



ТЕЧЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Э.Б.Курбонов, Н.А.Насирдинова, О.Б.Кучкарова

Андижанский государственный медицинский институт

Детский церебральный паралич развивается, по разным данным, в 2-3,6 случаях на 1000 живых новорожденных и является основной причиной детской неврологической инвалидности в мире. Среди недоношенных детей частота ДЦП составляет 1%. Описано более 400 биологических и средовых факторов, влияющих на ход нормального развития плода, но полностью их роль в формировании ДЦП не изучена. Часто отмечается сочетание нескольких неблагоприятных факторов как в периоде беременности, так и в родах. Течение заболевания зависит от локализации, объема поражения и компенсаторных возможностей мозговой деятельности. *В целом, ведущим клиническим симптомом при ДЦП является спастичность, встречающаяся более чем в 80% случаев [3,11]. Именно спастичность усугубляет двигательный дефект и затрудняет формирование обычных навыков, необходимых в повседневной жизни ребенка.*

В связи с этим перед нами была поставлена цель – определить уровень двигательного дефекта и спастичности и разработать наиболее доступные реабилитационные мероприятия для улучшения самообслуживания.

Материал и методы исследования: *Нами было обследовано 23 ребёнка с установленным диагнозом ДЦП с различными двигательными нарушениями (гемипарезом, тетрапарезом и болезнью Литла). Всем пациентам было*



проведено клиник-неврологическое и нейровизуализационное исследования, а также осмотр ортопеда. Для определения уровня восстановления моторная функция пациентов оценивалась по шкале **GMFCS**. Для каждого больного была разработана программа реабилитации, включающая медикаментозную, физиотерапевтическую терапии совместно с циклом упражнения для приобретения и сохранения новых навыков.

Результаты исследования: Проведенная медикаментозная терапия (ноотропы, витамины группы В, миорелаксанты центрального действия, вазоактивные препараты), физиопроцедуры (массаж, электрофорез с дибазолом) способствовали ощутимому улучшению двигательной активности обследованных больных и снижению спастичности, которая ограничивала приобретения новых навыков. Это связано с тем, что при всех формах ДЦП могут встречаться: патологические тонические рефлекс, особенно ярко проявляющиеся при перемене положения тела, особенно при вертикализации пациента; патологическая синкинетическая активность при совершении произвольных движений; нарушение координаторных взаимодействий мышц синергистов и антагонистов; повышение общей рефлекторной возбудимости – выраженный стартл-рефлекс [1,3].

Наличие указанных нарушений с ранних этапов развития ребёнка ведёт к формированию патологического двигательного стереотипа, а при спастических формах ДЦП – к закреплению привычных установок конечностей, развитию суставных контрактур, прогрессирующему ограничению функциональных возможностей ребёнка. Всем больным была проведена реабилитация, направленная на профилактику контрактур. Индивидуально было проведено растяжение мышц: прикладывание внешней



пассивной силы с целью придания удлиняющего положения конечности по 10 процедур в месяц в течении 3 месяцев.

Вывод: Мультидисциплинарный подход показал, что комплексное лечение больных с ДЦП значительно увеличивает двигательную активность пациентов с ДЦП и способствует выработке новых навыков. Использование индивидуальных программ поможет приобрести уверенности детям с моторными нарушениями и улучшить уровень самообслуживания в повседневной жизни.