

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕДОНОШЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС

Г.А. Халилова, Д.Т. Дадашева

Научно-исследовательский институт Акушерства и гинекологии, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: недоношенный ребенок, реабилитационные мероприятия, терапия Войта

Введение новых критериев живорожденности, рекомендуемых ВОЗ, привело к значительному увеличению количества недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Благодаря применению высокотехнологической помощи выживаемость этого контингента значительно повысилась, но вместе с тем произошел и рост инвалидности у выживших детей.

В развитых странах, перешедших на критерии ВОЗ более 30 лет назад, среди детей с массой тела до 500,0 г выживают 10–12%, от 500,0 до 749,0 г — 50%, от 750,0 до 1 000,0 г — около 80–85% (1,2). Число здоровых среди детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, не превышает 10–25%, а процент тяжелых неврологических отклонений (инвалидность с детства — детский церебральный паралич, слепота, глухота, умственная отсталость) составляет от 12 до 32% (1,2).

В числе причин детской инвалидности данного контингента детей преобладают болезни нервной системы и органов чувств (более 30%), психические расстройства (12%), болезни органов дыхания (7%) (9, 10).

Проблема состоит в том, что в первые 3-4 мес. постнатальной жизни ребенка из группы риска врач не может предсказать вероятность «неблагоприятного неврологического исхода», так как развитие болезни определяется тремя основными моментами - перинатальным поражением мозга, пластичностью мозга и адекватной медицинской помощью, т.е. реабилитационными и корректирующими мероприятиями, проведенными в ранние сроки и с помощью правильно подобранных средств.

Основные принципы реабилитации детей были сформулированы профессором Г.В. Яцык [12,13]:

1. Раннее начало реабилитации – 2-3 неделя жизни (включая крайне маловесных детей).

2. Индивидуальный подход к больному ребенку.

3. Подход с позиций целостного организма ребенка.

4. Комплексное использование различных средств - медикаментозных, физических, психологопедагогических.

5. Преимущество мер реабилитации на различных этапах оказания помощи.

В реабилитации таких детей ведущая роль отводится немедикаментозным методам воздействия, которые по сравнению с лекарственной терапией характеризуются более щадящей нагрузкой на организм.

К немедикаментозным реабилитационным мероприятиям для детей первого года жизни относят:

- лечебный массаж;
- лечебная гимнастика, тонкий пальцевой тренинг;
- терапия по Войту;
- методика Бобат;
- упражнения в воде и гидромассаж;
- метод сухой иммерсии;
- технология «Сатурн» (эффект невесомости + вибромассаж);
- лечение «положением» (укладки, тугоры, «воротники» и т.д.);
- методика светотерапии.

Большое значение в реабилитационной терапии принадлежит лечебной гимнастике и массажу, которые рекомендуется начинать с 15–20-го дня жизни. Тактильный стимулирующий массаж кистей и пальцев рук (тонкий пальцевой тренинг) имеет широкие показания и проводится у детей с синдромом мышечной гипотонии, вегетовисцеральными нарушениями, нарушениями тонкой моторики. Особая ценность этой методики заключается в том, что ее можно применять у крайне маловесных детей первых недель жизни. Тактильная стимуляция ладоней способствует слуховому сосредоточению, первых эмоциональных реакций, снижает флексорный гипертонус в

кистях, способствует более частому раскрытию ладоней и выведению большого пальца, положительно влияет на динамику развития тонкой моторики и речи.

Особо высокой эффективностью в комплексной реабилитации недоношенных обладает терапия по Войта, которая применяется во всем мире. Этот метод является наиболее эффективным при лечении поражений ЦНС (1,2).

Принцип Войта разрабатывался более 10 лет. В период с 1950 по 1970 годы чешский невролог Вацлав Войта, занимающийся реабилитацией детей с ДЦП, обратил внимание на то, что при определенных положениях тела путем давления на установленные точки (зоны), у детей вызываются бессознательно повторяющиеся моторные реакции туловища и конечностей (рефлексолокомоции), выражающиеся в:

- В положении на животе – рефлексорным ползанием;
- В положениях на спине и боку – рефлексорным переворачиванием.

