

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ: КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ И ПРОГНОЗ

*Н. Л. Тонконоженко, Г. В. Клиточенко,
П. С. Кривоножкина, Н. В. Малюжинская*

Кафедра детских болезней педиатрического факультета ВолгГМУ

Детский церебральный паралич, представляющий органическое поражение центральной нервной системы, неизлечим, именно поэтому речь идет о восстановительном лечении и медицинской реабилитации. Современное и правильное восстановительное лечение способно привести к значительному улучшению функций, нарушенных болезнью [1]. Продолжительность восстановленного лечения для пациента с церебральным параличом определяется с учетом реабилитационного потенциала пациента и реабилитационного прогноза в соответствии с «Порядком организации медицинской реабилитации» (приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 г. № 1705), при этом программа должна быть гибкой и учитывать постоянно меняющиеся факторы больного. Основная цель медицинской реабилитации при церебральном параличе – адаптация пациента в социуме.

Приоритетные задачи медицинской реабилитации

1. Нормализация функционального состояния ЦНС (регулирование процессов возбуждения и торможения в ЦНС, улучшения кровоснабжения мозговой и мышечной ткани).

2. Улучшение функции опорно-двигательного аппарата (нормализация мышечного тонуса, повышение силы ослабленных мышц, улучшения кровообращения и уменьшение дистрофических изменений в пораженных мышцах и суставах, уменьшение контрактурных изменений).

3. Укрепление соматического психоэмоционального статуса ребенка.

4. Улучшение качества жизни.

Продолжительность восстановительного лечения для пациента с церебральным параличом не ограничена, программа должна быть гибкой и учитывать постоянно меняющиеся факторы жизни больного [6].

Направления в реабилитации больных с ДЦП

1. **Приспособление условий окружающей среды больному с ДЦП.** Для этого существуют особые выключатели электроприборов, ручки дверей, предметы обихода – тарелки, ножи, ложки и т. д.

2. **Приспособление самого больного к условиям окружающей среды.** Для реализации этого направления медицинская реабилитация занимает ведущее место.

Цель **медицинской реабилитации** – уменьшение выраженности отдельных симптомов, таких как ограничение объема пассивных или активных движений в определенном суставе, недостаточная координация тонких изолированных движений сегментов конечностей, патологический мышечный тонус. Это в итоге создаст условия для успешной социальной адаптации инвалида в таких действиях, как способность самостоятельно перебраться в кресло-коляску, одеться, совершить туалет и т. д., где сама по себе потеря функции одного из сегментов конечности не играет ведущей роли, а определяющим становится способность компенсировать этот недостаток функции. Современное и правильное восстановительное лечение способно привести к значительному улучшению функций, нарушенных болезнью.

Выбор метода реабилитации осуществляется с учетом реабилитационного потенциала. Пациентам, имеющим выраженное нарушение функции, полностью зависимым от посторонней помощи в осуществлении самообслуживания, перемещения и общения и не имеющим перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), подтвержденной результатами обследования, медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях, осуществляющих уход за пациентами, и заключается

в поддержании достигнутого или имеющего уровня функций и приспособления окружающей среды под уровень возможного функционирования пациента (приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 г. № 1705 «О порядке организации медицинской реабилитации») [5].

Ведущие принципы реабилитации ДЦП

1. Раннее начало.
2. Комплексный мультидисциплинарный подход.
3. Дифференцированный характер.
4. Непрерывность.
5. Длительность.
6. Этапность.
7. Преемственность.

Восстановительное лечение больного ДЦП должно проводиться в соответствии с индивидуальной программой реабилитации [3].

Медицинская реабилитация включает в себя медикаментозную терапию, лечебную физкультуру, массаж, использование лечебно-нагрузочных костюмов (пневмокостюмов), механотерапию, физиотерапию, ортопедохирургическое и санаторно-курортное лечение.

Медикаментозная терапия при ДЦП

1. Препараты, оказывающие нейротрофическое и ноотропное действие (пантогам, кортексин, пирацетам, фенибут).
2. Препараты, улучшающие общую церебральную гемодинамику и микроциркуляцию (трентал, циннаризин, актовегин и др.).
3. Препараты, улучшающие метаболизм в нервной системе, оказывающие репаративное действие (актовегин, церебролизин, карнитин).
4. Антиковульсанты (производные вальпроевой кислоты, карбамазепин и др.).
5. Препараты, нормализующие мышечный тонус (миорелаксанты, введение ботулотоксина типа А, при гипотонических формах – антихолинэстеразные препараты).
6. Препараты, уменьшающие гиперкинезы (наком, фенибут и др.) [2].

