УДК: 616.831-009.11

ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА: СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Мавлянова Зилола Фархадовна
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАР БОШ МИЯ ФАЛАЖЛИГИНИНГ ОҒИР ШАКЛЛАРИ: РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Мавлянова Зилола Фархадовна
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

SEVERE FORMS OF CEREBRAL PALSY: IMPROVEMENT OF REHABILITATION TACTICS

Mavlyanova Zilola Farhadovna
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand
e-mail: reab.sammi@mail.ru

Аннотация *Ушбу мақолада турли ёшдаги болаларда бош мия фалажлигининг оғир шаклларининг кечишида нутритив реабилитациянинг самарадорлиги баҳоланади. Ушбу тадқиқотнинг долзарблиги ушбу касалликдаги нутритив реабилитация ўтказиш самарадорлиги ва унинг бош мия фалажлигининг кечиши ва башорат қилишга таъсири ҳақида маълумотларнинг етишмаслиги билан боғлиқ. Тадқиқот мақсади: Болалар бош мия фалажлигининг кечиши ва башорат қилишга нутритив реабилитациянинг самарадорлигини баҳолаш. Материаллар ва тадқиқот усуллари. Ушбу мақсадга эришиш учун, 2 ёшдан 17 ёшгача бўлган бош мия фалажлигининг оғир шакллари билан касалланган 77 нафар болаларни GMFCS бўйича III-Y даражадаги ҳаракат бузилиши билан даволаш натижалари таҳлил қилинди. Реабилитация жараёнида барча беморлар 2 гуруҳга бўлинган: асосий гуруҳ - энтерал аралашмаси билан оқсил-энергия этишмовчилигини тузатиш фонида реабилитация қилинган 41 нафар бемор (53,25%) ва таққослаш гуруҳи - 36 нафар (46,75%) шу нутритив мувофиқлаштиришсиз реабилитация тадбирлари комплексини олган бола. Тадқиқот натижалари. Бош мия фалажлигига чалинган болаларнинг нутритив статусини ҳар томонлама баҳолашдан сўнг, бош мия фалажлигининг спастик шакллари орасида оғир овқатланиш етишмовчилиги асосан тетраплегияда (болаларнинг 6,49%), кам ҳолларда диплегияда (болаларнинг 3,9%) кузатилганлиги аниқланди. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, ўтказилган мажмуавий нутритив реабилитация нафақат кузатув динамикасидаги антропометрик кўрсаткичларнинг яхшиланишига, шу билан бирга патологик рефлекслар ва мушак спастиклигининг пасайишига олиб келди, бу эса нерв-ҳаракат тизими бузилишлари билан болаларда касалликнинг оқибатига ижобий таъсир қилади, нафақат ҳаракат фаолиятининг яққол тикланиши, балки реабилитациянинг дастлабки босқичлариданоқ бемор болаларнинг махсус ускуналар ва ёрдамчи воситаларга бўлган эҳтиёжини пасайишига ҳам олиб келади.*

Калит сўзлар: *болалар бош мия фалажлиги, GMFCS шкаласи, ногиронлик, нутритив реабилитация.*

Abstract. *The presented article assesses the effectiveness of nutritive rehabilitation for severe cerebral palsy in children of different ages. The relevance of this study is due to the lack of data on the effectiveness of nutritive rehabilitation in this disease and its effect on the course and prognosis of cerebral palsy. The aim of the study. To assess the effectiveness of nutritive rehabilitation for the course and prognosis of cerebral palsy. Material and research methods. To achieve this goal, the results of treatment of 77 children with severe cerebral palsy in children aged 2 to 17 years with III-Y levels of motor disorders according to GMFCS are analyzed. In the process of rehabilitation, all patients were divided into 2 groups: the main group - 41 patients (53.25) who were rehabilitated against the background of correcting protein-energy insufficiency with an enteral mixture, and the comparison group - 36 children (46.75%) who received the same complex of rehabilitation measures, but without nutritive correction. Research results. After a comprehensive assessment of the nutritive status of children with cerebral palsy, it was revealed that among spastic forms of cerebral palsy, severe malnutrition was observed mainly with tetraplegia (6.49% of children), less often diplegia (3.9% of children). The results of the study showed that the complex of nutritive rehabilitation carried out contributes not only to the improvement of anthropometric indicators in the dynamics of observation, but also a decrease in pathological reflexes, muscle spasticity, which favorably affects the outcome of the disease in children with neuromotor disorders, accompanied not only by a more meaningful restoration of motor functions, but also by a positive trend in reducing the need for special*

equipment and aids for sick children already at the first stages of rehabilitation.
Key words: *cerebral palsy, GMFCS scale, disability, nutritional rehabilitation.*

