

О.В. Ульянова¹, Е.А. Гоголева², В.А. Куташов¹
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА
С НИЖНИМ ПАРАПАРЕЗОМ

¹ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. психиатрии и неврологии ИДПО; ²БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница №1», г. Воронеж

Резюме. В последнее время в Российской Федерации (РФ), как и во всем мире, наблюдается рост числа инвалидов, и, к сожалению, в том числе среди детей, что является индикатором ухудшения состояния здоровья населения.

Следовательно, профилактика детской инвалидности, ранняя реабилитация детей с церебральной патологией выходит за рамки чисто медицинской проблемы и приобретает статус социальной. В статье описан клинический случай реабилитации ребенка с детским церебральным параличом (ДЦП), нижним парапарезом средней степени тяжести в условиях отделения реабилитации многопрофильного детского стационара. Показано, что своевременные, систематические и комплексные реабилитационные мероприятия значительно улучшают качество жизни ребенка – инвалида.

Ключевые слова: дети, детский церебральный паралич, нижний парапарез, реабилитация, ребенок – инвалид.

Актуальность. Известно, что именно здоровье детей определяет состояние здоровья нации и имеет большое социальное значение. В связи с расширением медицинских знаний и улучшением технологий в настоящее время гораздо больше детей выживают с различными расстройствами и нарушениями после преждевременных родов, с врожденной патологией [1 – 7]. В то же время – это выживание зачастую не освобождает детей от инвалидности, физических или психических дефектов [3, 5, 7]. Поражение центральной нервной системы (ЦНС) влечет за собой множество последствий, которые в большей или меньшей степени оказывают влияние на здоровье ребенка [3, 7].

По данным статистики ДЦП встречается с частотой 1,7–7 случаев на 1000 детей до года. В России этот показатель составляет 2,5–6 случаев на 1000 детей. Среди недоношенных детей заболеваемость ДЦП в 10 раз выше среднестатистической. По данным последних исследований около 40–50% детей с ДЦП появились на свет в результате преждевременных родов [1, 2, 4, 6]. Непрерывный рост количества детей с патологией ЦНС и значительные социальные последствия определяют ДЦП, как серьезную медико – социальную проблему. В настоящее время изучение ДЦП неразрывно связано с реабилитационным направлением [2, 3, 6, 7]. Базовыми процедурами в реабилитации двигательных нарушений при ДЦП являются: лечебная физкультура, массаж, физиотерапевтические методы, мануальная терапия, рефлексотерапия (РФТ), фармакотерапия, ортопедическая хирургия, нейрохирургия и многие другие методы, использование которых может перестраивать патологический двигательный стереотип и в той или иной мере формировать новый. Известно, что в детском возрасте формирование новых двигательных навыков наиболее перспективно, исходя из того, что функциональные системы в данный период пластичны и обладают большими резервными возможностями [1, 4, 5, 7].

Приводим собственное клиническое наблюдение ребенка с диагнозом: ДЦП, спастический нижний парапарез, средней степени тяжести.

Девочка М., 8 лет. Начало курации врачом – неврологом 27.09.2016.

Поступила в стационарное реабилитационное отделение на повторный курс реабилитации по направлению невролога детской поликлиники с диагнозом: ДЦП, спастический нижний парапарез, средней степени тяжести.

Жалобы при поступлении: на двигательные нарушения: нарушение походки по типу паретической, неправильная установка стоп, опора на переднюю часть стопы. Повышенный мышечный тонус в нижних конечностях. Не может бегать, прыгать. Эмоциональная лабильность, раздражительность, плаксивость. Головные боли нечастые, умеренные, купируются самостоятельно. Нарушения сна проявляются трудностью при засыпании, особенно после эмоциональных нагрузок. Повышенная утомляемость. Периодическое недержание мочи небольшими порциями.

Анамнез жизни и заболевания пациента. Мать страдает холециститом, отец – псориазом (не живет в семье). Сестра, 21 год – ВСД. Семья неполная, проживает с матерью. Жилищные условия удовлетворительные. Материальный доход средний. Эмоциональная атмосфера в семье теплая.