Медикаментозная терапия ДЦП начинается с установления диагноза и продолжается до 2–3 лет, иногда до 5 лет. На этой стадии терапия компенсаторно-восстановительная и проводится комплексно. Медикаментозное лечение при ДЦП включает применение препаратов, оказывающих разнообразное действие на уже законченный патологический процесс в нервной системе.

Важное место в терапии ДЦП в настоящее время занимает введение ботулотоксина типа А (БТА), выпускаемого для медицинского применения в виде препарата ДИСПОРТ. Эффективность лечения Диспортом составляет 80–95 %, длительность лечебного эффекта – 2–6 месяцев.

Согласно Европейскому консенсусу 2009 г., БТА служит одним из основных компонентов комплексного лечения детей с ДЦП. Применение БТА в рамках комплексной терапии показано до 75–100 % пациентов всех групп в возрасте от 3 до 7 лет.

Цели применения БТА при ДЦП

1. Коррекция эквинуса и эквиноваруса стоп для улучшения опоры и ходьбы.
 2. Снижение спастичности и боли.
 3. Профилактика контрактур суставов и патологических изменений в мышцах, сухожилиях и связках при длительно существующей спастичности.
 4. Предотвращение операции или перенесение ее сроков.
 5. Облегчение ортезирования и пользования ортопедической обувью.
 6. Облегчение ухода за пациентом.
- Применение препаратов БТА в комплексном лечении спастичности рекомендовано с 2-летнего возраста. К этому возрасту уже формируются основные проявления ДЦП, закладываются основы патологического двигательного стереотипа и отчетливо проявляется спастичность. В этом возрасте у пациентов с ДЦП, как правило, еще отсутствуют значимые изменения тазобедренных суставов, нет фиксированных контрактур других суставов, имеется потенциальная возможность вертикализации у большинства детей.

Немедикаментозные методы лечения

1. Метод динамической проприоцептивной коррекции по К. А. Семеновой (комбинезон «Адель»).

2. Метод Скворцова–Осипенко. Введение микродоз церебролизина.

3. Пневмомассаж и имитационная электростимуляция по методу И. А. Скворцова.

4. Консервативная коррекция позы и ходьбы.

5. Этапные гипсования. Цель – устранение и уменьшение степени выраженности патологической позы и ходьбы.

6. Хирургическое лечение. Цель – исправление патологической вертикальной позы больного. Показания: деформация нижних конечностей, отсутствие результатов консервативного лечения.

Применяются также ортезирование, устройства, исключают движения в суставах, аппараты с ограничением подвижности сустава, освобождение сустава.

Нейрохирургические методы коррекции (деструктивные операции)

1. Селективная дорсальная ризотомия: пересечение части задних корешков спинного мозга.

2. DREZ-томия: разрушение области входа нервных волокон в спинной мозг.

3. Т-миелотомия: разрушение нервных проводников внутри спинного мозга.

4. Селективная невротомия: частичное пересечение волокон в периферических нервах, направляющихся к мышцам.

5. Чрескожная радиочастотная деструкция задних ганглиев.

Селективная дорсальная ризотомия (SDR)

Операция выполняется из разреза вдоль остистых отростков от Th11 до L3 позвонков длиной 6–8 см. Поэтапно осуществляется доступ в полость спинномозгового канала. Обнаруживают и маркируют корешки L1–S1 с обеих сторон. Несколько ниже уровня конуса каждый корешок разделяют на несколько пучков и выполняют раздельную стимуляцию каждого пучка электростимулятором

(электрическая активность мышц определяется с помощью накожных электродов, фиксированных в проекции соответствующих мышц). Пучки, показывающие патологический тип ответа мышцы, пересекают.

Физическая реабилитация

Для реабилитации больных детским церебральным параличом предложены различные варианты методик. Их общая цель:

1) улучшение функциональных возможностей ребенка;

2) снижение активности патологических тонических и лабиринтных рефлексов;

3) устранение патологических синергий и спастичности.

Методика К. и Б. Бобат. Основополагающим является то, что нельзя достигнуть нормализации двигательных нарушений при стремлении наложить нормальные движения на патологические. Поэтому все усилия в занятиях направлены на подавление тонических рефлексов. Существует целая система специальных поз-упражнений. Исходной служит поза эмбриона. Все позы-упражнения длительно разучивают. После того, как в определенной позе больной начинает самостоятельно выполнять требуемое движение, переходят к следующей. Всего 15 поз. Методика предназначена преимущественно для тяжело больных раннего возраста.

