

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «МАТЬ И
ДИТЯ»**

ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ СБОРНИК НАУЧНЫХ
ТРУДОВ, ПОСВЯЩЕННЫЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И
РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ»**

ВЫПУСК 2

Минск

2007

ОПЫТ РАБОТЫ РЕСПУБЛИКАНСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

И.С. Приходько, Н.И. Букач, С.В. Власова

Республиканский реабилитационный центр для детей-инвалидов, г. Минск

Ключевые слова: детский церебральный паралич, двигательные нарушения, реабилитация, дети школьного возраста.

Детский церебральный паралич (ДЦП) во всех странах мира является одной из значимых медико - социальных проблем. Это обусловлено не только распространенностью данной патологии, длительностью лечения пациентов, но и серьезными социальными последствиями как для семьи, воспитывающей больного ребенка или ребенка-инвалида, так и для общества в целом.

Согласно литературным данным распространенность ДЦП колеблется в пределах от 1 до 3 случаев на 1000 детей раннего школьного возраста. В Республике Беларусь этот показатель составляет 2,72 случая на 1000 детей в возрасте до 14 лет.

Следует отметить, что мультифакториальность этиологии и сложность патогенеза болезни значительным образом затрудняют эффективность ее лечения, чем обусловлена лидирующая позиция ДЦП среди других болезней нервной системы, ведущих к инвалидности у детей.

Согласно данным публикаций как отечественных, так и зарубежных исследователей, наиболее эффективным является начатое в первые недели жизни адекватное и систематическое восстановительное лечение патологии новорожденных. Возможности восстановления нарушенных функций детей, ставших к 4-10 годам уже инвалидами, значительно меньше, чем детей раннего возраста, а эффективность лечения школьников, особенно подросткового возраста и юношей, до настоящего времени очень мала. Вот почему

многочисленные реабилитационные центры во всем мире в основном ориентированы на работу с детьми в возрасте до 7 лет и оставляют без должного внимания пациентов старше указанного возраста.

Между тем, опыт работы Республиканского реабилитационного центра для детей-инвалидов (РРЦДИ) показывает, что комплексная реабилитация пациентов среднего и старшего школьного возраста с ДЦП, является эффективной.

Нами проведен анализ результатов реабилитации больных в зависимости от тяжести заболевания ДЦП в возрасте от 10 до 18 лет.

Нами было обследовано 246 детей, проходивших курс реабилитации в условиях РРЦДИ.

Удельный вес детей, страдающих ДЦП, составил 53 %, а детей в возрастном диапазоне от 10 до 18 лет из их числа – 50,7 %.

По способности к самостоятельному передвижению дети распределились следующим образом:

ДЦП I степени тяжести наблюдался у 61,4 % обследованных, которые передвигались самостоятельно, а стойкий двигательный дефицит не приводил к ограничению повседневной деятельности;

ДЦП II степени тяжести вызывал некоторые затруднения в повседневной деятельности, нередко требующие коррекции с использованием вспомогательных технических средств или посторонней помощи и отмечался в 31,7 %;

ДЦП III степени тяжести приводил к ограничению повседневной деятельности больного, отсутствию самостоятельного его передвижения и наблюдался в 6,9 % случаев.

У большинства пациентов под влиянием нередуцированных позотонических автоматизмов нарушения мышечного тонуса в данном возрасте привели к формированию стойких деформаций туловища, контрактур и патологических установок верхних и нижних конечностей.

В условиях Центра курс реабилитации длительностью от 1 до 2-х месяцев включал в себя комплекс медицинских и социально-педагогических мероприятий, согласно индивидуальному плану реабилитации. Мультидисциплинарная команда, в состав которой входят врачи-неврологи, врач-ортопед, врач-физиотерапевт, врач-рефлексотерапевт, инструктор ЛФК, педагог-психолог, педагог-воспитатель, на основании осмотра, проведения клинического обследования и объективной оценки реабилитационного потенциала каждого конкретного ребенка определяла цель и задачи реабилитации на курс и составляла индивидуальный план реабилитации.

Для детей с ДЦП I степени тяжести ставилась задача приблизить патологический тип ходьбы к правильному, уменьшить или исправить деформации туловища (кифоз, гиперлордоз, нервно-мышечный сколиоз), увеличить активный и пассивный объем движений в суставах конечностей, улучшить манипулятивную функцию кистей рук, улучшить координацию движений.

