

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 пальцевый 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 B<sub>12</sub> 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

оказывается высококвалифицированная реабилитационная помощь в Донецком областном клиническом центре нейрореабилитации. Накоплен многолетний опыт лечения детей с ЦП, основываясь на котором, обобщив литературные данные и проведя серию собственных исследований (внедрив новые технологии и модифицировав старые), мы разработали собственную методологию реабилитации детей с церебральным параличом.

**Материалы и методы. Сегодня центр — это современное учреждение, где в творческом союзе работают практические врачи и сотрудники кафедры детской неврологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, научным консультантом центра является его основатель проф. С.К. Евтушенко.** За время существования центра в нем оказана лечебная и консультативная помощь более чем 30 000 детей с органическими заболеваниями нервной системы. В настоящее время в центре применяется более 60 современных методик диагностики, лечения и реабилитации заболеваний нервной системы у детей, причем большая часть методик разработана в центре.

В структуру центра входят диагностическое отделение, клиничко-диагностическая лаборатория, отделение физиотерапии, залы ЛФК (для детей младшего и старшего возраста), зал сенсорной терапии, а также круглосуточный стационар для совместного пребывания детей и матерей на 30 коек, отделение ранней реабилитации для детей в возрасте от 3 мес. до 1 года на 10 коек и дневной стационар при поликлинике на 20 коек, ипподром для лечебного катания на лошадях, учебный блок и лекционный зал кафедры детской неврологии.

Организационно выделены подразделения: отдел по иммуногенетической диагностике и лечению врожденных и ранних проявлений ЦП; нейролингвистический отдел; отдел по лечению детей со спинальной патологией и нарушением выделительных функций; отдел по лечению нервно-мышечных заболеваний; отдел по лечению последствий апаллического синдрома; отдел по клинической апробации новых фармакологических препаратов. Это дает возможность оказывать высококвалифицированную и эффективную помощь детям не только с ЦП, но и с различными заболеваниями нервной системы.

Центр располагает современной диагностической аппаратурой, позволяющей на ранних этапах заболевания уточнять диагноз и характер патологии мозга, проводится видеоэнцефалокартирование, сочетанные холтер-ЭЭГ и холтер-ЭКГ, электронейромиография, спирометрия, сонография головного мозга, транскраниальная доплерография, проводятся различные исследования в биохимической лаборатории, включая определение уровня антиконвульсантов в крови, УЗИ внутренних органов и ЭхоКГ. Специальный договор предусматривает проведение МРТ в диагностическом центре и ИНВХ им. Гусака, при подозрении на генети-

ческую патологию проводятся консультации в медико-генетическом центре.

Диагностика этиологических факторов органических заболеваний ЦНС существенно влияет на разработку долговременных индивидуальных программ реабилитации детей с этими заболеваниями.

Обобщены основные этиологические факторы и формы церебрального паралича (по С.К. Евтушенко, 1994, 2008):

— церебральный паралич как результат гипоксически-асфиксического и травматического поражения головного мозга, включая перивентрикулярную лейкомаляцию — 45 %, — врожденная форма (как следствие генетических мутаций, различных мальформаций мозга и сосудов, нейрональных микродисплазий, патологического спраунтинга, перивентрикулярной лейкомаляции и trans mantle) — 18 %;

— церебральный паралич как следствие инфекционных, интоксикационных, метаболических и других факторов — 17 %;

— идиопатическая форма церебрального паралича — 19 %;

Таким образом, С.К. Евтушенко дано новое определение данной патологии: церебральный паралич — это возникшие (преимущественно не прогрессирующие) расстройства моторики и когнитивных функций в незрелом или аномально развивающемся мозге ребенка на фоне иммуногенетической предрасположенности.

На основании главных этиологических факторов возникновения заболевания, возраста пациента и ведущего неврологического дефицита разрабатывается годовичная программа интенсивной долговременной и многокурсовой этапной реабилитации, которая поддерживается по нашим разработкам на дому с последующим санаторно-курортным лечением, занятиями в социальных реабилитационных центрах по месту жительства.

**Тяжесть и динамику состояния оценивали по системе классификации больших моторных функций (GMFCS) и системе классификации функции руки у детей с церебральным параличом (MACS), степень спастичности — по шкале Ashworth.**

Реабилитационное лечение детей с церебральным параличом в центре проводится по 4 специально разработанным индивидуальным программам согласно форме ЦП, в которые входят как традиционные методы лечения — массаж (сегментарный и точечный), лечебная физкультура с элементами гимнастики Войта, так и высокотехнологичные — нейромышечные блокады ботулотоксинами (диспорт). За последние 14 лет в центре проведено более 3000 блокад, каждому ребенку проведено от 2 до 20 блокад. В комплекс реабилитационных мероприятий входят: иглорефлексотерапия, магнито-квантовая терапия, гидромассаж, мануальная кровать, методика биологически обратной связи, используется собственная методика краниопунктуры, стренч-гимнастики, мануальная терапия, вакуумный массаж

с использованием «Вакотрона», электроимпульсная терапия, динамическая проприоцептивная коррекция с помощью ЛК «Гравистат», медикаментозное лечение проводится по синдромологическому принципу. При сочетании ЦП с задержкой психоречевого развития применяются собственные методики с использованием краниопунктуры, специальной компьютерной программы, синглетно-кислородной терапии, специальных стимуляционных речевых методик, логопедических и педагогических методик.

