

функции и функции равновесия с нивелированием у них патологического двигательного стереотипа. Гармоничному формированию этих функций способствует балансирование больного ребенка на лошади под воздействием трехмерных колебаний, которые идут с ее тела. Патологическая же осанка больного ребенка на лошади во время ее движения, несинхронность колебаний его тела относительно тела животного приводит к недостаточно эффективной тренировке способности синхронизировать работу мышц спины, туловища и конечностей для формирования у него впоследствии реакций выпрямления и равновесия.

Для улучшения посадки ребенка на лошади нами и было предложено использование рефлекторно-нагрузочного костюма «Гравистат». Лечебный костюм «Гравистат» является принципиально новой генерацией устройств для восстановительного лечения больных с поражением ЦНС (Семенова К.А., 2000). Конструкция костюма дает возможность осуществлять на организм больного многопрофильное воздействие: скорректировать позу и положение частей тела относительно друг друга, сохраняя при этом двигательную активность пациента. При помощи специальных тяг создается правильная посадочная поза у больного ребенка для более эффективного проведения для него занятий по иппотерапии.

Под нашим наблюдением находилось две группы детей, по 30 человек в каждой, в возрасте от 7 до 14 лет со спастическими формами церебрального паралича. В обеих группах отмечался II–III уровень тяжести двигательных нарушений согласно международной классификации GMFCS. В первой группе иппотерапия проводилась с детьми в костюмах «Гравистат», во второй — без них. Все дети в течение года получили по четыре двухнедельных курса иппотерапии. В результате проведенного лечения у пациентов была отмечена следующая положительная динамика: снижение тонуса спастических мышц — у 86 % детей из первой группы и 63 % — второй, улучшение осанки — у 53 % детей из первой группы и 35 % — второй, улучшение равновесия и ориентировки в пространстве — у 73 % детей из первой группы и 56 % — второй.

Таким образом, лечебное катание на лошадях в рефлекторно-нагрузочном костюме «Гравистат» потенцирует лечебный эффект от проведения занятий по иппотерапии благодаря правильной посадке ребенка на лошади с последующим более адекватным реагированием на трехмерные колебания, идущие с ее тела, более интенсивной тренировкой способности синхронизировать работу мышц ребенка во время движения лошади. Использование костюма не только потенцирует лечебный эффект во время проведения иппотерапии в виде улучшения равновесия и осанки, но и увеличивает способность синхронизировать работу мышц, способствует нормализации их тонуса, стимулирует в дальнейшем создание нового двигательного стереотипа у больного ребенка.

УДК 616.831-009.11-009.12-085.216.5-053.2+614.2:616.8(09)(477.62-25)

ЕВТУШЕНКО О.С., ЯНОВСКАЯ Н.В., ЕВТУШЕНКО С.К., ЛЕПИХОВ П.А., ШАЙМУРЗИН М.Р.

Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации

Областная детская клиническая больница, г. Донецк

14-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСПОРТОВЫХ БЛОКАД ПРИ ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ ДОНЕЦКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Актуальность. Церебральный паралич (ЦП) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний нервной системы у детей. ЦП — это возникшие (преимущественно непрогрессирующие) расстройства моторики и когнитивных функций в незрелом или аномально развивающемся мозге ребенка на фоне иммуногенетической предрасположенности (Евтушенко О.С., 1999–2009). Основными этиологическими факторами ЦП являются: гипоксически-асфиксические и травматические поражения головного мозга, включая перивентрикулярную лейкомаляцию, — 45 %, врожденные формы (как следствие генетических мутаций, различных мальформаций мозга и сосудов, нейрональных микродисплазий, патологического спраутинга, перивентрикулярной лейкомаляции и trans mantle) — 18 %, следствие инфекционных, интоксикационных, метаболических и других факторов — 17 %, а также идиопатическая форма церебрального паралича — 19 % (Евтушенко С.К., 2003–2013).

Материалы и методы. Лечение ЦП является актуальной проблемой детской неврологии и реабилитологии. Патологически высокий тонус при ЦП препятствует нормальному моторному и психоречевому развитию ребенка, формированию правильного двигательного стереотипа. Кроме того, постоянное спастическое напряжение мышц приводит к патологической установке, а в дальнейшем и к образованию контрактур в суставах. Для каждого ребенка с ЦП в центре на основании базисных этиологических факторов возникновения заболевания и данных дообследований (МРТ головного и спинного мозга, ЭЭГ, ЭНМГ, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, генетическое и соматическое обследование), с учетом возраста пациента и ведущего неврологического дефицита, разрабатывается годичная программа интенсивной долговременной и многокурсовой этапной реабилитации с поддержанием достигнутого эффекта в домашних условиях (для этого родители ребенка во время пребывания в центре обучаются массажу и специальной гимнастике). Для снижения спастичности используются как традиционные методы лечения — массаж, ЛФК, рефлексотерапия (ИРТ, лазеромагнитотерапия), тепловые процедуры, так и вы-

