

UOT 376

UŞAQ SEREBRAL İFLİCİNİN ETİOLOGİYASI

Səlbi Ağamehdi qızı Abasova
Azərbaycan Dövlət Pedaqoji Universiteti
s-asadzade@mail.ru

Açar sözlər: *Dayaq-hərəkət aparatı sistemi, baş beyin, onurğa beyni, intellekt səviyyəsi, natal asfiksiya.*

"Uşaq serebral iflici" termini (USİ) beyin zədəsi ilə əlaqədar yaranan bir sıra sindromları birləşdirir. Serebral iflic baş və onurğa beynin bətdaxili dövrün müxtəlif mərhələlərində, eləcə də doğuş zamanı zədələnməsi nəticəsində inkişaf edir. Serebral iflicin əsas klinik simptomu geridə qalan inkişaf və statokinetik reflekslərin düzgün olmayan inkişafı, tonsun patologiyası və parezlərlə əlaqəli olan motor funksiyasının pozulmasıdır. Mərkəzi sinir sistemindəki pozulmalardan əlavə, ikincili olaraq, həyat boyu sinir əzələ liflərində, oynaqlarda, bağlarda və qıvrıqlarda dəyişikliklər baş verir. Serebral iflicin əsas simptomuna – hərəkəti pozulmalara, əksər hallarda psixikanın pozulmaları, nitq qüsurları, görmə, eşitmə və s. pozulmalar da əlavə olunur. Bəzi uşaqlarda qıcolma da təzahür edir. Serebral iflicin ilk klinik təsviri 1853-cü ildə V. Littl tərəfindən təsvir edilmişdir. Serebral iflic təxminən 100 il ərzində Littl xəstəliyi adlandırıldı. "Uşaq serebral iflici" termini Zigmund Freydə məxsusdur.

ЭТИОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Сальби Абасова

Ключевые слова: *Система опорно-двигательного аппарата, головной мозг, спинной мозг, интеллектуальный уровень, натальная асфиксия.*

Термин «церебральный паралич» объединяет ряд синдромов, связанных с повреждением головного мозга. Церебральный паралич вызван инсультом и повреждениями спинного мозга на различных стадиях внутриутробного периода, а также во время родов. Основным клиническим симптомом церебрального паралича является недоразвитие и несформированность статокинетических рефлексов, патологии и

расстройства моторных функций связанные с парезами. В дополнение к расстройствам центральной нервной системы, вторичные изменения в нервных волокнах, суставах, в связках и хрящах происходят в течение всей жизни. Основным симптомом ДЦП - двигательные расстройства, в большинстве случаев сопровождаются психологическими расстройствами, дефектами речи, зрения, слуха и т. д. У некоторых детей также наблюдаются судороги. Первое клиническое описание церебрального паралича было описано В. Литтлом в 1853 году. Церебральный паралич назывался болезнью Литтла в течение почти 100 лет. Термин «церебральный паралич» принадлежит Зигмунду Фрейдю.

ETIOLOGY OF CHILDREN'S CEREBRAL PARALICH

Salbi Abasova

Key words: *System of the musculoskeletal system, brain, spinal cord, intellectual level, natal asphyxia.*

The term "cerebral palsy" is associated with the syndrome associated with the scrotal mucosa. Cerebral paralytic pulmonary insulin and intercostal mucus at different stages of the prenatal period, as well as during childbirth. The clinical symptom of cerebral palsy is unstable and has not been reformed with statokinetic reflexes, pathologies and motor function disorders associated with parasites. In addition to disorders of the central nervous system, second changes in nerve fibers, joints, joints and cartilage occur throughout life. The main symptom of cerebral palsy is movement disorders, in most cases co-justified by psychological disorders, defects in speech, vision, hearing, etc. Some children also have cramps. The first clinical description of cerebral palsy was described by V. Little in 1853. Cerebral palsy has been called Little's disease for almost 100 years. The term "cerebral palsy" belongs to Sigmund Freud.

Dayaq-hərəkət aparatı sisteminin pozulması olan uşaqlar bir neçə onilliklər ərzində xüsusi pedaqoqların, psixoloqların, loqopedlərin və klinisistlərin xüsusi diqqət obyektı olmuşdur. Təhsil sistemində bu xəstələrin özünəməxsusluğunu nəzərə alaraq, onların tərbiyəsi, təhsili və reabilitasiyası üçün xüsusi məktəbəqədər və məktəb müəssisələrinin şəbəkəsi yaradılmışdır.

