

MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

PARALIZIILE CEREBRALE LA COPIL

Protocol clinic național

Chișinău 2008



MOLDOVA GOVERNANCE
THRESHOLD COUNTRY PROGRAM

MILLENNIUM
CHALLENGE
CORPORATION

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 18.12.2008, proces verbal nr. 6.**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 526 din 29.12.2008
cu privire la aprobarea Protocolului clinic național “Paraliziile cerebrale la copil”**

Elaborat de colectivul de autori:

<i>Ion Ilciuc</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Svetlana Hadjiu</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Cornelia Călcîi</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Elena Maximenco</i>	Programul Preliminar de Țară al “Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare

Recenzenți oficiali:

<i>Marcu Rudi</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Adrian Rotaru</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Grigore Bivol</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Victor Ghicavîi</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Valentin Gudumac</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Ivan Zatushevski</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Iurie Osoianu</i>	Compania Națională de Asigurări în Medicină
<i>Maria Bolocan</i>	Consiliul Național de Acreditare și Evaluare

Coordonator:

Mihai Rotaru Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

Redactor: Eugenia Mincu

Corector: Tatiana Pîrvu

EDIȚIA – I

Tipărit “T-PAR” SRL, 2008.

Tiraj: 2000 ex.

Această publicație a fost posibilă datorită susținerii generoase a poporului american prin intermediul Programului Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare (Programul pentru Buna Guvernare), implementat de Millenium/IP3 Partners. Programul pentru Buna Guvernare este finanțat de Corporația „Millennium Challenge Corporation” (MCC) și administrat de Agenția Statelor Unite ale Americii pentru Dezvoltare Internațională (USAID) sub auspiciile Programului Preliminar de Țară.

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii (CIM 10).....	5
A.3. Utilizatorii	5
A.4. Scopurile protocolului	5
A.5. Data elaborării protocolului	5
A.6. Data următoarei revizuirii	5
A.7. Lista și informații de contact ale autorilor și persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	5
A.8. Definițiile folosite în document.....	6
A.9. Datele epidemiologice.....	7
B. PARTEA GENERALĂ	8
B.1. Nivel de asistență medicală primară (medicul de familie).....	8
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu	10
(neuropediatrul).....	10
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	12
C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	14
C.1.1. Algoritmul de conduită și de asistență a pacientului cu PC.....	14
C.1.2. Algoritmul de conduită și diagnosticare al pacientului cu PC la etapa prespitalicească	15
C.1.3. Algoritmul de conduită și diagnosticare al pacientului cu PC la etapa spitalicească	16
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	17
C.2.1. Clasificarea PC	17
C.2.2. Factorii de risc	18
C.2.3. Profilaxia PC.....	19
C.2.4. Conduita pacientului cu PC	20
C.2.4.1. Anamneza	21
C.2.4.2. Examenul fizic	23
C.2.4.3. Manifestările clinice	24
C.2.4.4. Investigațiile paraclinice	26
C.2.4.5. Diagnosticul diferențial	28
C.2.4.6. Criteriile de spitalizare	28
C.2.4.7. Tratamentul PC.....	28
C.2.4.7.1. Tratamentul stărilor de urgență în PC la etapa prespitalicească	29
C.2.4.7.2. Tratamentul PC la etapa spitalicească.....	29
C.2.4.8. Evaluarea handicapului în PC	33
C.2.4.9. Supravegherea pacienților cu PC.....	35
C.2.4.10. Stările de urgență.....	36
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	37
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	37
D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu	37
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de neuropediatrică, pediatrie și reabilitare ale spitalelor raionale, municipale și republicane	38
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	39
ANEXE	40
Anexa 1. Formular de consultație la medicul de familie pentru PC	40
Anexa 2. Ghidul pentru părintele copilului cu paralizie cerebrală.....	41
BIBLIOGRAFIE	44

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMP	Asistența medicală primară
ICȘDOSM și C	Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
PC	Paralizie cerebrală
SNC	Sistem nervos central
NSG	Neurosonografie transfontanelară
EEG	Electroencefalografie
EHIP	Encefalopatie hipoxic-ischemică perinatală
EMG	Electromiografie
TC	Tomografie computerizată
RMN	Rezonanță magnetică nucleară
LCR	Lichid cefalorahidian
SN	Secția neurologie
SNR	Secția neurorecuperare
TS	Tratament sanatorial
SATI	Secția anestezie și terapie intensivă
FR	Frecvență a respirației
FCC	Frecvență a contracțiilor cordului
TA	Tensiune arterială
i.m.	Intramuscular (administrare intramusculară)
i.r.	Intrarectal (administrare intrarectală)
i.v.	Intravenos (administrare intravenoasă)

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii Cursului de Neuropediatrie al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” în colaborare cu Programul Preliminar de Țară al Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare, finanțat de Guvernul SUA prin Corporația *Millenium Challenge Corporation* și administrat de Agenția Statelor Unite ale Americii pentru Dezvoltare Internațională.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind PC la copil și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Paralizie cerebrală

Exemple de diagnostic clinic:

1. Paralizia cerebrală spastică.
2. Paralizia cerebrală ataxică.
3. Paralizia cerebrală mixtă.

A.2. Codul bolii (CIM 10): G80-G83

A.3. Utilizatorii:

- Oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie).
- Centrele de sănătate (medici de familie).
- Centrele medicilor de familie (medici de familie).
- Centrele consultative raionale (neuropediatri, pediatri).
- Asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, pediatri și neuropediatri).
- Serviciile de asistență medicală prespitalicească (echipele AMU specializate și profil general).
- Secțiile de neuropediatrie, reanimare și terapie intensivă ale spitalelor raionale, municipale și republicane (medici neuropediatri, pediatri, reanimatologi).
- Secțiile de neuroreabilitare și recuperare raionale, municipale și republicane (neuropediatri, pediatri, reabilitologi).

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

1. Sporirea calității examinărilor clinice și paraclinice ale pacienților cu PC.
2. Sporirea calității tratamentului acordat pacienților cu PC.
3. Reducerea ratei complicațiilor (edem cerebral, *status epilepticus*, convulsii rezistente) la pacienții cu PC.
4. Reducerea numărului de cazuri de deces prin PC.

A.5. Data elaborării protocolului: noiembrie 2008

A.6. Data următoarei revizuirii: noiembrie 2010

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Numele	Funcția deținută
Dr. Ion Ilciuc, doctor habilitat în medicină, profesor universitar	șeful Cursului Neuropediatrie, USMF “Nicolae Testemițanu”, specialist principal neuropediatru al MS RM
Dr. Svetlana Hadjiu, doctor în medicină, conferențiar universitar	conferențiar universitar, Cursul Neuropediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Cornelia Călcâi	asistent universitar, Cursul Neuropediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Elena Maximenco, MPH	expert local în sănătate publică, Programul preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare

Protocolul a fost discutat și aprobat

Denumirea	Persoana responsabilă - semnătura
Cursul Neuropediatric, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>J. Hiciuc Glesne</i>
Asociația Neuropediatricilor din RM	<i>J. Hiciuc Glesne</i>
Societatea Științifico-Practică a Pediatriilor din Moldova	<i>M. Rudi Așut</i>
Asociația Medicilor de Familie din RM	<i>Arnal</i>
Comisia Științifico-Metodică de profil „Pediatrie”	<i>M. Rudi Așut</i>
Agenția Medicamentului	<i>Yuf</i>
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	<i>Alpup</i>
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	<i>urses</i>
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<i>G. Oros</i>

A.8. Definițiile folosite în document

Paralizia cerebrală la copii (PC): un grup de tulburări neurologice neprogresive caracterizate printr-un control neadecvat al motilității și de posturii, datorate unor cauze care acționează asupra SNC pre-, intra- sau postnatal, în primii 3-5 ani de viață (perioada inițială de dezvoltare a creierului). PC sunt considerate afecțiuni neprogresive, dar într-o continuă dinamică, fiind influențate de procesul de creștere și de dezvoltare, astfel că manifestările clinice se pot modifica în timp. Afectarea motorie este un criteriu obligatoriu și definitoriu al PC, aceasta fiind aproape întotdeauna însoțită de alte manifestări secundare afectării SNC, cum ar fi: retardul mental, epilepsia, deficitul senzorial (auditive, vizuale), tulburările cognitive, tulburările de comportament etc. PC se clasifică în trei tipuri majore: spastice, diskinetice și ataxice. Sunt posibile asocieri ale sindromului spastic cu cel diskinetic, mai rar cu sindromul ataxic (forme mixte). Tipurile PC, formele anatomice și caracteristicile clinice sunt prezentate mai jos [1, 9].

A.9. Datele epidemiologice

PC reprezintă o povară pentru societate și nu a putut fi eliminată în pofida progreselor realizate în medicină [1, 4, 9].

Creșterea numărului de supraviețuitori proveniți din prematurii cu risc crescut pentru această patologie, a avut ca efect majorarea numărului de cazuri de PC, în special a diplegiei spastice. Eforturile de a preveni apariția leucomalaciei periventriculare sunt pe cale de a duce la scăderea ratei PC la copiii născuți prematur, la începutul celui de-al treilea trimestru de gestație [12, 14]. Toate eforturile pentru prevenirea PC vor trebui concentrate asupra factorilor și evenimentelor care au loc în cursul sarcinii și a travaliului [4, 9, 14].

Se estimează că peste 100.000 de americani, sub vârsta de 18 ani, prezintă un grad de dizabilitate neurologică atribuită PC [9]. În Franța și în Anglia 25% dintre, pacienții cu PC au un deficit motor important, fiind incapabili să meargă singuri și 30% prezintă retard mental [1, 5, 9].

Investiția statului american pentru asistența bolnavilor cu PC constituie 5 milioane de dolari, iar pentru familiile în care există un bolnav cu acest diagnostic trauma afectivă și povara materială sunt practic inestimabile [9].

Mulți dintre copiii cu PC au avut un istoric de travaliu prelungit, de naștere prematură sau de prezentație pelviană și au prezentat comă și convulsii în primele zile de viață. Little a postulat că anomaliile motorii pe care le prezentau copiii cu PC erau urmarea nașterilor patologice. În 1897, Freud sugera că PC constituie un sindrom, rezultat al unor factori prenatali care au influențat dezvoltarea fătului.

Prevalența PC (forme medii și severe) este de 1,5-2,5 la 1000 de nou-născuți vii, mai ridicată în țările în curs de dezvoltare. Alte statistici prezintă următoarele date: 7 cazuri la 100.000 de locuitori, și 1,3 cazuri la 1000 de nașteri [9].

Peste 90% dintre copiii cu PC ating vârsta adultă [1, 9, 11].

Viitorul copiilor cu PC constituie marea obsesie. Inserția socioprofesională a copiilor cu PC, care constituie scopul final, va fi cu atât mai bună, cu cât evidența va fi mai precoce și mai adaptată deficiențelor prezentate de aceștia [1, 9].

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară (medicul de familie)		
Descriere (măsură)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<p>1. Profilaxia</p> <p>C.2.3</p>		<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Supravegherea gravidelor din grupul de risc pentru PC, cu aplicarea metodelor profilactice (<i>caseta 3</i>). Acordarea asistenței familiilor socialmente vulnerabile (<i>caseta 3</i>).
<p>1. Diagnosticul</p> <p>2.2. Suspectarea diagnosticului de PC și evaluarea gradului de afectare a SNC</p> <p>C.2.4.1 – C.2.4.4</p>	<p>Anamneza permite suspectarea PC la majoritatea pacienților.</p> <p>Sindromul convulsiv este prezent la 50% dintre pacienții cu PC [6, 7, 9].</p> <p>Sunt prezente semnele neurologice patologice de afectare a SNC [1, 9]</p> <p>Diagnosticul de PC necesită investigațiile de laborator, paraclinice și imagistice pentru confirmare [6, 7].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (<i>casetele 6-8</i>). Examenul fizic (clinic general și neurologic) (<i>caseta 9; tabelele 2, 3</i>). Examenul paraclinic (<i>caseta 10</i>). <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultația altor specialiști (la necesitate). <p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacienții suspecți la PC obligatoriu vor fi trimiși la consultația neuropediatrului, care va decide necesitatea spitalizării (<i>caseta 12</i>). În caz de urgență pacientul va fi spitalizat în mod urgent în SATI (<i>casetele 13</i>).
<p>2.2. Luarea deciziei consultației specialistului și/sau spitalizare</p> <p>C.2.4.6</p>		
<p>2. Tratatamentul</p> <p>2.1. Tratatamentul nemedicamentos la domiciliu</p> <p>C.2.4.7</p>	<p>PC formele ușoare, fără boli concomitente și sindrom epileptic, pot fi tratate cu succes la domiciliu conform indicațiilor neuropediatrului [8].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Regim de protecție (de prevenire a traumatismului). Consumarea fluidelor pentru menținerea unui debit urinar adecvat.