Методика В. Войта. Заключается в выработке активно-рефлекторных или активных движений из специальных положений. Специальные уклады являются такими исходными положениями, из которых возможно выполнение только необходимых движений. Подобранный фиксацией исключается выполнение любого другого движения и патологические синергии. В начале движения выполняются пассивно, затем активно и, наконец, с сопротивлением инструктора.

Методика К. А. Семеновой. Основана на знаниях закономерностей двигательного развития здорового ребенка и формирования двигательной патологии. В основе метода лежит подавление тонических рефлексов,

снижение патологической активности тонических рефлексов. Упражнения выполняются с помощью приспособлений – мячи, качели. Применяются вращающиеся колеса, качающиеся стульчики, батуты. Цель – формирование двигательных навыков.

Методика С. А. Бортфельда. В основе методики лежат рефлекторные механизмы, предусматривающие обучение расслаблению, начиная со здоровых или наименее пораженных мышц, с фиксацией на этом внимания больного.

Метод В. Фелпса. Предусматривает выполнение движений вначале мысленно при участии специально подобранной музыки.

Методика О. А. Стерник. Гимнастика использует приемы лечебной хореографии. В зависимости от поставленных целей подбирают элементы танцевальных движений из народных танцев. Соответственно подбирают музыкальный ритм.

Методика Е. Карлсона. Основана на воспитании эмоционально-волевого компонента движения с достижением определенной цели. Предполагает большое количество повторений движений.

Методика Шварца. Применяется у детей старшего возраста с сохранной психикой. Методика мышечного перевоспитания с повышением эффективности лечения через обязательную психологическую поддержку и одобрение. Эффективно используется влияние коллектива. Например, сидя в спаренных велосипедах, дети могут сильнее крутить педали.

Иппотерапия. Основной механизм воздействия иппотерапии на организм больного, основан на концепции лечебно-профилактического влияния двух мощных факторов: психогенного и биомеханического. Психогенный подразумевает две высокоценные мотивации – очень желаемое с очень опасным. Сочетание эмоционально стимулирующего прекрасного животного – лошади с преодолением страха и неуверенности, способствующими вести борьбу с имеющимися нарушениями. Биомеханический фактор –

колебания, идущие от спины движущейся лошади в трех взаимно перпендикулярных плоскостях [6].

Психолого-педагогическая и логопедическая коррекция, социально-средовая адаптация

1. Психокоррекция.
2. Сенсорное воспитание.
3. Занятия с логопедом-дефектологом.
4. Кондуктивная педагогика А. Пето.
5. Метод Монтессори.
6. Работа с семьей и т. д. [2].

Прогноз

Благоприятный прогноз для социальной адаптации характерен для больных спастической диплегией и спастической гемиплегией с нормальным интеллектом. Овладение самостоятельным сидением после 2 лет считается неблагоприятным прогностическим признаком в 91 % случаев. По данным К. А. Семеновой (2008), больные с умеренным спастическим гемипарезом могут учиться в 70,8 % случаев, одна треть имеет сниженный интеллект. При гиперкинетической форме ДЦП больные трудно адаптируются из-за выраженности гиперкинезов, 60 % из них выполняют работу, не связанную с тонкой манипулятивной деятельностью рук.

Неблагоприятен прогноз для детей с двойной гемиплегией и атонически-астатической формой. Длительный катамнез 2295 больных ДЦП, развившегося после гипоксически-ишемической энцефалопатии, показал – к 6 годам самостоятельно ходили 12 %, а 18 % с поддержкой. Сопутствующие синдромы: нарушение зрения – 9,6 %, микроцефалия – 6,5 %, эпилепсия – 4,5 %, дисфазия – 4,3 % и нарушение слуха – 0,5 %.

Прогноз ухудшается при наличии эпилепсии с ранним дебютом и резистентностью к антиконвульсиям.

У больных спастической двойной гемиплегией: зрительные и речевые нарушения – у 70 %, у 54 % – специальное обучение, эпилепсия – у 20 %, у 50 % – ортопедическое вмешательство [1, 4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Детский церебральный паралич. – Киев: Здоровье, 1988. – С. 327.
2. Детская неврология. Клинические рекомендации / Под ред. В. И. Гузевой. – М.: Специальное издательство медицинских книг, 2014. – 37 с.
3. Клиточенко Г. В., Петрова И. В., Тонконоженко Н. Л. // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2013. – № 3. – С. 277–279.
4. Лечение заболеваний нервной системы у детей / Под ред. В. П. Зыкова. – М., 2009. – 416 с.
5. Немкова С. А. // Практика педиатра. – 2014. – С. 28–32.
6. Семенова К. А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. – М.: Закон и порядок, 2007. – 612 с.