

больных, было проведено наблюдение за развитием у них другой неврологической симптоматики.

У 26 больных (68 % от осмотренных) имелись различной степени выраженности, продолжительности и локализации цефалгии: у 17 человек отмечались головные боли по типу гидроцефальных, у 5 — цервикогенные головные боли и у 4 человек боли имели мигренозный характер. Среди 7 человек более выраженные головные боли по интенсивности и продолжительности (среди них все больные с мигренями) наблюдались у больных с гиперкинетической и двойной гемиплегической формами церебрального паралича. На УЗДГ сосудов головного мозга и шеи у 24 человек были отмечены различной степени выраженности признаки венозной дисциркуляции. Из 15 человек с головными болями, прошедших МРТ-обследование головного мозга, у 7 человек отмечались признаки ликворной дисциркуляции.

У 35 % отмечена ларвированная депрессия, тремор рук, мышечные боли. Назначение гаммалата В₆ (1 драже 3 раза в день) существенно нивелировало депрессию, раздражительность, улучшило сон, способствовало исчезновению синдрома беспокойных ног.

Из всех осмотренных больных 52 % имели достаточно хороший социальный адаптационный механизм. Обращает на себя внимание тот факт, что все же не физическое, а именно психоэмоциональное состояние людей с подобной проблемой является важнейшим фактором для социальной адаптации.

Все больные с сохраненным интеллектом прошли общеобразовательный курс средней школы, и 5 больных из 6 с когнитивными нарушениями прошли школьный курс по вспомогательной программе. Продолжили учебу после окончания средней школы 16 человек в средних и 8 человек в высших специальных учебных заведениях. Из числа осмотренных больных 11 человек создали свои семьи. Остальные больные проживали с родителями или родственниками.

Таким образом, исходя из результатов проведенной нами работы, можно сделать выводы о том, что у больных, страдающих церебральным параличом, отмечается достаточно высокий риск прогрессирования уже имеющихся у них вторичных изменений в мышечной и костно-суставной системах. Отмечено, что наибольший риск прогрессирования вторичных изменений имеется у больных с тяжелыми формами церебрального паралича и у большинства больных при достижении ими определенного возраста (старше 33—35 лет). У данных больных для достижения социального благополучия отмечена большая зависимость от их физического и психоэмоционального состояния. В связи с этим можно отметить необходимость проведения для взрослых больных церебральным параличом периодической реабилитации в амбулаторных, стационарных и санаторно-курортных условиях для усиления и продления их различных адаптационных механизмов на долгие годы.

УДК 616.831-009.11-009.12-053.2-085:615.821.2/.825.2

ЕВТУШЕНКО С.К., ВОВЧЕНКО И.В., ЯНОВСКАЯ Н.В.,
ЕВТУШЕНКО О.С.

Донецкий областной детский клинический центр
нейрореабилитации

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОМАССАЖА С ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ТОЧКИ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Детский церебральный паралич среди заболеваний нервной системы является главной причиной детской инвалидности. Успешная реабилитация детей, страдающих этим тяжелым недугом, требует применения новых физиотерапевтических и рефлексотерапевтических методов терапии.

Для успешной реабилитации детей со спастическими формами церебрального паралича нами разработан метод гидромассажа с целенаправленным воздействием на биологически активные точки (БАТ).

Известно, что в основе влияния гидромассажа на организм лежит рефлекторное воздействие, реализуемое через нейрогуморальные и гормональные механизмы, включающие реакции и метаболические процессы, протекающие на тканевом, клеточном и молекулярном уровнях. Подключение же биологически активных точек еще более усиливает это воздействие, включает целенаправленные механизмы меридианно-энергетического уровня.

Подводный душ-массаж детям в центре проводился в аппарате-тангентере. В течение 5 минут до гидромассажа проходила адаптация ребенка в воде при температуре 35—37 °С. После этого начиналось воздействие струей воды на тело ребенка в течение последующих 5 минут. Температура массирующей струи при гидромассажном воздействии соответствовала температуре воды в ванне. Давление струи воды соответствовало 1,5 атмосферы. В отличие от классического гидромассажа без воздействия на БАТ в нашем случае проводилось более умеренное по силе воздействие на тело ребенка лишь приемом «поверхностного поглаживания» (приемы «глубокого поглаживания», «продольного и поперечного разминания», «вибрации» исключались) для лучшего восприятия в дальнейшем воздействия на БАТ. Расстояние от гидромассажной насадки до тела составляло 12—15 см.

Последующие 5—10 минут (продолжительность зависела от выраженности спастичности мышц) воздействие проводилось на БАТ с пролонгацией до 20 секунд на каждую точку. При этом давление струи воды увеличивалось на 1—1,5 атмосферы с уменьшением расстояния между концом гидромассажной насадки до поверхности тела до 3—5 см. Для снижения спастичности мышц и повышения в них обменных процессов

воздействие проводилось в первую очередь на точки следующих меридианов: P, Gi, E, V, MC, TR, VB, T. Сеанс начинался, согласно тибетской школе точечного массажа, с воздействия на 6–8 точек заднесрединного и мочевого меридианов в области спины для изначальной стимуляции одного из мощнейших энергетических центров организма — отдела позвоночного столба. Последующее воздействие проводилось на точки инь и ян преимущественно дистальных отделов верхних и нижних конечностей. Всего за один сеанс в зависимости от возраста и тяжести состояния того или иного пациента проводилось воздействие на 16–30 точек.