I	II	III
<p>2.2. Tratamentul medicamentos la domiciliu C.2.4.7</p>	<p>Efectul clinic adecvat la pacienții cu PC poate fi obținut prin individualizarea tratamentului, la cei cu convulsii recurente – administrarea de anticonvulsivante [1, 8, 9, 12, 13].</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Regim alimentar: consum de alimente bogate în vitamine, ușor asimilabile și cu potențial alergizant redus, cu limitarea condimentelor și a produselor iritante, la necesitate cu includerea suplimentelor de „fibre” și laxative (<i>tabelul 4</i>). <p>Obligatoriu (<i>monitorizarea tratamentului indicat de către neuropediatri și de alți specialiști</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tratamentul anticonvulsivant: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diazepam i.m., i.v. sau i.r., apoi <i>per os</i> pentru toată durata accesului (<i>tabelul 5; casele 17, 18</i>). ● Tratamentul de întreținere după stoparea convulsiilor: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Individual, în funcție de tipul de convulsii (<i>caseta 19</i>). ● Terapia simptomatică (tratamentul anomaliilor de tonus și de postură), terapia de ameliorare a comunicării (<i>tabelul 5</i>). ● Evaluarea eficacității tratamentului simptomatic (<i>caseta 20</i>). <p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conform indicațiilor neuropediatriului (<i>casele 24, 25</i>).
<p>3. Supravegherea C.2.4.9</p>	<p>Se va efectua în colaborare cu medicul neuropediatru.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conform indicațiilor neuropediatriului (<i>casele 24, 25</i>).

**B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu
(neuropediatrul)**

Descriere (măsură)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia C.2.3		<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Informarea medicilor de familie și a pediatrilor despre factorii de risc pentru PC și măsurile profilactice și metodele de prevenire ale complicațiilor grave din partea SNC în caz de boli acute, convulsii și vaccinarea copiilor cu PC (casetele 2, 3, 15, 17, 18, 26).
2. Diagnosticul		
2.2. Suspectarea și confirmarea diagnosticului de PC și evaluarea gradului de afectare a SNC C.2.4.1–C.2.4.4	<p>Anamneza permite suspectarea PC la majoritatea pacienților.</p> <p>Sindromul convulsiv este prezent la 50% dintre pacienții cu PC [6, 7, 9].</p> <p>Sunt prezente semnele neurologice patologice de afectare a SNC [1, 9].</p> <p>Diagnosticul de PC necesită investigațiile de laborator, paraclinice și imagistice pentru confirmare [6, 7].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (casetele 6-8). Examenul fizic (clinic general și neurologic) (casetă 9; tabelele 2, 3). Examenul paraclinic obligatoriu (casetă 10). Diagnosticul diferențial (casetă 11). <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examenul paraclinic recomandabil (casetă 10). Consultația altor specialiști (la necesitate).
2.2. Luarea deciziei versus necesitatea spitalizării și/sau consultația specialiștilor C.2.4.6		<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> În caz de urgență pacientul va fi spitalizat în mod urgent în SATI (casetele 13). Evaluarea criteriilor de spitalizare (casetă 12).
3. Tratamentul		

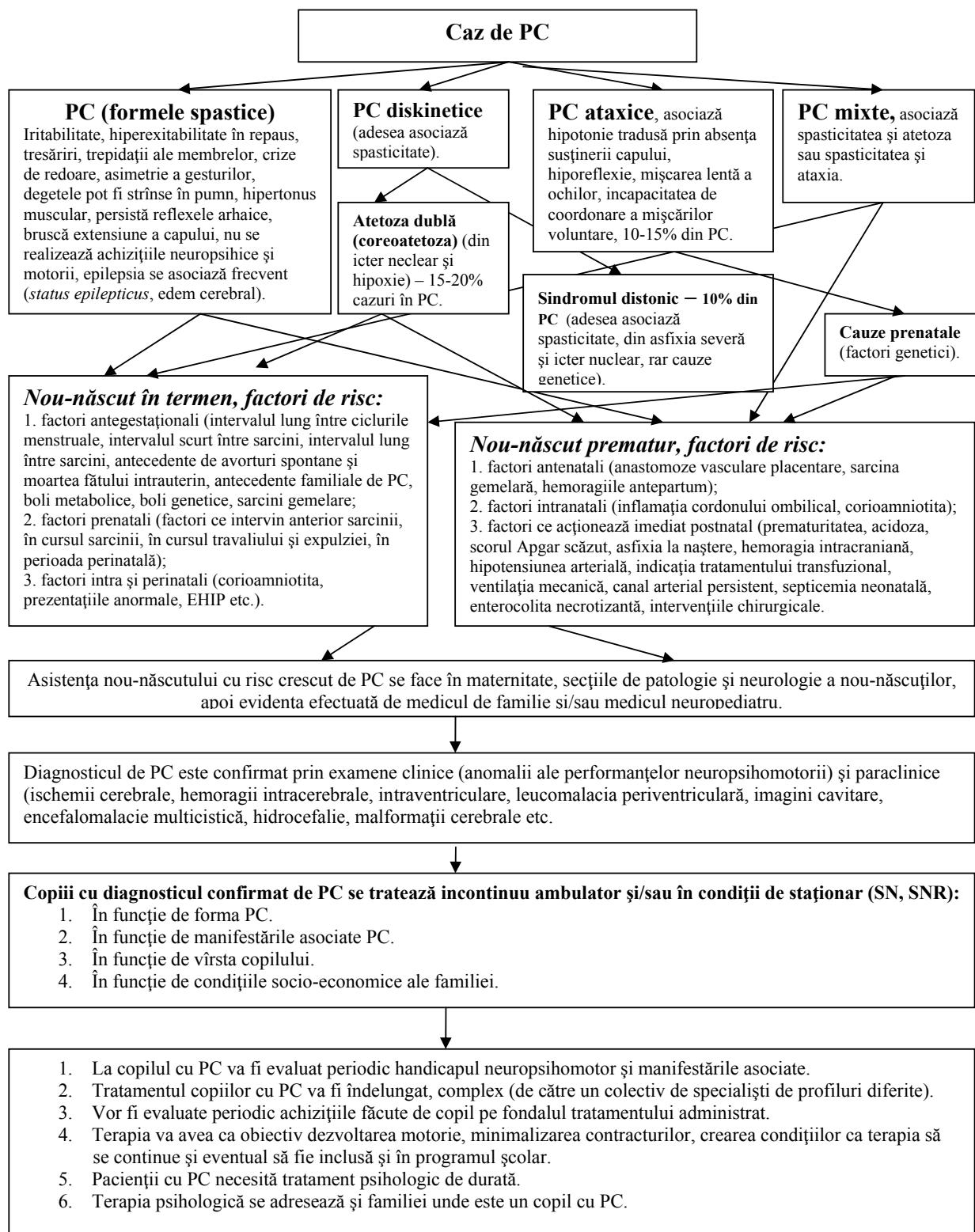
I	II	III
<p>3.1. Tratamentul nemedicamentos la domiciliu C.2.4.7</p>	<p>PC, formele ușoare, fără boli concomitente și sindrom epileptic, pot fi tratate cu succes la domiciliu conform indicațiilor neuropediatriei [8].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Regim de protecție (de prevenire a traumatismului). ● Consumarea fluidelor pentru menținerea unui debit urinar adecvat. ● Regim alimentar: consum de alimente bogate în vitamine, ușor asimilabile și cu potențial alergizant redus, cu limitarea condimentelor și a produselor iritante, la necesitate cu includerea suplimentelor de „fibre” și laxative (<i>tabelul 4</i>).
<p>3.2. Tratamentul medicamentos la domiciliu C.2.4.7</p>	<p>Efectul clinic adecvat la pacienții cu PC poate fi obținut prin individualizarea tratamentului, la cei cu convulsii recurente – administrarea de anticonvulsivante [1, 8, 9, 12, 13].</p>	<p>Obligatoriu (prescrierea, monitorizarea și corecția)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tratamentul anticonvulsivant: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diazepam i.m., i.v. sau i.r., apoi <i>per os</i> pentru toată durata accesului (<i>tabelul 5</i>; <i>casetele 17, 18</i>). ● Tratamentul de întreținere după stoparea convulsiilor: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Individual, în funcție de tipul de convulsii (<i>casetă 19</i>). ● Terapia simptomatică (tratamentul anomaliilor de tonus și de postură), terapia de ameliorare a comunicării (<i>tabelul 5</i>). ● Evaluarea eficacității tratamentului simptomatic (<i>casetă 20</i>).
<p>4. Supravegherea permanentă C.2.4.9</p>	<p>Supravegherea permanentă de către neuropediateru este indicată pacienților cu PC pentru evaluarea achizițiilor neuropsihomotorii și corecția deficiențelor copilului [1, 9].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reevaluarea periodică a criteriilor de spitalizare (în caz de necesitate a tratamentului spitalicesc). ● Consultația neurologului după examinările clinice și paraclinice (<i>casete 24, 25</i>).

B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere (măsurii)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Spitalizare	<ul style="list-style-type: none"> Doar formele ușoare de PC fără boli concomitente și sindrom epileptic, pot fi tratate cu succes la domiciliu [9]. Vor fi spitalizate persoanele care prezintă cel puțin un criteriu de spitalizare [1, 9]. Persoanele care necesită spitalizare planică în SN – necesită internare [9]. 	<ul style="list-style-type: none"> Criterii de spitalizare (secțiile cu profil <i>neuropediatric, în spitalele raionale și municipale</i>) (<i>casetele 12, 13</i>). Criterii de spitalizare (<i>secțiile neuropediatric, neurorecuperare din spitalele republicane</i>): cazurile în care nu este posibilă stabilirea diagnosticului și/sau tratamentul la nivel raional (municipal).
2. Diagnosticul	Tactica de conduită a pacientului cu PC și alegerea tratamentului medicamentos depind de gradul de afectare și de complicațiile bolii, de factorii de teren (vârsta, complicațiile și bolile concomitente), aprecierea căroră în unele cazuri este posibilă numai în condiții de staționar [1, 3, 5, 6, 9].	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (<i>casetele 6-8</i>). Examenul fizic (<i>caseta 9; tabelele 2, 3</i>). Exame de laborator și imagistice obligatorii (<i>caseta 10</i>). Diagnostic diferențial (<i>caseta 11</i>). <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aplicarea testelor <i>screening</i> (<i>anexa 1</i>). Exame de laborator și imagistice (<i>caseta 10</i>). Consultația altor specialiști (la necesitate).
3. Tratamentul		
3.1 Tratamentul nemedicamentos		<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Regim de protecție (de prevenire a traumatismului). Consumarea fluidelor pentru menținerea unui debit urinar adecvat. Regim alimentar: consum de alimente bogate în vitamine, ușor asimilabile și cu potențial alergizant redus, cu limitarea condimentelor și a produselor iritante, la necesitate cu includerea suplimentelor de „fibre” și laxative (<i>tabelul 4</i>).
C.2.4.7		

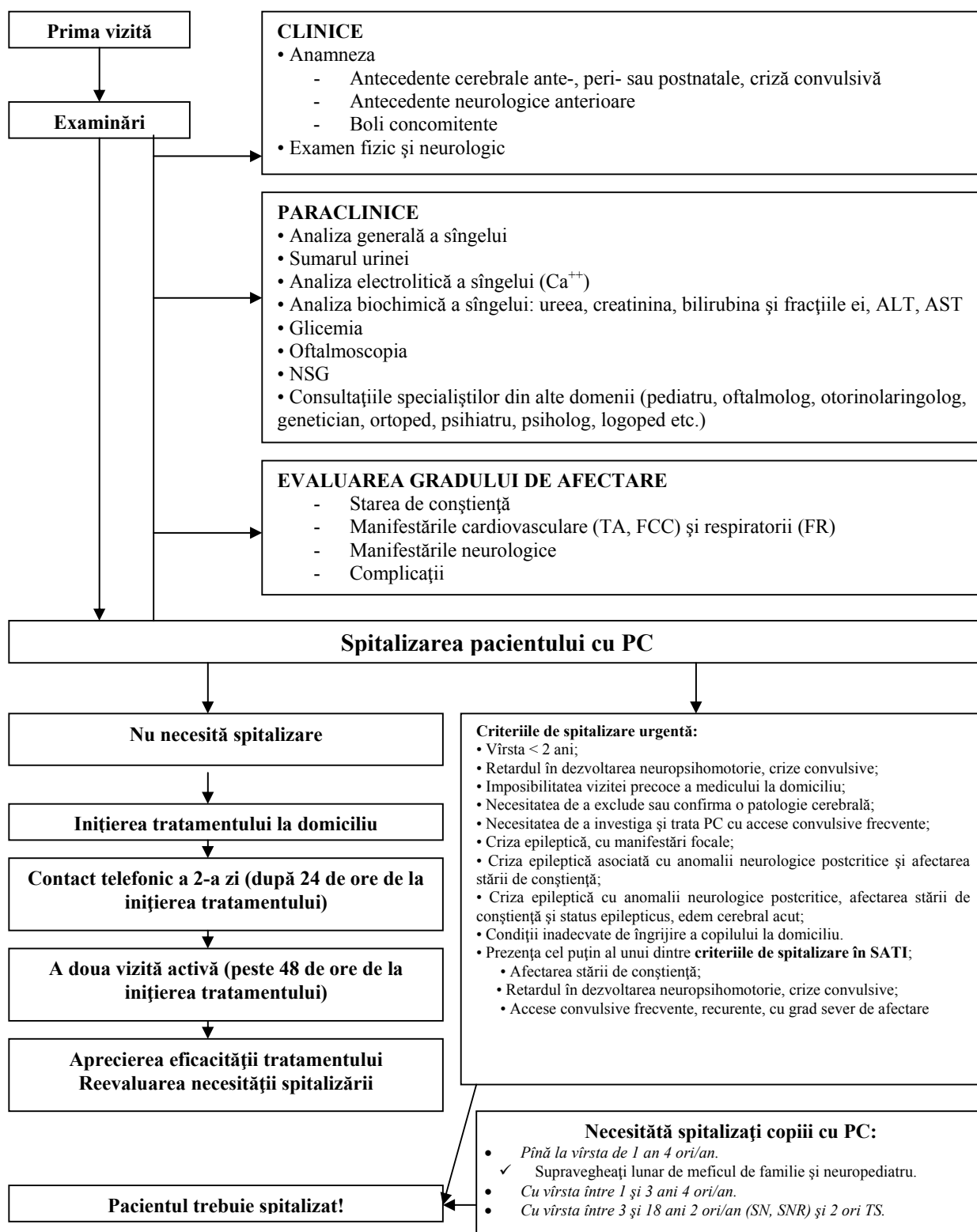
I	II	III
<p>3.2. Tratamentul medicamentos</p> <p>3.2. Tratamentos simptomatice al PC</p> <p>C.2.4.7</p>	<p>Tratamentele neurometabolic, decontracturant, anticonvulsivant, reborant a SNC, trofice musculare, combaterea și prevenirea malnutriției, combaterea hipersalivației, medicația anti reflux gastroesofagian, prevenirea și tratamentul constipației, tratamentul deficitelor senzoriale.</p> <p>Tratamentul anticonvulsivant de susținere continuă pînă la normalizarea EEG [3, 9, 11, 13].</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratament anticonvulsivant: ✓ Diazepam i.m., i.v. sau i.r., apoi <i>per os</i> pentru toată durata accesului (<i>tabelul 5, caselele 17, 18</i>). • Tratament de întreținere după stoparea convulsiilor: ✓ Individual, în funcție de tipul de convulsii (<i>caseta 19</i>). • Terapia simptomatică (tratamentul anomaliilor de tonus și de postură), terapia de ameliorare a comunicării (<i>tabelul 5</i>). ✓ Evaluarea handicapului și a eficacității tratamentului simptomatic (<i>casetele 20, 21</i>).
<p>4. Externarea</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La pacientul cu PC fără boli concomitente, pe fundalul tratamentului adecvat, survine stabilizarea clinică. • În unele cazuri PC (convulsii rebele) pot avea o evoluție progresivă. • Externarea pacientului se recomandă după suprimarea convulsiilor și a manifestărilor neurologice [1, 9]. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de externare (<i>casetele 24, 25</i>). • Eliberarea extrasului din foia de observație care va conține obligatoriu: ✓ diagnosticul precizat desfășurat; ✓ rezultatele investigațiilor și tratamentul efectuat; ✓ recomandările explicite pentru părinți și pentru medici (<i>caseta 27</i>).

