

УДК: [616.832.21-002:615.8]-048.78-053.2

*Умарова М.П., Садикходжаев С.Ш., Усмонов Э.Б.,*

*Гуломкодиров М.М., Хамдамов С.У.*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

**ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С  
ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

**Резюме:** Детский церебральный паралич охватывает несколько различных симптомокомплексов, имеющих схожие проявления и причины возникновения: развитие в перинатальном периоде, связь с органическим повреждением структур головного и/или спинного мозга, наличие нарушений произвольной мышечной и двигательной активности, хроническое и непрогрессирующее течение.

Существует понятие «ложной прогрессии», когда по мере роста больного ребенка, наблюдается усугубление его состояния. Это связано с тем, что мозг растет, развиваются его функции, и становятся явными скрытые прежде патологические изменения в его тканях. Причиной «ложной прогрессии» также могут быть вторичные осложнения: эпилепсия, кровоизлияния, развитие контрактур.

**Ключевые слова:** ДЦП, реабилитация, социализация.

*Umarova M.P., Sadikkhodzhaev S.Sh., Usmonov E.B.,*

*Gulomkodiurov M.M., Hamdamov S.U.*

*Fergana Medical Institute of Public Health*

**PRINCIPLES FOR REHABILITATION OF CHILDREN WITH  
CHILD'S CEREBRAL PARALYSIS**

**Resume:** Cerebral palsy covers several different symptom complexes with similar manifestations and causes of occurrence: development in the perinatal period, connection with organic damage to the structures of the brain and / or

spinal cord, the presence of disorders of voluntary muscle and motor activity, chronic and non-progressive course.

There is a concept of "false progression", when, as a sick child grows, his condition worsens. This is due to the fact that the brain grows, its functions develop, and previously hidden pathological changes in its tissues become apparent. The reason for the "false progression" can also be secondary complications: epilepsy, hemorrhage, development of contractures.

**Key words:** cerebral palsy, rehabilitation, socialization.

**Актуальность.** Последнее десятилетие, наряду с традиционными методами лечения, в неврологическом отделении детской областной клинической больницы детям с ДЦП применяется одна из современных восстановительных методик лечения — метамерное обкалывание церебролизином по методике Скворцова-Осипенко. Данный метод основан на захвате и пиноцитозе введенных веществ нервными окончаниями вегетативных клеток[2,5,9]. По орто- и ретроградному аксональному транспорту активные вещества направляются к центральным сегментарным структурам спинного и головного мозга, чем обеспечивается строгая топографическая направленность метода и точное попадание информных веществ с периферии в нужный сегмент. Один курс лечения состоит из 5 обкалываний[4,8]. Используется, преимущественно, церебролизин, реже актовегин.

В зависимости от возраста больного и распространенности патологического процесса, на курс расходуются 5-10 ампул. Курсы повторяются через 2,5-3,5 месяца, минимально пациент должен пройти 5 курсов, что составляет 1 тур. Обкалывание проводится через день, в присутствии родителей ребенка.

Описанная методика применяется в комплексе с лечебной гимнастикой, общим, дифференцированным и точечным массажем. В

последнее время при спастических формах ДЦП стали использовать склеромерный массаж[1,6]. Этот метод основан на том, что при массаже надкостницы в ней вырабатываются антагонисты субстанции Р — эндорфины, аналоги морфия, которые блокируют болевую чувствительность, уменьшают поток болевых импульсов к спинному мозгу, снижают тоническую активность нейронов, а затем и спастичность мышц[3,7].

**Цель исследования.** Научное обоснование эффективности комплексного использования современных технологий реабилитации у детей дошкольного возраста со спастическими формами детского церебрального паралича.

**Материалы и методы исследований.** Для решения поставленных задач исследование проводилось в течение 3 х лет с 2019 по 2021 гг. В исследовании участвовало 80 детей (42 девочки и 38 мальчиков) со спастическими формами церебрального паралича в возрасте 5-6 лет. Экспериментальную группу составили 40 детей (26 девочек и 14 мальчиков), контрольную также 40 детей (16 девочек и 24 мальчика).

Изучение контингента детей дошкольного возраста с церебральным параличом, проходившего курсы комплексной реабилитации в городском психоневрологическом центре восстановительного лечения выявило, что основную долю (69% в контрольной группе и 62% в экспериментальной) составляет спастическая диплегия.