Ребенок от 9 желанной беременности (1 – мертворожденный, 2 – нормальные роды, 3 – выкидыш, остальные беременности закончились абортom), протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности на протяжении всей беременности. Роды 3, преждевременные в 30 недель. Вес при рождении 1590 г, рост 39 см. Переведена в реанимационное отделение, затем на 2й этап выхаживания, где находилась до 2х месяцев. Грудное вскармливание не получала.

У невролога наблюдалась и лечилась с рождения по настоящее время. Росла и развивалась с задержкой: голову держит с 4 месяцев, сидит с 8 месяцев, стоит с поддержкой с 1 года, самостоятельно начала ходить в 4 года после введения диспорта. Развитие речи по возрасту, без особенностей. В 2015 году проведена операция ахиллопластики с целью улучшения подвижности в голеностопных суставах. Материнский уход до школьного возраста. Детский комбинат не посещала, в школу пошла с 8 лет, легко адаптировалась. Регулярно посещает реабилитационный центр «Парус Надежды».

Перенесенные заболевания: ОРВИ. Судорог не было. Профилактические прививки – отказ родителей. Аллергологический анамнез не отягощен. Черепно – мозговые травмы отрицает.

Соматический статус. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Положение пациентки активное. Физическое развитие ниже среднего гармоничное. Рост – 1 м 15 см, вес – 19 кг; температура тела – 36,5°C; пульс – 84 уд./мин., ритмичный, АД – 90/50 мм рт. ст. Щитовидная железа не увеличена. Кожа обычного цвета, чистая. Видимые слизистые чистые, влажные, розовые. Тургор тканей не изменен, периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Перкуторный звук легочный, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет.

Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны чистые, звучные, ритмичные. Язык чистый. Зев не гиперемирован. Небные миндалины не гипертрофированы. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край ровный, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, 1 раз в сутки.

Неврологический статус. Голова правильной формы, усилен венозный рисунок на висках. ЧМН: Острота зрения на правый, левый глаз не снижена. Поля зрения ориентировочно не сужены. Глазные щели равномерные. Объем движений глазных яблок не нарушен. Зрачки D=S, круглые, равномерные, реакция на свет живая. Движения нижней челюсти не нарушены. Надбровный рефлекс живой. Мимические складки симметричные. Глотание, фонация, артикуляция не нарушена. Язык по средней линии. Нарушение походки по типу паретической. Неправильная установка стоп, опора чаще на переднюю часть стоп. Объем движений в верхних и нижних конечностях не ограничен. Мышечный тонус повышен в нижних конечностях, левой верхней конечности по спастическому типу. Сухожильные рефлексы с рук оживлены, с ног повышены, D=S. Брюшные рефлексы живые, симметричные. Патологические рефлексy выражены. Координация движений: в позе Ромберга устойчива. Локомоторные пробы выполняет правильно. Вегетативно – трофическая сфера: дермографизм розовый.

Психический статус. Сознание на момент осмотра не изменено. Ориентировка всех видов сохранена. Внешний вид аккуратный. Интеллектуальное развитие соответствует возрасту. Память хорошая. Знает стихи. Учится в 1 классе. Успеваемость в школе хорошая. Ребенок контактный с врачом, окружающими, общительная. Во время осмотра спокойна, реагирует адекватно. На вопросы отвечает лаконично. Чувство дистанции есть. Фон настроения ровный. Эмоциональные нагрузки переносит легко. Расстройства речи, поведения отсутствуют. Аппетит умеренный.

Лабораторные и инструментальные обследования. Результаты лабораторных методов обследования на момент курации – без особенностей.

Консультация окулиста: VOD=1,0; VOS=1,0. OU – спокойны, отделяемого нет. Оптические среды прозрачны. Глазное дно: ДЗН бледно – розовые, с четкими границами. Сосуды среднего калибра. Ход сосудов не изменен. Макулярная область не изменена. Патологических очагов нет. Патологии не выявлено.