Dayaq-hərəkət aparatı sisteminin pozulması olan uşaqlar fiziki şəxslər kateqoriyasında klinik, psixoloji və pedaqoji cəhətdən polimorfdurlar. Onları şərti olaraq üç qrupa ayırırlar:

1. Dayaq-hərəkət aparatı sisteminin pozulmalarına sinir sisteminin üzvi zədələnmələri səbəb olan uşaqlar:

- baş beyin (uşaq serebral iflici, şişlər və travmalar);
- aparıcı yollar (qolların iflici, əyri boyun və s.);
- onurğa beyni (poliomielitın fəsadları, travmalar).

2. Doğum travmaları nəticəsində sinir sisteminin və dayaq-hərəkət aparatı sisteminin pozulması olan uşaqlar.

3. İntellekti qorunmuş qalaraq dayaq-hərəkət aparatı sistemi (artroqrippoz, xondrodistrofiya, skolioz və s.) pozulmuş olan uşaqlar.

Hazırda dayaq-hərəkət aparatı pozulmaları olan uşaqlara psixoloji və pedaqoji yardımın təşkilinin təkmilləşdirilməsinin zəruriliyi daha aydındır, çünki bu patologiya geniş yayılaraq inkişaf etməkdədir. Bu uşaqların kontingentinin tədqiqi göstərir ki, bir çox hallarda mərkəzi sinir sisteminin pozulmaları dayaq-hərəkət sisteminin pozulmaları ilə müşayiət olunur.

Əlil uşaqların hərəkətlərində çətinliklər olur və bir sıra hallarda valideynlər uşaqlarını hansısa müəssisəyə aparıb-gətirməkdə çətinlik çəkirlər. Amma dövlətimiz belə problemləri olan insanlar üçün xüsusi nəqliyyatın və ya kütləvi nəqliyyatda xüsusi pandusların zəruri olduğunu və hətta digər avadanlıqlara (xüsusi olaraq, mebdan başlayaraq) da tələbatın təmin edilməsini, o cümlədən dayaq-hərəkət aparatı problemləri olan uşaqlar üçün evdə hərtərəfli psixoloji və pedaqoji yardımın təşkil edilməsini mütəmadi nəzərdə saxlayır.

Təcrübə göstərir ki, bu uşaqlar kütləvi məktəbdə uğurla təhsil ala bilirlər, lakin ibtidai təhsil dövründə onlara müalicə, psixoloji və korreksiya-pedaqoji yardımını dəstəkləyən bir rejim lazımdır. Hal-hazırda bu cür uşaqlar adı kütləvi məktəblərə göndərilir, burada adaptasiya dövründə onların nevroitik reaksiyaları müxtəlif olur və bir sıra hallarda əlverişsiz nəticələrə gətirib çıxarır. Beləliklə, dayaq-hərəkət aparatı xəstəlikləri olan uşaqlara yardım sistemində sosial uyğunlaşma və müasir cəmiyyətə inteqrasiya olunmasına mane olan bir sıra problemlər ortaya çıxır:

- fərqli psixo-pedaqoji və tibbi-sosial yardımın yetərincə olmaması;
- dayaq-hərəkət aparatı sisteminin müxtəlif xəstəlikləri olan uşaqlarla işləmək üçün mütəxəssislərin ixtisaslarını artırmaq ehtiyacı;
- bu uşaqlarla tibbi, psixoloji və korreksiya-pedaqoji iş metodlarının elmi əsasda təkmilləşdirilməsi;
- nəqliyyat vasitələri, protez təchizatı, əmək sisteminin peşə hazırlığı, mümkün ev işinin yüngülləşdirilməsi [1, 98].

Bu problemlərin həlli qismən dayaq-hərəkət aparatı sistemi ilə problemi olan uşaqlar üçün kompleks psixo-pedaqoji- tibbi-sosial (PPTS) və rehabilitasiya mərkəzlərində həyata keçirilir. Bu mərkəzlərin işlərinə dəstək olaraq dayaq-hərəkət aparatı pozulmaları olan uşaqların erkən diagnostikası onların rehabilitasiyası üçün son dərəcə zəruridir. Bu məqsədlə ağır doğuş və çətin hamiləlik keçirmiş analar, ensefalopatiyalı uşaqlar üçün artıq doğum evində xüsusi mütəxəssislər- ortopedlər, psixoloqlar, nevroptoloqlar olmalıdır ki, doğuşdan dərhal sonra uşaqların vəziyyətini düzgün qiymətləndirərək, zərurət olduqda, həyatın birinci ilindən başlayaraq müvafiq müalicə və korreksiya aparılsın.