Для детей со II степенью тяжести ДЦП, в зависимости от реабилитационного потенциала, основной задачей было формирование самостоятельной ходьбы, то есть уменьшение степени тяжести двигательных нарушений; а также улучшение возможности передвижения за счет использования ходилки, костылей, трости, помощи взрослого, формирование навыков ходьбы до опоры без поддержки (3-10 шагов) с целью достижения ребенком большей независимости.

Дети с ДЦП III степени тяжести, как правило, решали следующие задачи: формирование навыков «стоять у опоры», «передвигаться вдоль опоры», «перемещаться из инвалидной коляски на стул или кровать». Пациенты, которые ранее не проводили систематическую реабилитацию по месту жительства, после проведенного курса реабилитации научились передвигаться с помощью вспомогательных технических средств, что позволило перевести их в группу детей с ДЦП II степени тяжести. Так, по нашим данным, в Центре за период с 2004 по 2006 годы 16,3% детей среднего и старшего школьного возраста из ДЦП II степени тяжести были переведены в ДЦП I степени тяжести, и 2,9% из ДЦП III степени тяжести были переведены в ДЦП II степени тяжести.

Выполнение и достижение поставленных конкретных целей на курс реабилитации у детей старших возрастных групп обеспечивалось высокой мотивацией пациентов.

Комплексная медицинская реабилитация включала методы, направленные на снижение тонуса спастических мышц: парафино-озекиритовые аппликации, водные процедуры, КВЧ-терапия, расслабляющие приемы массажа, рефлексотерапия, расслабляющие укладки с песком, приемы расслабления по Бобату, Текорюсу. Одновременно проводились мероприятия по укреплению ослабленных мышц-антагонистов с помощью методик электро- и магнитостимуляции, ЛФК, применение утяжеленных мячей, браслето-утяжелителей, гантелей, эспандеров, батута, тренажеров, элементов методики Текорюса.

Особое внимание уделялось ортопедической коррекции патологических установок и деформаций стоп, что позволяло формировать опорность ног, тем самым улучшая координацию и качество походки. В Центре широко используются ортезы для сна и укладок. 22,4% детей в возрасте старше 10 лет нуждались во вспомогательных технических средствах.

Проводимые реабилитационные мероприятия являются важным этапом подготовки к хирургическому вмешательству или этапом восстановления функции суставов после операций. Следует иметь в виду, что проведенные хирургические вмешательства в раннем детском возрасте у больных ДЦП дают толчок к развитию практически неуправляемых функциональных декомпенсаций, в отличие от таковых в подростковом и юношеском возрасте. Нуждаемость в хирургической коррекции у детей с данной патологией составляет не менее 80%. По нашим данным 32% детей из числа поступивших на реабилитацию были прооперированы ранее. В период с 2004 по 2006 год 34% пациентов старшей возрастной группы по направлению ортопеда-травматолога Центра было проведено хирургическое лечение. Таким образом,

66% детей-инвалидов, проходивших реабилитацию в РРЦДИ, было прооперировано, большинство из них имели ДЦП II-III степени тяжести.

Эффективность реабилитации оценивалась по результатам достижения каждым конкретным пациентом цели курса реабилитации, а также по улучшению двигательной активности с переходом из группы с более тяжелой степенью тяжести ДЦП в группу более легкой степени тяжести.

В результате проведенного комплекса реабилитационных мероприятий улучшение двигательных функций достигнуто от 90% случаев. У детей школьной возрастной группы было достигнуто уменьшение функциональных деформаций позвоночника или полная их коррекция, уменьшение контрактур суставов конечностей, а также улучшение опорности нижних конечностей и моторики рук.

Неэффективной, по нашим данным, была реабилитация в случаях низкой мотивации детей, нежелании проводить хирургическую коррекцию имеющихся двигательных нарушений, а также при отсутствии возможности систематической реабилитации и невыполнении рекомендаций специалистов в межкурсовой период.

Таким образом, проведенный анализ опыта работы РРЦДИ показал целесообразность проведения медицинской реабилитации детям, больным ДЦП не только в раннем возрасте, но и старше 10 лет. Эффективность реабилитации в старших возрастных группах обеспечивается за счет сочетания консервативных и хирургических методов.