

курс реабилитационной терапии повторно. Со всеми детьми проведены беседы по диетотерапии и психокоррекции. Наблюдение проводилось в течение года.

Результаты и выводы: В процессе наблюдения в течение года отмечался положительный эффект от лечения у всех пациентов. В первый месяц лечения ИМТ в разной степени снизился в 100%: масса тела снижалась от 0,5 кг до 7,4 кг/мес (в среднем на 2,6 кг). Но в дальнейшем отмечалось снижение эффективности лечения за счет ухудшения контроля, нарушения диеты.

На фоне снижения веса у большинства пациентов отмечается купирование неврологической симптоматики, улучшение настроения пациентов, повышение мотивации к лечению и соблюдению диеты.

Наилучшие показатели были у подростков, которые кроме стационарного лечения получали курс реабилитации в РДРЦ г. Астаны. У них отмечалось значительное похудание. У одного подростка с выраженным ожирением 3 степени зафиксирована нормализация ИМТ. Но при этом у него сохраняется повышение АД, он продолжает получать лечение по поводу ВСД.

Таким образом: комбинированная терапия у больных с гипоталамической формой ожирения является достаточно эффективной, снижение веса в первый месяц лечения произошло в 100% случаев.

В дальнейшем при соблюдении должной диеты, проведение комплексной терапии, направленной на оптимальную коррекцию метаболических нарушений, снижение массы тела, артериального давления, будет улучшать качество жизни пациентов, и приводить к профилактике многих хронических заболеваний.

Литература:

1. М.Е. Зельцер Р.К. Тлеуова Ожирение «Вестник эндокринологии» 2009г №1 стр. 45-48
2. Базарбекова Р.Б. Новые подходы к диагностике и лечению ожирения у детей. «Актуальные вопросы эндокринологии» 2002г стр. 17-21
3. Клиорин А.И. Ожирение в детском возрасте Л. Медицина 1978г с.175

УДК 616.831-009.11-053.2-08

КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Ф.С. Каримова, Д.Р. Бараисова, Ж.Х. Байтанатова, А.К. Мукашева, О.К. Жукова, А.К. Тасполатова

*КГКП «Детская областная клиническая больница», «Реабилитационный центр»,
КГКП «Поликлиника №4» г. Павлодара*

Резюме

Комплексный подход к терапии и реабилитации больных ДЦП, использование новых эффективных фармакологических средств разнонаправленного действия позволяют не только компенсировать имеющийся у них неврологический дефицит, но и улучшить качество их жизни и добиться адекватного уровня их социализации.

Тұжырым

БАЛА МИ САЛЫНЫҢ ЕМДЕУІНЕ КЕШЕНДІ ЖОЛДАР

Терапияға және түрлі мақсаттағы әсердің ауру ДЦПтар, қолдану жаңа тиімді фармакологиялық құралдарының Ақтауының кешенді жолы неврологиялық дефициттің бар оларында орнын толтыруғана емес, олардың өмірі сапаландырсын және олардың социализациясының бірдей деңгейіне қол жеткізу де мүмкіндік береді.

Summary

INTEGRATED APPROACH TO THE TREATMENT OF CEREBRAL PALSY

A comprehensive approach to treatment and rehabilitation of patients with cerebral palsy, the use of effective new drugs to multi-directional action can not only compensate for their existing neurological deficit, but also to improve their quality of life and to achieve an adequate level of socialization.

Детские церебральные параличи (ДЦП) — это группа прогрессирующих нарушений статических и двигательных функций, психического и речевого развития (нейромоторных дисфункций), возникающих вследствие поражения центральной нервной системы (ЦНС) на ранних этапах онтогенеза.

В этиопатогенезе ДЦП задействованы многочисленные пре-, интра- и постнатальные факторы. Так, поражение ЦНС, приводящее к ДЦП, может происходить вследствие: аноксии/асфиксии/гипоксии плода; недоношенной беременности; задержки внутриутробного развития; внутриутробного инфицирования; гемолитической болезни новорожденных (ГБН); тромбофилии у матери; аномалий развития ЦНС; других факторов.

Считается, что хромосомные дефекты также обладают определенной значимостью в развитии ДЦП. По классификации, предложенной К. А. Семеновым и соавторами (1973), выделяют шесть основных форм ДЦП: спастическая диплегия; двойная гемиплегия; гемипле-

гия; гиперкинетическая форма; атонически-астатическая форма; смешанная форма.

В соответствии с МКБ - 10 предлагается рассматривать следующие семь видов ДЦП: спастический церебральный паралич (двойная гемиплегия, тетраплегия); спастическая диплегия (синдром/болезнь Литтля); детская гемиплегия (гемиплегическая форма); дискинетический церебральный паралич (дистонический, гиперкинетический); атаксический церебральный паралич (атонически-астатическая форма); другой вид ДЦП (смешанные формы); ДЦП неуточненный. Симптомы и клинические признаки ДЦП значительно различаются в зависимости от имеющейся у детей формы болезни. Рассмотрим основные клинические проявления болезни в соответствии с выделением форм ДЦП, принятым в нашей стране: Спастическая диплегия (болезнь Литтля): тетрапарез с преимущественным поражением нижних конечностей. Двойная гемиплегия: тетрапарез с преимущественным поражением верхних конечностей.

Гемиплегия: преимущественно одностороннее поражение верхней конечности (паралич или парез). Гиперкинетическая форма ДЦП: двойной атетоз. Атонически-астатическая форма ДЦП: мышечная гипотония с выраженными нарушениями моторной координации. Смешанная форма ДЦП: сочетание различных проявлений других (перечисленных выше) форм заболевания.