Рентгенография тазобедренных суставов: головки бедренных костей симметричные под крышами вертлужных впадин. Костно–деструктивных изменений не выявлено.

Консультация ортопеда: нижний парапарез с акцентом слева. Ротационная дисфункция нижних конечностей. Вторичная антеторсия бедренных костей. Плоскостопие.

Медико–психологическое обследование: фон настроения ровный. Верно понимает инструкции, работает в достаточном темпе. Средне выраженный

органический симптомокомплекс. Объем внимания и темп запоминания снижен. В эмоциональной сфере признаки средне выраженной тревоги с депрессивным компонентом и страхами.

Выставлен клинический диагноз: детский церебральный паралич, ахиллопластики с двух сторон. Ротационная дисфункция нижних конечностей. Вторичная антеторсия бедренных костей. Плоскостопие. Вегетативная дисрегуляция. Невротические реакции.

Проведено медикаментозное лечение. С целью снижения мышечного тонуса баклосан (0,01) по 1 таб. 3 раза в день. С ноотропной целью, улучшения обменных процессов в ЦНС церебролизин в/м по 2,0 №10, глиатилин в/м по 2,0 №10. С вегеторегулирующей целью беллатаминал по ½ таб. 2 раза в день – 15 дней. С седативной целью валериана по 1 таб. 2 раза в день – 15 дней. Реабилитационные мероприятия. Расслабляющий массаж спины и нижних конечностей. Лечебная физкультура – комплекс для снижения мышечного тонуса и улучшения двигательных функций нижних конечностей, стоп.

Физиотерапия: амплипульс на мышцы голени по расслабляющей методике.

Корпоральная рефлексотерапия. Су-джок терапия. Мануальная терапия с целью коррекции патологического двигательного стереотипа.

Занятия с психологом для коррекции эмоциональных нарушений.

В результате проведенного курса лечения отмечалась положительная динамика в виде снижения мышечного тонуса в нижних конечностях, улучшения подвижности в голеностопных суставах, более правильной походки и установки стоп, улучшения эмоционального состояния.

Выводы. Прогноз при ДЦП зависит от формы ДЦП, своевременности и непрерывности проводимого реабилитационного лечения. Курсы реабилитации с помощью комплексной (лекарственной, мануальной, двигательной, психологической) терапии позволяют добиваться достаточно высоких результатов в лечении ДЦП средней и легкой степени тяжести. Дети после лечения улучшают двигательные функции, лучше адаптированы к обучению, общению со сверстниками и повседневной жизни. Стараниями медицинских работников и родителей ребенка с ДЦП удается до определенной степени компенсировать имеющиеся нарушения, поскольку растущий и развивающийся головной мозг детей, в том числе и ребенка с ДЦП, обладает значительным потенциалом и гибкостью, благодаря которым здоровые участки мозговой ткани могут брать на себя функции поврежденных структур.

Литература.

1. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. Книга 2 / В.А. Качесов. – М.: Издательство «Альтаир», 2001. – 129 с.
2. Перхурова И.С. Регуляция позы и ходьбы при ДЦП и некоторые способы коррекции / И.С. Перхурова, В.М. Лузинович, Е.Г. Сологубов. – СПб.: Издательство «Амфора», 1996. – 242 с.
3. Ткаченко Е.С. Детский церебральный паралич одна из ведущих причин детской инвалидности современности / Е.С. Ткаченко, О.П. Голева // Евразийский Союз Ученых. – 2015. – № 7 (16). – 86 – 89.
4. Ульянова О.В. Ранняя клиническая диагностика родовых травм шейного отдела позвоночника / О.В. Ульянова, В.А. Куташов, Е.В. Кислицына. – Сб. мат. меж. науч – практ. конф. под редакцией Н.К. Горшуновой. – 2017. – С. 463 – 481.

