



# Современные алгоритмы мультидисциплинарной реабилитации пациентов с детским церебральным параличом

*Детский церебральный паралич – наиболее частая причина тяжелой физической инвалидизации в детстве. Актуальным мультидисциплинарным технологиям медико-реабилитационной помощи пациентам с детским церебральным параличом был посвящен мастер-класс, прошедший при поддержке компании «ЭВЕР Фарма». Были рассмотрены принципы реабилитации с применением функционального и проблемно-ориентированного подхода и разобраны два клинических случая, продемонстрировавшие, как эти принципы реализуются на практике.*



К.м.н.  
А.А. Шмонин

**К**ак отметил к.м.н., врач физической и реабилитационной медицины Алексей Андреевич ШМОНИН (Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова), в основе реабилитации пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) лежит мультидисциплинарный принцип. С пациентом работает команда специалистов, в том числе врач физической и реабилитационной медицины, специалист по эргореабилитации (эрготерапевт), специалист по физической терапии (физический терапевт), реабилитационная медицинская сестра, а также клинический психолог, логопед и социальный работник.

## Принципы мультидисциплинарной реабилитации пациентов с детским церебральным параличом

Один из инструментов, обеспечивающих унифицированный подход в реабилитации и управление реабилитационной мультидисциплинарной бригадой, – Международная классификация функционирования, ограничение жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Именно на реабилитационном диагнозе по МКФ и использовании функциональной оценки строится основная стратегия реабилитации. Если Международная классификация болезней подразумевает выявление причин заболевания и основных механизмов повреждения, то МКФ позволяет оценить изменения в состоянии здоровья без учета причин, по факту на момент осмотра. Это важно, поскольку у пациентов могут сочетаться несколько инвалидирующих заболеваний или состояний, в совокупности проявляющихся серьезными нарушениями. МКФ дает возможность целенаправленно и специализированно подойти к процессу реабилитации, объективно и корректно описать реальное положение дел и составить план реабилитации.

Безусловно, современные технологии реабилитации требуют активного участия родителей, и роль адекватного восприятия родителями болезни ребенка с ДЦП и отношения к ней в создании благоприятных условий для его жизнедеятельности трудно переоценить. Вера в выздоровление и правильный настрой родителей – залог эффективной реабилитации. И наоборот, если мать и отец тревожатся, то тревога передается ребенку. Поэтому, чтобы облегчить состояние ребенка, следует воздействовать на родителей, корректируя их психологическое самочувствие. Для эффективной помощи важно установить контакт не только с родителями, но и с самим ребенком, поскольку именно он главный участник реабилитационного процесса. Необходимо обращаться к ребенку, спрашивать о его желаниях, переживаниях, мыслях, ждать от него осмысленного ответа на вопросы, а также получать его согласие на предлагаемую помощь, поскольку насилье в реабилитации недопустимо.



## II конгресс «Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии: традиции и инновации»

Отдельной и серьезной проблемой в детской реабилитации считается боль, поскольку все, что выполняется с болью, ребенок воспринимает как нечто опасное и старается этого избежать. Боль повышает мышечный тонус и усиливает спастичность, способствует развитию синдрома приобретенной беспомощности. Во время лечебной физкультуры боль приводит к формированию страха движения. В конечном итоге боль убивает мотивацию ребенка к восстановлению и реабилитации, формирует ненависть к медперсоналу и родителям, а также психологические установки ненависти к окружающим людям. Наконец, необходимо понимать, что, проводя лечебную физкультуру с болью, специалист совершает насилие, что в реабилитации неприемлемо. В связи с этим рекомендуется избегать боли, для чего при выполнении болезненных процедур следует обезболить пациента и использовать различные приемы, направленные на снижение дискомфорта (продуктивная коммуникация, правильный настрой родителей, доброжелательная атмосфера).

