

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОНРАКТУР ПРИ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМАХ ДЦП У ДЕТЕЙ

Буриев М.Н., Гулямова Ш.М., Аюбханов Х.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ Резюме,

Детский церебральный паралич (ДЦП) - комплекс двигательных расстройств, которые возникают вследствие повреждения мозга в перинатальном периоде. Около 30-50% больных ДЦП имеют проблемы с интеллектом. Повреждение мозга может также стать причиной затруднения мышления, сложностей в освоении языка, шаткости походки, отставания в психическом и моторном развитии. Заболевание встречается с частотой около 1,7-7 случаев на тысячу детей в возрасте до года.

Исследование этиологии заболевания показало, что выделить какую-либо одну его причину практически невозможно. Зачастую развитие патологии обуславливает целый комплекс неблагоприятных факторов, которые воздействуют на малыша как во время беременности матери, так и после рождения. Согласно с исследованиями, около 80% случаев заболевания связаны с повреждением мозга ребенка в период внутриутробного развития. Но нужно помнить, что определить причины болезни в каждом третьем случае не удастся.

Ключевые слова: Детский церебральный паралич лечение двигательное расстройство спастика.

БОЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛ ФАЛА КАСАЛЛИГИНИНГ СПАСТИК ТУРИДА БЎЎИМЛАРДАГИ КОНТРАКТУРАЛАРНИ БОСҚИЧЛИ ДАВОЛАШ

Буриев М.Н., Гулямова Ш.М. Аюбханов Х.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Болалар церебрал фалажлиги (БЦФ), пренатал давридаги бош миянинг ўткир зарарланиши туфайли юз берадиган ҳаракат фаолиятини комплекс ўзгаришлардир. Болалардаги церебрал фалажлик тўлиқ даволаб бўлмайдиган касаллик ҳисобланади, аммо агар ўз вақтида комплекс босқичли даво муолажалари бошланса, касалликнинг кейинги оғир ҳолатларини олдини олиш мумкин. Босқичли даволаш суякларда юзага келиши мумкин бўлган деформацияларни камайтиришга, болаларда ўзини бошқариш кўникмаларини эгаллашга, ахил пайи сабабли товон деформацияларини камайтириш ҳамда неврологик етишмовчиликларни мувофиқлаштиришга имкон беради.

Ушбу изланишда 1 ёшдан 5 гача бўлган болаларда БЦФ касаллигини тарқалиш ҳолати ва даволашдаги йўналишлар ўрганилди. Бунда кўпроқ касаллик қишлоқ жойдаги ўғил болаларда учраши ва асосан спастик тури бўлиб, у болани ҳаракат фаолиятини тўғри ривожланишига таъсир қилиши аниқланди. Шу сабабли оёқларига босқичли гипс боғламлар қўйиш услуги воситасида даволаш, уларда муқобил ҳаракат кўникмаларини шаклланишини эрта таъминлайди.

Калит сўзлар: Болалар церебрал фалажи спастик тури эквинус.

TREATMENT OF CONTRACTURES IN SPASTIC FORMS OF CEREBRAL PALSY IN CHILDREN

Buriev M.N., Gulamova Sh.M. Ayubxonov X.O.,

Tashkent Pediatric Medical Institute. 223, Bagishamal street, Tashkent, 100140. Uzbekistan. Website: <http://tashpmi.uz>.

✓ Resume,

Cerebral palsy (cerebral palsy) - a complex of motor disorders that occur due to brain damage in the perinatal period. Cerebral palsy is an incurable disease, but if you start a stage of complex treatment in a timely manner, you can prevent further aggravation of the disease, as well as improve the intellectual, motor and speech skills of the baby. Stage treatment can reduce the likelihood of skeletal deformation, promotes the development of self-care skills in children, and compensates for neurological deficit.