В ряде случаев ДЦП могут сопутствовать следующие патологические состояния и болезни: речевые нарушения; тугоухость; интеллектуальная недостаточность или умственная отсталость; судорожные состояния (эпилепсия). У многих детей с ДЦП имеются признаки поражения ЖКТ, патология полости рта. Дети с ДЦП неэффективно используют пищевую энергию (вследствие низкой физической активности при спастических формах ДЦП и избыточной физической нагрузке — при гиперкинетических), что приводит к избыточному набору массы тела или ее дефициту (соответственно). Установление диагноза ДЦП основывается преимущественно на данных анамнеза и неврологического осмотра (топическая диагностика).

У детей первого года жизни ДЦП может быть заподозрен и/или установлен при наличии у пациентов патологической постральной активности и нарушений становления (или патологической трансформации) физиологических рефлексов. У детей более старшего возраста (> 2 мес) диагноз ДЦП устанавливается на основании ведущих клинических проявлений болезни, в частности: спастичности, атаксии, гиперкинезов, гиперрефлексии, наличия патологических рефлексов, задержки психомоторного развития и др. Дополнительные (инструментальные) методы исследования, используемые при установлении диагноза ДЦП, включают следующие методы: нейросонография; нейровизуализационные методы (компьютерная томография и магнитно-резонансная томография); электро-нейромиография; электроэнцефалография; исследование вызванных потенциалов и др.

Терапия ДЦП должна быть комплексной и мультидисциплинарной. Максимально рано начатое лечение и реабилитация в ряде случаев позволяют избежать стойкой инвалидизации больных ДЦП и улучшить качество их жизни. Основой комплексной терапии ДЦП является «командный» подход с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов. Из числа последних, в зависимости от конкретной клинической ситуации, применяют: массаж, лечебную физкультуру, методы ортопедической коррекции, физиотерапию, динамическую проприоцептивную коррекцию, иппотерапию, диетотерапию и др. К сожалению, последней не уделяется должного внимания, хотя диетотерапия (рационы, сбалансированные по энергоемкости, макронутриентам, витаминам и минеральным веществам; БАДы; кратность и объем кормлений с учетом индивидуальной пищевой толератности и т. д.) занимает промежуточное положение между медикаментозными и немедикаментозными методами лечения ДЦП и ее возможности столь значительны, что их не следует игнорировать.

Перечисленные выше методы немедикаментозного лечения используют в сочетании с лекарственной терапией, направленной на восстановление утраченных и/или недостаточных неврологических функций. Наибольший интерес представляют именно препараты комплексного действия, использование которых позволяет рассчитывать на эффекты сосудистой, нейропротекторной, ноотропной и метаболической направленности, не приводящие к избыточной лекарственной нагрузке или полипрагмазии. Ниже рассматриваются особенности их применения на примере отечественного

препарата Кортексин. Его активное использование в детской неврологии (при ДЦП, других исходах ППНС и болезнях нервной системы) было начато в 2000-х годах.

Кортексин - продукт высокотехнологического производства. По данным «Регистра лекарственных средств России. Энциклопедии лекарств» 15-го выпуска («РЛС-2007»), он принадлежит к фармакологической группе «Ноотропы (нейрометаболические стимуляторы)». Это комплексный полипептидный препарат биологического происхождения, являющийся дериватом коры головного мозга крупного рогатого скота (или свиней); выпускается в виде лиофилизированного порошка (во флаконах по 10 мг) и предназначен для внутримышечного введения. Кортексин обладает тканеспецифическим действием на кору головного мозга, нормализует мозговое и системное кровообращение, улучшает когнитивные интегративные функции (процессы обучения и памяти), снижает токсические эффекты нейротропных веществ и характеризуется целым рядом других физиологических положительных эффектов. Он также стимулирует репаративные процессы и ускоряет восстановление функций ЦНС после стрессорных воздействий. Применение препарата Кортексин сопровождается реализацией целого комплекса фармакологической направленности влияния на организм пациента, включая: метаболическое действие (антиоксидантное и др.), церебропротекторный эффект, ноотропную и противосудорожную активность. Эффективность клинического применения препарата Кортексин подтверждается данными многочисленных лабораторных и инструментальных исследований (в их числе биохимические, иммунологические, рентгенологические, сонографические, нейровизуализирующие, электроэнцефалографические и др.), проведенных в различных регионах и клиниках Российской Федерации. В частности, имеются указания на иммуномодулирующий эффект Кортексина при лечении неврологических заболеваний, его корригирующее воздействие на клеточное и гуморальное звенья иммунитета (корректор нейроиммунной составляющей патологического процесса в ЦНС). Хорошая переносимость препарата и практически полное отсутствие побочных реакций на терапию Кортексином, подтвержденные опытом его применения, позволяют дополнительно положительно характеризовать указанный нейропептидный биорегулятор в лечении ДЦП и других видов неврологической патологии.

Таким образом, ДЦП продолжает оставаться состоянием, обуславливающим значительную часть случаев инвалидности среди детского и взрослого населения, существенно снижающим работоспособность и качество жизни, а также усугубляющим социальную дезадаптацию пациентов. Комплексный подход к терапии и реабилитации больных ДЦП, использование новых эффективных фармакологических средств разнонаправленного действия позволяют не только компенсировать имеющийся у них неврологический дефицит, но и улучшить качество их жизни и добиться адекватного уровня их социализации.

Литература:

1. Серганова Т.И. Как победить детский церебральный паралич, -СПб., 2004.
2. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич.- М., 2001.
3. Шабалов В.А., Бриль А.Г. Материалы Российской научно-практической конференции "Современные аспекты электронейростимуляции и новые технологии в нейрохирургии и неврологии". Саратов, 1998.