У детей с ДЦП или другими заболеваниями с нарушением мобильности снижается толерантность к физической нагрузке, что может ограничить проведение занятий по реабилитации. Как правило, физическая толерантность тесно связана с концентрацией внимания и когнитивной толерантностью, поэтому низкая физическая толерантность зачастую сопровождается низкой когнитивной толерантностью. Когнитивные нарушения и задержка психического развития у детей могут быть вызваны блокирующей окружающей средой. Если у ребенка отсутствуют возможности для мобильности, нет достаточного количества контактов с окружающей средой и людьми, то он не развивается. Кроме того, при ДЦП могут

иметь место и органические поражения головного мозга. Это создает определенные проблемы в оценке когнитивных функций у детей, решать которые помогают описанные с помощью МКФ основные группы когнитивных функций. За один раз оценить их сложно, поэтому рекомендуется проводить оценку в динамике, в процессе наблюдения за пациентом.

В реабилитации пациентов с ДЦП активно используется медикаментозная терапия. «В настоящее время нет лекарств просто от ДЦП, для общего воздействия и оздоровления, есть лекарства для решения определенных функциональных задач», – подчеркнул докладчик. Так, для управления спастичностью применяются препараты ботулотоксина и другие миорелаксанты. Для повышения толерантности к нагрузке и обезболивания назначаются нестероидные противовоспалительные препараты, наркотические анальгетики. Проводится фармакотерапия для стимулирования когнитивных функций, лечения депрессии, тревоги и других эмоциональных нарушений. Медикаментозное лечение при ДЦП, как правило, оказывает разнообразное воздействие на уже законченный патологический процесс. Поэтому при назначении терапии следует учитывать способность той или иной функции к восстановлению. При этом необходимо принимать во внимание тот факт, что восстановление функции у ребенка тесно связано с деятельностью – если функция не вовлечена в регулярную деятельность, то она не восстановится или эффект будет нестойким.

А.А. Шмонин выделил препарат Церебролизин. В его состав входят нейротрофические факторы и фрагменты (цилиарный нейротрофический фактор, глиальный нейротрофический фактор, инсулиноподобный фактор роста

первого и второго типов, фактор роста нервов), которые обеспечивают его эффективность, а также аминокислоты и микроэлементы (Se, Zn, Sn, Co, Si, Fe, Cu, Mn, Cr, Li, V).

Церебролизин способствует повышению когнитивных функций, улучшению памяти, внимания, положительно влияет на очаговую неврологическую симптоматику, стимулирует процессы нейропластичности. Препарат также снижает повреждающее нейротоксическое действие возбуждающих аминокислот, стимулирует олигодендрогенез, активизирует миграцию клеток-предшественников нейронов, снижает продукцию свободных радикалов и повышает толерантность к нагрузке. Терапия Церебролизином помогает решить целый ряд важных задач, к которым относятся коррекция когнитивных нарушений, создание условий для более эффективной физической терапии и логотерапии, ускорение восстановления бытовых навыков, восстановление активности руки, повышение физической и когнитивной толерантности.

Резюмируя вышесказанное, А.А. Шмонин сделал следующие выводы:

- МКФ позволяет реализовать функционально и проблемно-ориентированный подход в детской реабилитации;
- выявление ключевых проблем с функциями в реабилитации дает возможность более целенаправленно и специализированно подходить к процессу реабилитации;
- к моменту начала реабилитации у ребенка патологический процесс, приведший к ДЦП, уже закончился, поэтому воздействовать на него бессмысленно;
- важно не допускать появления боли при проведении реабилитации у детей;
- нарушение когнитивных функций может быть связано с обедненной средой и трудностями в мобильности.