C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ

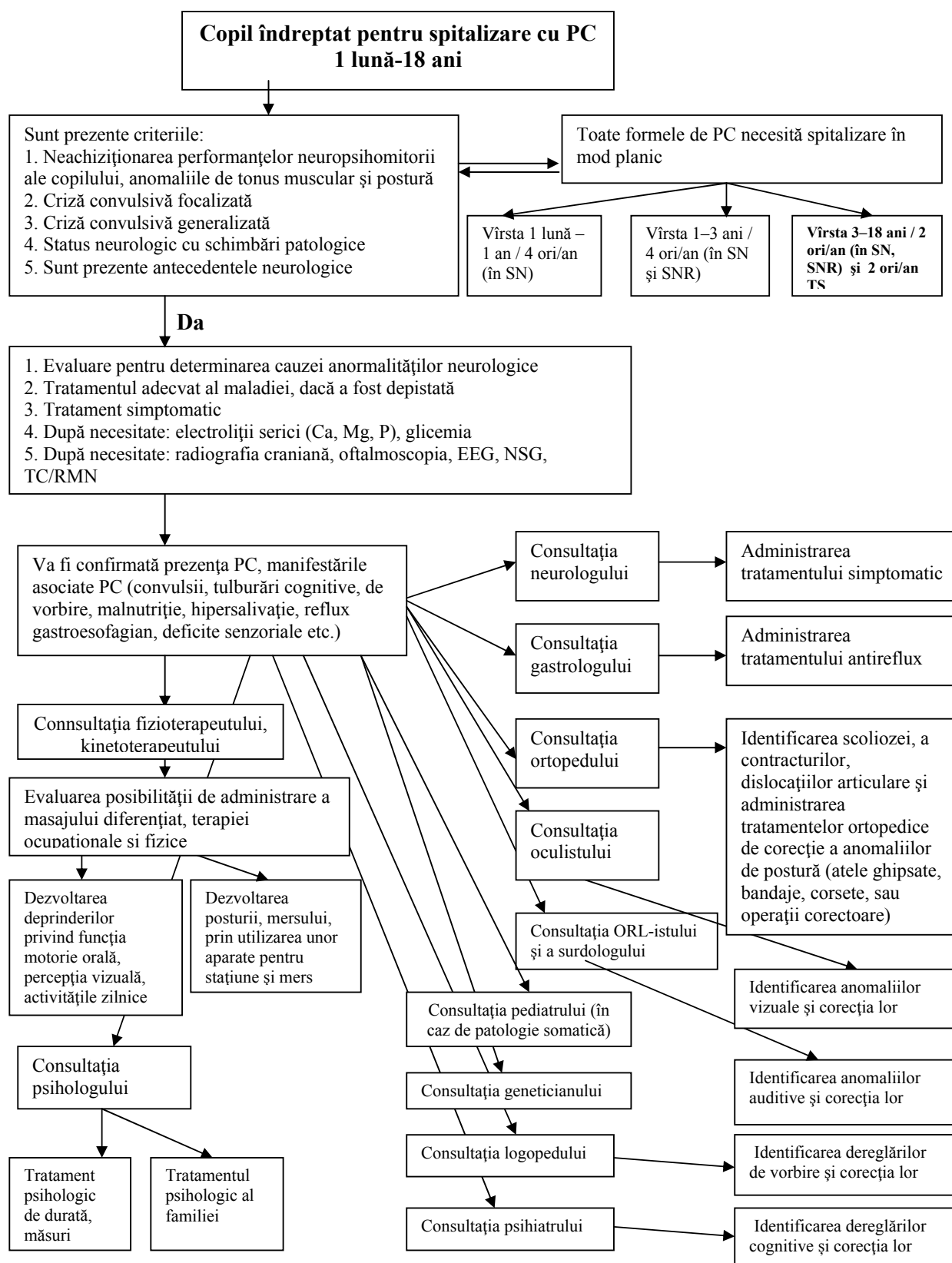
C.1.1. Algoritmii de conduită și de asistență a pacientului cu PC



C.1.2. Algoritm de conduită și de diagnosticare a pacientului cu PC la etapa prespitalicească



C.1.3. Algoritm de conduită și diagnostic al pacientului cu PC la etapa spitalicească



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea PC [9, 15]

Caseta 1. Clasificarea clinică

- **G80.0-80.2 PC forme spastice**
 - ✓ G80.0 Paralizia cerebrală spastică;
 - ✓ G80.1 Diplegia spastică
 - ✓ G80.2 Hemiplegia infantilă
- **G80.3 Paralizia cerebrală diskinetică**
- **G80.4 Paralizia cerebrală ataxică**
- **G80.8 Alte paralizii cerebrale infantile (Sindroame mixte de PC)**
- **G80.9 Paralizia cerebrală infantilă, fără precizare**
- **G 81 Hemiplegia**
 - ✓ G81.0 Hemiplegia flască
 - ✓ G81.1 Hemiplegia spastică
 - ✓ G81.2 Hemiplegia, fără precizare
- **G82 Paraplegia și tetraplegia**
 - ✓ G82.0 Paraplegia flască
 - ✓ G82.1 Paraplegia spastică
 - ✓ G82.2 Paraplegia, fără precizare
 - ✓ G82.3 Tetraplegia flască
 - ✓ G82.4 Tetraplegia spastică
 - ✓ G82.5 Tetraplegia, fără precizare
- **G83 Alte sindroame paralitice**
 - ✓ G83.0 Diplegia membrelor superioare
 - ✓ G83.1 Monoplegia unui membru inferior
 - ✓ G83.2 Monoplegia unui membru superior
 - ✓ G83.3 Monoplegie, fără precizare
 - ✓ G83.4 Sindromul cozii de cal (vezică neurogenă)
 - ✓ G83.8 Alte sindroame paralitice precizate (Paralizia Todd: postcritică, epileptică)
 - ✓ G83.9 Sindromul paralytic, fără precizare

Tabelul 1. Clasificarea PC în funcție de formă, tipul și de manifestările clinice

Tipul	Forma anatomică	Caracteristici
<i>Spastic</i>	Diplegie spastică	Afectarea celor patru membre, dar mai severă –a membrelor inferioare
	Tetraplegie	Afectarea egală, severă, a celor patru membre
	Hemiplegie	Afectarea unui hemicorp. În majoritatea cazurilor, extremitatea superioară este mai afectată decât cea inferioară
	Paraplegie	Afectarea membrelor inferioare. Forma pură este rară

	Diplegie atonă	Este întâlinită, în special, la copiii mici, la care elementul dominant este hipotonia generalizată, asociată cu reflexe osteotendinoase normale sau hiperkinetice și retard al dezvoltării psihomotorii, flexiunea coapselor pe abdomen în momentul în care copilul este susținut în poziție verticală de la nivelul axilelor (semnul Foerster). Diplegia atonă nu este înregistrată la copiii mari. Care odată cu creșterea tonusului muscular se conturează tabloul de diplegie spastică.
Diskinetic	Coreoatetoză	Mișcări atetozice, vermiculare, ondulante, predomină în segmentele distale
	Distonia	Tonus muscular crescut, care alternează cu hipotonia musculară
Ataxic		Ataxie, hipotonie musculară
Mixtă		Asocierea a două sau a trei tipuri de manifestări motorii

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 2. Factori de risc cu care se poate asocia debutul unei PC

- Rude de gradele I sau II, cu un istoric de PC.
- Avorturi spontane, precedente nașterii.
- Moarte fătului în uter.
- Tratament matern cu hormoni tiroidieni sau cu estrogeni în timpul sarcinii.
- Prezență a unei infecții intrauterine la mamă sau a altei boli.
- Sarcină gemelară.
- Prezența patologiilor.
- Scor Apgar redus.
- Tulburări ale ritmului cardiac al fătului și malformațiile congenitale.
- Convulsii neonatale recurente.
- Boli metabolice, genetice.
- Condiții insuficiente de îngrijire.
- Retard neonatal > 28 zile.
- Retard în dezvoltarea neuropsihomotorie.
- Asfixie neonatală.
- Circulare de cordon ombilical.
- Anastomoze vasculare placentare.
- Hemoragiile *ante partum*.
- Inflamația cordonului ombilical.
- Corioamniotită.
- Indicația tratamentului transfuzional la naștere, ventilație mecanică, asfixie la naștere, hemoragie intracraniană, hipotensiune arterială, septicemie neonatală, enterocolită necrozantă, intervenții chirurgicale etc.
- Greutate mică la naștere și vîrstă gestațională mică.

C.2.3. Profilaxia PC

Caseta 3. Profilaxia PC

- Profilaxia factorilor ce intervin anterior sarcinii:
 - ✓ antecedente obstetricale în sarcinile/nașterile precedente;
 - ✓ istoric de “insuficiență fetală și fetoplacentară”;
 - ✓ cicluri menstruale lungi;
 - ✓ avorturi spontane în anamneză;
 - ✓ sarcini extrauterine;
 - ✓ hipertensiune arterială indusă de sarcină;
 - ✓ preeclampsie;
 - ✓ metroragie în sarcină;
 - ✓ oligoamnios;
 - ✓ eminență de avort etc.
- Profilaxia factorilor ce intervin în cursul sarcinii: ridicarea nivelului socio-economic al familiilor vulnerabile.
- Evitarea factorilor teratogeni, care ar acționa asupra mamei și fătului în perioada sarcinii.
- Evitarea tratamentului matern cu hormoni tiroidieni sau cu estrogeni în timpul sarcinii (la posibilitate).
- Efectuarea consultațiilor genetice a familiilor din grupul de risc până la sarcină, pentru prevenirea sindroamelor genetice, a anomaliilor cromozomiale, a malformațiilor cerebrale.
- Diagnosticare în perioada prenatală precoce a sindroamelor genetice, a anomaliilor cromozomiale, a malformațiilor cerebrale.
- Diagnosticare în al 2-lea trimestru de sarcină a infecțiilor intrauterine, a retardului în creșterea fetală, a sarcini gemelare și a insuficiența placentară.
- Profilaxia prezentațiilor fetale anormale în timpul sarcinii și al nașterii.
- Profilaxia și tratamentul dezlipirii premature a placentei.
- Prevenirea complicațiilor în timpul travaliului și al expulsiei, nașterea prin incizie cezariană a feților macrosomi, gemelari.
- Evaluarea corectă a nou-născuților cu un scor Apgar redus, cu tulburări ale ritmului cardiac, cu encefalopatie perinatală hypoxic-ischemică și cu malformații congenitale.
- Tratamentul convulsiilor neonatale recurente, ca factor de prognostic care anticipează perinatal apariția ulterioară a PC.
- Evitarea problemelor perinatale:
 - ✓ septicemie;
 - ✓ infecțiile SNC;
 - ✓ traumatismul obstetrical;
 - ✓ asfixia;
 - ✓ prematuritatea.
- Precocitatea tratamentului (la copii cu vârsta 0-5 ani) a:
 - ✓ meningitelor;
 - ✓ traumatismelor craniocerebrale;
 - ✓ intoxicațiilor acute etc.