Zərərin dərəcəsindən və intellekt vəziyyətindən asılı olmayaraq, bütün patologiyalı uşaqları ləhatə edən bir uşaq bağçasının təşkil edilməsi vacibdir . Bu qurumlar dayaq-hərəkət aparatı, intellekt və müxtəlif nitq pozuntuları olan uşaqların tərbiyəsi üçün zəruri kömək edə biləcək fərdi proqramlara malik olmalıdırlar. Deyaq-hərəkət pozulmaları olan uşaqların yeniyetmələrin sağlam adamlar cəmiyyətinə inteqrasiyası bu günün aktual problemlərindəndir. Təcrübə göstərir ki, dayaq-hərəkət pozulmaları olan uşaq və yeniyetmələrin fiziki qüsurları ilə əlaqədar mikrososial mühitin neqativ təsiri ilə şərtlənən bir sıra psixoloji problemləri olur. Onların adaptasiyası emosional sahədə və davranış pozuntularının aşkara çıxması ilə üzləşən dezadaptasiya uğursuzluqları və böhranlar ilə xarakterizə olunur. Sosial adaptasiya və inteqrasiya prosesində uşağın fərdi inkişaf xüsusiyyətləri əsas rol oynayır. Bu xüsusiyyətlər öz-özlüyündə şəxsiyyətin kompensator potensialını əks etdirir və ətraf mühitə adekvat olan davranış və həyat fəaliyyəti üçün tənqidi, fərdin kompensasiya potensialını əks etdirən və ətraf mühit şəraitinə uyğun davranış və həyat fəaliyyətinin inkişaf etdirilməsinə imkan verən uşağın inkişafının fərdi xüsusiyyətləridir. Bu zaman vaxtli-vaxtında və effektiv diaqnostika, profilaktika və davranış, sinir-psixi, patoxarakteroloji pozulmaların korreksiyası mühüm rol oynayır [2, 19] .

Əfsanələrə görə qədim Hindistan və qədim Misir istisna olmaqla, digər cəmiyyətlərdə fərdi (fiziki) çatışmazlığı olan uşaqlar dünyaya gələn kimi öldürülürdü. Köçəri xalqlar arasında yalnız cəmiyyətə faydalı ola biləcək fərdlər yaşamaq hüququna malik idi.

Qədim Yunanıstanda fiziki əlilliyi olan insanlar qorxaqlıq, kinlilik, kobudluq kimi mənfi insani xüsusiyyətlərlə assosiasiya olunurdular. Bu cür təsəvvürü Homer Tersit obrazında əks etdirmişdi. Hətta Spartalılarda həyatda yaşamaq üçün çox təəssüf doğuran bir test də mövcud idi . Bu, testin şərtlərinə əsasən fiziki əlilliyi olan uşaqları dağlarda təbiətin və vəhşi heyvanların ümidinə buraxırdılar.

Təxminən e.ə. VI əsrdə, hər bir insanın hər hansı bir ictimai xidməti yerinə yetirməsi lazım olan bir fəal vətəndaş kimi yetişdirilməsi ideyası mövcud

idi. İnkişaf əlilliyi olan uşaqlar yalnız "davamlıdır" şərti ilə təhsil ala bilərdilər. Bu baxımdan ən yaxşı nümunə Sokrat idi. Onun fiziki qüsuru təhsili üçün maneə olmamışdır.

Antik dövrün ən görkəmli alimləri fərqli fikirlərə malik idilər. Məsələn, Platon hesab edirdi ki, dövlətin təhsilə dair "vətəndaşların uyğunluğu" məsələsini həll etmək hüququ saxlanılmalıdır. Təlimə uyğunluq yalnız cəmiyyətin iki yuxarı sinfi - əsgərlər və hərbi liderlər üçün tanınırdı. Aristotel vətəndaşların təhsilində aparıcı rolu dövlətə verirdi, eşitməyən və danışa bilməyənləri öyrətməyə cəhd etməyi də lüzumsuz hesab edirdi.

Bir çox əsrlər boyunca Romada ailə başçısı, yəni, ata nəinki, hüquqi cəhətdən qanuni olaraq, həm də dövlətin fərmanına əsasən övladı anomaliya ilə doğulduğu halda onu tələf etməyə məcbur idi. Sonra Roma qanunu bir qədər yumşaldıldı, Roma ailələri qullardan müəllim kimi çox istifadə etməyə başladılar, bu da humanistik təfəkkür üçün baza yaratdı.

Erkən xristianlıq dövründə əlilliyi olan insanların sığınacaq və yardımını yalnız ruhani icmalarından ola bilərdi. Eyni vəziyyət orta əsrlərdə də, mövcud idi. Əlilliyi olan adamlar monastır divarlarından və ya abbatlıqlardan kənarında ancaq dilənmək məcburiyyətində qalırdılar. Fiziki və əqli pozulmalar iblisin əlaməti olaraq qəbul edildi. İnkvizisiya bu cür adamları yandırmağı tələb edirdi. Ən "diribaş" əlillər isə müxtəlif bayramlarda və yarmarkalarda camaatı güldürməklə, məzhəkəçiliklə özlərinə pul, yemək qazanırdılar.