Неврология



## II конгресс «Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии: традиции и инновации»



К.т.н., д.в.н.  
М.Н. Мальцева

**П**сихолог и эрготерапевт к.т.н., д.в.н. Мария Николаевна МАЛЬЦЕВА (Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова) акцентировала внимание на особенностях реабилитации пациентов с ДЦП. Прежде всего у большинства пациентов повреждающее событие осталось в прошлом, поэтому во время реабилитации чаще приходится иметь дело с отдаленными последствиями и осложнениями, а не с первичным заболеванием. В этой связи необходимо использовать сохраненные ресурсы, предотвращать осложнения и патологические формы компенсации, стимулировать качественную адаптацию. Нужно также учитывать, что ребенок в отличие от взрослых растет

### Алгоритмы диагностики и реабилитации пациентов с детским церебральным параличом

и адаптируется к жизни с заболеваниями, в том числе с патологическими паттернами – двигательными, поведенческими, социальными. Во многом поэтому каждый ребенок с ДЦП индивидуален, и это создает определенные трудности при диагностике тех или иных функциональных нарушений.

Важная задача реабилитации ребенка с ДЦП – помощь семье в планировании будущего (что ожидать через пять и десять лет при той или иной стратегии поведения) и настоящего (как жить повседневной жизнью, чтобы ребенок был в нее полноценно включен). Необходимо вместе ставить задачи и сообща решать их, а также обучать родственников, в том числе тому, как понимать интересы ребенка. Он не только лечится, но и играет, учится, общается, то есть критерием здоровья является то, что он живет полноценной детской жизнью.

При постановке целей реабилитации важно учитывать информацию о среде окружения ребенка. Среда окружения – семья (все члены семьи, их отношение, информированность, умение), а также оборудованность квартиры или дома (технические

средства реабилитации, мебель, адаптивные устройства, ширина дверных проемов, лестницы) и места, где ребенок играет или учится (детский сад, школа и др.). Среда должна мотивировать ребенка интересоваться ею, активно ее изучать и таким образом дальше развиваться. Первый уровень работы со средой – обеспечение телесных потребностей, чтобы ребенку было удобно отдыхать в позе лежа и сидя. Следующий уровень предполагает достижение таких условий, чтобы ему можно было наблюдать за всеми активностями семьи. Дальнейшие уровни работы со средой предусматривают создание условий, чтобы ребенок мог общаться, решать свои жизненные задачи, помогать другим, учиться или работать. М.Н. Мальцева представила участникам мастер-класса алгоритмы диагностики и работы в реабилитации детей с ДЦП (таблица), а также отметила ряд особенностей, которые характерны для таких пациентов:

- низкая толерантность к нагрузке физической и психологической (нетренированность, образ жизни);
- боль (в том числе из-за низкой и неправильной двигательной активности);

#### Алгоритмы диагностики и работы в реабилитации детей с ДЦП

Алгоритм диагностики	Алгоритм работы
Установить контакт с ребенком и родителями (взаимное понимание дает продуктивную коммуникацию).	Поддерживать и развивать продуктивную коммуникацию любым удобным ребенку способом – получать обратную связь.
Выяснить возможности коммуникации ребенка (взаимопонимание делает реабилитацию возможной).	Поддерживать и развивать продуктивную коммуникацию с родителями.
Выяснить коридор моторных функций (верхний порог – доступное, нижний – ненаученное).	Информировать и обучать родителей.
Выяснить, какие повседневные активности доступны, а какие нет.	Проводить необходимые вмешательства (двигательные тренировки, когнитивные тренировки, обучение самообслуживанию).
Выяснить, почему недоступны (неправильная физическая среда, необученные родители, не обучали ребенка, психологические проблемы родителей, психологические и физические особенности ребенка).	Одновременно обучать ребенка взаимодействию с другими людьми, контролю себя (баланс, принятие поз и положений, поведение и др.) и окружающих процессов, насколько это возможно.
Выяснить, что волнует родителей (активное интервью).	Использовать фармакологические препараты для решения функциональных задач (коррекции боли, тонуса, астении, тревоги), но не от ДЦП.
Оценить по шкалам, обобщить информацию, составить профиль (используя МКФ).	Оценивать результат в процессе и итоговый, достижение целей вместе с родителями и ребенком.
Поставить цели и задачи реабилитации с участием мультидисциплинарной команды, ребенка и родителей	Ставить задачи, которые ребенок и родители будут решать дома



## II конгресс «Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии: традиции и инновации»

- низкая мотивированность, привычка к гиперопеке, боязнь движений, доходящая до фобий;
- тонус и боль, усиливающиеся из-за стресса и тревоги;
- боязнь врачей.