C.2.4. Conduita pacientului cu PC

Caseta 4. Conduita pacientului cu PC (exemple de diagnostic)

- PC tipul spastic, diplegie spastică (hemiplegie, paraplegie, diplegie atonă).
- PC tipul diskinetic (coreoatetoză, distonie).
- PC tipul ataxic.
- PC tipul mixt.
- Toate formele se asociază cu retard mental de diferit grad de pronunție, în 50-70% cu sindroame epileptice.

Caseta 5. Obiectivele procedurilor de diagnostic în PC

- Identificarea anomaliilor neurologice sau metabolice în cazul PC.
- Identificarea etiologiei PC.
- Estimarea factorilor de risc pentru evoluția nefavorabilă a PC.

Caseta 6. Procedurile de diagnosticare în PC

- Anamneza.
- Examenul clinic complet, inclusiv examenul neurologic.
- Investigațiile de laborator și paraclinice.
- EEG, NSG, TC/RMN.
- Consultația:
 - ✓ Neurologului.
 - ✓ Psihiatrului.
 - ✓ Pediatrului.
 - ✓ Gastrologului.
 - ✓ Geneticului.
 - ✓ Endocrinologului.
 - ✓ Ortopedului.
 - ✓ Oftalmologului (oftalmoscopia).
 - ✓ Surdologului (otoscopia).
 - ✓ Logopedului.
 - ✓ Psihologului.
 - ✓ Acupuncturistului.
 - ✓ Fizioterapeutului.
 - ✓ Kinetoterapeutului.

Caseta 7. Pașii obligatorii în conduita pacientului cu PC

- Determinarea gradului de afectare a SNC al copilului:
 - ✓ determinarea etiologiei PC (debutează cu istoricul sarcinii și de nașterii, cercetându-se prezența unor hemoragii, infecții sau a altor factori care au contribuit la realizarea handicapului neuromotor etc.);
 - ✓ identificarea anomaliilor neuromotorii și cognitive;
 - ✓ manifestări de impregnare neurologică (hiperexcitabilitate, hipoactivitate, tresăriri);
 - ✓ tonusul anormal sau întârzierea în dezvoltarea psihomotorie pe care o prezintă copilul;
 - ✓ manifestările neurologice (anomaliile ale tonusului muscular, persistența anormală a reflexelor arhaice, mișcarea ochilor lentă și asinergie cap-ochi);
 - ✓ prehensiunea poate fi întârziată sau anormală;
 - ✓ persistența anomaliilor neurologice (în PC spastice semnele sunt persistente și importante);

- ✓ creșterea tonusului muscular (în PC spastice tonusul este crescut, în „lamă de briceag” la flexiunea sau extensiunea membrului afectat; inițial se notează o rezistență, urmată de o cedare bruscă).
- ✓ Prezența contracturilor (din cauza persistenței anomaliilor de tonus, contracturile se dezvoltă în timp, în special la nivelul articulațiilor șoldului, genunchilor și gleznelor).
- ✓ Exagerarea reflexelor osteo - tendinoase, însoțite de clonus.
- ✓ Prezența semnului Babinski.
- ✓ Persistența reflexelor arhaice (acestea se constată în mod normal la sugari, în primele 3-6 luni de viață, dar apoi dispar prin dezvoltarea activității corticale, la copiii cu PC nu numai că sunt persistente peste vârsta de 3-6 luni, dar, de obicei, sunt obligatorii, astfel încât copilul este inapt de a ieși din postura reflexă).
- ✓ Prezența diskineziilor (în PC diskinetice semnele clinice sunt mai variabile modificându-se cu starea tensională a copilului, cu somnul, cu mișcărilor voluntare).
- ✓ Creșterea sau diminuarea tonusului (se notează rigiditate extrapiramidală cu prezența fenomenului „roții dințate” și, mai puțin comun, distonie. În starea „rigidă” există un tonus constant crescut, din care copilul poate fi scos prin extensia sau flexia rapidă a extremității afectate).
- ✓ Spre deosebire de PC spastice, care sunt asimetrice, PC extrapiramidale sunt simetrice;
- ✓ Reflexele osteotendinoase pot fi normale sau exagerate, nu există clonus sau semnul Babinski;
- ✓ Reflexele arhaice pot fi mult mai evidente și persistă timp mai îndelungat decât în PC spastice, în completarea examenului fizic trebuie efectuată o evaluare a dezvoltării neurologice.
- ✓ Manifestări convulsive (crize generalizate: tonice, tonicoclonice, clonice, atonice), crize focale sau unilaterale), prezența convulsiilor recurente.
- ✓ Manifestări neurovegetative (respiratorii, aritmii, cianoză; vasomotorii (accese de paloare);
- ✓ Efectuarea testelor vizuale și auditive, în scopul detectării unor anomalii specifice.
- ✓ Efectuarea testării psihologice, se va evalua funcția intelectuală, deși este greu de efectuat dacă copilul prezintă deficite motorii și de comunicare importante.
- ✓ Efectuarea testelor de inteligență la sugari, bazate pe activitatea vizuală și motorie, dau un tablou incorect, iar testarea copiilor mari poate fi compromisă de tulburările de vorbire și de limbaj (mai sigure sunt testele Leiter, teste neverbale de inteligență).
- ✓ Evaluarea deficitelor motorii, de limbaj, senzoriale și găsirea unor strategii adecvate pentru testarea funcției cognitive și pentru stabilirea unui program terapeutic.
- ✓ Prezența tulburărilor cognitive, deficitelor senzoriale, tulburărilor de comunicare.
- ✓ Prezența problemelor de alimentare, tulburărilor de comportament și afective.
- Investigarea obligatorie privind criteriile de spitalizare, bolile concomitente.
- Alcătuirea și stabilirea unui program terapeutic bine definit.

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 8. Recomandări pentru culegerea anamnezei

- Culegerea anamnezei este o etapă deosebit de valoroasă și importantă în aprecierea maturației SN la copilul cu PC.
- Examenul neurologic este foarte dificil din cauza multitudinii aspectelor care au semnificație în stabilirea diagnosticului și derularea lor în timp.
- Uneori simptomatologia neurologică obiectivă la această vârstă poate fi minoră, ceea ce nu exclude însă unele anomalii motorii sau psihomotorii relevate doar în anamneză.
- Cauze din partea mamei: afecțiunile materne ca diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, toxemia gravidică, bolile pulmonare cronice, anemia, dezlipirea prematură a placentei, hematumul retroplacentar etc.); luarea medicamentelor în timpul sarcinii; disgravida precoce.

- Hemoragia maternă sau proteinuria tardivă în graviditate.
- Hipertiroidismul matern, retardul mental sau convulsiile.
- Infecțiile în timpul gravidității.
- Evoluția sarcinii (patologică).
- Tipul de prezentare în momentul nașterii.
- Termenul la care s-a produs nașterea.
- Patologia nașterii (travaliul și expulzia): prezența pelviană sau cu picioarele, travaliul prelungit, procidența de cordon, extracția dificilă, anestezia în timpul travaliului.
- Nașterea complicată. Problemele vasculare sau respiratorii în timpul nașterii pot câteodată să fie primele semne că copilul a suferit leziunea cerebrală sau că creierul copilului nu este dezvoltat normal. Astfel de complicații pot cauza dereglări cerebrale permanente.
- Patologia fetală: nașterea prematură, maladiile congenitale de cord, anemiile hemolitice prin izoimunizare, cu niveluri crescute de bilirubină în lichidul amniotic.
- Apariția primei respirații, scorul APGAR (scorul Apgar scăzut timp de primele 10-20 de minute după naștere permite a considera acesta ca un semn important de probleme neurologice potențiale).
- Insuficiența de oxigen sau trauma cerebrală în timpul travaliului.
- Accidentele vasculare cerebrale.
- Greutate mică la naștere și naștere prematură. Riscul apariției PC este înalt printre copii care cântăresc sub 800-2500 g la naștere și printre copiii care sunt născuți înainte de 37 săptămâni de graviditate. Riscul crește când greutatea ponderală scade.
- Nașterile multiple.
- Malformațiile sistemului nervos (microcefalia). Dezvoltarea patologică intrauterină a SN pune probleme severe de digenezii cerebrale, care constituie o cauză de PC.
- Icterul copilului și Rh incompatibilitatea.
- Convulsiile nou-născutului. Copilul care face convulsii prezintă risc înalt de a fi diagnosticat mai târziu cu PC.
- Caracteristicile antropometrice, greutatea la naștere și perimetrul cranian.
- Gradul de maturizare a sistemului nervos central se poate stabili prin urmărirea dezvoltării psihomotorii a copilului în perioada 0-3 ani, adică în perioada, când se termină maturizarea anatomică a SNC.
- Aprecierea gradului de maturizare a sistemului nervos este o etapă obligatorie a examenului neurologic la vârsta copilăriei, la sugar, simptomele neurologice pot să lipsească sau pot fi foarte slab exprimate.
- Realizarea achizițiilor de dezvoltare neuropsihică pe etape de vârstă (când a început să țină capul, să șadă, să meargă, primele silabe, primele cuvinte). Dacă zîmbește, “ce-l face pe copil să zîmbească sau să rîdă”, este o întrebare substanțială, deoarece un copil fără răspuns pozitiv la asemenea stimulări, poate avea probleme de întârziere a dezvoltării neuropsihice serioase, deficit senzorial etc.
- Bolile copilului, care intervin în primii 3-5 ani de viață (meningita purulentă, traumatismele craniocerebrale, ocluzia arterelor sau a venelor cerebrale, intoxicațiile).
- Debutul bolii (acut sau insidios, de la naștere, după naștere, când anume).
- Semnele bolii (deficit psihoverbal sau motor, crize convulsive).
- Debutul crizei convulsive și durata crizei convulsive;
- Descrierea crizei convulsive (tip, localizare, asociată sau nu cu pierderea conștienței).
- Prezența/absența fenomenului de urinare spontană.
- Mușcarea limbii.
- Durata perioadei postcritice.
- Deficitul motor tranzitoriu sau permanent (paralizia Todd) în perioada postcritică.

- Manifestările neurologice postcritice (copilul este mai "moale", nereceptiv la joacă).
- Crizele convulsive anterioare.
- Repetarea crizei convulsive în aceeași zi.
- Evidențierea factorilor de risc pentru recurența crizei convulsive:
 - ✓ vîrstă mică de debut;
 - ✓ reținerea în dezvoltarea neuropsihică;
 - ✓ anomaliile de alimentație;
 - ✓ frecvența anomaliilor somatice;
 - ✓ tulburările comportamentale și afective.
- Bolile cronice în antecedente.
- Infecțiile recurente în antecedente.

C.2.4.2. Examenul fizic

Caseta 9. Regulile examenului fizic în PC

- Examen fizic complet.
- Examen neurologic:
 - ✓ Starea de conștiență, comportamentul.
 - ✓ Anomaliile tonusului muscular.
 - ✓ Persistența anormală și exagerarea reflexelor arhaice.
 - ✓ Mișcarea ochilor lentă și asinergie cap-ochi.
 - ✓ Prehensiunea poate fi întârziată sau anormală: incoordonarea vizuală-manuală, deschiderea incompletă a mâinilor, „scăparea” ușoară a obiectelor din mâini, absența pensei police-index.
 - ✓ Retardul achizițiilor tonusului axial.
 - ✓ Prezența hipertoniilor cu reflexe osteotendinoase exagerate.
 - ✓ Epizoade de distonie determinate de o bruscă schimbare a poziției.
 - ✓ „Rigiditate de decerebrare”.
 - ✓ Întârzierea sau chiar imposibilitatea realizării stațiunii în șezut.
 - ✓ Absența sinergiei picioare-mâini, absența reacției de echilibru și de protecție.
 - ✓ Mișcări atetozice și distonii.
 - ✓ Prezența spasticității și a semnelor extrapiramidale.
 - ✓ Prezența tulburărilor cognitive, retard mental, deficitelor senzoriale (tulburări de vedere și de auz), tulburărilor de comunicare și de vorbire.
 - ✓ Prezența sindromului epileptic și a convulsiilor recurente.
 - ✓ Problemele de alimentație (reflexul de supt slab, tulburarea coordonării mecanismului de deglutiție, a reflexului tonic de mușcare, protruzia exagerată a limbii, hipersalivația, constipația) și tulburările de comportament și afective.

Notă: Tabloul clinic al PC este foarte variat în funcție de etiologie, vîrstă, boli concomitente, reactivitatea organismului gazdă.