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) - одна из ведущих причин детской инвалидности в патологии нервной системы. Представленность этой группы заболеваний значительно возрастает у недоношенных и глубоко недоношенных детей. Частота осложнений при церебральном параличе (ЦП) прямо пропорциональна уровню двигательного дефицита [1]. По данным зарубежных исследований, патология зрительного анализатора встречается у 35,8% детей с ЦП; нарушения слуха - в 12,3%; нарушения речи - у 60,7%, когнитивные расстройства - у 48,0 - 60,0%, симптоматическая эпилепсия - у 31,4 - 40,0% [6]. Двигательные нарушения при ЦП часто связаны с сенсорными расстройствами, эпилепсией и вторичными нервно-мышечными повреждениями. К факторам внутриутробного риска со стороны матери относятся: выкидыши или мертворождения в анамнезе, рождение ребенка с массой тела менее 2000 г в анамнезе, рождение ребенка с задержкой моторного или речевого развития в анамнезе, умственная отсталость, заболевания щитовидной железы, судорожные синдромы [2,4,5]. Факторы пренатального риска во время текущей беременности включают задержку внутриутробного развития плода, клинические проявления преэклампсии с отеком, протеинурию и гипертензию, многоплодную беременность, кровотечение в 3-м триместре и мужской пол плода, внутриутробные инфекции, инфекции или интоксикацию матери, среди которых наиболее распространенные TORCH-инфекции и гриппозная инфекция [3,7-10]. Надежным маркером асфиксии при рождении является оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни; ряд исследований указывает на связь низкого балла - от 6 до 4 и менее баллов - с неблагоприятным исходом перинатальной энцефалопатии. Интересен тот факт, что только 17% доношенных новорожденных с перинатальной энцефалопатией имеют значительный неврологический дефицит в период наблюдения. Это различие объясняется полиморфизмом генов, кодирующих синтез аполипопротеина Е, который определяет восприимчивость мозга к неблагоприятным воздействиям [11, 12, 14, 15, 17, 18].

Для оценки двигательной функции ребенка в повседневной жизни используется Система классификации больших моторных функций GMFCS (Global Motor Function Classification System); ее использование обязательно при оценке показаний к ботулинотерапии и динамическом наблюдении за ребенком в период реабилитации [13]. Учитывая, что тяжелые формы нутритивной недостаточности развиваются у детей с тяжелым церебральным параличом по шкале GMFCS при уровнях III-IY из-за нарушений пищевого поведения [16], им обязательно необходима коррекция питания. Именно интерес к применению энтеральной нутритивной коррекции при детском церебральном параличе послужил актуальностью данного исследования.

Цель исследования: оценить эффективность влияния нутритивной реабилитации на течение и прогноз детского церебрального паралича.

Материалы и методы исследования. Для достижения этой цели проанализированы результаты лечения 77 детей, больных детским церебральным параличом (ДЦП) тяжелой степени в возрасте от 2 до 17 лет. Все пациенты ранжированы по возрастным группам в соответствии с возрастной классификацией Системы классификации больших моторных функций GMFCS (Global Motor Function Classification System): 2-4 года - 14 детей (18,18%), 4-6 лет - 16 детей (20,78%), 6-12 лет - 27 детей (35,07%), старше 12 лет - 20 детей (25,97%). Исследуемая группа была разделена на 3 подгруппы моторного дефицита по шкале GMFCS: III уровень - 18 детей (23,38%), IY уровень - 22 детей (28,57%), Y уровень - 37 пациентов (48,05%).

В процессе нутритивной реабилитации все пациенты были разделены на 2 группы: основная группа - 41 больной (53,25%, возраст - 11,12 ± 6,2 года), у которых комплекс реабилитационных мероприятий проводился на фоне коррекции белково-энергетической недостаточности энтеральной смесью, и группа сравнения - 36 детей (46,75%, возраст - 12,13 ± 4,03 года), получавших идентичный комплекс реабилитационных мероприятий без нутритивной коррекции.