Фармакотерапия позволяет решать функциональные задачи при реабилитации детей с ДЦП. Баклофен используется для коррекции спастичности при дистонии, парацетамол и ибупрофен – при боли. Церебролизин назначается при астениях, низкой толерантности к нагрузкам, для повышения эффективности реабилитации и лучшей адаптации организма, когда у ребенка не хватает физического или психического ресурса.

М.Н. Мальцева представила данные собственного исследования по оценке эффективности применения Церебролизина в двигательной реабилитации детей с ДЦП. В исследовании приняли участие дети в возрасте 11–14 лет со спастической формой ДЦП, однородными двигательными и чувствительными нарушениями, по моторным возможностям находящиеся на втором уровне по Системе классификации глобальных моторных функций (Gross Motor Function Classification System – GMFCS). Период проведения реабилитации составил 60 дней от госпитализации, далее состояние детей оценивалось на амбулаторном приеме через три месяца после выписки.

Церебролизин был выбран с учетом жалоб родителей на «гиперактивность» у детей после курса лечения. Исследователи пришли к выводу, что применение препарата способствовало повышению у детей двигательной активности и выносливости. Была высказана гипотеза, что введение Церебролизина в процессе двигательной реабилитации в дозе 10 мл в течение 21 дня может снизить физиологический стресс организма от возрастающей в процессе реабилитации нагрузки, оптимизировать ресурсы адаптации, физиологическую выносливость и таким образом повысить эффективность реабилитационного процесса.

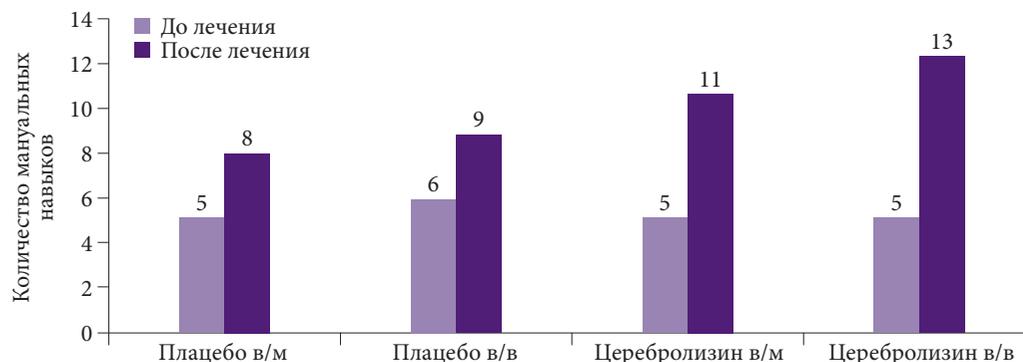


Рис. 1. Мануальная активность до и после лечения

В процессе исследования также сравнивался эффект от внутривенного и внутримышечного введения препарата.

Всего в исследовании приняли участие 180 детей. 60 детей получили Церебролизин по 10 мл внутривенно в течение 21 дня, 60 детей – Церебролизин по 10 мл в течение 21 дня внутримышечно. Еще 60 детей получали плацебо (раствор Рингера и физиологический раствор).

Двигательная реабилитация детей с ДЦП включала кинезитерапию, канистерапию и эрготерапию. Кинезитерапия проводилась без использования тренажеров, запланированная продолжительность ежедневных занятий составляла 40 минут, но фактическая – до первых признаков утомления. Канистерапия проводилась в форме адаптивной физкультуры с запланированной продолжительностью 30 минут два раза в неделю. Основными заданиями были ходьба по различным маршрутам, использование рук в разнообразных заданиях по «уходу» за собаками и их «дрессировке».