C.2.4.3. Manifestările clinice

Tabelul 2. Particularitățile clinice ale PC în funcție de vîrstă

Vîrsta	Manifestările clinice
Între 0 și 3 luni	<p>Examenul clinic poate identifica unele semne de alarmă:</p> <ul style="list-style-type: none"> • În repaus copilul pare anormal de iritat și hiperexcitabil; el prezintă tresăriri și/sau trepidații ale membrelor, spontan sau la stimuli minori, senzitivi (atingerea copilului, luarea în brațe) sau senzoriale (zgomote, lumină); copilul prezintă crize de redoare, spontan sau în cursul țipetelor sau al unei excitații. • Se poate nota uneori o asimetrie a gesturilor; un membru (de obicei, membrul superior) sau mai multe membre par mai puțin active; se poate ca la o mîna degetele să fie strînse în pumn cvasipermanent, în comparație cu cealaltă mîna care are motilitate normală.
	<p>Examenul neurologic poate evidenția:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anomaliile ale tonusului: hipotonie tradusă prin absența susținerii capului sau prin caracterul său imperfect; hipertonie; asimetria tonusului cefei (mai rare); la nivelul membrelor se poate nota o hipertonie uni- sau bilaterală și mai ales limitarea mișcărilor segmentare pasive; hipotonie uni- sau bilaterală (mai frecventă).
	<ul style="list-style-type: none"> • Persistența anormală și/sau exagerarea reflexelor arhaice. • Mișcarea ochilor lentă și asinergie cap-ochi.
Către 4-6 luni	<p>Examenul neurologic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poate evidenția anomalii cu valoare de orientare. • Prehensiunea poate fi întârziată sau anormală. • Retardul achizițiilor tonusului axial se poate prelungi pînă la vîrsta de 18 luni și uneori peste această vîrstă (cu cît hipotonia este mai prelungită, cu atît PC este mai severă). • Absența sau instabilitatea susținerii capului • Hipotonia trunchiului (copilul nu poate sta în șezut); • Poate fi o hipertonie a trunchiului și a cefei cu opistotonus sau cu un tonus axial simetric. • În locul hipotoniei fiziologice a membrelor poate fi prezentă o hipertonie. • Reflexele osteotendinoase sunt normale sau chiar exagerate chiar • în caz de hipotonie și pot fi diminuate în caz de hipertonie accentuată (dată de exagărarea tonusului). • De la vîrsta de 2 luni pot fi episoade de distonie determinate de o bruscă schimbare a poziției; brusca extensie a capului determină o „rigiditate de decerebrare” tranzitorie; pe măsură ce hipertonia se dezvoltă, aceste episoade devin mai puțin frecvente și mai greu de declanșat. • Persistența anormală a reflexelor arhaice este franc patologică.
După vîrsta de 8 luni	<p>Examenul neurologic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certitudinea diagnosticului de PC este posibilă prin o semiologie franc patologică. • Anomaliile prehensiunii sunt diverse; incoordonarea vizuală-manuală; deschidere incompletă a mîinilor face prehensiunea dificilă și „stîngace”, cu „scăparea” ușoară a obiectelor din mîini; absența pensei police-index. • Către 8-9 luni, în cursul prehensiunii poate apărea o poziție atetozică a mîinii.

	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotonia axială determină întârzierea sau chiar imposibilitatea realizării stațiunii în șezut; se pot întâlni hipertonia și asimetria tonusului axial. Spasticitatea membrelor, rețracțiile consecutive pot antrena atitudini particulare. • Se notează absența sinergiei picioare-mâini, absența reacției de echilibru și de protecție („reacția de plonjon”, „reacția parașutei”). • Către 8-9 luni se pot observa mișcări atetozice și distonii.
--	--

Notă:

- ✓ Diagnosticul precoce al PC este frecvent foarte dificil în primele 3-4 luni de viață, chiar dacă copilul este „purtătorul” unei leziuni cerebrale ante- sau perinatale.
- ✓ Un diagnostic etiologic cert de PC nu este posibil doar în baza datelor clinice și de laborator;
- ✓ Analiza semiologiei neurologice precizează natura tulburărilor și topografia lor.

Tabelul 3. Particularitățile clinice în dependență de forma PC

Forma	Manifestările clinice
Sindromul spastic	<ul style="list-style-type: none"> • Paralizia prin leziunea neuronului motor central ocupă un teritoriu întins, dînd naștere unei hemiplegii sau paraplegii. • Mușchii paralizați în urma leziunii neuronului motor central sunt spastici. Spasticitatea se traduce prin rezistență la executarea mișcărilor pasive; contractura predomină la membrul superior pe mușchii flexori, iar la membrul inferior pe mușchii extensori; atît la membrul superior cît și la cel inferior contractura predomină asupra musculaturii distale. • În contractura piramidală, rezistența întîmpinată la mobilizarea pasivă este redusă la începutul mișcării, apoi crește pe măsură ce mușchiul este întins; dacă cu toată această rezistență mărită se continuă mobilizarea pasivă, la un moment dat contractura cedează brusc, constituind fenomenul „lamei de briceag”. În contractura piramidală segmentele mobilizate pasiv tind să revină la poziția inițială. • Contractura piramidală se însoțește de pareză, exagerarea reflexelor, clonus, semnul Babinski. • Atrofiile musculare lipsesc sau sunt discrete [2, 9].
Hemiplegia cerebrală	<ul style="list-style-type: none"> • Se numește hemiplegie sindromul caracterizat prin pierderea motilității voluntare a unei jumătăți a corpului. Hemiplegia este datorată leziunii unilaterale a căii piramidale, la un nivel oarecare de-a lungul traiectului ei. Hemiplegia cerebrală infantilă reprezintă aproximativ 30% din PC la copii [9].
Diplegia spastică	<ul style="list-style-type: none"> • Copiii cu diplegie spastică au afectate toate cele patru extremități, deși membrele superioare sunt mai puțin afectate decît membrele inferioare. De multe ori această formă de PC nu este ușor de separat de tetraplegia spastică. • Se disting două forme de diplegie spastică <i>forma spinală (morbus Little)</i> și <i>forma cerebrală</i>. <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Forma spinală.</i> Tabloul clinic se caracterizează prin contractura piramidală, predominant la membrele inferioare. Uneori se asociază tulburări senzoriale (strabism, nistagmus, atrofie optică) și de vorbire (dizartrie, bradilalie). Tulburările trofice sunt mai puțin accentuate decît în hemiplegia cerebrală. Dezvoltarea psihică este normală. ✓ <i>Forma cerebrală.</i> Pe lîngă manifestările formei pure se asociază: retard psihic, crize convulsive, mișcări coreoatetozice [1, 9].

Tetraplegia spastică	<ul style="list-style-type: none"> • Spastică se caracterizează prin spasticitatea celor 4 extremități aproape în același grad: membrele superioare și inferioare sunt afectate în egală măsură, dar poate exista o ușoară asimetrie. Cauzele tetraplegiei spastice sunt dominant prenatale (malformații ale SNC). • Epilepsia se asociază frecvent. • Crizele de opistonus sunt frecvente. • Se asociază manifestări pseudobulbare (vorbire dificilă, dizartrică, sacada-tă), tulburări de deglutiție, mimică inexpressivă, râs, plîns spasmodic [1, 9].
Sindroame diskinetice	<ul style="list-style-type: none"> • În acest cadru se descriu: atetoză dublă (coreoatetoză) și sindromul distonic. • Aceste forme reprezintă 15-20% din PC [1, 9].
Sindroame ataxice	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ataxia cerebeloasă</i> congenitală reprezintă 10-15% din PC. Etiologia este dominată de cauzele prenatale. Factorii genetici sunt importanți în raport cu alte tipuri de PC [9].
Sindroame mixte	<ul style="list-style-type: none"> • Termenul de PC mixtă este utilizat în cazul asocierii la același copil a spasticității și atetozei; ataxia poate, de asemenea, să asocieze cu spasticitate (este vorba de diplegia ataxică caracterizată prin disinerгіa extremităților superioare și semne de spasticitate la membrele inferioare) sau cu manifestări diskinetice [1, 9].

C.2.4.4. Investigațiile paraclinice

Caseta 10. Investigații paraclinice

Investigații obligatorii:

- Analiza generală a sîngelui.
- Analiza selectivă a sîngelui (incompatibilitatea în sistemul Rh).
- Analiza sumară a urinei.
- Analiza biochimică a sîngelui: ureea, creatinina, bilirubina și fracțiile ei, ALT, AST.
- Glicemia *a jeune*.
- Ionograma (Na, K, Ca, Mg, Cl).

Investigații recomandabile:

- Puncția lombară și examinarea LCR (în caz de suspiciune a unei infecții).

Indicații:

- ✓ copiii sub 18 luni;
- ✓ semnele meningiene (redoarea occipitală, semnul Kernig, semnul Brudzinski, semnul Lessajé) și simptomele de meningită (peteșiile cutanate, somnolența, slăbiciunea etc.);
- ✓ accesele convulsive generalizate, parțiale, rezistente;
- ✓ *status epilepticus*.

Contraindicații:

- ✓ simptome de șoc septic;
- ✓ diagnostic clinic de meningită invazivă cu erupții hemoragice;
- ✓ tensiunea intracraniană ridicată;
- ✓ simptome neurologice de focar.

- Analiza electrolitică a sîngelui și ionograma (Ca, Mg).
- Amoniemia.
- Depistarea homocistinuriei, anomaliilor în metabolismul aminoacizilor ramificați și în ciclul ureei etc.

- Aminoacidograma.
- Coprocultura (în cazul prezenței unei diarei muco-purulente sau sanguinolente).
- EEG.
- EMG (în cazul PC atone).
- Radiografia (craniană poate evidenția asimetrii ale craniului; a bazinului: depistează o luxație congenitală coxofemurală, mai frecvent în PC formele atonice și la copiii care nu merg).
- NSG, TC/RMN (permit localizarea leziunilor cerebrale, o mai bună înțelegere a tulburărilor funcționale ale cortexului senzoriomotor și o mai bună apreciere a prognosticului și a deficitelor funcționale ale copilului).
- Angiografia evidențiază malformații și ocluzii vasculare în unele PC.
- Electromiografia funcțională are rol în stabilirea indicației operatorii și la alegerea tehnicii chirurgicale în unele intervenții pe mușchi.
- Oftalmoscopia (permite aprecierea handicapului vizual asociat cu PC).
- Examenul ecografic al organelor interne (la pacienții cu boli concomitente).
- Consultațiile specialiștilor din alte domenii (pediatru, genetician, oftalmolog, otorinolaringolog, ortoped, neurochirurg, gastrolog, nefrolog, endocrinolog, psihiatru, logoped, psiholog, fizioterapeut, kinetoterapeut, etc.).
- Consultația psihologului: efectuarea testelor de evaluare a intelectului (QI și QD) este utilă pentru orientarea școlară.

Notă: Investigațiile paraclinice sunt necesare, în special, în cazul PC neprecizate inițiale, pentru precizarea unei afecțiuni neurologice sau metabolice.

Puncția lombară și examinarea LCR

- ✓ se va efectua conform indicațiilor;
- ✓ confirmă cauza PC determinate de afecțiuni neurologice (hemoragie subarahnoidiană, meningita bacteriană, meningoencefalita virală);
- ✓ un rezultat negativ nu exclude întotdeauna o meningită la debut, de aceea se recomandă repetarea examinării (la necesitate);
- ✓ permite evaluarea în dinamică a procesului patologic, rezoluția sau progresarea;
- ✓ confirmă unele complicații: *status epilepticus*, edem cerebral acut.

Hemocultura are o valoare diagnostică limitată.

Examenul EEG

- ✓ Este recomandată în cazul PC asociată cu convulsii.
- ✓ Este necesară în cazul PC cu scop de diagnostic diferențiat cu alte anomalii neurologice.
- ✓ Poate fi efectuată la câteva zile sau săptămâni în secția diagnostic al ICȘDOSMșiC.
- ✓ Anomaliile lente, generalizate indică un proces difuz (encefalită, edem cerebral, anomalie cerebrală persistentă, stare postictus).
- ✓ Vîrfurile localizate indică o localizare probabilă a activității epileptice.
- ✓ Descărcările vîrf-undă se consideră epileptogene.
- ✓ În PC fără convulsii se notează o discordanță între tabloul clinic de suferință neurologică particular pentru PC și aspectul frecvent normal al traseului EEG.

C.2.4.5. Diagnosticul diferențial (din cauză că nu există teste specifice pentru diagnosticul PC, acesta devine un diagnostic de excludere)

Caseta 11. Diagnosticul diferențial al PC (caracteristica principală este invaliditatea motorie neevolutivă legată de leziuni cerebrale cicatriciale fixe, cu rezultat de un handicap definitiv ce pune probleme medicale, educative și sociale).

- Bolile neurodegenerative.
- Leziunile măduvei spinării.
- Bolile neuromusculare.
- Bolile genetice de metabolism.
- Retardul mental de alte etiologii.
- Leucodistrofiile.
- Sindromul „copil moale”.
- Tumorile cerebrale.
- Distonia DOPA-sensibilă.

C.2.4.6. Criteriile de spitalizare

Caseta 12. Criteriile de spitalizare planică a pacienților cu PC

- Vârsta copiilor pînă la 3 luni – 2 ori / SN a nou-născutului.
- Vârsta copiilor pînă la 1 an – 4 ori pe an / în SN.
- Vârsta copiilor de la 1 pînă la 3 ani – 4 ori pe an / în SN și SNR.
- Vârsta copiilor de la 3 pînă la 18 ani – 2 ori pe an / în SNR și 2 ori per an TS.
- Imposibilitatea vizitei la timp a medicului la domiciliu.
- Necesitatea de a exclude sau confirma o patologie cerebrală.
- Sindromul epileptic.
- Prezența cel puțin a unuia dintre criteriile de spitalizare în SATI.
- Condițiile inadecvate de îngrijire a copilului la domiciliu.