5. Цукер М.Б. Детские церебральные параличи в кн.: Многотомное руководство по педиатрии / М.Б. Цукер. – М.: Издательство «Альфа», 1993. – 233 с.
6. Что такое детский церебральный паралич (ДЦП) // Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения. – 2009. – № 1.
7. Шипицына Л.М. Детский церебральный паралич. / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – Издательство: Институт общегуманитарных исследований, 2003. – 520 с.
8. Oxidant stress in the pathogenesis of multiple sclerosis / Lutskaa M.A., Esaulenko I.E. // Neuroscience and Behavioral Physiology. 2007. T. 37. № 3. C. 209-213.

Abstract.

O.V. Ulyanova, E.A. Gogoleva, V.A. Kutashov

THE BASIC PRINCIPLES OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH NEUROLOGIC DISEASES. CLINICAL CASE OF REHABILITATION OF THE CHILD WITH LOWER PARAPARESIS

*Voronezh State Medical University, Dep. of Psychiatry and Neurology, IDPO,
Voronezh Regional Children's Clinical Hospital No.1, Department of Medical Rehabilitation*

Recently in the Russian Federation (the Russian Federation), as well as all over the world, there has been an increase in the number of disabled people, and unfortunately also among children, which is an indicator of the deterioration of the health status of the population.

Therefore, the prevention of childhood disability, the early rehabilitation of children with cerebral pathology goes beyond the purely medical problem and acquires the status of social. The article describes a clinical case of rehabilitation of a child with infantile cerebral palsy (cerebral palsy), a lower paraparesis of moderate severity under conditions of a rehabilitation department of a multi-profile pediatric hospital. It is shown that timely, systematic and comprehensive rehabilitation measures significantly improve the quality of life of a disabled child.

Keywords: children, cerebral palsy, lower paraparesis, rehabilitation, disabled child.

References.

1. Kachesov V.A. Fundamentals of intensive rehabilitation. Cerebral palsy. Book 2 / V.A. Kachesov. – М.: Publishing house "Altair", 2001. – 129 p.
2. Perkhurova IS Regulation of posture and walking in cerebral palsy and some ways of correction / I.S. Perkhurova, V.M. Luzinovich, E.G. Sologubov. – SPB.: Publishing house "Amphora", 1996. – 242 p.
3. Tkachenko E.S. Children's cerebral palsy is one of the leading causes of childhood disability of modernity / E.S. Tkachenko, O.P. Golev // Eurasian Union of Scientists. – 2015. – No. 7 (16). – 86 – 89.
4. Ulyanova O.V. Early clinical diagnosis of birth injuries of the cervical spine / O.V. Ulyanova, V.A. Kutashov, E.V. Kislitsyna. – Sat. mat. between. scientific – practical. Conf. Edited by N.K. Gorshunovoy. – 2017. – P. 463 – 481.
5. Zucker M.B. Children's cerebral palsy in the book: The multivolume guide to pediatrics / M.B. Zucker. – Moscow: Alfa Publishing House, 1993. – 233 p.
6. What is infantile cerebral palsy (cerebral palsy) // Life with cerebral palsy. Problems and solutions. – 2009. – No. 1.
7. Shipitsyna LM Cerebral palsy. / LM Shipitsyna, I.I. Mamaichuk. – Publisher: Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy, 2003. – 520 p.
8. Oxidant stress in the pathogenesis of multiple sclerosis / Lutskaa M.A., Esaulenko I.E. // Neuroscience and Behavioral Physiology. 2007. T. 37. № 3. C. 209-213.

Сведения об авторах: Ульянова Ольга Владимировна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии и неврологии ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. e-mail: alatau08@mail.ru; Гоголева Елена Алексеевна – заведующая отделением медицинской реабилитации врач–невролог, врач–психиатр БУЗ ВО «ВОДКБ№1», главный внештатный специалист по детской реабилитации ДЗ Воронежской области, gogolewa.e678@yandex.ru; Куташов Вячеслав Анатольевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, e-mail: kutash@mail.ru.