Затем наступал черед эрготерапии, когда действия по «уходу» за собакой переводились в разряд самообслуживания. Занятия включали приготовление простой еды, уборку со стола, самостоятельное одевание и обувание, а также рисование, лепку, изготовление картин из шерсти и сухих листьев. Родители наблюдали за процессом и учились сопровождать детей без излишней опеки. В процессе двигательной реабили-

тации осуществлялся контроль как субъективный (замедление движений, жалобы на усталость), так и объективный с использованием пульсоксиметрии в процессе занятий – при сатурации ниже 95% занятия прекращались. Ежедневно проводился тест «ходьба до усталости». Кроме того, во всех группах фиксировалась продолжительность нагрузки до утомления, а также число освоенных бытовых навыков, мануальных активностей и повторов упражнений в процессе кинезитерапии. Во всех группах курс реабилитации был одинаковым.

Результаты исследования показали, что в группах внутримышечного и внутривенного введения Церебролизина общий уровень активности и выносливости был выше – дети дольше не уставали и выполняли больше повторов упражнений. Это позволило пациентам, получавшим Церебролизин, за курс реабилитации освоить больше мануальных навыков по сравнению с контрольной группой –  $12 \pm 2$  и  $8 \pm 1$  соответственно (рис. 1). Кроме того, они в среднем на 15 минут дольше выполняли тест ходьбы до усталости после курса лечения (рис. 2).

Исходно у всех пациентов сатурация во время кинезитерапии снижалась на 23-й минуте, а по окончании исследования у пациентов, получавших плацебо, – на 36-й минуте, а у пациентов, получавших Церебролизин, – в среднем на 58-й минуте. Разница между группами по внутривенному и внутримышечному введению Церебролизина

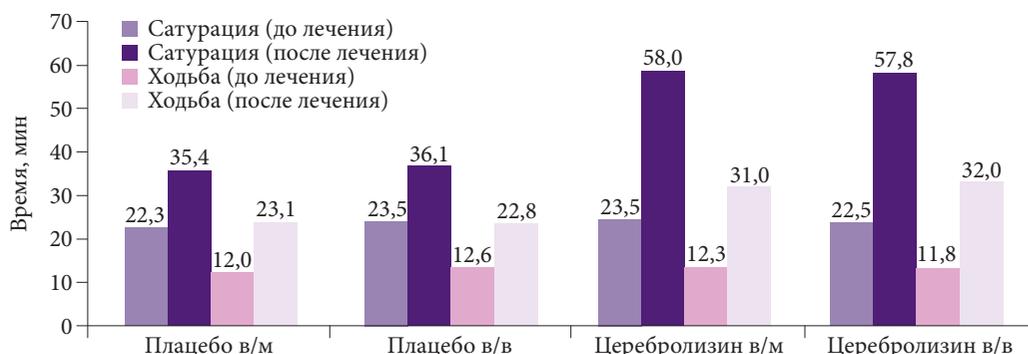


Рис. 2. Динамика выносливости пациентов (продолжительность ходьбы до усталости в последней точке и время до снижения сатурации)

стала несущественной после пятого введения.

Полученные результаты позволили сформулировать следующие выводы:

- «эффект гиперактивности» в виде повышения выносливости и желания двигаться у детей после курса Церебролизина необходимо использовать для двигательной реабилитации;

- скорее всего, нет оснований для того, чтобы ожидать восстановления моторной функции при применении Церебролизина вне курса реабилитации;

- Церебролизин повышает ресурс выносливости и общую активность у детей, что дает возможность проводить более эффективную реабилитацию на фоне введения препарата;

- эффект повышения выносливости сохраняется на протяжении всего курса введения препарата и далее в течение не менее 35 дней;
- реабилитация детей с ДЦП должна быть комплексной и междисциплинарной с учетом всех воздействий и направленной на жизнь ребенка.

