

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),

в течение 3–10 минут в зависимости от возраста, с помощью аппарата Lasper (Япония). Также использовали биологически активные точки, находящиеся на меридианах, проходящих своим внутренним ходом через спинной и головной мозг (Т4, 14, 20; I2, 4, 6; V23, 28, 31, 40, 60, 62; R2, 3, 7) и дистальные точки — RP6, 13, 14; E36; VB34, 39. Сочетанно проводили мезотерапию нейромидином по 0,1–0,2 мл в дистальные точки каналов V и R, E и RP в течение 7–10 дней. Миелопунктуру проводили 25 больным: обычная китайская игла вводилась под контролем компьютерной томографии выше зон повреждения спинного мозга (между остистыми отростками), подкручивалась вверх до достижения ощущения прострела с последующим вращением в течение 5–7 мин.

Кроме вышеперечисленных процедур, производилось воздействие импульсным электрическим током на область мочевого пузыря у больных с помощью аппарата «Амплипульс» либо «Миотон» с целью нейромышечной стимуляции, усиления кровоснабжения и трофики тканей. Больные получали курс специально разработанного сегментарного массажа с втиранием солкосерила, в том числе и пальцевой массаж прямой кишки. Из медикаментозной терапии назначали антихолинэстеразные средства: нейромидин в возрастной дозировке; препараты, улучшающие периферическое кровоснабжение и трофику тканей: агвантар, никотиновую кислоту, витамины группы B, A, E, актовегин; при наличии повышения внутричерепного давления — дегидратирующие средства: глицерин, диакарб. Детям с сочетанными аномалиями головного и спинного мозга назначали средства, влияющие на нейромедиаторные системы мозга: кортексин, цереброкурин, ноотропы — дельгалицин. При наличии судорожных приступов у детей с вентрикулоперитонеостомией назначали антиконвульсанты: депакин, кеппру.

Кроме этого, внутривожно по 0,1–0,2 мл в дистальные точки каналов V и R, E и RP, чередуя, вводили нейромидин, актовегин, витамин B₁₂ в течение 7–10 дней. С больными проводились занятия лечебной физкультурой, направленные в первую очередь на укрепление сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки; оказывающие стимулирующее действие на мышцы брюшного пресса, поясничной области, органов малого таза, промежности, внутренней поверхности бедер, включая упражнения стретч-гимнастики. При появлении тугоподвижности в суставах проводилась магнитотерапия (аппарат «Милта»). При наличии трофических язв с целью улучшения регенеративных процессов использовали светолечение (аппарат «Биоптрон») и лазеротерапию.

Дети с парезами нижних конечностей, особенно тяжелой степени, ведут малоподвижный образ жизни, многие из них имеют сопутствующую патологию со стороны сердца, нередко с кардиотрофическими нарушениями, склонны к простудным заболеваниям из-за несостоятельности иммунитета. Поэтому с целью стимуляции обменных процессов, улучшения кровоснабжения и тканевого дыхания, повышения иммуни-

тета все дети получали синглетно-кислородную терапию и лазеротерапию.

Детям рекомендовалась специальная диета, призванная улучшить опорожнение кишечника, содержащая пищевые волокна: каши, отруби; овощи и фрукты — тыква, свекла, киви, кабачки, яблоки; растительные масла — подсолнечное, оливковое, кукурузное; сухофрукты — инжир, курага, чернослив; кисломолочные продукты — однодневный кефир перед сном.

Большинство детей проходили несколько курсов лечения (1 раз в 3–4 месяца). Наибольшая эффективность была достигнута при комплексном лечении.

Результаты. В итоге у 117 детей (47 %) наблюдался положительный эффект: непроизвольные мочеиспускания, дефекации и каломазание стали реже; у 114 детей (45,8 %) появились позывы к мочеиспусканию и дефекации. У 52 больных (20,9 %) улучшение отмечалось после 2–3 курсов лечения. Не достигнуто улучшения функции тазовых органов у 18 детей (7,2 %) с полным поперечным поражением мозга, однако получили улучшение трофики нижних конечностей.

В результате проведенной реабилитации у 109 больных улучшились показатели ЭНМГ в виде повышения скорости распространения возбуждения по нервам нижних конечностей, снижения длительности и амплитуды потенциалов двигательных единиц, уменьшения спонтанной активности; у 159 больных улучшилась микроциркуляция, венозный отток в нижних конечностях.

Выводы. Таким образом, данная интенсивная комплексная методика позволяет улучшить функцию тазовых органов, трофику и кровоснабжение нижних конечностей, регенеративные процессы в области трофических язв, замедлить процесс формирования контрактур. Важен и чисто психологический фактор лечения, дающий надежду тяжелобольным детям и их родителям хотя бы на частичное восстановление утраченных функций органов выделения и нижних конечностей.

УДК 616.831-009.11-053.2-031.86:614.2:616.8(09)
(477.62-25)

ЕВТУШЕНКО О.С.

Донецкий областной детский клинический центр
нейрореабилитации

ОСОБЕННОСТИ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦП В УСЛОВИЯХ ДОНЕЦКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Актуальность. В настоящее время болезни нервной системы являются одной из главных причин детской инвалидности, и ведущее место среди них занимает церебральный паралич. В Донецкой области зарегистрировано 1925 детей, страдающих ЦП, показатель распространенности ЦП составил 29,1 на 10 тыс. детей (по данным за 2013 год). На протяжении 20 лет детям