Целью метода рефлексолокомоции является развитие у ребенка опорной функции конечностей, навыков контроля положения тела и координации движений. В разной степени эти навыки нарушены у всех пациентов с центральными и периферическими поражениями нервной системы, а также у пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата другой этиологии. Возникающие при этом патологические двигательные модели, могут корректироваться при помощи метода рефлекс-локомоции. (14). Наблюдая за тем, как двигаются во время занятий дети с частичным поражением опорно-двигательного аппарата, доктор Войта заметил, что эти движения подобны тем, которые выполняют здоровые дети! Он дал название этому фактору «врожденные образцы движения». А потом многократно подтвердил этот факт, регулярно вызывая эти образцы двигательных реакций у здоровых новорожденных, тем самым доказав их существование. Из этого он сделал вывод, что основной проблемой у детей, имеющих то или иное нарушение двигательного развития, является функциональная блокада нервных импульсов на различных уровнях ЦНС. Принимая во внимание сделанные выводы, В.Войта продолжил разрабатывать и внедрять метод, в последствии, получивший название: «Войта-терапии». (13,14) сравнив результаты исследований, доктор сделал выводы:

Ребенок рождается с готовыми двигательными моделями, которые реализуются по мере физического развития;

При церебральном параличе спонтанные движения носят приспособительный характер.

Суть метода Войта-терапии с раннего возраста ребёнок имеет определённые движения - это инстинктивные или рефлексорные движения. Реализуются они в силу возникновения импульсов в центральной нервной системе и распространения их до соответствующих мышц или мышечных групп. При нарушении в центральной нервной системе и опорно-двигательном аппарате, эти импульсы блокируются.

Суть Войта – терапии заключается в том, чтобы заставить мозг активизировать «врожденные образцы движения» с последующим развитием их в полноценные двигательные реакции. Так постепенно, переходя от простого движения к более сложному, моторные навыки больного ребёнка доводятся до моторных возможностей здоровых детей его возраста (13,14).

Чтобы воспроизвести рефлексорное движение, организм задействует целый ряд мышечных групп, вегетативную систему, активируя сложные двигательные процессы и мелкую моторику, вегетативную функцию:

- Шагательные и хватательные движения;
- Равновесие тела при движениях;
- Выпрямление тела против силы тяжести;
- Глазная, ротолицевая моторики (отведение глаза, движения языка, челюсти);
- Дыхание;
- Сосание и глотание;
- Регуляция работы кишечника и мочевого пузыря.

Благодаря Войта-диагностике можно выявить динамику первичных рефлексов новорожденного (в норме каждый условный рефлекс проявляется в пределах ограниченного периода времени), определить недоступные частично или полностью модели в позе и движении человека.

На основании диагностики различают:

- Центральное нарушение координации;
- Угрозу церебрального пареза;
- Манифестный церебральный парез.

Успех терапии зависит от вовремя начатого воздействия – активации нормальных движений при еще не сформировавшихся замещающих;

Полноценного участия родителей в проведении терапии.

Восстановительное лечение недоношенного ребенка может быть эффективным в том случае, если оно своевременно начато, адекватно, комплексно и непрерывно.

Таким образом, патология у недоношенных детей определяется не только глубокой незрелостью, но и тем, насколько своевременно и