Предложенная программа реабилитации, включающая такие компоненты, как лечебная гимнастика, механотерапия, массаж, позиционирование, функциональное биоуправление и эрготерапия, решает оздоровительные, образовательные и коррекционные задачи, направленные на уменьшение двигательных нарушений, увеличение общей двигательной активности, улучшение навыков самообслуживания детей 5-6 лет со спастическими формами церебрального паралича.

Комплексное использование современных технологий реабилитации оказало достоверное влияние на улучшение функционального состояния опорно-двигательного аппарата детей дошкольного возраста с церебральным параличом по показателям силовой выносливости мышц спины ( $p < 0,01$ ), силовой выносливости мышц брюшного пресса ( $p < 0,01$ ) и опороспособности нижних конечностей ( $p < 0,001$ ) как в контрольной группе, так и в экспериментальной. Динамика функционального состояния опорно-двигательного аппарата детей контрольной и экспериментальной групп не выявила существенных различий в связи с тем, что в обеих группах проводилась одинаковая программа реабилитации, включающая лечебную гимнастику, массаж, механотерапию и функциональное биоуправление. Проведение эрготерапии достоверно улучшает манипулятивную функцию рук по всем показателям (схват, рисование, вырезание ножницами, сбор кубиков, бытовые навыки  $p < 0,001$ ), что, в свою очередь, повышает активность в повседневной жизни.

Среди манипулятивных способностей детей с ДЦП, факторный анализ выделил способность, связанную с быстрым и правильным сбором пирамиды из пяти колец, - ввиду важности этого фактора для данного контингента детей, предложенный тест необходимо включать для оценки эффективности манипулятивной функции рук.

Использование эрготерапии в курсе восстановительного лечения детей с ДЦП приводит не только к достоверному улучшению показателей тестирования, но и к изменениям в факторной структуре функциональных и манипулятивных способностей детей, что свидетельствует о процессах дифференциации, происходящих в центральной нервной системе под воздействием представленной программы

**Вывод.** Таким образом, комплексный подход к терапии и реабилитации детей с ДЦП, использование новых эффективных средств реабилитации разнопланового действия позволяет не только

компенсировать имеющиеся неврологический дефицит, но и улучшить качество жизни детей и добиться адекватного уровня социализации.

Разработанная программа комплексного лечения детей с церебральным параличом с включением современных технологий реабилитации рекомендована для использования в профильных реабилитационных центрах и поликлиниках с учетом физиологических особенностей и возможностей детей.

Обучение специалистов в области реабилитации должно включать лечебную гимнастику, механотерапию, дифференцированный массаж, функциональное био-управление (ФБУ), эрготерапию, позиционирование.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Гросс Н.А. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата/ Под.ред.,2000
2. ГузевА В.И Федеральное руководство по детской неврологии/ под редакцией профессора -М: ООО «МК», 2016.-656с.
3. Лосинская Н.Е., Кирьянова В.В. Опыт применения электрофореза лидазы и сульфата магния по глазнично-затылочной методике у детей первого года жизни с последствиями перинатального поражения головного мозга. - Физиотерапия - актуальное направление современной медицины // Сборник научных трудов Санкт- Петербургской медицинской академии последипломного образования. СПб, 2007. - С. 189-191.
4. Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е., Шмонин А.А. Эрготерапия. Роль восстановления активности в реабилитации пациентов. Consilium Medicum 2.1 2017
5. Разумов А.Н., Хан М.А., Кривцова Л.А., Демченко В.И. Физиотерапия в педиатрии. - Москва-Омск, 2013. - 130 с.

6. Sink E. L., Karol L. A., Sanders J. et al. Efficacy of perioperative halogravity traction in the treatment of severe scoliosis in children. J. Pediatr. Orthop. 2011. -Vol. 21, №4.-P. 519-524.

7. Wood De, Gregoric M., Barnes M. Spasticity: Clinical perceptions, neurological realities and meaningful measurement Disabil. Rehabil. 2015.-Vol. 27, 1-2.-P.2-6.

8. Zeller R. Neuromuscular scoliosis. Follow up of treatment and therapeutic principles. Ortopade. - 2010. - Vol. 29, № 6. - P. 518-523.

9. Zwich E. B.; Leistritz L; Milleit B. Classification of equines in ambulatory children with cerebral palsy — discrimination between dynamic tightness and fixed contracture. Gait Posture, 2014. Vol. 20, № 3. - P. 273-279.