



АНАЛИЗ ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДЦП

Исакова Гулчехра Сайиталиевна
Кафедра неврологии Андиганский
государственный медицинский институт

Актуальность

Детский церебральный паралич (ДЦП) остаётся одной из наиболее сложных форм двигательных расстройств детского возраста, требующей длительной и комплексной реабилитации. Нарушение мелкой моторики кисти при ДЦП является ключевым ограничивающим фактором в формировании навыков самообслуживания, обучения письму и развитию когнитивных функций. Степень восстановления этих функций во многом зависит не только от формы заболевания, но и от возраста ребёнка, когда начато лечение и коррекционные мероприятия.

Возрастной аспект восстановления мелкой моторики у детей с ДЦП представляет особый интерес, поскольку именно в раннем и дошкольном возрасте наблюдается наибольшая пластичность нервной системы. Нейропсихологические исследования подтверждают, что в первые годы жизни мозг ребёнка обладает высоким потенциалом перестройки нейронных связей и формирования компенсаторных механизмов. Однако у детей старшего возраста, где патологические двигательные стереотипы уже закрепились, процесс восстановления требует более длительных и сложных воздействий.

Различные формы ДЦП — спастическая диплегия, гемипаретическая, гиперкинетическая и атаксическая — характеризуются неодинаковыми проявлениями нарушений ручных функций. При спастической форме преобладает гипертонус и ограничение активных движений; при гемипаретической — асимметрия и недостаточная дифференцировка движений; при гиперкинетической — произвольные сокращения, а при атаксической — нарушение координации и равновесия. Поэтому изучение возрастных и клинических различий восстановления мелкой моторики



позволяет оптимизировать программы реабилитации и подобрать индивидуальные методы воздействия.

Актуальность настоящего исследования заключается в определении закономерностей восстановления мелкой моторики у детей разных возрастных групп с различными клинико-топографическими формами ДЦП, что позволит повысить эффективность реабилитационных программ и их адаптацию к возрастным возможностям ребёнка.

Цель исследования. Провести анализ возрастных особенностей восстановления мелкой моторики у детей с различными формами детского церебрального паралича для определения наиболее эффективных реабилитационных стратегий.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 60 детей с ДЦП, разделённые по возрасту и форме заболевания:

Возрастные группы:

3–5 лет (младшая дошкольная, n=20)

6–9 лет (старшая дошкольная и младшая школьная, n=20)

10–14 лет (подростковая, n=20)

Клинико-форменные группы:

Спаستическая диплегия (n=25)

Гемипаретическая форма (n=20)

Гиперкинетическая и атаксическая формы (n=15)

Все дети проходили комплексную реабилитацию, включавшую лечебную гимнастику, физиотерапию, упражнения для развития мелкой моторики, элементы нейроигротерапии и эрготерапии. Продолжительность курса — 10 недель.

Для оценки использовались: шкала Пибоди (Peabody Motor Scales), тест Бруинкса–Озерецкого, шкала Эшворта, а также наблюдение за динамикой бытовых и учебных навыков.



Результаты исследования. Результаты показали, что эффективность восстановления мелкой моторики значительно зависит от возраста ребёнка и формы ДЦП. Наиболее выраженная положительная динамика наблюдалась в группе 3–5 лет, где прирост по шкале Пибоди составил в среднем 42%, а скорость освоения новых двигательных навыков — в 2 раза выше, чем у детей 10–14 лет. Это объясняется высокой степенью нейропластичности головного мозга в раннем возрасте и отсутствием закреплённых патологических двигательных шаблонов.

У детей 6–9 лет улучшение было умеренным (прирост по шкале Пибоди — 31%), но сопровождалось устойчивым формированием произвольных движений и улучшением зрительно-моторной координации. В подростковой группе (10–14 лет) положительная динамика была менее выраженной (прирост — 18%), но более стабильной, особенно при длительном продолжении тренировок.

Анализ в зависимости от формы заболевания показал, что при гемипаретической форме улучшения мелкой моторики происходили быстрее — за счёт сохранности одной руки и активации компенсаторных механизмов. Прирост составил 35% по шкале Пибоди и 28% по тесту Бруинкса–Озерецкого.

При спастической диплегии положительная динамика наблюдалась у 80% детей, однако требовала более интенсивной физиотерапевтической поддержки (снижение спастичности на 1–1,5 балла по шкале Эшворта). Наиболее сложным оказалось восстановление у детей с гиперкинетической и атаксической формами, где отмечались колебания тонуса, непроизвольные движения и трудности в удержании мелких предметов. Тем не менее, даже в этой группе улучшение координации и ритмичности движений составило 15–20%.

Выраженные возрастные различия наблюдались в скорости освоения бытовых навыков. В младших группах дети быстрее осваивали самообслуживание (одевание, застёгивание пуговиц, использование ложки), в то время как подростки чаще демонстрировали улучшение графомоторных и письменных навыков.



Нейропсихологический анализ показал, что у детей младшего возраста с интенсивной стимуляцией мелкой моторики параллельно происходило улучшение речи и внимания, что подтверждает тесную связь моторных и когнитивных функций.

Таким образом, раннее начало комплексной реабилитации обеспечивает наибольший функциональный результат за счёт активной нейропластичности, а у детей старшего возраста требуется более длительная и комбинированная терапия с применением мультимодульных технологий.

Вывод. Анализ возрастных особенностей восстановления мелкой моторики у детей с различными формами ДЦП показал, что наилучшие результаты достигаются при начале реабилитации в возрасте до 6 лет, когда активнее проявляются процессы нейропластичности. Эффективность восстановления также зависит от формы заболевания: при гемипаретической форме наблюдается более быстрая компенсация движений, тогда как при спастической и гиперкинетической — необходим длительный курс сенсомоторной и физиотерапевтической стимуляции.

Комплексный подход с учётом возраста и клинической формы заболевания позволяет повысить результативность восстановления мелкой моторики, ускорить социальную адаптацию и улучшить качество жизни детей с ДЦП.