Всем пациентам с детским церебральным параличом проведен весь комплекс клинико-неврологических методов исследования, включающих клиническое и неврологическое обследование больных, в том числе опрос детей, их родителей или опекунов на предмет жалоб, в том числе особенности пищевого поведения.

При необходимости был проведен анализ обменных карточек родильных домов и истории болезни амбулаторного и стационарного пациента; оценка нутритивного статуса; обследование смежных специалистов (консультация офтальмолога, педиатра, ортопеда, логопеда, медицинского психолога).

Результаты исследований. 77 больных детей с церебральным параличом тяжелой степени - 40 мальчиков (51,9%) и 37 девочек (48,1%) были разделены на 3 подгруппы по нозологической

форме заболевания и особенностям клинического проявления.

Был проведен ретроспективный анализ акушерско-гинекологического анамнеза матерей детей с церебральным параличом. Контрольную группу составили 30 здоровых детей, без сопутствующей неврологической симптоматики. Результаты влияния возраста матерей, течения предшествующих беременностей, родов и наличие абортов (самопроизвольных и медицинских) на частоту ДЦП и выраженность двигательных нарушений представлены в таблице 1.

Анализ сроков родов и основных параметров новорожденного показал достоверную разницу показателей основной группы и контрольной группы. Установлена статистически значимая корреляция между оценками по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни новорожденного и последующим уровнем моторного дефицита по шкале GMFCS (табл. 2).

В таблице 3 приведены половозрастные характеристики больных с детским церебральным параличом.

Таблица 1. Акушерско-гинекологический анамнез матерей больных детским церебральным параличом (абс; %; M ± m)

Признак	**Основная группа (n=77)**			**Контрольная группа (n=30)**
	GMFCS III (n=18)	**GMFCS IY (n=22)**	**GMFCS Y (n=37)**	
Возраст матери (лет)	29,03±1,75	30,46±1,67	31,12±1,86	27,14±0,82
Число беременностей, абс. (%)	4 (44,4)	5 (45,45)	6 (48,65)	3 (33,3)
Число абортов, абс. (%)	2 (22,22)	2 (18,18)	3 (21,62)	1 (13,3)

Таблица 2. Сроки гестации и основные показатели новорожденных с последующим развитием детского церебрального паралича (M ± m)

Параметр	**Основная группа (n=77)**			**Контрольная группа (n=30)**
	GMFCS III (n=18)	**GMFCS IY (n=22)**	**GMFCS Y (n=37)**	
Срок родов, недели	32,89±0,78**	32,56±0,34**	31,12±0,45***	37,45±0,67
Вес при рождении, гр.	2578,43±297,31**	2316,27±252,11**	2206,42±238,45***	2895,72±246,32
Оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте жизни, баллы	5,34±0,67**	5,19±0,23***	4,64±0,34***	7,42±0,69
Оценка по шкале Апгар на 5-ой минуте жизни, баллы	6,84±0,35**	6,11±0,43**	5,87±0,49***	7,89±0,83

Примечание: *- p≤0,05, **- p≤0,01, ***- p≤0,001

Таблица 3. Распределение детей с церебральным параличом по полу и возрасту

Возрастная группа	**GMFCS III (n=18)**		**GMFCS IY (n=22)**		**GMFCS Y (n=37)**		**Всего**
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	
2-4 года	0	1	2	2	3	6	14
4-6 лет	2	1	2	2	5	4	16
6-12 лет	4	3	3	4	8	5	27
Старше 12 лет	4	3	4	3	3	3	20
Всего	10	8	11	11	19	18	77

Оценка клинико-неврологического статуса пациентов с детским церебральным параличом проводилась по изучению функционального статуса. Характеристика функционального статуса включала описание повседневной активности ребенка по шкале классификации больших моторных функций GMFCS. Для подвижности ребенка с детским церебральным параличом критичен IY-й уровень GMFCS - 31,82% пациентов с данным уровнем двигательных нарушений не могли передвигаться даже в пределах своей комнаты; 22,73% больных могли выйти из дома с опорой на руки. Все дети с Y-м уровнем GMFCS были практически обездвижены, и лишь 8,1% могли самостоятельно передвигаться только в форме ползания.