In this paper, we studied the prevalence and approaches to the treatment of cerebral palsy. If treatment is started before the age of 2 years, 41% of children manage to get good results. With the age of the child, these results are reduced. Treatment of spastic forms of cerebral palsy should be early, systematic, differentiated and complex. A gradual gypsum plays a significant role in this disease. It is necessary to follow all the rules of treatment and rehabilitation in order to achieve the desired results in the future.

Keywords: treatment cerebral palsy child age brain damage.

Актуальность

Диагностировать заболевание необходимо на его ранней стадии, поскольку только в этом случае у пациента будет положительный прогноз для дальнейшей социальной адаптации. Для более детальной диагностики ДЦП потребуется консультация других спе-

циалистов: логопеда, офтальмолога, ортопеда, психиатра, эпилептолога, отоларинголога. Крайне важно также провести тщательную дифференциальную диагностику, чтобы отличить ДЦП от других болезней со схожей клинической картиной

Детский церебральный паралич - неизлечимое заболевание. Однако если своевременно начать этапное

комплексное лечение, можно предотвратить дальнейшее усугубление заболевания, а также улучшить интеллектуальные, моторные и речевые навыки малыша. Во многом именно от адекватности и полноты реабилитации больных ДЦП зависит успешность их дальнейшей социальной адаптации. Этапное лечение позволяет уменьшить вероятность скелетной деформации, способствует развитию у детей навыков самообслуживания, компенсирует неврологический дефицит. Поскольку у каждого больного диагностируется разная степень тяжести заболевания, программу реабилитации составляют индивидуально. При этом учитываются такие факторы, как тяжесть поражений мозга, степень расстройства интеллекта, наличие эпилептических приступов. Сложнее всего восстановительное лечение проводить с детьми с серьезными нарушениями интеллекта и познавательной деятельности.

При лечении больных ДЦП особое внимание уделяется устранению двигательных нарушений и формированию нормального вертикального положения, также устраняется укорочения ахиллового сухожилия для правильной походки. Для этого применяются массаж, ЛФК, ортопедические и физиотерапевтические процедуры. Например, для формирования правильного положения тела малыша невролог и педагог-дефектолог подбирают ему наиболее оптимальные укладки. При этом туловище и конечности фиксируются с помощью специальных устройств. Например, для развития навыка правильно держать голову используются валики, которые подкладывают под шею ребенка. В самых тяжелых случаях показано применение специальных гипсовых повязок.

Цель исследования: Обеспечения формирования приемлемых навыков движения у детей с ДЦП путем совершенствования диагностики и наложения этапных гипсовых повязок на нижние конечности.

Материал и методы

Данная работа основана на изучении результатов лечения 35 больных в возрасте с 1 года по 5 лет со спастической формой ДЦП нижних конечностей, получавших амбулаторное и стационарное лечение в клинике Ташкентского Педиатрического Медицинского института за период 2016 - 2018 годы. При сборе материала мы использовали следующие методы исследования, клинические: жалобы, anamnesis morbi и anamnesis vitae, общий ортопедический осмотр и электромиографические (ЭНМГ).

Результат и обсуждения

Детский церебральный паралич включает в себя группу заболеваний, которые вызваны поражением мозга

в тот момент, когда он активно формируется. Этой болезнью затрагиваются основные навыки ребенка, его координация движений, фиксация тела. Зачастую, ДЦП трудно поддается лечению, и детям с таким заболеванием нужен постоянный уход. Если своевременно начать лечение, то победить болезнь можно, правда, это произойдет не так быстро, и поэтому следует запастись терпением. Стандартный подход к лечению предусматривает ряд мероприятий, которые способны помочь удерживать в максимальном, насколько это возможно, тонусе пораженные мышцы организма. Фактически с рождения при детском церебральном параличе необходимо комплексное лечение. Главной его целью есть нормализация физического развития, навыков хождения, укрепление организма в целом. Важно подключить и массаж, и гимнастику, и ортопедические мероприятия.

Значимую роль при этом заболевании играет поэтапное гипсование.

