РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

© *Ростачева Елена Александровна*

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д.2. E-mail: ele-ova@yandex.ru

Ключевые слова: детский церебральный паралич; спастическая диплегия; недоношенность.

Спастическая диплегия — это самая распространенная форма детского церебрального паралича (до 60%), наиболее перспективная в отношении социальной адаптации, обучения и трудоустройства. Л.О. Бадалян так характеризует данную форму заболевания. Для нее характерны двигательные нарушения в верхних и нижних конечностях, причем больше поражаются последние. Тонус экстензоров повышен, ноги вытянуты, сухожильно-мышечные рефлексы высокие. Количество недоношенных детей среди больных со спастической диплегией значительно выше, чем среди пациентов в других группах. С развитием спастической диплегии коррелирует только один фактор — недоношенность (Ровелл с соавт., 1988). Существенное значение имеют данные И.В. Машилова (1999), исследовавшего особенности нейроэндокринной системы у больных с ДЦП. Он указывает на то обстоятельство, что высокий уровень кортизола, недоношенность и спастическая диплегия являются последствиями одного и того же внутриутробного нарушения типичного для больных со спастической диплегией. При этом недоношенность и повышенный уровень кортизола у больных со спастической диплегией связаны с нарушениями гипоталамо- гипофизарно- надпочечниковой системы, что, вероятно, обуславливает высокий уровень недоношенности в соответствии с теорией Лиггинса (1979). Однотипность аномалий развития, несмотря на различные действия повреждающих факторов, объясняется общим биохимическим звеном патогенеза — торможение окислительных процессов, которые являются основой роста и дифференцировки клеток. По традиционным представлениям гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система относится к каналу почек, это канал роста и развития.

Сходство движений определенного класса и симптоматика расстройства движений при ДЦП позволяет классифицировать патологию позы и ходьбы у таких пациентов по дефектному уровню координации. Такого типа проявления характерны для дисфункции канала печени, который связан со всеми уровнями двигательной системы. Выбор канала печени как одного из ведущих для воздействия подтверждается также тимическими нарушениями при ДЦП. Тимус по традиционным представлениям также относится к каналу печени.

В результате анализа выделены основные каналы воздействия — это каналы почек и печени, расположенные на нижних конечностях, что соответствует клинической картине спастической диплегии.

Целью нашей работы было обоснование и разработка новых методик лечения детского церебрального паралича на основе современных и традиционных теорий рефлексотерапии.

Работа проводилась на базе Центра «Реабилитация ребенка». Была выделена группа детей со спастической диплегией. Все дети были недоношенные с массой тела при рождении от 2000 до 2500 г. В основу работы положены результаты наблюдения и обследования 57 детей со спастической диплегией, в возрасте от 4 до12 лет, разделенных на три группы. В каждую группу входили дети примерно со сходной клиникой и тяжестью двигательных нарушений. Проводилось лечение по трем методикам. Первая методика — иглоукалывание, включающее воздействие на соответствующие корпоральные точки, краниопунктуру, поверхностное иглоукалывание. Вторая методика — фармакопунктура. Фармакопунктура была выбрана нами как метод, сочетающий в себе как традиционные, так и современные лечебные принципы, при точечной инъекции препаратов достигалось двойное воздействие на организм: стимуляция активной точки и фармакотерапия. Третья методика — комбинированное воздействие с применением двух предыдущих методик.

Одним из параметров, свидетельствующим об изменении состояния является овладение ходьбой. Были получены следующие результаты: совсем не ходили — 26,8% пациентов, после проведения 1 и 2 методик эти цифры

уменьшились до 20,5% и 19% соответственно, но более существенное улучшение отмечалось при комбинированной методике, уменьшение до 15,2%. Появилась возможность к самостоятельному передвижению после проведения первых двух методик примерно у одинакового количества пациентов, соответственно: 40,0% и 40,5%, при комбинированной методике такая возможность появилась у более значительного количества детей — 54,4%.

Клинические исследования были подтверждены данными ЭЭГ. По данным ЭЭГ увеличилось количество детей с возрастной нормой ЭЭГ: с 5,7% до 23,5%, 26,4% в первой и второй группе соответственно. Значительное улучшение отмечалось в третьей группе и составило 32, 4%. Уменьшилось снижение функциональной активности коры от 72,2% до 42,6% после первой методики и более значительные изменения после второй до 31,3% и особенно после третьей методики до 27,6%.

Таким образом, в результате проведенного исследования у всех пациентов отмечалась значительная положительная динамика, сопровождающаяся не только количественной, но качественной перестройкой в интегральной деятельности мозга, с образованием новых связей и частичной нормализации регуляции движения. Наиболее эффективной оказалась комбинированная методика, основанная на современных и традиционных принципах подбора активных точек.