сокотехнологические методики — локальное введение ботулинистического токсина типа «А» (препарат диспорт). Благодаря способности диспорта вызывать мышечную релаксацию путем блокирования ацетилхолина в нервно-мышечных синапсах, препарат применяют для облегчения патологических состояний, вызванных мышечным спазмом (дистонические спазмы, избыточные мышечные сокращения, сочетанная спастичность и др.). Более 14 лет в центре проводятся диспортовые блокады (всего 2867 блокад), каждому ребенку проведено от 2 до 20 блокад. В ходе реализации бюджетной программы «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» для выполнения общегосударственной программы «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» центром было получено 206 флаконов диспорта, 215 детям проведены диспортовые блокады за бюджетные средства. При отборе детей с ЦП для проведения диспортовых блокад особое внимание уделяли клинически проявляющимся миогенным спастическим синдромам (гармструнг, ректус, аддукторный, трицепс). Степень спастичности оценивается по шкале спастичности Ashworth, всем детям проводится ЭНМГ, а в последние годы проводится ультразвуковое исследование мышц для определения мышц-целей.

При спастическом эквинусе введение осуществлялось преимущественно в икроножную, камбаловидную и заднюю большеберцовую мышцы, спастика которых и формировала патологическую установку стопы. На одну блокаду использовалось от 250 до 500 единиц диспорта в зависимости от возраста, массы тела ребенка и выраженности спастики (10–30 ЕД/кг). С 3–5-го дня проводилась динамическая проприоцептивная коррекция при помощи специального рефлекторно-нагрузочного костюма «Гравистат». **С 7–9-го дня в комплекс лечения включалась иппотерапия (лечебное катание на лошадях по специально разработанной методике), специальная лечебная гимнастика, занятие на тренажере «Космос» с формированием нового двигательного стереотипа и закреплением эффекта на беговой дорожке.** Курс лечения составляет 2–4 недели с последующим потенцированием на дому и повторным пребыванием в центре каждые 3–4 мес. Для оценки эффективности лечения использовалась шкала степени спастичности Ashworth.

Результаты. Таким образом, после проведения диспортовых блокад в 33 % отмечался очень хороший эффект, в 64 % умеренный эффект. Также отмечалось снижение мышечного тонуса на 1 балл ($p < 0,01$) по шкале Ashworth. Данное лечение способствует приобретению нового двигательного акта, 14 % детей стали ходить с легкой поддержкой, 7 % детей начали передвигаться, держась за стену, 16 % смогли стоять с легкой поддержкой. Это позволило улучшить качество жизни детей и их социальную адаптацию.

Выводы. Применение нейромышечных блокад препаратом диспорт при выраженной спастичности мышц

(особенно в сочетании с дистоническими атаками) на сегодняшний день является высокоэффективным средством в интенсивной реабилитации у детей с церебральным параличом, что способствует приобретению нового двигательного акта. Необходимо отметить, что в нашем центре впервые в Украине диспортовые блокады проводятся детям в возрасте от 6 мес., что помогает предотвратить раннее развитие контрактур.

УДК 616.831-009.11-036.17-06:616.71-007.234-036]-053.2

ЕВТУШЕНКО О.С., ЯНОВСКАЯ Н.В., ЕВТУШЕНКО С.К., ДУБИНА С.П.

Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ

Актуальность. За двадцать лет существования центра в нем получило лечение более 28 тысяч детей, из них более 14 тысяч детей, страдающих церебральным параличом (ЦП). Тяжелые формы ЦП у детей проявляются спастическими парезами (100 %), дистоническими атаками (68 %), амиотрофическим (94 %), гиперкинетическим (26 %) синдромами, а также костно-суставными нарушениями позвоночного столба (100 %), сгибательными контрактурами в коленных (74 %), голеностопных (56 %), локтевых суставах (67 %). У 615 детей (27 %) нами диагностированы проявления остеопороза. Первыми признаками остеопороза у детей с тяжелыми формами ЦП были: продолжительная боль в мышцах, костях, крупных суставах, позвоночнике, крампи, прогрессирующий вегетососудистый синдром с дистоническими и синкопальными приступами, головная боль, акропарестезии.

Материалы и методы. Этиологическими факторами развития остеопороза у детей являются длительная неподвижность, нейродистрофический процесс, гормональная недостаточность, иммобилизация; кроме того подобные дети длительное время находятся в горизонтальном положении или в инвалидной коляске.

Диагноз остеопороза устанавливался на основании жалоб и данных неврологического статуса, а также результатов дообследований. Наиболее доступным методом диагностики остеопороза является рентгенография позвоночника (в прямой и боковой проекции). При остеопорозе наблюдаются изменения костной структуры — кортикальный слой истончен, трабекулярный рисунок часто размыт, с подчеркнутой вертикальной направленностью костных балок, позвонки с подчеркнутым рисунком замыкающих пластин (что отмечено в методических рекомендациях «Диагностика и терапия неврологических проявлений остеопороза у взрослых и детей»; Евтушенко С.К. и соавт., 2001). При продолжи-