H.L.Vives (1492-1540), V. Ratne (1571-1635), Y.A. Komenski (1592-1670) İntibah dövrünün görkəmli nümayəndələri olaraq, əlillərə yardım göstərməyə çalışdılar. Ancaq maarifləndirmə dövrünədək, cəmiyyətin əlil insanlara münasibəti az dəyişmişdi. C. Lokk (1632-1704) və J. J. Russonun (1712-1778) sayəsində əlillərə münasibət dəyişmişdi. Artıq bu dövrdən etibarən əlil insanların məcburi olaraq dilənmək zərurəti aradan qalxdı, insan ancaq qürur və sosial mənfəət anlayışı daşdı.

XVIII əsrin sonu və XIX əsrin əvvəllərində İ.Q. Pestalotsinin (1746-1827) və F. Frebelin (1788-1852) işlərində orto-pedaqoji təlimin elementləri (Ortopedaqogika-düzəldici pedaqogika) görünməyə başlayırdı. Pestalotsinin "İnkişafında pozulmalar olan uşaqlarda praktik bacarıqların formalaşdırılması" ilə bağlı tərbiyə nəzəriyyəsində əsas yeri əyanilik və müstəqillik tutur. Frebel tərbiyənin ayrılmaz hissəsi kimi bu uşaqların erkən diaqnoz və müalicəsinin əhəmiyyətinə toxunmuşdu.

Sənaye İnqilabı (1760-1880), əlverişsiz iş şəraiti, təhlükəsizliyə nəzarətsizlik səbəbiylə fiziki ziyan və yaralanmaların artması ilə qeyd edildi, fiziki qüsurlu, əlil insanların sayı artdı. Şəhər ailəsi əlil üzvünün qayğısını çəkmək iqtidarında deyildi. Bu səbəbdən tibbi-pedaqoji müəssisələr yaranır. 1832-ci ildə D. N.fon Kurtz yoxsul, axsaq uşaqlar üçün texniki məktəb təşkil edərək, onları fabrik və zavodlarda iş üçün təlim keçirdi.

Əlillərin mövcud vəziyyətinə reaksiya olaraq, 1850-ci ildən başlayaraq çoxsaylı, əsasən dini xeyirxah qayğı təşkilatları yaranmağa başlamışdır. Ortopedik klinikalar meydana çıxdı, tibbin əsas maraq dairəsi ilk növbədə əlil uşaqlara və yeniyetmələrə yönəldildi. Bu mənada bir addım geri atıldı: pedaqoji-müalicəvi yanaşma terapevtik yanaşmaya yer verdi.

Uşaq serebral iflicinin ilk klinik təsvirini ingilis cərrahı V.D. Littl (1810-1894) tərəfindən verilmişdir. O, sol tərəfli əyripəncəlikdən əziyyət çəkirdi və 1853-cü ildə "İnsan skeletinin deformasiyasının təbiəti və müalicəsi haqqında" tədqiqat işi nəşr etdirmişdi. 1861-ci ildə, spastik rigidlik haqqında bir məruzədə, o ciddi və spesifik xəstəliklərlə doğula biləcək uşaqları vurğulamışdı. O, İngiltərə Kral Cəmiyyətinə bu barədə məlumat verərək, doğuşdan sonra başın zədələnməsi nəticəsində yaranmış ekstremal iflicli uşaqları müşahidə etməyə başlamışdır. Demək olar ki, 100 il müddətində bu xəstəlik Little xəstəliyi adlanırdı.

1906-cı ildə alman ortopedi Bizalski "axsaqlığın statistikasını" açıqladı. Bu məlumatlar normal psixi və intellektual inkişafı olan məktəblilər arasında bu cür uşaqların çoxlu sayda olduğunu üzə çıxardı. Bu uşaqların təhsil sistemini və sosial müdafiəsini yaxşılaşdırmaq lazım idi. Beləliklə, 1920-ci ildə dünyada ilk dəfə Almaniyada " Əlillərə kömək haqqında" qanun yarandı və bu qanuna görə əlilliyi olan şəxslərə profilaktik tədbirlər, tibbi, pedaqoji və peşə reabilitasiyası zəmanəti verilirdi.