М.Н. Мальцева констатировала, что набор не связанных между собой интервенций будет малоэффективен, поэтому в данном случае введение препаратов, использование других интервенций согласовывались и были частью единой программы реабилитации. Во всех процессах участвовали родители, которых обучали правильному общению с ребенком, поддержке двигательной и игровой активности и переносу этих навыков в семью. Если родителей не обучать, то навыки, приобретенные ребенком во время реабилитации, будут утрачены.

### Разбор клинических случаев

В рамках практической части мастер-класса были разобраны два клинических случая использования МКФ у пациентов с ДЦП.

#### Клинический случай 1

Пациентка с ДЦП, 6 лет, поступила на второй этап реабилитации, по GMFCS – третий уровень. В анамнезе – несколько курсов реабилитации без эффекта. Мать не обучена обращению с ребенком и нуждается в переобучении, что рассматривается как умеренный ограничивающий фактор с оценкой «2».

У девочки был тетрапарез умеренной степени выраженности, умеренный пирамидно-дистонический тонус мышц всех конечностей, что не требовало дополнительной ботулинотерапии. Возможность реабилитации ограничивали имеющиеся у пациентки диспраксия и выраженное нарушение речи, которая практически отсутствовала, что препятствовало общению. Сама де-

вочка общалась с матерью в рамках альтернативной коммуникации.

У пациентки были серьезные ограничения в ходьбе. Ранее была успешно проведена хирургическая операция по коррекции лодыжки, но значимых улучшений не наступило. Девочка не могла самостоятельно построить ритм ходьбы, не могла ни сидеть самостоятельно, ни вставать, ни ходить, имея для этого физические возможности. В этой связи было необходимо обучить не только ребенка ходьбе, но и мать правильному позиционированию, корректной поддержке дочери при смене и принятии ей позы. Кроме того, нужно было показать, как правильно брать девочку на руки и укладывать, высаживать и помогать правильно вставать.

Поскольку потенциал восстановления речи у пациентки был крайне низким, но восприятие практически не нарушено, акцент логокоррекционной работы был

сделан на тренировке восприятия и ее обучении альтернативной коммуникации. Одновременно с этим проводилось обучение матери дополнительной и альтернативной коммуникации для общения с ребенком. «Мы также договорились, что постепенно будем приучать ребенка больше участвовать в прямой речи», – пояснила М.Н. Мальцева.

Были определены следующие варианты упражнений для тренировки тонуса и постурального контроля:

- ползать к цели, например за игрушкой или толкая мячик. На начальном этапе нужно помогать ребенку, поддерживая за стопы, регулируя опору и слегка выталкивая вперед, контролировать сгибание и разгибание в коленях и локтях, а затем учить его проползать в туннель – это помогает концентрировать взгляд и тренировать движение к цели;
- ходить на четвереньках, сначала с поддержкой под живот (можно подложить маленький фитнесбол или валик и катить его), потом стоять на четвереньках

# Церебролизин®

ВОЗВРАЩАЕТ К ЖИЗНИ, ВОССОЕДИНЯЯ НЕЙРОНЫ

ИНСУЛЬТ  
ЧМТ  
КОГНИТИВНЫЕ  
РАССТРОЙСТВА

## ВЕРНОЕ РЕШЕНИЕ. БОЛЬШИЕ ПЕРЕМЕНЫ.

Месяц назад Павел Иванович заметил ухудшение памяти, внимания, легкую слабость в руке и ноге

**Сегодня он выиграл партию в шахматы**

- Улучшает двигательные и когнитивные функции после инсульта и черепно-мозговой травмы<sup>1-5</sup>
- Улучшает познавательные функции при сосудистых и нейродегенеративных когнитивных расстройствах<sup>6,7</sup>
- Снижает частоту развития постинсультной депрессии и деменции<sup>1,8</sup>