После комплексной оценки нутритивного статуса детей с церебральным параличом выявлено, что среди спастических форм детского церебрального паралича тяжелая недостаточность питания наблюдалась преимущественно при тетраплегии (6,49% детей), реже диплегии (3,9% детей). Прогностически наиболее благоприятно характеризовался спастический гемипарез: 82,5% обследованных пациентов имели III-й уровень GMFCS.

Ведущими спастическими явлениями, описанными при клинико-неврологическом обследовании детей с церебральным параличом, были синдром повышения мышечного тонуса в приводящих мышцах бедра (аддукторный синдром) и синдром подколенного сухожилия, вследствие нарастающего «синдрома коротких мышц». Приводящий синдром - это спастическое сокращение длинной приводящей мышцы, короткой приводящей мышцы, большой приводящей мышцы с приведением бедер пациента до тех пор, пока они не соприкоснутся и не пересекутся, что значительно затрудняет стояние и ходьбу без дополнительной поддержки. Повышение уровня GMFCS статистически значимо влияло на степень повышения мышечного тонуса в приводящих мышцах бедра ($p \leq 0{,}001$). Синдром подколенного сухожилия, вызванный спастичностью внутренних сгибателей коленного сустава (mm. Gracilis, semimembranosus, semitendinosus), наиболее ярко проявлялся при пальпации этих мышц в положении пациента с согнутым бедром и медленным разгибанием в коленном суставе. Его распространенность также была напрямую связана с уровнем двигательного дефицита по шкале GMFCS ($p \leq 0{,}001$).

Следует отметить, что независимо от формы ДЦП наблюдался высокий процент детей с нарушениями глотания, что потенциально создавало предпосылки для развития нарушения питания. Нарушения нутритивного статуса у детей основной группы усугубляли нижеследующие синдромы: синдром угнетения - 49 (63,64%) детей, синдром нервно-рефлекторной возбудимости - 12 (15,58%) пациентов, судорожный синдром - 17 (22,1%) детей с церебральным параличом. Проведенный анализ еще раз подтвердил, что патология центральной нервной системы при церебральном параличе у детей проявляется зачастую синдромом двигательных нарушений, важнейшей характеристикой которого является мышечный тонус. Нарушения мышечного тонуса (по типу гипертонуса, гипотонии, дистонии) наблюдаясь у детей основной группы, способствовали нарушению процессов адаптации в процессе кормления ребенка и приема пищи, и напрямую зависели от наличия и степени задержек в моторном развитии, вызванных психоневрологическим дефицитом с формированием социальной недостаточности (ограничение самообслуживания и передвижения).

В ходе работы у большинства детей с церебральным параличом в возрасте от 2 до 6 лет (90%) зафиксированы проявления вегетативно-висцеральных, дистимических, диссомнических и сочетанных расстройств. Эти клинические признаки сохранялись в возрасте 6-9 лет у большинства пациентов – у 83,3%, и сопровождались дезадаптацией, вызванной болью и пароксизмальными расстройствами (вегетативные кризы, аффективно-респираторные судороги, обмороки, эписиндром и нарушения сна). У пациентов основной группы отмечено достоверное преобладание этих отклонений ($p=0{,}05$). Сохранение признаков ликвородинамических нарушений, отмеченных от 2 до 5 лет и в возрастном периоде от 6 до 9 лет, зафиксировано у 36,7% детей с церебральным параличом.

При динамическом обследовании через 6 месяцев после начала комплекса реабилитационных мероприятий с коррекцией нутритивного статуса прирост в росте у детей с ДЦП в основной группе составил от 1,2 до 4,9 см (Δ рост + 2,8 см), в то время как у детей в группе сравнения скорость прироста варьировала от 0,4 до 1,6 см (Δ рост +0,67 см).

Следует отметить, что все показатели, характеризующие динамику роста у пациентов с детским церебральным параличом на фоне коррекции нутритивного статуса, были выше, чем у детей группы сравнения.