адекватно им оказывалась первичная реанимационная помощь, выхаживание на первом и втором этапах, а также реабилитация на ранних сроках развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волянюк Е.В., Сафина А.И. Комплексная реабилитация недоношенных детей на первом году жизни // Вестник современной клинической медицины. 2013. №6. С.29 - 35
2. Ахмадеева Э.Н., Валиулина А.Я. Коэффициент развития по шкале КАТ/КЛАМС у детей, перенесших неонатальную реанимацию. Актуальные проблемы педиатрии: сб. матер. XII конгресса педиатров России; 19–22 февр., 2008 г. — М., 2008. — С.18.
3. Бомбардинова, Е.П. Лечение и реабилитация перинатальных поражений нервной системы у детей первых месяцев жизни / Лечащий врач. 2005. № 5. С.67—69.
4. Валиулина, А.Я. Психомоторное развитие и показатели здоровья детей, перенесших неонатальную реанимацию: автореферат дис. канд. мед. наук. Валиулина. — Уфа, 2006. — 21 с.
5. Гончарова, О.В. Система диагностических и корригирующих технологий у детей с последствиями перинатальных гипоксических поражений ЦНС: автореф. дис. д-ра мед. наук / О.В. Гончарова. — М., 2008. - 48 с.
6. Наблюдение за глубоконедоношенными детьми на первом году жизни / Т.Г. Демьянова [и др.]. - М.: ИДМЕДпрактика, 2006. — 148 с.
7. Сидельникова, В.М. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок: руководство для врачей / В.М. Сидельникова, А.Г. Антонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 447 с.
8. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности / А.А. Баранов [и др.] // Российский педиатрический журнал. — 2005. — № 2. — С.4—8.
9. Фатыхова, Н.Р. Неврологические проблемы детей, рожденных с экстремально низкой массой тела // Н.Р. Фатыхова, В.Ф. Прусаков // Практическая медицина. — 2010. — № 7(46). — С.86—89.
11. Фёдорова, Л.А. Неврологические исходы критических состояний раннего неонатального периода у недоношенных с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.А. Фёдорова. — СПб., 2003. — 21 с.
10. Состояние здоровья и развитие детей 1—3 лет жизни, родившихся с экстремально низкой и низкой массой тела / Р.И. Шалина, М.А. Курцер, Ю.В. Выхристюк, Е.М. Карачунская // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2005. — Т. 4, № 3. — С.31—36.
11. Яцык, Г.В. Выхаживание и ранняя реабилитация детей / Г.В. Яцык, Е.П. Бомбардинова, О.В. Тресорукова // Лечащий врач. — 2007. — № 7. — С.23—27.
12. Яцык, Г.В. Проблемы и перспективы выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела / Г.В. Яцык // Вестник РАМН. — 2008. — № 12. — С.41—44. 14. Brain development of preterm neonate after neonatal hydrocortisone treatment for chronic lung disease
13. Козьявкин В.И. Сак Н.Н. Качмар О.А. Бабадаглы М.А. Основы реабилитации двигательных нарушений по методу Козьявкина. Международная клиника восстановительного лечения www.reha.lviv.ua 2007.С.37-58.
14. Применение вайта-терапии в комплексной реабилитации неврологических больных детского возраста в филиале кф «шмс» национальный центр детской реабилитации Улекбаева Ш.А.
15. Дарибаев К.А., Жылкыбаев Г.Л., Калиясов М.М. Журнал Клиническая медицина Казахстана Выпуск: 3 (41) / 2016, С56-62.

SUMMARY

Physical rehabilitation of preterm with perinatal CNS lesions

G.A. Xalilova, D.T. Dadaseva
Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Baku, Azerbaijan

Key words: *premature baby, rehabilitation measures, Voithe therapy*

Right and timely rehabilitation of premature children allows much more improvement in quality of life, and decrease in disability of such children.

This article is provided by data of necessary of applying the Voit therapy in multiple rehabilitation of premature-born children.

XÜLASƏ

Vaxtından əvvəl doğulmuşlarda mərkəzi sinir sisteminin perinatal zədələnmələrinin fiziki reabilitasiyası

G.Ə. Xəlilova, D.T. Dadaşova
Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *vaxtından əvvəl doğulmuşlar, reabilitasiya tədbirləri, Voyt terapiyası*

Düzgün və vaxtında reabilitasiyanın aparılması erkən doğulmuş uşaqlarda həyat keyfiyyətinin yüksəlməsi və bu cür uşaqlarda əlilliyin azaldılmasına yardım edir. Bu məqaləni təmin edən məlumat Voyt terapiyasını vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqlarda müxtəlif reabilitasiya zamanı tətbiqini vacib edir.