagi na przedmiocie.

 Od 4 do 8 miesiąca odruchy pozostają, występują trudności w unoszeniu głowy, wyciąganiu rąk w pozycji leżącej. Napięcie mięśni szyi obniżone, silne zaciskanie dłoni.

 Od 8 do 10 miesiąca objawami nieprawidłowymi są: obniżone napięcie mięśni szyi i tułowia, wzmożone napięcie nóg, brak chwytu lub brak umiejętności jego rozluźniania, ograniczenie kąta odwodzenia ud, drżenie głowy podczas zabawy.

Wyżej wymienione objawy mają znaczenie tylko wtedy, gdy występują w zespole, a nie pojedynczo. Pełny zespół symptomów wykształca się w pierwszych latach życia w związku z niedojrzałością układu nerwowego w okresie niemowlęctwa.

 Noworodki i niemowlęta z grupy ryzyka okołoporodowego oraz dzieci z porodów przedwczesnych i patologicznych wymagają szczególnej kontroli rozwoju.

 U dzieci z mpd występują często uszkodzenia narządu wzroku, słuchu, padaczka, przykurcze stawów, zaburzenia mowy oraz opóźnienie rozwoju umysłowego w różnym stopniu, zaburzenia zachowania i fragmentaryczne zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, Według J. Królaka [1985], przyczynami powodującymi nieprawidłowy rozwój mowy są czynniki biologiczne dziecka oraz czynniki społeczne: niekorzystne warunki środowiskowe, hospitalizacje, ograniczony kontakt z grupą rówieśniczą, mały zakres zdobywanych doświadczeń.

 Przyczyny dziecięcego porażenia mózgowego według R. Michałowicza [1997 s. 7], można podzielić na trzy grupy:

 - przyczyny prenatalne, stanowiące około 50 % mpd: choroby mózgowe przebyte w czasie życia płodowego lub nieprawidłowości w rozwoju pewnych odcinków mózgu, zbliznowacenie korowe itp.,

 - przyczyny perinatalne (około 40 % przyczyn): urazy w trakcie ciężkich porodów; krwotoki wewnątrzczaszkowe, zamartwica, zwiększona przepuszczalność naczyń,

 - przyczyny postnatalne (około 10 % przyczyn): choroby przebyte w pierwszych miesiącach życia – urazy czaszki, skrzep w naczyniu mózgowym, zapalenie mózgu i rdzenia o różnej etiologii.

Kształtowanie i usprawnianie mowy należy rozpoczynać jak najwcześniej.

 Ćwiczenia mają na celu uczynnienie aparatu ruchowo - oralnego;

Masaż odpowiednich okolic (rozpoczynamy od czoła, policzków, krtani, brody stopniowo przechodząc do warg, wyrostków zębodołowych, podniebienia i języka). Przeprowadzamy go w formie: głaskania, ugniatania, oklepywania końcami palców, rozcierania.

Zmniejszanie wrażliwości okolic jamy ustnej i jej śluzówek. Stosujemy bodźce np. smakowe: słodkie, lekko kwaśne (soki owocowe, syropy o różnym stężeniu), termiczne (ciepłe, zimne, napar z ziół – wciąganie ciepłej pary),

 - masaż punktowy wibracyjny: wykonywany po uprzednim łagodnym i powierzchownym masażu o słabej intensywności drgań okolic bardziej oddalonych od warg, okolicy mięśnia okrężnego ust i mięśni zwieraczy.

1. Ćwiczenia

a) warg: poruszanie wargami i układanie warg w spłaszczeniu i zaokrągleniu, oblizywanie warg, cmokanie, wciąganie powietrza ustami ściągniętymi, utrzymywanie małych przedmiotów między wargami, przesuwanie kącików ust w prawą i lewą stronę, ssanie na zmianę wargi górnej i dolnej.

b)języka: dociskanie przedniej części języka do górnych zębów i dziąseł, zbliżanie części koronalej języka do podniebienia i wykonywanie nim ruchów doprzednio - tylnych, płaskie układanie języka na dnie jamy ustnej, przełykanie śliny, picie płynów przez rurkę, zwijanie wysuniętego języka w rurkę,

c) ćwiczenia żucia, gryzienia i połykania poprzez naśladowanie wzoru ruchowego osoby prowadzącej terapię,

d) ćwiczenia podniebienia miękkiego: (wymawianie głosek wybuchowych z przedłużonym zwarciem).

2. Ćwiczenia oddechowe: gaszenie zapalonej świecy, chuchanie, dmuchanie na wiatraczek kulki waciki itp.

3. Ćwiczenia fonacyjne; przedłużone wymawianie samogłosek, powtarzanie samogłosek, wymawianie głosek ciche, głośne, wymawianie spółgłosek nosowych, ciche mruczenie, łączenie samogłosek z głoskami nosowymi.

4. Ćwiczenia precyzji rąk i praksji palców (ugniatanie gumowej piłeczki, zaciskanie dłoni i wyprostowywanie, ćwiczenia na łączenie obu rąk razem, przesuwanie przedmiotów po równej powierzchni w różnych kierunkach, robienie kulek z plasteliny, itp).

5. Bogacenie słownictwa biernego i czynnego u dzieci upośledzonych umysłowo:

- rozwijanie kompetencji semantycznej i syntaktycznej: kategoryzowanie pojęć, zwiększanie wrażliwości na znaczenie słów, rozszerzanie zasobu słownictwa, różnicowanie znaczeń słów, tworzenie prawidłowych form gramatycznych: redukcja poprzez opowiadania obrazków, historyjek obrazkowych, rozmowy kierowane, rozwiązywanie zagadek logopedycznych.

 6. Praca nad artykulacją zaburzonych głosek.

 7. Ćwiczenia wrażliwości i percepcji słuchowej.

 8.Ćwiczenia ogólnorozwojowe: relaksacyjne, logorytmiczne, logopedyczne programy komputerowe np.: ,, Mówiące obrazki”, ,, Logo – Gry”, gry logopedyczne.

 Ścisła współpraca z rodzicami dziecka z mpd jest podstawowym zadaniem zespołu rehabilitacyjnego, ponieważ właściwa postawa rodziców w stosunku do niepełnosprawnego dziecka warunkuje jego poczucie bezpieczeństwa, kształtowanie się prawidłowej osobowości oraz wzbudza motywację do ćwiczeń usprawniających zaburzone funkcje.

 Oprac. mgr O. Żwirska

**BIBLIOGRAFIA**

1. ABC rehabilitacji dzieci, „Mózgowe porażenie dziecięce”, pod red. Marii Borkowskiej, Wydawnictwo Pelikan, Warszawa, 1989.

2. Dąmbska M., „Zaburzenia mowy u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, w: „Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy”, red. H. Mierzejewska, M. Przybysz – Piwkowa, Warszawa, 1997.

3. Królak J., „Usprawnianie mowy dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, w: „Mózgowe porażenie dziecięce – aspekty medyczne, pedagogiczne i socjalne”, Warszawa, 1985.

4. Michałowicz M., „Mózgowe porażenie dziecięce”, w: „Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy”, red. H. Mierzejewska, M. Przybysz – Piwkowa, Warszawa, 1997.

5. Logopedia, „Pytania i odpowiedzi”, pod red. T. Gałkowskiego i G. Jastrzębowskiej, T. 1, Opole, 2003 .