Notă: dorința familiei unui pacient, care suportă PC, de a se trata în condiții de staționar, de asemenea, pledează pentru spitalizarea bolnavului.

Caseta 13. Criteriile de spitalizare în SATI ale pacienților cu PC

- Sindromul epileptic cu durata > 15 min.
- Convulsiile asociate cu anomalii neurologice, semne meningiene și afectarea stării de conștiință.
- *Status epilepticus*.
- Edem cerebral acut.

C.2.4.7. Tratamentul PC

După ce s-a efectuat evaluarea afectării neuropsihomotorii a copilului cu PC, se poate stabili o strategie terapeutică. Tratamentul PC se administrează pentru o perioadă de ani de zile de către un colectiv de specialiști cu profiluri diferite, care trebuie să contribuie armonios la corectarea tuturor deficiențelor copilului handicapat. Familiei îi revine un rol foarte important. O dată cu începerea programului terapeutic se impune o evaluare periodică a achizițiilor făcute de copil. Cum copilul trece de la o vîrstă la alta, terapia trebuie să aibă ca obiectiv dezvoltarea psihoverbală și motorie, minimalizarea contracturilor și crearea condițiilor ca terapia să se continue și eventual să fie inclusă și în programul școlar (în unele țări se și efectuează). Programul terapeutic al copilului cu PC va urmări 2 principii de bază: incontinuitatea tratamentului pînă la vîrsta de 3 ani și accelerarea maturației SNC.

Caseta 14. Recomandări pentru evitarea complicațiilor în timpul crizei convulsive la copilul cu PC

- Copilul va fi plasat așa încât să se evite traumatismul fizic.
- Asigurarea libertății căilor aeriene prin poziționare în decubit lateral.
- Capul va fi înclinat lateral, pentru evitarea obstrucției căilor aeriene superioare cu secreții.
- Jugularea rapidă a convulsiilor prelungite pentru prevenirea sechelelor neurologice.

C.2.4.7.1. Tratamentul stărilor de urgență în PC la etapa prespitalicească

Caseta 15. Pașii obligatorii în acordarea asistenței de urgență prespitalicească în PC cu accese epileptice prelungite (Algoritmul C.1.1.)

1. Determinarea gradului de urgență.
2. Asistența de urgență prespitalicească.
3. Aprecierea transportabilității pacientului.
4. Transportarea pacientului la spital.

Caseta 16. Tratamentul PC cu accese epileptice prelungite la etapa prespitalicească

- Anticonvulsive – DIAZEPAM: i.m., i.v. (0,3 mg/kg, câte 1mg/minut) sau i.r. – 0,5 mg/kg (maxim 5 mg până la vârsta de 3 ani, maxim 10 mg la vârsta > 3 ani), la necesitate doza se repetă. Se utilizează în timpul crizei, maxim la 48 de ore după.
- Tratament de susținere – Fenobarbital 5-10 mg/kg/zi, Acid valproic 30 mg/kg/zi, Carbamazepina 20 mg/kg/zi (în funcție de caracterul crizelor epileptice).

C.2.4.7.2. Tratamentul PC la etapa spitalicească

Tabelul 4. Tratamentul nemedicamentos al PC (diferite forme

<p>1. Tratamentul anomaliilor de tonus și de postură.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupațională se focalizează pe dezvoltarea deprinderilor privind funcția motorie orală, problemele percepției vizuale și activităților zilnice. <ul style="list-style-type: none"> ✓ antrenarea copilului în vederea dezvoltării unor abilități motorii necesare autoservirii, cum ar fi: îmbrăcatul, dezbrăcatul, alimentarea, controlul sfincterian etc. ✓ Această metodă terapeutică vizează, de asemenea, dezvoltarea coordonării motorii fine la membrele superioare în vederea obținerii unei independențe funcționale. • Terapia fizică se implică în dezvoltarea posturii, mersului, prin utilizarea unor aparate pentru stațiune și mers: <ul style="list-style-type: none"> ✓ se au în vedere: modificarea posturii anormale a copilului; reducerea hipertoniiei, spasticității sau a spasmelor intermitente, pentru ca mișcările să se efectueze fără un efort deosebit; ✓ din contră, la atetozici sau la ataxici și la hipotoni se înregistrează creșterea tonusului muscular; dezvoltarea unor mișcări segmentare importante, cum ar fi: controlul mișcărilor capului, întoarcerea de pe o parte pe alta, șezut și statul în genunchi, stațiunea și reacțiile de echilibru la balansare, în toate pozițiile și activitățile desfășurate; ✓ prevenirea contracturilor și a diformităților la copiii mici sau ameliorarea lor la copiii mari; deprinderea mișcărilor obișnuite activităților zilnice de rutină.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ trecerea de la un grup de activități mai simple la altul mai complex se va face conform legilor progresiei și ale dezvoltării neuropsihomotorii normale; ✓ este important ca toate exercițiile de terapie fizică să poată fi învățate de către părinți, aceștia participând în mod activ la programul de recuperare al copilului.
2. Terapia de ameliorare a comunicării	<ul style="list-style-type: none"> • Dacă sunt prezente deficite ale comunicării, se va iniția o terapie a dezvoltării limbajului și vorbitului. ✓ Evaluarea coordonării motorii orale, a funcțiilor de deglutiție și de masticatie se face precoce în perioada de sugar, deoarece afectarea lor determină grave probleme de nutriție și, ulterior, de comunicare, în funcție de gravitatea retardului mental și a handicapului motor trebuie găsită cea mai potrivită și mai eficientă metodă de comunicare cu copilul, fie prin cuvinte, fie prin intermediul imaginilor (pozelor), a semnelor, a limbajului scris sau a vocii și a cuvintelor generate pe computer. ✓ Orice copil cu PC, indiferent de formă sau de gravitate, are indicație de terapie de recuperare. Tratamentul trebuie inițiat precoce.

Tabelul 5. Tratamentul simptomatic medicamentos al pacientului cu PC

1. Medicația miorelaxantă	<ul style="list-style-type: none"> • Preparatele mai frecvent utilizate în tratamentul PC pentru reducerea spasticității sunt: ✓ Tolperison, 50 mg 2-3 ori/zi, <i>per os</i> – 1 lună. ✓ Toxina Botulinică tip A, 10-30 mg/kg/zi, i.m. local în mușchii afectați, fiecare 4-6 luni.
2. Medicația anticonvulsivantă	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonvulsivantul va fi selectat în funcție de tipul de convulsii pe care le prezintă bolnavul și de toxicitatea preparatului. Tratamentul va fi individualizat la fiecare pacient: ✓ Fenobarbital* 0,015, 3-5 mg/kg/zi, <i>per os</i>. ✓ Carbamazepin* 200 mg, 10-20 mg/kg/zi <i>per os</i> (în convulsiile parțiale). ✓ Acid valproic* 300 mg, 10-30 mg/kg/zi, <i>per os</i> (în convulsiile generalizate). ✓ Topiramat 25 mg, 0,5-9 mg/kg/zi, <i>per os</i> (în convulsiile rezistente). ✓ Lamotrigină 50 mg, 0,5-5 mg/kg/zi, <i>per os</i> (în convulsiile rezistente).
3. Medicația neurometabolică	<ul style="list-style-type: none"> • Preparate pentru ameliorarea metabolismului cerebral: ✓ Acid glutamic 0,25: 1-3 ani – 1-2 g/zi; 4-6 ani – 2-3 g/zi; peste 7 ani – 3 g/zi, <i>per os</i> – 1 lună. ✓ Vinpocetină 5 mg, i.m. nr. 30. ✓ Vincamin 120 ml, 10 mg/5 ml, 5 ml x 3 ori/zi, <i>per os</i> – 1 lună. ✓ Acid homopantotenic (Pantogam) 0,25 mg, 50 mg/kg/zi, <i>per os</i> – 1 lună. ✓ Piracetam 400 mg, 30-50 mg/kg/zi, <i>per os</i> – 1 lună. ✓ Nandrolon 1 ml, i.m., nr. 3 (1 dată pe lună).

<p>4. Trofice musculare</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sol. Tiamină clorhidrat 5% – 1 ml, 1 ml/zi, nr. 10, i.m.; cura poate fi repetată odată la 3 luni. ✓ Sol. Piridoxină 5% – 1 ml, 1 ml/zi, nr. 10, i.m. ✓ Sol. Ciancobolamină 0,05% – 1 ml, câte 200-500 mcg/zi, nr. 10, i.m. ✓ Tocoferol 100 mg, 20-100 mg/zi, i.m. ✓ Sol. Adenosin trifosfat 6 mg/2 ml, 1 ml/zi i.m., nr.10-30;
<p>Tratamentul complicațiilor include:</p>	
<p>1. Combaterea și prevenirea malnutriției</p> <p>2. Combaterea hipersalivației</p> <p>3. Medicația antireflux gastroesofagian</p> <p>4. Prevenirea și tratamentul constipației</p> <p>5. Tratamentul deficitelor senzoriale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Măsurile terapeutice pentru ameliorarea nutriției includ:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ tratamentul pozițional; ✓ suplimentarea dietei cu alimente cu valoare calorică mare (uleiuri vegetale); ✓ la nevoie instituirea alimentației prin gavaaj cu tub nazo - gastric sau prin gastrostomie. • <i>S-au încercat mai multe metode terapeutice pentru combaterea hipersalivației, incluzând tehnici de educare reflexă:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tratamentul chirurgical pentru diminuarea hipersalivației este rareori indicat, datorită rezultatelor inconstante și a complicațiilor postoperatorii. • Aceasta include: <ul style="list-style-type: none"> - Cisaprid 10 mg, câte 0,15-0,3 mg/kg, 3-4 ori/zi, <i>per os</i> – 1 lună. - Metoclopramid 10 mg, câte 0,5 mg/kg/zi, <i>per os</i> – 1 lună. - Ranitidină 150 mg, 2 mg/kg/zi, (maxim 300 mg/zi), <i>per os</i> – 1 lună. • Dieta trebuie să includă supliment de „fibre”, uleiuri vegetale și, la necesitate, se administrează laxativele. <ul style="list-style-type: none"> ✓ consumarea fluidelor pentru menținerea unui debit urinar adecvat; ✓ regim alimentar: consum de alimente bogate în vitamine, ușor asimilabile și cu potențial alergizant redus, cu limitarea condimentelor și produselor iritante, la necesitate cu includerea suplimentelor de „fibre” și de laxative. • Pacienții care prezintă anomalii vizuale și/sau auditive asociate vor beneficia de consult și tratament oftalmologie și ORL.
<p>Măsurile educative:</p>	
<p>1. Terapia educațională</p> <p>2. Terapia psihologică</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Trebuie individualizată:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ În raport cu necesitățile copilului. ✓ În raport cu potențialul educațional (acest potențial depinde de severitatea bolii și de prezența și gradul tulburărilor asociate: dificultăți în procesul de învățare, tulburări de comportament, anomalii vizuale, auditive, convulsii). ✓ Copilul cu PC trebuie să meargă la o școală normală, dacă posibilitățile de învățare sunt considerate aproape de normal. ✓ Când copilul este retardat, trebuie să meargă la o școală specială și să beneficieze de un program social. • <i>Pacienții cu PC necesită tratament psihologic de durată:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perioadele copilăriei și adolescenței sunt perioade foarte dificile din punct de vedere psihologic pentru pacienții cu PC, în care copiii bolnavi realizează cât de diferiți sunt ei față de semenii lor.

	✓ Cele mai dificile momente pentru familie sunt: momentul stabilirii diagnosticului, când realizează că copilul lor are o dezabilitate permanentă, la vârsta de preșcolar când în mod normal copiii frecventează grădinița și la începutul adolescenței.
--	--

Notă: *tratamentul poate fi de lungă durată, cu monitorizarea EEG.

Caseta 17. Tratamentul anticonvulsivant al pacientului cu PC (criză prelungită) la etapa spitalicească:

- Sol. Diazepam 0,5%/2 ml i.m., i.v. (0,3 mg/kg, câte 1mg/minut) sau i.r. – 0,5 mg/kg (maxim 5 mg pînă la vârsta de 3 ani, maxim 10 mg la vârsta > 3 ani), apoi doza poate fi repetată. Se utilizează în timpul accesului, maxim la 48 de ore după.
- ! Nu există risc de apnee pînă la doza de 1,5 mg/kg.
- ! Nu se permite depășirea dozei de 3 mg/kg.

Caseta 18. Recomandări pentru administrarea i.r. a Diazepamului:

- Diazepamul nediluat este administrat cu ajutorul tubului rectal.
- Medicamentul va fi administrat prin introducerea cateterului la o adîncime de 4 cm lîngă mucoasa rectală. Fesele sunt ridicate, apoi strînse timp de 5 minute, cu țelul evitării evacuării conținutului rectal.
- Diazepamul poate fi introdus repetat de 1-2 ori, cu interval de 5-10 minute.