В течение 2013 года под нашим наблюдением находилась группа детей из 26 человек в возрасте от 7 до 14 лет со спастическими формами церебрального паралича с II–III уровнем тяжести двигательных нарушений согласно международной классификации GMFCS. Все дети на протяжении года получали по два двухнедельных курса реабилитации, включая гидромассаж с воздействием на БАТ.

В результате проведенного лечения наблюдалась следующая положительная динамика: снижение тонуса спастических мышц конечностей отмечено у 76 % детей, улучшение осанки — у 48 % и улучшение качества моторных функций — у 68 %. Эффект от терапии удерживался от 2 до 5 месяцев.

Таким образом, можно отметить, что целенаправленное атравматическое воздействие на биологические точки во время проведения гидромассажной процедуры может оказать стойкое положительное действие на состояние больных детей в виде снижения у них тонуса мышц, улучшения статических и моторных функций.

УДК 616.62-008.22/.3-053.2-031.86-039.35

ЕВТУШЕНКО С.К., ДУБИНА С.П., ЕВТУШЕНКО И.С.,
ШАЙМУРЗИН М.Р., ЯНОВСКАЯ Н.В.
Донецкий областной клинический центр
нейрореабилитации

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕНСИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С УТРАЧЕННЫМИ ВЫДЕЛИТЕЛЬНЫМИ ФУНКЦИЯМИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Актуальность. Несмотря на новые возможности и прогрессивные технологии медицины, в детской нейрореабилитологии остается до конца не решенной проблема лечения больных с нарушенными функциями органов выделения. По данным ВОЗ, отмечается рост врожденных пороков развития, в том числе пороков невральнотрубчатой трубки, популяционная частота которых в различных странах колеблется в пределах 2,7–16,3 %. Среди них врожденная спинномозговая грыжа (СМГ) встречается в 0,4–4,2 случая на 1000 новорожденных. Именно эти дети, прооперированные в раннем возрасте, составляют основную группу больных, плохо

поддающихся восстановлению из-за выраженных двигательных нарушений в виде парезов и плегий нижних конечностей, часто сочетающихся со вторичной дисплазией тазобедренных суставов и контрактурами; тазовых расстройств в виде недержания мочи и кала; трофических нарушений в виде мацерации кожных покровов, трофических язв; изменения чувствительности; частых вторичных воспалительных изменений со стороны почек и мочевого пузыря. Эти дети, как правило, имеют сохранный интеллект, однако на протяжении всей жизни вынуждены пользоваться памперсами, что резко снижает качество жизни ребенка, отрицательно влияет на формирование личности, затрудняет пребывание в обществе и является серьезной социальной проблемой. Многие из них имеют вентрикулоперитонеальные шунты из-за гидроцефалии, что в последующем часто вызывает симптоматическую эпилепсию. При всем многообразии методов эффективность лечения таких детей оставляет желать лучшего. К сожалению, в Украине нет ни одного специализированного отделения для комплексной реабилитации этой группы больных.

В нашем центре впервые в Украине в 1998 году был создан отдел реабилитации детей с утраченными функциями тазовых органов.

Методы. Нами (С.К. Евтушенко, С.П. Дубина, 2000 г.) разработана стимуляционно-рефлекторная методика паллиативной реабилитации детей с утраченными функциями тазовых органов вследствие удаления спинномозговой грыжи, перенесших операцию по поводу удаления опухолей спинного мозга, с последствиями миелитов и травм спинного мозга. В течение 2000–2013 гг. пролечено 249 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет (из них мальчиков — 137, девочек — 112). Все больные тщательно обследованы: стимуляционная ЭНМГ, Эхо-энцефалоскопия головного мозга, УЗИ сосудов головного мозга, шеи и периферических сосудов нижних конечностей, исследование спинного мозга методом МРТ или СКТ, ЭЭК по показаниям, урологическое и ректальное обследование, исследование соматического статуса, осмотрены проктологом и нефрологом, проконсультированы урологом, 32 проведена уретроцистоскопия. У всех детей выявлена параплегия нижних конечностей с гипо- и анестезией.

Методика основана на сочетании метода ректального баллонирования водой (с помощью баллона Management tube — Канада) и специально разработанной стимуляционной акупунктуры и миелопунктуры (патент № 12377 от 5.05.1990 г.). Воду неоднократно вводили баллоном в ампулу прямой кишки до тех пор, пока больной не начинал ощущать позывы к дефекации, добиваясь восстановления ректоуретрального условного рефлекса. Стимуляция угасших спинальных рефлексов осуществлялась электроакупунктурой точек по китайским каналам переднесрединного и заднесрединного меридианов (ПТ1) с подключением к иглам постоянного электрического тока силой, вызывающей подпороговые ощущения (5–10 мА),