Cəmiyyətin inkişafının müxtəlif mərhələlərində serebral iflicli uşaqların tibbi və sosial-pedaqoji reabilitasiyası müxtəlif yollarla həll olunurdu. XVIII əsrin sonu və XIX əsrin əvvəllərində Avropada "nifrət" evləri ilə yanaşı, həm də hərəkət əlilliyi olan uşaqlar üçün müalicə müəssisələri də yaradılmağa başlanılmışdır. Onlar London, Kopenhagen, Stokholm, Münhen və s. paytaxtlarda və böyük şəhərlərdə yaradılırdı.

Dayaq-hərəkət aparatı xəstəliklərindən əziyyət çəkən uşaqların bərpası üçün ən qədim qurum Belçikada 1921-ci ildə açılmış "Əlil qızlar üçün sığınacaq"-da 15 uşağın ibtidai təhsili bazası yaradıldı. 1947-ci ildə Niderlandda fiziki qüsurlu uşaqlar üçün ilk məktəb yaradıldı. Məktəb Meterlinqin məşhur "Göy quş" pyesinin qəhrəmanı olan qızın adı ilə "Mitol" adlandırılmışdı. Bu məktəb hərəkət qüsurları olan uşaqların təhsil alacağı nümunəvi məktəb oldu. Təxminən eyni dövrdə bu cür məktəblər digər qitələrdə də ABŞda, Yaponiyada, Avstraliyada yaranmağa başladı.

İki dünya müharibəsi sayəsində əlillər üçün reabilitasiya sisteminin yaradılması sürətləndi. Müharibə zamanı zərərçəkmişlərin əmək reabilitasiyası işçilərin sıralarını artırmaq üçün zəruri olan bir iqtisadi amil idi.

Konslaqer düşürgələrinə dərin nifrət və Hitler ideyası köməyin mənəvi amilini çox gücləndirdi. Çünki Hitler, ilk növbədə, əlillərin, yəhudilərin, qaraçıların məhv edilməsini əmr etmişdi.

Rusiyada belə patologiyası olan uşaqlar üçün ilk təşkilat olaraq 1890-cı ildə Sankt-Peterburqda açıldı. "Göy xaç" Cəmiyyəti 20 nəfərlik "əlil-uşaq və paralitiklər üçün sığınacaq" açır. Bu qurumda uşaqlar həkimlər tərəfindən müayinə edilir, ibtidai təhsil alır və sənətlə məşğul olurdular. 1904-cü ildən etibarən sığınacaq üzrə məsləhətçi və müalicə prosesinin rəhbəri yerli ortopediyanın banisi Hərbi Tibb Akademiyasının professoru Q.İ. Turner oldu. 1936-cı ildə dayaq hərəkət aparatı xəstəliklərinə məruz qalan uşaqlar üçün tibbi-pedaqoji müəssisənin bazasında Uşaq Ortopediyası və Travmatologiya Elmi-Tədqiqat İnstitutu təşkil edildi.

1950-ci illərə qədər dayaq-hərəkət aparatı sisteminin ciddi zədələnməsi olan əlil uşaqlar əsasən tibbi müayinədən keçmiş və Rusiyanın səhiyyə sistemində qeydiyyatda alınmışdır. 1950-ci illərin sonunda Moskva və Leninqraddakı dayaq-hərəkət pozulmaları olan uşaqlar üçün təşkil olunmuş ilk məktəblər əsasən poliomyelitə yoluxan uşaqlar üçün nəzərdə tutulmuşdu.

Leninqradda Q.İ. Turner adına institutda nəinki uşaqların ortopedik və cərrahi müalicəsi üzrə, həm də beyin iflici olan uşaq və yeniyetmələrlə tibbi-pedaqoji və psixoloji iş üzrə böyük təcrübə toplanılmışdır.

50-ci illərin sonunda Leninqradda və Rusiyanın digər iri şəhərlərində dayaq-hərəkət aparatı pozulmaları olan uşaqlar üçün sanatoriya və internat məktəbləri yaradılmışdı. Bu məktəblərin əsas kontingenti serebral iflicli uşaqlar idi. Sankt-Peterburqda serebral iflicli uşaqlar üçün ilk ixtisaslaşdırılmış təşkilatlardan biri sanatoriya və spa müalicəsində uzun illər təcrübəsi olan Komarovo sanatoriyası idi. Burada S.A Bortfeldin rəhbərliyi altında serebral iflicli uşaqlar üçün terapevtik bədən tərbiyəsi üsulları hazırlanmışdır. 1970-ci illərin əvvəllərində Moskva şəhərində serebral iflicli uşaqlar üçün Ümumittifaq Bərpaedici Müalicə Mərkəzi açılmışdır.