Его называют еще постепенным гипсованием или гипсованием в несколько этапов. По сути, данная методика представляет собой систему лечебного массажа и фиксации его результатов. Все начинается с того, что врач работает сначала, например, со стопой. Он разминает ее, пытается вывести стопу в положение, которое является более правильным, по сравнению с существующим положением. К тому же, применение силы, при проведении этой процедуры, абсолютно исключено. Если все же удастся хоть чуть-чуть изменить положение стопы в лучшую сторону, то его сразу закрепляют с помощью гипсового сапожка. Обычно, гипсовую повязку накладывают, начиная от стопы и заканчивая выше колена. По истечению некоторого времени сапожок снимают и обязательно специалисты снова проводят работу со стопой для устранения деформации стопы из-за укорочения ахиллового сухожилия. Они добиваются еще более правильного, в сравнении с предыдущим разом, ее положения и вновь накладывают повязку из гипса. И так постепенно в несколько приемов (этапов) проводятся мероприятия на одном и том же месте.

Большинство пациентов представлена в основном мальчиками - 22 (63%). По нашим данным соотношение между мальчиками и девочками составили 1,7 : 1 (по данным литературы составляет 1.3:1). Распределение больных по полу и возрасту представлено в (табл -1).

Распределение поступивших больных по месту жительства показывает, что больных из сельской местности было больше. Распределение больных по месту жительства представлено в (табл-2, рисунок -1).

Таблица -1.

Распределение пациентов по полу и возрасту

Пол	Возраст				Всего:	
	1-2 лет		3-5 лет			
	абс	%	абс	%	Абс	%
Девочки	6	17	7	20	13	37
Мальчики	12	34	10	29	22	63
Итого:	18	51	17	49	35	100

Из вышеприведенных данных следует, что больных из сельской местности было больше из-за места расположения клиники и недостаточной квалифи-

кации медицинского персонала по ортопедической патологии.

Распределение больных по месту жительства

Место проживания	Девочки		Мальчики		Всего	
	абс	%	абс	%	Абс	%
Город	1	3	4	12	5	15
Село	12	34	18	51	30	85
Итого:	13	37	22	63	35	100

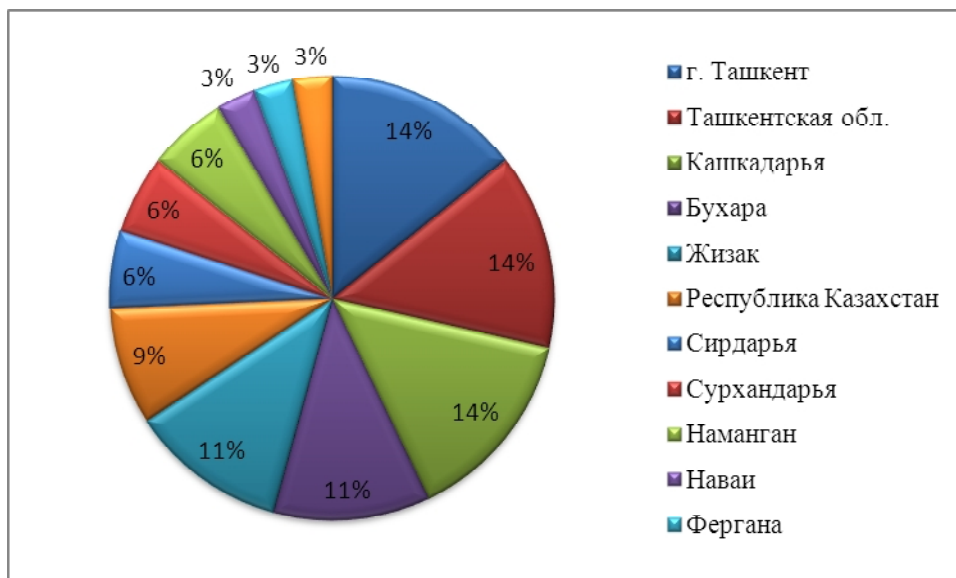


Рис-1. Диаграмма распределения больных по месту жительства.