**Церебролизин® (Cerebrolysin®) РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР:** П N013827/01 Раствор для инъекций. **СОСТАВ:** 1 мл водного раствора препарата содержит 215,2 мг концентрата церебролизина (комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи). **ПОКАЗАНИЯ:** болезнь Альцгеймера; синдром деменции различного генеза; хроническая цереброваскулярная недостаточность; ишемический инсульт; травматические повреждения головного и спинного мозга; задержка умственного развития у детей; гиперактивность и дефицит внимания у детей; эндогенная депрессия, резистентная к антидепрессантам (в составе комплексной терапии). **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** тяжелая почечная недостаточность; эпилептический статус; индивидуальная непереносимость. **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ** применяют препарат при аллергических диатезах и заболеваниях эпилептического характера. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** применяется парентерально (внутримышечно, внутривенно (струйно, капельно)). Дозы и продолжительность лечения зависят от характера и тяжести заболевания, а также от возраста больного. Могут быть проведены повторные курсы. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** при чрезмерно быстром введении: редко – ощущение жара, потливость, головокружение и др.; очень редко: повышенная индивидуальная чувствительность, аллергические реакции и др. Полный перечень побочных эффектов указан в инструкции по медицинскому применению. **ПРОИЗВОДИТЕЛЬ:** EVER Neuro Pharma, GmbH, A-4866 Унтерах, Австрия.

1. Muresanu D. F., Heiss W. D., Hoernberg V., Guekht A. et al. Stroke 2016 Jan; 47(1):151–159; 2. Ladurner G., Kalvach P., Moessler H. J Neural Transm 2005; 112 (3): 415–428; 3. Chen C. C., Wei S. T., Tsaia S. C., Chen X. X., Cho D. Y. Br J Neurosurg. 2013 Dec; 27(6):803–7; 4. König P., Waanders R. et al. et al. J Neurol Neurochir Psychiatr 2006;7(3):12–20; 5. Muresanu D.F., Ciurea A.V., Gorgan R.M. CNS Neurol Disord Drug Targets 2015;14(5):587–99; 6. Guekht A. B., Moessler H., Novak P. H., Gusev E. I., J Stroke Cerebrovasc Dis. 2011 Jul-Aug;20(4):310–318; 7. Gauthier S., Proano J. V., Jia J. et al., Dement Geriatr Cogn Disord. 2015;Vol. 39, no. 5–6:332–347; 8. Чуканова Е.И., Сравнительный анализ эффективности Церебролизина при лечении пациентов с хронической ишемией мозга. Трудный пациент, 2011, № 1, Т. 9, с. 35–39

**Quality from  
Austria.**

Trusted partner for  
over 2 million  
patients.



Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению.

При возникновении побочных реакций, в том числе не указанных в инструкции, необходимо обратиться к врачу или в представительство компании.

«ЭВЕР Нейро Фарма ГмБХ» (Австрия)  
Представительство компании:  
127055 Москва, ул. Бутырский Вал, д.68/70, стр.1

Телефон: +7 (495) 933 87 02, факс: +7 (495) 933 87 15  
E-mail: info.ru@everpharma.com  
www.everpharma.com

Информация предназначена для специалистов здравоохранения. CERERUS\2018\04\334



## II конгресс «Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии: традиции и инновации»

(тренировка опоры на колени и ладони, колени и локти);

- ходить с поддержкой спереди и сзади и контролем/поддержкой живота.

Как подчеркнул А.А. Шмонин, цель во время тренировки должна быть привлекательной для ребенка, поскольку необходимо тренировать инициацию движения и контроль движения к цели, а не просто бесцельное сгибание ног.

На данном этапе цель реабилитации заключалась в том, что пациентка при высаживании правильно сидит в кресле. Краткосрочная цель (на семь дней) состояла в том, что пациентка будет, сидя за столом, самостоятельно есть. Долгосрочная цель – самостоятельная ходьба без поддержки.