Sosial müdafiə sistemində (ağır fiziki əlilliyi olan uşaqlar üçün) əlil uşaqlar da yaşayır və onlardan yarısından çoxu serebral iflicin nəticələrinə görə müxtəlif vasitələrin köməyi ilə yaşayırlar.

"Uşaq serebral iflici" termini (USİ) beyin zədəsi ilə əlaqədar yaranan bir sıra sindromları birləşdirir. Serebral iflic baş və onurğa beynin bətdaxili dövrün müxtəlif mərhələlərində, eləcə də doğuş zamanı zədələnməsi nəticəsində inkişaf edir. Serebral iflicin əsas klinik simptomu geridə qalan inkişaf və statokinetik reflekslərin düzgün olmayan inkişafı, tonsun patologiyası və parezlərlə əlaqəli olan motor funksiyasının pozulmasıdır. Mərkəz sinir sistemindəki pozulmalardan əlavə, ikincili olaraq, həyat boyu sinir əzələ liflərində, oynaqlarda, bağlarda və qığırdaqlarda dəyişikliklər baş verir.

Serebral iflicin əsas simptomuna – hərəkəti pozulmalara, əksər hallarda psixikanın pozulmaları, nitq qüsurları, görmə, eşitmə və s. pozulmalar da əlavə olunur. Bəzi uşaqlarda qıcolma da təzahür edir. Yuxarıda qeyd olunduğu kimi, serebral iflicin ilk klinik təsviri 1853-cü ildə V. Littl tərəfindən təsvir

edilmişdir. Serebral iflic təxminən 100 il ərzində Littl xəstəliyi adlandırıldı. "Uşaq serebral iflici" termini Zigmund Freyde məxsusdur. 1893-cü ildə o bətdaxili mənşəli oxşar klinik əlamətlərlə bütün spastik iflic formalarını serebral iflic qrupunda birləşdirməyi təklif etdi.

1958-ci ildə Oksfordda ÜSM üzrə VIII iclasda bu termin təsdiq edilərək belə qəbul edildi : “uşaq serebral iflici - beyinin hərəkətlərə və bədənin vəziyyətinə cavabdeh olan şöbələrini zədələyən qeyri progressiv xəstəliyi. Bu xəstəlik baş beyinin inkişafının erkən mərhələlərində yaranır”.

Amma bu günə qədər bu pozulma müxtəlif ədəbiyyatlarda fərqli terminlərlə ifadə olunur. Məsələn, ingilis ədəbiyyatlarında əsasən "serebral iflic" və "spastik iflic" terminlərindən istifadə olunur.

Alman ədəbiyyatında "hərəkət aparatının serebral pozulması", bəzən isə “serebral iflic” adlandırılır.

Fransız müəlliflərinin əsərlərində " motorikanın serebral mənşəli pozulması" ifadəsinə rast gəlinir.

Nəticə olaraq, bu xəstəliyə "uşaq serebral iflici" kimi istinad edərək, həyatın ilk illərində təzahür edən qeyri progressiv, qismən funksional korreksiyaya tabe ola bilən, inkişaf məhdudluğu və ya baş beyinin zədələnməsi ilə izah olunan qamətin və hərəkət funksiyalarının pozulması olduğunu nəzərə almaq lazımdır. Serebral iflicli uşaqlarda hərəkət pozulmaları üstünlük təşkil etsə də, onlar əsas problem deyildir.

XX əsrin əvvəllərində aparılan tədqiqatlara əsasən USİ-li uşaqların çoxunda intellekt zəifliyi və nitq inkişafsızlığı vurğulanırdı. Məsələn, M.Y Breytman ilk dəfə olaraq serebral iflicin patoloji-anatomik və klinik təsvirini verərək bu xəstəliyin təkcə motor sahəsinə deyil, həm də intellektə və nitqə təsir etdiyini qeyd etmişdi.

XX əsrin 60-80-ci illərində serebral iflicli uşaqlarda idrak proseslərinin və nitqin öyrənilməsinə həsr olunmuş işlər üzə çıxdı [4, 118].

Hal-hazırda serebral iflic prenatal dövrdə beyinin zədələnməsi və ya beynin əsas strukturları və mexanizmlərinin tam formalaşmaması nəticəsində yaranan, nevroloji və psixi pozulmalarla şərtlənən xəstəlik hesab olunur. Bu zaman nəinki, psixi inkişaf ləngiməsi, həm də ayrı-ayrı psixi funksiyaların qeyri bərabər, disproporsional (qeyri-mütənasib) formalaşması müşahidə edilir.