Возможность проведения ЭЭК-мониторирования, определения уровня антиконвульсантов в сыворотке крови в собственной клиничко-диагностической лаборатории позволяет принимать на лечение детей с ЦП и судорожным синдромом.

**Важным аспектом лечения в центре является иппотерапия, которая проводится по специально разработанной нами программе. Центр располагает конюшней и лошадьми. На основании европейского и собственного опыта нами разработаны шесть комплексов упражнений для различных форм церебрального паралича, учитывающих тяжесть состояния и возраст каждого пациента, упражнения пациентами выполняются под руководством врача и наблюдением обученного инструктора и медицинской сестры.**

**Результаты.** В результате комплексно проведенного реабилитационного лечения и наблюдения за детьми, которые находились на лечении в центре, у 85,1 % отмечается стабильное улучшение в виде нормализации мышечного тонуса в конечностях (спастичность по шкале Ashworth уменьшилась на 1,5 балла ( $p < 0,01$ ), увеличения активного и пассивного объема движений, уменьшения выраженности дистонических атак. Данное лечение способствовало приобретению новых двигательных навыков: 14 % детей стали ходить с легкой поддержкой, 7 % детей стали передвигаться, держась за стену, 16 % стали стоять с легкой поддержкой.

Отмечались улучшения и со стороны психоречевой сферы: увеличилась речевая активность, появились новые слова (65 %), фразовая речь (50 %), увеличился словарный запас, улучшилось звукопроизношение, понимание обращенной речи у 75 % детей. В интеллектуальной сфере улучшилась концентрация и устойчивость внимания (70 %), зрительная и слуховая память (75 %), увеличился темп мышления, появилось логическое и абстрактное мышление (65 %), контакт стал более стабильным, появился интерес к обучению.

К сожалению, в 9,3 % случаев добиться положительной динамики не удалось, причем это самые тяжелые формы детского церебрального паралича.

**Выводы.** Таким образом, проведение долговременной этапной медицинской реабилитации детей с ЦП по разработанной в центре оригинальной методологии позволяет добиться высоких результатов в лечении ЦП. Это позволило улучшить качество жизни детей и

их социальную адаптацию, появились навыки самообслуживания и опрятности, интерес к общению со сверстниками и обучению, дети начали посещать общеобразовательную школу, различные секции.

УДК 616-039.74-053.2/.8-036.82

ЕВТУШЕНКО С.К., КУТЯКОВА Е.И., ОМЕЛЬЯНЕНКО А.А.,  
ЕВТУШЕНКО О.С., КАЗАРЯН Н.Э.

Донецкий областной детский клинический центр  
нейрореабилитации

### ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

**Актуальность.** Восстановление утраченных моторных, когнитивных и речевой функций у пациентов, перенесших критическое состояние, является наиболее проблемной в современной неврологии. Это категория тяжелейших больных. Апатический синдром (АС) является одним из непредсказуемых исходов разнообразных тяжелых (травматических или нетравматических) повреждений головного мозга, развивающихся примерно у 10 % больных после продолжительной комы.

**Материалы методы.** В течение последних 12 лет в центре пролечено 17 детей в возрасте 11–17 лет и 5 взрослых пациентов (22–29 лет), которые впервые поступили на лечение в детском возрасте. Из них 10 детей с последствиями тяжелых форм энцефалита и 7 детей и 5 взрослых с последствиями тяжелых черепно-мозговых травм. Была применена методика лечения и реабилитации последствий апатического синдрома у детей, разработанная проф. С.К. Евтушенко и доц. А.А. Омеляненко (методические рекомендации 2001 г.), включающая использование медикаментозных и немедикаментозных средств.

Пациенты поступают на реабилитацию спустя 3–6 месяцев и позже с момента выхода из комы, как правило, из реанимационного отделения, имея грубый неврологический дефект в виде ограничения контакта, глубокого тетрапареза вплоть до плегии, единичных судорожных пароксизмов, бульбарных расстройств. Нередко больные поступают в центр с назогастральным зондом из-за нарушения глотания. Реабилитация таких больных индивидуальна и зависит от ведущего неврологического дефицита. Все пациенты при первичном поступлении проходят обязательное обследование: электроэнцефалокартирование, что позволяет при необходимости методом фотостимуляции «навязывать» больному утраченный возрастной ритм мозга, ультразвуковое доплеровское исследование сосудов шеи и головного мозга, выявляющее нарушение кровотока в бассейне той или иной церебральной артерии, электронейромиография, показывающая степень повреждения нейромышечного аппарата конечностей, эхокардиогра-