При гемипаратической форме ДЦП в основной группе уже в начале лечения отмечалось более значимое восстановление двигательных функций нижних конечностей: уменьшилась спастичность мышц, дети меньше волочили ногу, дольше ходили, пытались прыгать. Увеличился и словарный запас, расширились возможности социального общения.

движений в руке: дети чаще брали игрушки, больше манипулировали ими в процессе игры. В ходе последующей реабилитации улучшились

интеллектуальные возможности: память, внимание, мышление, возрос интерес к учебе и общению со сверстниками. Более низкие результаты отмечены у детей в группе сравнения. У таких детей в начале реабилитационных мероприятий удалось добиться лишь некоторого уменьшения спастичности, лучшей фиксации головы, понимания обращенной речи. Постепенно объем движений в руках увеличивался, дети тянулись к игрушкам, хватали их. В процессе дальнейшей реабилитации многие дети пытались сидеть, стоять, ходить с опорой, то есть восстанавливать крупную моторику. У больных ДЦП в основной группе после разработанных комплексных реабилитационных мероприятий показатели в категории самообслуживания увеличились в 2,3 раза, в категории общения (в 12 раз), в игровой активности (в 4,5 раза), ориентации (в 3,8 раза), движения (в 3,3 раза) (рис. 1).

Впоследствии увеличился объем активных Наметилась также положительная тенденция снижения потребности больных детей контрольной группы в специальном оборудовании и вспомогательных средствах уже на первых этапах реабилитации.

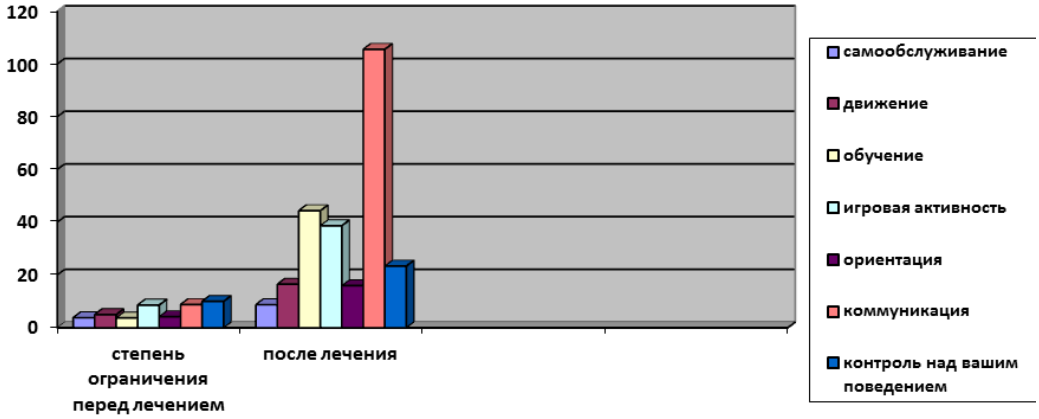

Рис. 1. Состояние жизни больных детей после курса восстановительной терапии (основная группа)

Рис. 2. Потребность ребенка-инвалида в основной группе в специальном оборудовании и технических средствах

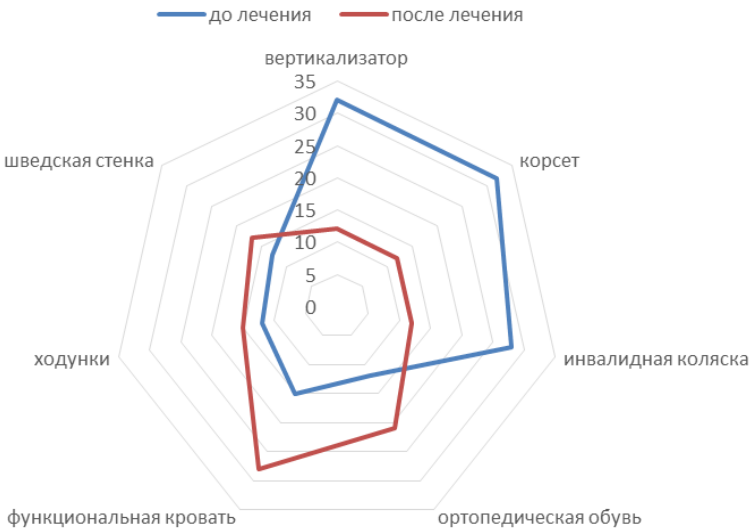

Рис. 3. Потребность ребенка-инвалида, страдающего ДЦП, в специальном оборудовании и технических средствах (группа сравнения)

При этом потребность ребенка-инвалида, страдающего детским церебральным параличом, в специальном оборудовании и вспомогательных средствах до и после реабилитационных мероприятий существенно различалась в группах наблюдения (рис. 2 и рис. 3).