Serebral iflicli uşaqlarda psixi pozulmaların patogenezinə vacib zəncir postnatal dövrdə filogenetik və ontogenetik cəhətdən ən gənc beyin strukturlarının inkişaf etməməsi və ya anormal inkişafıdır. Serebral iflicli uşaqda ən mühüm funksional sistem olan hərəkət sistemin fəaliyyəti pozulmuşdur. Hərəkət patologiyası sensor çatışmazlıqla müşayiət olunduqda idrak fəaliyyətinin və intellektin inkişafsızlığına səbəb olur.

Serebral iflicin səbəbləri çoxdur. Serebral iflicin mənşəyi ilə bağlı prenatal, natal və postnatal mənfi amilləri ayırd edilir. Təcrübədə inkişafın

müxtəlif mərhələlərində təsir edən bu amillərin kombinasiyası tez-tez müşahidə olunur. Serebral iflicin inkişafının səbəblərini təhlil edərkən, serebral iflicin müəyyən bir inkişaf dövrü ilə əlaqəsi adətən "risk dövrü" termini ilə müzakirə edilir. Bu və ya digər dövrlərdə serebral iflic riskinin olması məsələsi Littl və Freyd dövründən etibarən ədəbiyyatda geniş müzakirə olunur, lakin bu günədək geniş fikir müxtəlifliyi var.

Bir sıra tədqiqatçıların məlumatları serebral iflicin yaranmasında həlledici rolü prenatal faktorlara aid edir – 37 %-dən 60% -ə qədər, natal - 27% -dən 40%-ə qədər, postnatal - 3% -dən 25% -ə qədərdir.

Müəyyən bir dövrün üstünlüyünün müzakirəsi, əlbəttə ki, ikincildir. Əsas əhəmiyyət daşıyan yeni doğulmuşun və ya dölün müəyyən inkişaf dövründə üzə çıxan etioloji faktorlardır.

Prenatal faktorlar .

Adətən bu faktorların üç qrupu fərqləndirilir:

- ananın sağlamlıq vəziyyəti;
- hamiləlik dövründə kənarçıxma hallar;
- dölün inkişafına mane olan amillər.

Faktorların I qrupuna daxildir:

- ananın konstitusiyası;
- ananın somatik, endokrin, yoluxucu xəstəlikləri;
- pis vərdişlər;
- əvvəlki hamiləlikdən qalan fəsadlar və s.

Məsələn, ananın ürək-damar sistemi zədələndikdə, 45% -ində metabolik asitoz inkişaf edir ki, bu da dölün oksigen çatışmazlığına səbəb olur. Nəticədə doğuş prosesi asfiksiya ilə çətinləşir.

Serebral iflicin inkişafında bətdaxili infeksiyaların mənfi təsiri danılmazdır. Xüsusilə də ən təhlükəlisi məxmərək virusudur. Anadangəlmə məxmərəyin kliniki təzahürü spastik parezlərlə üzə çıxma bilər. Bütün prenatal zədələnmələrin 17% -nə səbəb toxoplazmozdur.

Dölün sinir sisteminin ağır patologiyasının səbəbi ananın və dölün immun uyğunsuzluğu ola bilər.

Amillərin II qrupuna (hamiləlik zamanı kənarçıxma hallar) əvvəlki hamiləliyin natal prosesinin ağır keçməsi, hamiləlik dövründə tireoid hormonları ilə müalicə, ananın estrogen hormonlarından istifadə etməsi, uşaqlıqdaxili zədələnmələr aid edilir.

III qrup amillərə (dölün inkişafının pozulması) aşağıdakılar daxildir: 1500 gramdan az çəki, dölün düzgün olmayan mövqeyi, plasentanın aşağı çəkisi, 37 həftədən aşağı hamiləlik, doğum qüsurları, ətrafların anormaliyası, mikrosefaliya, genetik amillər.

Serebral iflicin sadalanan risk faktorları arasında, ədəbiyyatlarda ən geniş yayılmış müzakirə mövzusu bədən çəkisinin çox aşağı olmasıdır.

Serebral iflicli uşaqlar arasında ən yüksək faiz körpənin anadan gəlmə çəkisinin çox aşağı olması (43% -dən 50% -ə qədər) arasında olub. Bu cür uşaqların doğuş zamanı serebral iflic riski normal bədən çəkisi olan uşaqlara nisbətən 6 dəfə çoxdur. Zəif çəki ilə spastik tipli serebral iflic arasında aydın əlaqə aşkar edilmişdir.

Bir sıra hallarda (2 %), genetik amil serebral iflicin inkişafında əsas rol oynayır. İntellektual pozulmalarla müşayiət edilən 12-13% anadangəlmə ataksiyalı uşaqlardakı pozulmaların genetik olması müəyyən edilir. Bu halda pozuntuların əksəriyyəti autosomatik - resessiv tipə aiddir. Əkizlərdə serebral iflicin təbiətinin ayrı-ayrı tədqiqatlarla öyrənilməsi serebral iflicin genetik etiologiyasının lehinə nəticələr vermişdir.