При опросе больных наиболее частой причиной возникновения ДЦП были недоношенность и тяжелые роды, на долю которых приходилось 54 %. Распределение больных по причине возникновения представлено на (рисунок -2.).

Из диаграммы по причине возникновения ДЦП следует, что чаще всего ей сопутствовала низкая масса тела и недоношенность плода (63%), второе место (23 %) уверенно заняли тяжелые роды (затяжные, стремительные и применение кесарева сечения). Разница по полу не отмечена лишь в группе больных с

отягощенным анамнезом по беременности матери.

При обследовании 35 больных в процесс были вовлечены 95 суставов нижних конечностей (тазобедренный, коленный и голеностопный). Двухсторонний процесс затронул 21 больных (42 сустава), чаще превалировала левая сторона (8).

В своей работе, мы ссылались на данные литературы [2, 4], с делением спастического процесса в суставах конечностей по степеням тяжести. Распределение больных по локализации суставов и степени поражения представлено в (табл-3.).

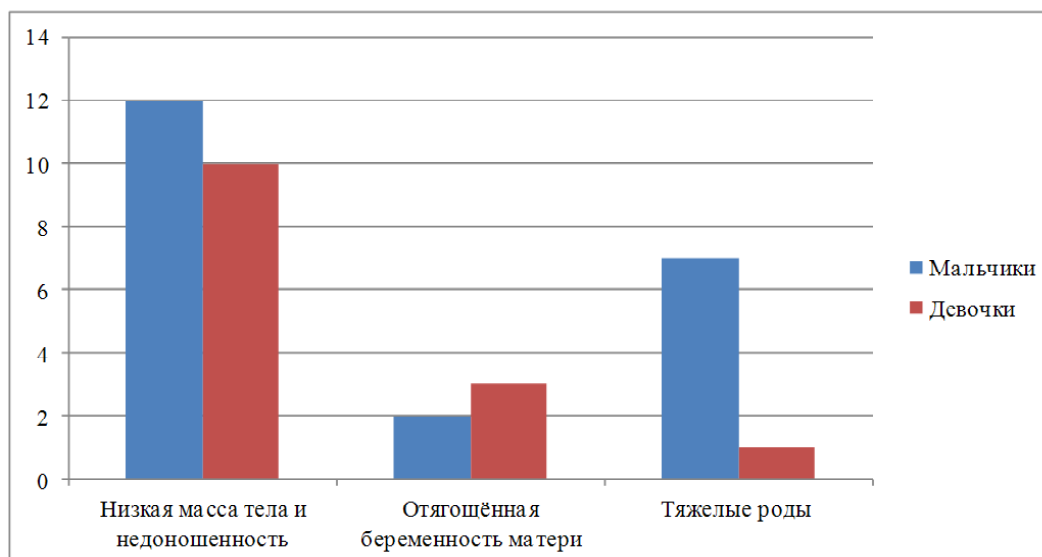


Рис-2. Распределение больных по причине возникновения ДЦП

На основании данных таблицы следует, что в спастический процесс чаще всего были вовлечены дистальные отделы нижней конечности (коленный и голеностопный суставы) -69.

Таким образом, частота спастической формы ДЦП встречается чаще у мальчиков почти в 2 раза (63%), против 37% девочек. Основой заболевания стали родовые при-

Таблица -3.

Распределение больных по локализации суставов нижних конечностей с ДЦП со степенями поражения

Уровень	Тазобедренный сустав	Коленный сустав	Голеностопный сустав
	абс	абс	Абс
Степень			
Легкая	4 (7*)	13 (14*)	13 (15*)
Средняя	10 (20*)	12 (24*)	12 (23*)
Тяжелая	9 (17*)	10 (19*)	9 (16*)

Примечание: *- помечены количество суставов

чины со стороны ребенка: низкая масса тела, недоношенность; со стороны матери - тяжелые роды. В спастический процесс, были вовлечены все суставы нижних конечностей преимущественно с 2-х сторон (60%). Из суставов нижних конечностей наиболее страдал коленный (39%), менее тазобедренный (21%). По тяжести спастического процесса превалировала средняя степень (38%).