Caseta 19. Tratamentul anticonvulsivant de susținere în cazul PC cu accese epileptice:

- Anticonvulsivantul va fi ales în funcție de tipul de convulsii pe care le prezintă bolnavul și de toxicitatea preparatului. Tratamentul va fi individualizat la fiecare pacient:
 - ✓ Fenobarbital 3-5 mg/kg/zi.
 - ✓ Carbamazepină 10-20 mg/kg/zi, în convulsiile parțiale.
 - ✓ Acid valproic 10-30 mg/kg/zi, în convulsiile generalizate.
 - ✓ Topiramă 0,5-9 mg/kg/zi, în convulsiile rezistente.
 - ✓ Lamotrigin 0,5-5 mg/kg/zi, în convulsiile rezistente.
- **În caz de eșec – doza preparatului se mărește pînă la doza maximă.**

Caseta 20. Tratamentul de susținere al bolnavilor cu PC:

- Pacientul va fi supus unor reevaluări periodice.
- Periodicitatea repetării curei de tratament (*tabelul 5*) va fi determinată de către psihoneurolog pentru fiecare caz individual.
- Este indicat examenul ortopedic pentru identificarea scoliozei, a contracturilor și a dislocațiilor articulare, care necesită atele gipsate, bandaje sau operațiile corectoare.
- Tratamentele ortopedice apelează la diferite metode pentru a compensa anomaliile de postură și a pregăti copilul pentru o motilitate independentă.
- Un mijloc de prevenire a deformărilor secundare și de ameliorare a funcției motorii este aplicarea protezelor. Cel mai frecvent utilizate sunt corsetele și atelele.

C.2.4.8. Evaluarea handicapului în PC

Caseta 21. Evaluarea handicapului motor și a manifestărilor asociate:

- Un tratament ințadisciplinar este esențial. Acesta presupune o colaborare între pediatru, neurolog, ortoped, fizioterapeut, kinetoterapeut, logoped, chirurg. Până la instituirea tratamentului se evaluează copilul cu PC. Se stabilește strategia terapeutică ce va fi reevaluată la 3-6 luni interval, la copilul mic și anual, la copilul școlar.
- Motivul care aduce părinții la consult medical este tonusul anormal sau întârzierea în dezvoltarea psihomotorie pe care o prezintă copilul.
- Rolul inițial al pediatrului este de a stabili un diagnostic, de a determina etiologia, de a identifica anomaliile neuromotorii și cognitive.
- Identificarea etiologiei debutează cu istoricul sarcinii și nașterii, cercetându-se prezența unor hemoragii, infecții sau altor factori care au contribuit la realizarea handicapului neuromotor.
- Un istoric familial, identificarea unor boli intercurente sau a accidentelor traumatice sunt, de asemenea, importante. Acestea pot contribui la identificarea etiologiei, a vârstei de debut a handicapului neuropsihomotor.
- Examenul obiectiv include examinarea copilului atât în poziție ortostatică, cât și în decubit (*caseta 9*).
- Semnele clinice sunt caracteristice în dependență de forma PC (*tabelul 3*).
- Examenul paraclinic vor include:
 - ✓ EEG trebuie efectuată dacă se asociază convulsii.
 - ✓ EMG este utilă pentru diferențierea unei boli neuromusculare de o PC.
 - ✓ Studiile imagistice cerebrale pot releva anomalii cerebrale, de exemplu atrofie corticală, porencefalie etc., la copiii cu diplegie spastică și hemiplegie (*C.2.2.3*).
- Testele vizuale și auditive sunt efectuate în scopul detectării unor anomalii specifice.
- Testarea psihologică va evalua funcția intelectuală, deși este greu de efectuat dacă copilul prezintă deficite motorii și de comunicare importante.
- Testele de inteligență la sugari, bazate pe activitatea vizuală și motorie, dau un tablou incorect, iar testarea copiilor mari poate fi compromisă de tulburările de vorbire și de limbaj. Mai sigure sunt testele Leiter, teste neverbale de inteligență.
- Este esențială evaluarea deficitelor motorii, de limbaj, senzoriale și găsirea unor strategii adecvate pentru testarea funcției cognitive și pentru stabilirea unui program terapeutic.
- Este importantă o evaluare a familiei de către un serviciu de asistență socială. Familia trebuie informată despre afecțiuni la copil, incapacitatea motorie, anomalii asociate și trebuie antrenată în programul de tratament al PC.

Caseta 22. Evoluția PC:

- Peste 90% din copiii cu PC ating vârsta adultă.
- Speranța vieții la acești copii este mai scăzută decât la populația generală.
- Evoluția variază în funcție de topografia PC.
- Cu cât sunt mai multe membre afectate, cu atât prognosticul este mai sever.
- Copiii cu diplegie spastică și hemiplegie evoluează bine, în timp ce copiii cu coreoatetoză și cu tetraplegie spastică au o evoluție mai severă.
- Virtual, toți copiii cu hemiplegie sau ataxie pot să meargă.
- În general, dacă un copil cu PC nu merge pînă la vârsta de 6 ani, nu va merge niciodată singur.
- Inserția socială în cazul pacienților cu PC depinde de funcția intelectuală și de severitatea afecțiunii.
- Anomaliile asociate, sprijinul familiei, calitatea programului de recuperare și de educație pot influența evoluția.
- Intervențiile ortopedice precoce și agresive, ameliorarea aparatelor ortopedice pentru stațiune și mers și utilizarea computerelor au crescut potențialul de acțiune independentă a copiilor cu PC.
- În ciuda acestor progrese, procentajul de indivizi cu PC care trăiesc și muncesc independent rămîne redus.

Caseta 23. Viitor și prevenire:

- Inserția socioprofesională a copiilor cu PC, care constituie scopul final, va fi cu atât mai bună cu cât luarea în evidență va fi începută precoce și mai adaptată deficiențelor prezentate de aceștia.
- Integrarea copiilor cu PC este promisă de societate prin intermediul legii; ea trebuie făcută de fiecare dată cînd este posibil. Din nefericire unii dintre subiecți nu vor putea fi integrați, în ciuda dorinței tuturor și chiar a legislatorului. Pentru unii dintre acești handicapați motor există centre de ergoterapie și case de sprijin specializate.
- De aici rezultă importanța pe care o prezintă prevenirea. Profilaxia este dificilă dar se poate rezuma la cîteva mari obiective:
 - ✓ protejarea embrionului și a fătului, situație care nu este posibilă totdeauna în stadiul actual al cunoștințelor medicale;
 - ✓ evitarea prematurității – aceasta este deja realizată într-un mare număr de cazuri;
 - ✓ desfășurarea în condiții perfecte a nașterii la termen, grație unor maternități bine echipate;
 - ✓ evitarea infecțiilor, protejarea copiilor contra maladiilor, accidentelor, intoxicațiilor și vaccinarea lor;
 - ✓ asigurarea unei bune monitorizări a sarcinilor.

C.2.4.9. *Supravegherea pacienților cu PC*

Caseta 24. *Supravegherea pacienților cu PC*

- Pe parcursul spitalizării se va monitoriza zilnic temperatura corpului, FR, pulsul, TA, starea de conștiență și *statusul* psihoneurologic și cel motor.
- NSG se va efectua la toți copiii suspecți de prezența PC, repetat 1 dată la 3 luni.
- EEG se va efectua la copiii cu accese epileptice, repetat 1 dată la 3 luni, pînă la dinamica pozitivă pe 3 EEG succesive.
- EEG se va repeta și în cazul agravării stării pacientului, și/sau suspjecției de progresare (accese epileptice recurente, rezistente, complicații).
- EMG se va efectua la pacienții cu tonusul muscular scăzut.
- Alte examinări de laborator, paraclinice și imagistice se vor efectua după necesitate.
- Durata tratamentului în staționar va constitui 12 zile, în caz de complicații conform indicațiilor individuale.

Caseta 25. *Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu PC de către medicul de familie*

- *Pacienții cu PC pînă la vîrsta de 1 an:*
 - ✓ Examinați 1 dată la 3 luni după debutul bolii.
 - ✓ Supravegheați lunar.
- *Pacienții cu PC cu vîrsta între 1 și 3 ani:*
 - ✓ Examinați 1 dată la 6 luni.
 - ✓ Supravegheați semestrial.
- *Pacienții cu PC cu vîrsta între 3 și 18 ani:*
 - ✓ Examinați 1 dată per an.
 - ✓ Supravegheați o dată în 6 luni.

Notă: PC asociate cu boli concomitente necesită supraveghere suplimentară în funcție de recomandările pentru supravegherea bolilor asociate.

Caseta 26. *Recomandări pentru imunizarea pacienților cu PC*

- Imunizarea difteriei, tetanusului, pertussisului și poliomielitei se vor realiza la vîrsta de 2-4 luni.
- Copiii < 4 luni care au suspjecție de PC vor fi examinați de medicul de familie.
- Copiii care au suspjecție de PC înainte de imunizare vor fi supuși acesteia după ce părinții au fost instruiți despre managementul prevaccinar și utilizarea Fenobarbitalului 5 mg/kg/zi, preparatelor de Calciu 50 mg/kg/zi.
- Imunizarea copiilor care suportă PC, împotriva rujeolei, rubeolei și a varicelei se va efectua conform calendarului de imunizări, cu instruirea părinților despre managementul prevaccinar și utilizarea Fenobarbitalului și a preparatelor de Calciu.

Caseta 27. Puncte de recapitulare

- Pacienții cu PC cu vârsta între 1 lună–1 an vor fi tratați încontinuu, vor fi supravegheați de medicul de familie și de neurolog lunar, vor fi spitalizați în SN trimestrial.
- Pacienții cu PC cu vârsta între 1 și 3 ani vor fi tratați încontinuu, vor fi supravegheați de medicul de familie și de neurolog trimestrial, vor fi spitalizați în SN și SNR trimestrial.
- Pacienții cu PC cu vârsta între 3 și 18 ani vor fi tratați fiecare 6 luni, vor fi supravegheați de medicul de familie și de neurolog fiecare 6 luni, vor fi spitalizați în SN și SNR, TS fiecare 6 luni.
- Pacienții cu accese epileptice cu durata > 15 min vor fi spitalizați în serviciul de terapie intensivă.
- Diagnosticul de PC se stabilește în baza anamnezei, a examenului clinico-neurologic, a investigațiilor paraclinice și imagistice.
- Pacientul cu PC și accese epileptice trebuie să beneficieze fără întârziere de tratament anti-convulsiv.
- Pacientul cu PC trebuie să beneficieze de tratament simptomatic individualizat.
- Pacientul cu PC trebuie să beneficieze de terapie psihologică.
- Pacientul cu PC necesită inserție socială.

C.2.4.10. Stările de urgență și complicațiile (subiectul protocoalelor separate)

Caseta 28. Stările de urgență ale PC

- Sindromul convulsiv
- *Status epilepticus*
- Edem cerebral acut
- Insuficiența respiratorie
- Insuficiența cardiovasculară

Caseta 28. Complicațiile PC

- Handicap neuropsihic
- Handicap motor
- Deficit verbal
- Deficite senzoriale: auditiv, vizual
- Tulburări cognitive
- Epilepsie simptomatică
- Malnutriție
- Hipersalivație
- Gastroduodenite cronice
- Constipații
- Pneumonii frecvente
- Deces

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

<p><i>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie; • asistentă a medicului de familie.
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • laborator clinic standard pentru efectuare de: analiză generală a sîngelui, analiză sumară a urinei, glicemie.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anticonvulsivante (Fenobarbital, Carbamazepină, Acid valproic; • preparate neurometabolice (Acid glutamic, Vinpocetină, Vincamin, Acid homopantitonic, Piracetam, Nandrolon); • preparate miorelaxante (Tolperison); • trofice musculare (Piridoxină, Cianocobolamină, Tiamină clorhidrat, tocoferol, Adenozin trifosfat); • medicație antireflux gastroesofagian (Cisaprid, Metoclopramid, Ranitidină).
<p><i>D.2. Instituțiile/ secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neuropediatru; • genetician; • pediatru; • gastrolog; • endocrinolog; • psihiatru; • logoped; • ortoped; • psiholog; • neurochirurg; • oftalmolog; • otorinolaringolog; • fizioterapeut; • kinetoterapeut; • medic funcționalist; • medic imagist; • medic de laborator; • asistente medicale.

	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • cabinet de diagnostic funcțional dotat cu electroencefalograf (ICȘDOSM și C); • ultrasonograf; • electromiograf; • tomograf computerizat, aparat MRI; • laborator clinic standard pentru realizare de: analiză generală a sîngelui, analiză sumară a urinei, indici biochimici (glicemie, uree serică, creatinină, bilirubină totală și fracțiile ei, ionogramă (Na, K, Ca, Mg, Cl), amoniemie, coprogramă. <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anticonvulsivante (Fenobarbital, Carbamazepină, Acid valproic; • preparate neurometabolice (Acid glutamic, Vinpocetină, Vincamin, Acid homopantitonic, Piracetam, Nandrolon); • preparate miorelaxante (Tolperison); • trofice musculare (Piridoxină, Cianocobolamină, Tiamină clorhidrat, tocoferol, Adenozin trifosfat); • medicație antireflux gastroesofagian (Cisaprid, Metoclopramid, Ranitidină).
<p>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de neuropediatrică, pediatrie și de reabilitare ale spitalelor raionale, municipale și republicane</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neuropediatru; • fizioterapist; • kinetoterapist; • medic funcționalist; • medic imagist; • medici de laborator; • asistente medicale; • acces la consultații calificate: pediatru, genetician, neurochirurg, oftalmolog, infecționist, nefrolog, endocrinolog. <p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • este comun cu cel al secțiilor consultativ-diagnostice raionale, municipale și republicane; • laborator microbiologic și imunologic. <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anticonvulsivante (Fenobarbital, Carbamazepină, Acid valproic; • preparate neurometabolice (Acid glutamic, Vinpocetină, Vincamin, Acid homopantitonic, Piracetam, Nandrolon); • preparate miorelaxante (Tolperison, Toxina Botulinică tip A; • trofice musculare (Piridoxină, Cianocobolamină, Tiamină clorhidrat, tocoferol, Adenozin trifosfat); • medicație antireflux gastroesofagian (Cisaprid, Metoclopramid, Ranitidină).