Выводы: дети с церебральным параличом статистически более склонны к очень низкому физическому развитию, нежели дети контрольной группы. У пациентов с детским церебральным параличом дисгармония физического развития возникает с очень высокой частотой и вызвана в первую очередь нарушениями питания. Именно поэтому положительная динамика показателей роста является достоверным параметром эффективности реабилитационных мероприятий на фоне нутритивной коррекции.

Проведенный комплекс нутритивной реабилитации способствует не только улучшению антропометрических показателей в динамике наблюдения, но и снижению патологических рефлексов, мышечной спастичности, что благоприятно сказывается на исходе заболевания у детей с нарушениями нервно-двигательной сферы, сопровождаясь не только более значимым восстановлением двигательных функций, но и положительной тенденцией в снижении потребности больных детей в специальном оборудовании и вспомогательных средствах уже на первых этапах реабилитации.

Литература:

1. Abdel-Hamid, H.Z. Cerebral Palsy [electronic resource] / H.Z. Abdel-Hamid, A.S. Zeldin, A.T. Bazzano [et al] // Medscape. – 1994 – 2018. – Access mode: https://emedicine.medscape.com/article/1179555-overview
2. Alfirevic, Z. Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis [electronic resource] / Z. Alfirevic, K. Navaratnam, F. Mujezinovic // Cochrane Database Syst. Rev. – 2015. – V.9: CD003252. - Access mode: https://www.cochrane.org/CD003252/PREG_amniocentesis-and-placental-samplingpre-birth-diagnosis
3. Arner, M. Hand function in cerebral palsy. Report of 367 children in a populationbased longitudinal health care program / M. Arner, A.C. Eliasson, S. Nicklasson [et al] // J. Hand Surg. Am. – 2008. – V.33(8). – P.1337 – 47
4. Arvedson, J.C. Feeding children with cerebral palsy and swallowing difficulties / J.C. Arvedson // Eur J. Clin. Nutr. - 2013. – V.67 Suppl 2. – P.9 – 12
5. Bartlett, D. Interrelationships of Functional Status and Health Conditions in Children With Cerebral Palsy: A Descriptive Study / D. Bartlett, E. Dyszuk, B. Galuppi, J.W. Gorter // Pediatr. Phys. Ther. – 2018. – V.30(1). – P.10 – 16.
6. Benfer, K.A. The Eating and Drinking Ability Classification System in a populationbased sample of preschool children with cerebral palsy / K.A. Benfer, K.A. Weir, K.L. Bell [et al] // Dev. Med. Child Neurol. - 2017. – V.59(6). – P.647 – 654
7. Boychuck, Z. Age at referral for diagnosis and rehabilitation services for cerebral palsy: a scoping review [electronic resource] / Z. Boychuck, A. Bussières, J. Goldschleger, A. Majnemer // Dev. Med. Child Neurol. - 2018. – [Epub ahead of print]. – Access mode: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dmcn.14034
8. Caselli, T.B. Assessment of nutritional status of children and adolescents with spastic quadriplegic cerebral palsy / T.B. Caselli, E.A. Lomazi, M.A.S. Montenegro, M.A. Bellomo-Brandão // Arq. Gastroenterol. - 2017. – V.54(3). – P.201 – 205
9. .Choe, Y.R. Relationship Between Functional Level and Muscle Thickness in Young Children With Cerebral Palsy / Y.R. Choe, J.S. Kim, K.H. Kim, T.I. Yi // Ann. Rehabil. Med. - 2018. – V.42(2). – P.286 – 295.
10.Choi, J.Y. Functional Communication Profiles in Children with Cerebral Palsy in Relation to Gross Motor Function and Manual and Intellectual Ability / J.Y. Choi, J. Park, Y.S. Choi [et al] // Yonsei Med. J. - 2018. – V.59(5). – P.677 – 685
11.Cobanoglu, M. The effect of hip reconstruction on gross motor function levels in children with cerebral palsy / M. Cobanoglu, E. Cullu, I. Omurlu // Acta Orthop. Traumatol. Turc. – 2018. – V.52(1). – P.44 – 48.
12.Colver, A. Cerebral palsy / A. Colver, C. Fairhurst, P.O. Pharoah // Lancet. – 2014. – V.383(9924). – P.1240 – 9.
13.Compagnone, E. Functional classifications for cerebral palsy: correlations between the gross motor function classification system (GMFCS), the manual ability classification system (MACS) and the communication function classification system (CFCS) / E. Compagnone, J. Maniglio, S. Camposeo [et al] // Res. Dev. Disabil. - 2014. – V.35(11). – P.2651 – 7.
14.Dahlseng, M.O. Feeding problems, growth and nutritional status in children with cerebral palsy / M.O. Dahlseng, A.K. Finbråten, P.B. Júlíusson [et al] // Acta Paediatr. - 2012. – V.101(1). – P.92 – 8.
15.Elze, M.C. Burke-Fahn-Marsden dystonia severity, Gross Motor, Manual Ability, and Communication Function Classification scales in childhood hyperkinetic movement disorders including cerebral palsy: a 'Rosetta Stone' study / M.C. Elze, H. Gimeno, K. Tustin [et al] // Dev. Med. Child Neurol. - 2016. – V.58(2). – P.145 – 53.
16.Gilles, F. Hypoxia-ischemia is not an antecedent of most preterm brain damage: the illusion of validity / F. Gilles, P. Gressens, O. Dammann, A. Leviton //