Natal faktorlara aşağıdakılar aiddir:

- doğuşda asfiksiya;
- doğuş travması.

Asfiksiya mexanizmi daha ətraflı araşdırılmışdır: doğuş zamanı oksigen çatışmazlığı damarların genişlənməsinə və trombların yaranmasına səbəb olur, beyin işemiyası meydana gəlir və nəticədə şiddətli serebral pozulmalar inkişaf edə bilər. Tədqiqatların nəticələrinə görə asfiksiya ilə doğulmuş uşaqlar arasında USİ 3%-lə 20% arasında dəyişir. Erkən doğulmuş uşaqlarda doğum asfiksiyası ilə serebral iflic arasında aydın əlaqə ola mövcuddur .

Natal asfiksiyanın USİ-nin risk amili kimi qiymətləndirilməsində 1897-ci ildə Z.Freydin fikirlərini xatırlamaq məqsəduyğundur. O qeyd edirdi ki, asfiksiyanın bilavasitə göstəriciləri olan iradi tənəffüsün ləngiməsi, göbək arteriyasının qanında PH-ın enməsi, dölün ürək ritminin tezləşməsi-bütün bunlar artıq mövcud olan beyin zədələnməsinin nəticələridir. Asfiksiyanın sadalanmış göstəriciləri serebral iflicin erkən əlamətidir , əksinə bu göstəricilər asfiksiya üçün indikator deyildir. Freydin nəzəriyyəsinə görə USİ natal anomaliyanın nəticəsi deyil, əksinə prenatal dövrdə dölün beyninin zədələnməsi natal anomaliyaya gətirib çıxarır.

Doğuş travmalarına səbəb doğuş zamanı mexaniki zədələnmələr, dölün düzgün olmayan gəlişi, sürətli doğum, uzun müddətli doğum, süni doğum və sair ola bilər.

Doğum mərhələsində serebral iflicin inkişafı üçün digər risk faktorları da ola bilər: plasenta və ya göbək ciyəsi patologiyası, göbək ciyəsinin dölün boynuna dolanması, uzun müddətli doğum spazmları, doğum fəaliyyətinin zəifliyi, erkən doğum.

Postnatal faktorları.

Doğum sonrası mərhələdə aşağıdakı səbəbləri fərqlənir:

- travma: kəllə və sümüklər, subdural hematomlar və s .;
- infeksiyalar: menenjit, ensefalit, beyin absesi;

- intoksikasiya: dərmanlarla, antibiotiklərlə \neg (streptomisin), qurğuşunla və s.;
- oksigen çatışmazlığı: mexaniki boğulma, suda boğulma və s.
- beyin şişləri, kistalar, hidrosefaliya və s.

Bu xəstəliyin etiologiyası ilə bağlı daha dəqiq fikirlər, motor disfunksiyasının ayrı-ayrı formalarının inkişafının səbəblərini təhlil etməklə əldə edilə bilər.

Serebral iflic olan uşaqlarda beyin struktur dəyişiklikləri 2 qrupa bölünür:

- hüceyrələrin özlərində qeyri spesifik dəyişikliklər;
- beyinin inkişafının pozulması,yəni dizontogenez ilə bağlı dəyişikliklər.

Həmin anda daha aktiv olan proseslər ən həssas olur. Bunu ölən uşaqların beynində müşahidə edilən morfoloji dəyişikliklərin müxtəlifliyi ilə izah etmək olar.

ƏDƏBİYYAT

- 1.Под редакцией И.В.Добрякова, Т.Г.Щедриной «Детский церебральный паралич: лечение в школьном возрасте», Санкт-Петербург Издательский дом СПбМАПО , 2008, 439 стр.
- 2.Ермоленко НА., Скворцов И.А., Неретина А.Ф. Клинико-психологический анализ развития двигательных, перцептивных, интеллектуальных и речевых функций у детей с церебральными параличами // Журнал неврологии и психиатрии, 2000, № 3, с. 19-23
3. Ипполитова М.В. Коррекционно-воспитательная работа с детьми дошкольного возраста, страдающими церебральными параличами // В сборнике: Очерки по патологии речи и голоса /Под ред. С.С. Ляпидевского. Вып. 3. М, 1967, С. 214-223
- 4.Л.М. Щипицына, И.И. Мамайчук «Детский церебральный паралич»,Санкт-Петербург Издательство "Дидактика Плюс", Москва Институт общегуманитарных исследований, 2001, 291 стр.