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Sporirea calității examinărilor clinice și practicilor de ambulatoriu ale pacienților cu PC	1.1. Proportia de pacienți cu PC, cărora li s-a efectuat examenele clinice și paraclinice obligatorii complete (în condiții de ambulatoriu și în staționar), conform recomandărilor din protocolului clinic național <i>Paraliziile cerebrale la copil</i> , pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu PC, cărora li s-a efectuat examenele clinice și paraclinice obligatorii complete (în condiții de ambulatoriu și de staționar), conform recomandărilor din protocolului clinic național <i>Paraliziile cerebrale la copil</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu PC, care se află sub supravegherea medicului de familie și a neuropediaterului, pe parcursul ultimului an
2.	Sporirea calității tratamentului acordat pacienților cu PC	2.1 Proportia de pacienți cu PC care au administrat tratament în condiții de ambulatoriu conform recomandărilor din protocolului clinic național <i>Paraliziile cerebrale la copil</i> , pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu PC care au administrat tratament în condiții de ambulatoriu conform recomandărilor din protocolului clinic național <i>Paraliziile cerebrale la copil</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu PC care se află sub supravegherea medicului de familie și a neuropediaterului, pe parcursul ultimului an.
3.	Reducerea ratei complicațiilor (edem cerebral, <i>status epilepticus</i> , convulsii rezistente) la pacienții cu PC	2.2 Proportia de pacienți cu PC, care au făcut tratament în condiții de staționar, conform recomandărilor din protocolului clinic național <i>Paraliziile cerebrale la copil</i> , pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu PC care au făcut tratament în condiții de staționar, conform recomandărilor din protocolului clinic național <i>Paraliziile cerebrale la copil</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu PC, care au făcut tratament în staționar, pe parcursul ultimului an
4.	Reducerea numărului de cazuri de deces prin PC	3.1. Proportia de pacienți cu PC, care au dezvoltat complicații (edem cerebral, <i>status epilepticus</i> , convulsii rezistente), pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu PC, care au dezvoltat complicații (edem cerebral, <i>status epilepticus</i> , convulsii rezistente), pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu PC, care se află sub supravegherea medicului de familie și a neuropediaterului, pe parcursul ultimului an
		4.1. Proportia de pacienți care au decedat prin PC, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți care au decedat prin PC, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu PC care se află sub supravegherea medicului de familie și a neuropediaterului, pe parcursul ultimului an

ANEXE

Anexa 1. Formular de consultație la medicul de familie pentru PC

Nº	Factorii evaluați	Data	Data	Data	Data
1.	Stare de conștiență				
2.	Starea tonusului muscular				
3.	Starea reflexelor osteotendinoase				
4.	Starea reflexelor arhaice				
5.	Starea dezvoltării psihoverbale				
6.	Prezența contracturilor				
7.	Alte semne fizice patologice (da/nu, specificați)				
8.	Prezența acceselor epileptice (tipul, frecvența)				
9.	Analiza generală a sîngelui				
10.	Sumarul urinei				
11.	Glicemia <i>a jeun</i>				
12.	Aminoacidograma				
13.	Consultația neuropediatrului (concluzia)				
14.	Consultația oculistului (concluzia)				
15.	Consultația medicului ORL (concluzia)				
16.	Consultația pediatrului (concluzia)				
17.	Consultația ortopedului (concluzia)				
18.	Consultația psihiatrului (concluzia)				
19.	Consultația psihologului (concluzia)				
20.	Consultația logopedului (concluzia)				
21.	Consultația reabilitologului (concluzia)				

Pacient (ă) _____ băiat/fată, Anul nașterii _____

Anexa 2. Ghidul părintelui pacientului cu paralizie cerebrală

Paralizia cerebrală la copil (ghid pentru părinții pacienților cu PC)

Introducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu PC (probleme neurologice, care se pot manifesta la copii din primul an de viață, pe fundal de patologii pre-, peri- și postnatală) în cadrul Serviciului de Sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile adresate familiilor copiilor cu PC și persoanelor care doresc să afle mai mult despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și de tratament, disponibile în Serviciul de Sănătate. Nu sunt descrise în detaliu maladia sau analizele și tratamentele necesare. Aceste aspecte le puteți discuta cu cadrele medicale, adică cu medicul de familie sau cu o asistentă medicală. În ghid veți găsi întrebări-model pe care le puteți adresa pentru a obține mai multe explicații. Sunt prezentate, de asemenea, unele surse suplimentare de informații.

Indicațiile din ghidul pentru pacienți acoperă:

- ✓ modul în care medicii trebuie să stabilească dacă copilul are PC;
- ✓ prescrierea medicamentelor pentru tratarea PC;
- ✓ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu PC.

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiază copilul dvs. trebuie să ia în considerare necesitățile și preferințele personale; aveți dreptul să fiți informat pe deplin și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea copilului dvs. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze pe dvs. și pe copilul dvs. cu respect, sensibilitate și cu înțelegere și să vă explice pe înțeles ce sunt PC, care este prevalența lor, prognosticul și tratamentul cel mai potrivit pentru copilul dvs.

Informația pe care furnizează cadrele medicale trebuie să includă detalii despre posibilele avantaje și riscuri ale tuturor tratamentelor.

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiază copilul dvs., precum și informațiile care vi se pun la dispoziție trebuie să ia în considerare toate aspectele: religie, etnie sau cultură; precum și alți factori suplimentari, cum ar fi dizabilitățile fizice.

Paralizia cerebrală include un grup de tulburări neurologice neprogresive caracterizate printr-un control neadecvat al motilității și al posturii, datorate unor cauze care acționează asupra SNC pre-, intra- sau postnatal, în primii 3-5 ani de viață (perioada inițială de dezvoltare a creierului). PC sunt considerate afecțiuni neprogresive, dar într-o continuă dinamică, fiind influențate de procesul de creștere și de dezvoltare, astfel că manifestările clinice se pot modifica în timp. Afectarea motorie este un criteriu obligatoriu și definitoriu al PC, aceasta fiind aproape întotdeauna însoțită de alte manifestări secundare afectării SNC, cum ar fi: retardul mental, epilepsia, deficitul senzorial (auditive, vizuale), tulburările cognitive, tulburările de comportament etc.

Diagnosticul de PC se stabilește în baza manifestărilor bolii (tulburări neuropsihomotorii), tulburări cognitive, de vorbire, accese epileptice, tulburări comportamentale, retard mental, prezența altor semne ce pledează pentru o suferință cerebrală, semne fizice pe care medicul le evidențiază în timpul examinării bolnavului, care pot fi confirmate prin examene suplimentare.

Factorii de risc care predispun la apariția PC sunt multipli și se apreciază în funcție de sănătatea mamei, evoluția sarcinii, a travaliului, sănătatea fătului, sănătatea copilului după naștere.

Instruire și echipament

Medicii de familie și asistentele medicale trebuie să fie instruiți cum să examineze un pacient cu PC.

Diagnosticarea PC. Medicul de familie va stabili diagnosticul de PC și va aprecia severitatea bolii în baza rezultatelor examenului clinic și a rezultatelor investigațiilor paraclinice pe care le va indica obligator tuturor pacienților.

Testele și analizele obligatorii

Analizele trebuie să includă o analiză de urină, analiza generală a sîngelui (dintr-o proba de sînge) glicemia și ureea serică.

Diagnosticul poate rămîne incert fără o confirmare electroencefalografică sau imagistică.

După obținerea rezultatelor testelor și analizelor medicul de familie trebuie să discute rezultatul cu dvs. și să vă comunice modalitățile de tratament.

Tratamentul medicamentos. Dacă la prima consultație copilului dvs. i s-a stabilit diagnosticul de PC, medicul evaluează gradul de afectare și criteriile de spitalizare. Odată stabilit, diagnosticul de PC indică inițierea imediată a tratamentului neurologic.

Pacienții cu PC vor fi supravegheați și tratați conform recomandărilor prescrise de specialiști, conform formei prezente de PC, gradului de afectare al SNC, manifestărilor concomitente asociate PC, complicațiilor.

Precocitatea stabilirii diagnosticului și efectuarea tratamentului incontinuu și cu preparate care grăbesc maturația SNC la copil va determina succesul terapiei administrate.

Tratamentul nemedicamentos. Medicul de familie și asistenta medicală trebuie să discute cu dvs. alimentația și modul de viață a copilului dvs.

Întrebări-model despre medicamentele utilizate în PC

- ✓ Îmi puteți explica de ce ați ales să prescrieți acest tip de medicament copilului meu?
- ✓ Care este cauza suferinței copilului meu?
- ✓ Cum trebuie să mă comport cu copilul meu?
- ✓ Cum îi va ajuta medicamentul?
- ✓ Ce trebuie să fac dacă la copil apar efecte secundare? (trebuie să sun medicul de familie, de exemplu, să merg la secția de urgențe a unui spital?)
- ✓ Ce se va întâmpla dacă voi alege să nu dau medicamentul copilului meu?

Întrebări-model despre evidența tratamentului

- ✓ Există diferite tratamente pe care aș putea să le încerc pentru copilul meu?
- ✓ Care sunt cele mai frecvente efecte secundare ale tratamentului? Există unele la care ar trebui să atrag atenția?

- ✓ Cît timp va dura tratamentul copilului meu?
- ✓ Există alte opțiuni de tratament?
- ✓ Există vreo broșură despre tratament pe care pot să o primesc?
- ✓ Este necesar să schimb doza tratamentului curent?
- ✓ Cînd trebuie să mă programez pentru următoarea vizită?

Continuarea sau întreruperea tratamentului. Scopul tratamentului este ameliorarea dezvoltării neuropsihomotorii, verbale, cognitive, crizelor epileptice al copilului cu PC. De regulă, tratamentul este de lungă durată.

Administrarea medicamentului poate fi întreruptă doar de medicul dvs.

Medicul vă poate recomanda repetarea testelor de laborator, examenele paraclinice și imagistice, pentru a verifica starea copilului cu PC.

BIBLIOGRAFIE

1. Christos P. Panteliadis, Cerebral Palsy. Principles and Management. Stuttgart New York, 2004.
2. Gillberg C. Deficits in attention, motor control, and perception: a brief review. Arch. Dis. Child., 2003, 88: 904-910.
3. Hurvitz E. A., Leonard C., Ayyangar R., Nelson V. S. Complementary and alternative medicine use in families of children with cerebral palsy. Dev. Med. Child Neurol., 2003, 45: 364-370.
4. Jarvis S., Gliniana S., Torrioli M. et. al. Cerebral palsy and intrauterine growth in single births: European collaborative study. The Lancet, 2003; 362: 1106-1111.
5. Johnson A. Prevalence and characteristics of children with cerebral palsy in Europe. Dev. Med. Child Neurol., 2002; 44: 633-640.
6. National Guideline Clearinghouse. Practice parameter: diagnostic assessment of the child with cerebral palsy: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society¹.
7. National Guideline Clearinghouse. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society².
8. National Guideline Clearinghouse. Prescribing therapy services for children with motor disabilities³.
9. Popescu V. Paraliziile cerebrale, Neurologie pediatrică, 2001, V.1: 528-560.
10. Reddihough D., Collins K. The epidemiology and causes of cerebral palsy. Australian Journal of physiotherapy. 2003, 49: 7-12.
11. Rosenbaum P. L., Waiter S. D., Hanna S. A., Palisano R. J. et.al. Prognosis for gross motor function in cerebral palsy creation of motor development curves. JAMA, 2002; 288: 1357-1363.
12. Shevell Ml., Mainemer A., Morin I. Etiologic yield of cerebral palsy: a contemporary case series. Pediatr. Neurol., 2003; 28: 352-359.
13. Singhi P., Jagirdar S., Khandelwal N. Epilepsy in children with cerebral palsy. J. Child Neurol., 2003; 18: 174-179.
14. Volpe J. J. Cerebral white matter injury of the premature infant-more common than you think. Pediatrics, 2003; 112: 176-180.
15. WHO, International Classification of functional disability and health WHO-Library, Geneva, 2001, p.132-142.

¹ http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=4990&nbr=003530&string=cerebral+AND+palsy

² http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=4106&nbr=003151&string=%22Practice+parameter%3a+evaluation+of+the+child+with+global+developmental+delay%3a+report+of+the+Quality+Standards+Subcommittee+of+the+American+Academy+of+Neurology%22+and+%22the+Practice+Committee+of+the+Child+Neurology+Society.+Neurology%22

³ http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=5325&nbr=003638&string=Prescribing+AND+therapy+AND+services+AND+children+AND+motor+AND+disabilities