Посредством вышеуказанной методики достигаются хорошие результаты с больными, возраст которых от 2 - 3 недель до 2-х лет. В таких случаях у 60 - 80 % пациентов восстанавливаются речевые и двигательные функции, они способны сами себя обслуживать, впоследствии получать образование, принимать участие в социальной жизни и трудовой деятельности. Такие реабилитированные люди могут создавать семью и иметь здоровое потомство. Справедливости ради, необходимо отметить, что выявить детский церебральный паралич на столь ранней стадии очень трудно. Поэтому, родители должны помнить, что даже незначительное отклонение в развитии требует обследования и консультации врача. Мелочей здесь быть не может. К сожалению, повреждение мышц очень быстро приводит к появлению деформаций и контрактур. Коррекция патологических поз с помощью этапных гипсований чаще всего применяется в случаях контрактур в суставах. Это именно тот случай, когда лечением является само положение. Правильная поза пораженной конечности снижает возбудимость сухожилий и мышц, уменьшает также поток нездоровых импульсов.

Гипсование используется, когда еще в опорно-двигательном аппарате, его мягких тканях, нет дистрофических изменений. Это обязательное условие. Гипс сменяется через каждые 10, в крайнем случае, 12 дней. В общем, больной не должен пребывать в гипсовой повязке более 2-3 месяцев. Если возникает необходимость длительного лечения, то конечность, как правило, фиксируют посредством гипсовой шины. Такой способ оставляет возможность проведения курса физиотерапии и массажа. Только после этого можно возобновлять гипсование. Важно, чтобы ребенку, находящемуся в гипсовых повязках, была правильно установлена голова и туловище. Их асимметричное положение сопровождается болезненностью. Обычно, после лечения гипсом малышам надевают тьютеры, так как они болезненно себя чувствуют. Постепенно дети учат-

ся находиться без тьютеров, надевая их только на ночь.

Лечение с помощью этапных гипсовых повязок наиболее эффективно при патологии в коленных суставах и голеностопного сустава. Но, где-то, через полгода возможен рецидив. Именно поэтому целесообразен короткий повторный курс гипсования (до 3-х этапов). При достаточно выраженных контрактурах рекомендуется проводить 3-ри, а то и 4-ре курса этапных гипсований на протяжении 2-х или 3-х лет.

Заключение

В данной работе были изучены распространённость и подходы к лечению ДЦП. Если лечение начато в возрасте до 2 лет, то у 41% детей удается получить хорошие результаты. С возрастом ребенка эти результаты снижаются. Лечение спастических форм ДЦП должно быть ранним, систематическим, дифференцированным и комплексным. Значимую роль при этом заболевании играет поэтапное гипсование, особенно для устранения укорочения ахиллово сухожилия. Необходимо соблюдать все правила лечения и реабилитации, чтобы в последующем добиться желаемых результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т. Детские церебральные параличи. - Киев, 1988.
2. Миронова С.П., Котельников Г.П. Национальное руководство по ортопедии. Геотар - 2008 г. 391- 408 стр.
3. Умнов В.В. Комплексное ортопедо-нейрохирургическое лечение больных спастическими параличами. Автореферат диссертации на соискание ученой степени док. мед. наук. С-Пб. - 2009.-С. 28.
4. Шапошников Ю.Г. Травматология и ортопедия. Том 3. Москва "Медицина" 1997 г. Глава 9. 461 - 473 стр.
5. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th ed. 2007
6. Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Edition 2007.
7. Саакян Ц.А. О предварительном определении величины удлинения ахиллова сухожилия, Ортопедия травм, и протезирования, 1975г., II с. 58-59.
8. Delp, S. L. A graphic-based software system to develop and analyze models of the musculoskeletal structures 1995№25 pg 21-34
9. Perry, J Normal and pathologic gait 1985 pg 76-111
10. Способ вентриализации ахиллова сухожилия 2008 г с.57-58

Поступила 09.03. 2020

