

м'язового тону, гоніометрію, шкалу оцінки великих моторних функцій (GMFCS). Розпочато використання опитувальника для батьків щодо якості життя дітей з церебральним паралічем Peds QL. За результатами анонімного анкетування батьків, реабілітація була ефективною у близько 92 % опитованих.

Запропонована комплексна медико-соціальна реабілітація є основою для формування індивідуальної програми реабілітації дітей-інвалідів. Найбільша ефективність отримана при проведенні індивідуальної комплексної реабілітації за моделлю «Тандем — партнерство», що підтверджено анонімним анкетуванням батьків.

УДК: 616.83-053.2-08-036.66

Мартинюк В. Ю., Назар О. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ МЕТОДІВ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ЗГІДНО З ЗАСАДАМИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

В Україні створення клінічних настанов (КН) здійснюється шляхом адаптації вже існуючих КН, які розроблені на засадах доказової медицини у провідних світових центрах. Робочою групою зі спеціальності «Дитяча неврологія» адаптована КН «Реабілітація дітей з органічним ураженням нервової системи».

Згідно з КН медикаментозне лікування дітей з руховими порушеннями внаслідок органічного ураження нервової системи включає застосування пероральних міорелаксантів, препаратів ботулінового токсину А — ВоNT-A (при спастичних парезах), антиепілептичних препаратів (при епілептичному синдромі) та дегідратантів (при гідроцефальному синдромі в стадії суб- та декомпенсації) (рівень доказовості А).

Для зменшення локальної/сегментарної спастичності верхніх та нижніх кінцівок у дітей з ДЦП застосовують ВоNT-A (рівень доказовості А). Відсутні докази на підтримку або для відмови від застосування ВоNT-A для покращання рухової активності у пацієнтів (рівень доказовості U). Тому важливо поєднувати застосування ін'єкцій ВоNT-A з кінезотерапією з метою максимальної ефективності ін'єкцій ботулінового токсину (рівень доказовості D). ВоNT-A не можна використовувати окремо від інших заходів терапії (консенсус робочої групи).

Діазепам застосовують як антиспастичний засіб для короткострокового прийому у дітей з ЦП (рівень доказовості B). Тизанідин може розглядатись для лікування спастичності у дітей з ДЦП (рівень доказовості C). Немає достатніх доказів на підтримку або для відмови від застосування діазепаму, тизанідину для покращання моторики у цій категорії пацієнтів (рівень доказовості U). Немає достатніх доказів на підтримку або для відмови від застосування дантролену, баклофену перорально, інтратекального введення баклофену для лікування спастичності або покращання моторики у дітей з ДЦП (рівень доказовості U). Використання баклофену рекомендується у випадках вираженої спастичності та м'язової дистонії, які спричиняють значне обмеження функціональної активності, деформації кісток або біль. Важливо поєднувати застосування баклофену з фізичними методами і/або з трудотерапією (рівень доказовості D).

Систему інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (метод В. І. Козявкіна), динамічну пропріоцептивну корекцію (метод К. О. Семенової), Войта-терапію доцільно застосовувати в комплексній реабілітації дітей з руховими порушеннями (рекомендовано консенсусом робочої групи як найкраща медична практика). Застосування нейророзвиткової терапії (Бобат-терапії) є ефективним для розвитку рухових навиків та вмінь, покращання якості рухів та збільшення обсягу рухів у дітей з руховими порушеннями (рівень доказовості B). Сенсорна інтеграція повинна проводитись в межах неврологічної реабілітаційної програми і доповнювати інші методи реабілітації для поліпшення функціональної активності дитини (консенсус робочої групи). Лікувальна фізкультура та інші методи фізичної терапії спрямовані на підвищення функціональної активності дитини та повинні бути вчасно відкориговані з розвитком дитини на формування нових рухових навиків (рівень доказовості D). Масаж використовують з метою заспокоєння дитини, зменшення м'язового тону, покращання взаємодії «мати — дитина» (рівень доказовості D).

З урахуванням викладеного, до основних методів медичної реабілітації у дітей з органічним ураженням нервової системи

відповідно до засад доказової медицини належать методика В. І. Козявкіна, К. О. Семенової, Бобат-терапія, Войта-терапія, класичні методики кінезотерапії, ін'єкції ВоNT-A, сенсорна інтеграція.

УДК: 616.83-053.2-036.66

Мартинюк В. Ю., Панасюк В. Ю., Назар О. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

ЗАСАДИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

В останні десятиріччя в усьому світі для забезпечення якості й ефективності медичної допомоги, створення якісних клінічних протоколів та медичних стандартів використовують клінічні настанови (КН). Клінічна настанова (*Clinical practice guidelines*) — це твердження, що розроблені з використанням визначеної методології з метою допомогти лікарю і хворому у прийнятті рішення щодо проведення раціональних втручань у певних клінічних ситуаціях; це рекомендаційний документ з найкращої медичної практики, заснованої на доказах ефективності, в першу чергу для практикуючих лікарів, які надають як первинну, так і вторинну медичну допомогу.

Відповідно до положень Наказу МОЗ України № 102/18 від 19.02.2009 «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)», створення КН в Україні здійснюється шляхом адаптації вже існуючих КН, які розроблені на засадах доказової медицини у провідних світових центрах.

Робочою групою було проведено систематичний огляд в системах PubMed, Medline, GIN, NGC, AHRQ, NICE, NZGG, SIGN, Royal College of Physicians (RCP), the Cochrane Library, решта. До аналізу були включені всі публікації англійською мовою 2000—2010 років.

За останні 10 років створені КН з окремих складових лікування та реабілітації дітей з руховими порушеннями внаслідок гіпоксично-ішемічного ушкодження головного мозку в пре-перинатальний період, вад розвитку головного мозку, геморагічного ураження головного мозку, внутрішньоутробних інфекцій, уражень головного мозку в постнатальний період внаслідок травм, менінгіту, енцефаліту. Найбільша кількість КН присвячена корекції рухових порушень у дітей з церебральним паралічем. Водночас рекомендацій, заснованих на доказах, які б об'єднували різні напрямки реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи не розроблено.

На даний період часу відсутні КН з реабілітації дітей з руховими порушеннями (зі спастичністю та гіперкінетичним синдромом) внаслідок непрогресуючого органічного ураження головного мозку. Тому для створення КН «Реабілітація дітей з органічним ураженням нервової системи» ми застосовували декілька КН, які мають доказову базу і можуть бути використані як рекомендації для реабілітації дітей з руховими порушеннями.

Згідно з даними адаптованих КН у дітей з органічним ураженням нервової системи поряд з руховими порушеннями часто виникає супутня коморбідна симптоматика: когнітивні розлади та порушення навчання; порушення зору та слуху; мовленнєві розлади; епілепсія та епілептичні синдроми; труднощі жування та ковтання, зондове годування; розлад харчування та росту; порушення мінерального обміну; урологічні порушення; розлади з боку шлунково-кишкового тракту (гастроєзофагеальний рефлюкс та захливання); порушення з боку дихальної системи (апное, обструкція дихальних шляхів, хронічна аспірація) (рівень доказовості А).

Таким чином, у дітей з органічним ураженням нервової системи необхідно проводити корекцію не лише рухових порушень, але й супутньої коморбідної симптоматики. Реабілітація повинна бути спрямована на покращання соціальної адаптації дитини в оточуючому середовищі, на покращання самообслуговування, спілкування, дозволяти, забезпечувати відвідування освітніх та громадських закладів, підвищення якості життя дитини-інваліда (рівень доказовості D).