

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии»
Департамента Здравоохранения г. Москвы

при поддержке:
Правительства города Москвы

Департамента здравоохранения города Москвы
Союза реабилитологов России

Национальной ассоциации экспертов по детскому
церебральному параличу и сопряженным заболеваниям

Ассоциации междисциплинарной медицины
Российской остеопатической ассоциации



ПЕРВЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНГРЕСС

**«Физическая и реабилитационная
медицина в педиатрии: традиции и инновации»**

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА



6-7 апреля 2018
МОСКВА

РЕАБИЛИТАЦИЯ ФУНКЦИЙ РУК ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Авторы: Батышева Т.Т., Чебаненко Н.В., Тихонов С.В., Глазкова С.В., Левченкова В.Д.

Организация: ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Введение

При всех формах детского церебрального паралича (ДЦП) развитие дифференцированных движений рук не просто замедлено, но и качественно нарушено. У 75-90% детей движения остаются дефектными, а у 30-45% резко ограничены в течение всей жизни. Ручная моторика - это основа для выработки навыков самообслуживания, развития манипулятивной деятельности, для формирования учебных навыков. Ограничение функции рук также является серьезным препятствием для социальной адаптации больных.

Материалы и методы

Обследование ручной моторики осуществляются неврологом совместно с ортопедом, специалистом по лечебной физкультуре, логопедом с последующей выработкой единого подхода к лечебно-педагогической коррекции нарушений. Важнейшим показателем является объем движений в суставах. О мышечной силе судят по сопротивлению, которое может оказать ребенок при пассивном движении в том или ином суставе. Оценка производится по пятибалльной шкале. Степень спастичности мышц определяется по модифицированной шкале Ашфорта в баллах. Функциональная способность рук оценивается по шкале MACS. Необходимо также отметить участие рук в удержании вертикальной позы стоя и в процессе передвижения: при пользовании костылями, коляской и другими средствами, при ползании, передвижении на четвереньках. Оценивается уровень сформированности навыков самообслуживания и функциональные возможности рук в быту. Тест на стереогноз проводится путем идентификации деревянных форм и других знакомых предметов. Тест отражает важные функции кисти: способность к перцептивным действиям, активному осязанию. Для проверки тактильной чувствительности предлагаются одинаковые предметы с разным качеством поверхности. Восстановление функции рук – это, в первую очередь, снижение мышечного тонуса, уменьшение влияния тонических рефлексов и воспитание на этой основе разнообразных активных движений руки. Для уменьшения спастичности мышц применяются лекарственные средства. В НПЦ ДПН ДЗМ широкое распространение получил метод ботулинотерапии. Снижение тонуса большой грудной мышцы увеличивает объем движений плеча, уменьшает влияние патологической синергической цепочки на мышцы туловища и рук. Большое место в комплексе восстановительных мероприятий занимает физиотерапевтическое лечение. Широко используется иглорефлексотерапия. Лечебная физкультура должна начинаться с первых месяцев жизни больного. Занятия направлены на увеличение подвижности плечевого пояса, воспитание разгибания и супинации предплечья, разгибания кисти и пальцев, отведения и оппозиции большого пальца. Методики подбираются индивидуально в зависимости от особенностей мышечных синергий, сформировавших патологический двигательный стереотип. Перед началом лечебной физкультуры необходимо достичь максимально возможного расслабления спазмированных мышц с помощью массажа. Приемы мышечного расслабления подбираются в соответствии с задачами воспитания определенных произвольных движений и практических навыков: покачивание ребенка в «позе эмбриона», на большом мяче в положении на животе или на спине, методы Фелпса, Мишель ла Матье, занятия на батуте и т.д. Применяется классический лечебный, сегментарный, точечный массаж. При спастичности используются приемы поглаживания, похлопывания, потряхивания и тормозной тип точечного массажа. Вся работа по коррекции и восстановлению движений в суставах рук проводится под контролем рефлекс-запрещающих

позиций, создаваемых различными положениями головы по отношению к телу. Воспитание каждого движения начинается с пассивного его выполнения с помощью методиста. Пассивные упражнения приучают больного к различным направлениям и амплитуде движений, тренируют новые координационные отношения в сложной работе мышц, обслуживающих сустав. Отработка произвольного движения проводится, по возможности, в игровой форме. Каждое движение автоматизируется и переносится в повседневную жизнь больного, расширяя возможности самообслуживания. Метод динамической проприоцептивной коррекции, разработанный К.А. Семеновой и соавторами, с успехом применяется при лечении больных ДЦП от 3 до 25 лет и старше. Наблюдения показали, что устройства «Пингвин», «Адели», «Гравистат», основные звенья которых располагаются на туловище и нижних конечностях, оказывают свое влияние и на моторику рук. Значительно снижается тонус мышц, постепенно угасают патологические синергии.

Результаты

Заключение

Каждый освоенный в процессе лечебных мероприятий двигательный навык следует незамедлительно включать в повседневную жизнь ребенка и практическую деятельность. Расширение двигательных возможностей рук, овладение новыми практическими навыками, способность добиваться успеха, видеть результат своих действий побуждают ребенка к новым действиям, мотивируют дальнейшее развитие предметной, игровой и познавательной деятельности.

Список литературы