Dev. Med. Child Neurol. – 2018. – V.60(2). – P.120 – 125
17. Harvey, A.R. Reliability of the functional mobility scale for children with cerebral palsy / A.R. Harvey, M.E. Morris, H.K. Graham // Phys. Occup. Ther. Pediatr. – 2010. – V.30(2). – P.139 – 49.
18. Hidecker, M.J.C. Early Predictors and Correlates of Communication Function in Children With Cerebral Palsy / M.J.C. Hidecker, J. Slaughter, P. Abeysekara [et al] // J. Child. Neurol. – 2018. – V.33(4). – P.275 – 285.

ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА: СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Мавлянова З.Ф.

Аннотация. *В представленной статье оценивается эффективность влияния нутритивной реабилитации на течение тяжелых форм церебрального паралича у детей разного возраста. Актуальность данного исследования обусловлена отсутствием данных о применении нутритивной реабилитации при данном заболевании и ее влиянии на течение и прогноз детского церебрального паралича.* ***Цель исследования:*** *оценить эффективность влияния нутритивной реабилитации на течение и прогноз детского церебрального паралича.* ***Материалы и методы исследования.*** *Для достижения этой цели проанализированы результаты лечения 77 детей, больных детским церебральным параличом тяжелой степени в возрасте от 2 до 17 лет с III-Y уровнями двигательных нарушений по GMFCS. В процессе реабилитации все пациенты были разделены на 2 группы: основная группа - 41 больной (53,25%), у которых проводилась реабилитация на фоне коррекции белково-энергетической недостаточности энтеральной смесью, и группа сравнения - 36 детей (46,75%), получавших тот же комплекс реабилитационных мероприятий, но без нутритивной коррекции.* ***Результаты исследований.*** *После комплексной оценки нутритивного статуса детей с церебральным параличом выявлено, что среди спастических форм детского церебрального паралича тяжелая недостаточность питания наблюдалась преимущественно при тетраплегии (6,49% детей), реже диплегии (3,9% детей). Результаты исследования показали, что проведенный комплекс нутритивной реабилитации способствует не только улучшению антропометрических показателей в динамике наблюдения, но и снижению патологических рефлексов, мышечной спастичности, что благоприятно сказывается на исходе заболевания у детей с нарушениями нервно-двигательной сферы, сопровождаясь не только более значимым восстановлением двигательных функций, но и положительной тенденцией в снижении потребности больных детей в специальном оборудовании и вспомогательных средствах уже на первых этапах реабилитации.*

Ключевые слова: *детский церебральный паралич, шкала GMFCS, инвалидность, нутритивная реабилитация.*