Заключение мультидисциплинарной команды о маршрутизации пациентки в процессе реабилитации было следующим:

- пациентка имеет хороший потенциал восстановления ходьбы;
- задержка психического развития связана с ограничением мобильности и невозможностью использовать пространство и предметы для изучения;
- мать пациентки не обучена позиционированию и помощи при ходьбе;
- требуется работа с матерью для обучения обращения с дочкой;
- требуется наладить коммуникацию пациентки с окружающими.

### Клинический случай 2

Пациент с ДЦП, 8 лет, госпитализирован на второй этап реабилитации с умеренным спастическим

тетрапарезом, задержкой психического развития, моторные нарушения по GMFCS – второй уровень. Предыдущие курсы реабилитации не приводили к значимому улучшению. Родители объясняли это умственной отсталостью ребенка.

У пациента был тетрапарез, левая рука была более спастична, чем правая, из-за контрактуры суставов указательного пальца. Функцию ходьбы также ограничивала гематома коленного сустава. Выяснилось, что мальчик часто падал и испытывал страх падения, что препятствовало дальнейшему развитию мобильности. В силу низкой подвижности у пациента наблюдалось снижение толерантности к физической нагрузке, что потребовало контролировать пульс и ситуацию в целом как в процессе физической терапии, так и во время игр. У него было легкое снижение психомоторных функций в рамках диагноза ДЦП, которое ограничивало возможность самоконтроля и вносило вклад в формирование страха падения.

У ребенка не было проблем с дефекацией и мочеиспусканием, но дома его водили в туалет по часам и для страховки надевали памперс, поэтому сам он редко просился. Несмотря на то что пациент имел большие возможности по передвижению, его активности были ограничены, в том числе из-за гиперопеки бабушки. Мальчик совсем не ходил, у него были трудности в удержании положения стоя.

Его не совсем умело пытались ставить в ходунки и помогали ходить, но он падал, особенно когда принимал миорелаксанты, которые приводили к снижению тонуса в организме в целом.

Поскольку родители оценили ребенка как психически отстающего, то имеющиеся в доме игрушки были рассчитаны на младший возраст и его не привлекали.

Клинический психолог, входившая в состав реабилитационной бригады, провела серьезную диагностику и выявила у пациента только психомоторные нарушения легкой степени выраженности. Таким образом, истинные когнитивные нарушения у ребенка отсутствовали. По словам М.Н. Мальцевой, назрело решение главной задачи – добиться полной самостоятельности ребенка как в контроле ухода, связанного с посещением туалета, так и в мобильности. Было решено обучить мать правильно передвигаться с ребенком, а ребенка – правильно ходить, а также нивелировать гиперопеку бабушки. Основная стратегия работы – смоделировать развивающую среду ребенка окружающую среду, адекватную его возрасту.

Были определены главные цели реабилитации. Краткосрочная цель (на семь дней) – пациент должен самостоятельно есть, сидя за столом. Цель реабилитации на данном этапе – ребенок приносит заранее приготовленную еду и принимает пищу за столом. Долгосрочная цель – отсутствие ограничений при ходьбе.

### Заключение

Реабилитация детей с ДЦП должна быть комплексной и мультидисциплинарной. Существенную помощь в решении целого ряда функциональных задач оказывает медикаментозная терапия различными препаратами, среди которых особое место занимает Церебролизин. Результаты исследований и накопленный кли-

нический опыт применения препарата Церебролизин в комплексном восстановительном лечении больных ДЦП показали, что препарат повышает ресурс выносливости и двигательную активность у детей. Терапия Церебролизином позволяет решать ряд важных задач, к которым относятся коррекция когнитивных нарушений,

создание условий для более эффективной физической терапии и логотерапии, ускорение восстановления бытовых навыков, восстановление активности руки, повышение физической и когнитивной толерантности. Таким образом, использование препарата Церебролизин открывает новые возможности для медикаментозной поддержки реабилитационных мероприятий, проводимых пациентам с ДЦП. \*

Неврология