

ДИНАМІКА РУХОВИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛИЧОМ

Кононенко Н.М.

Національний фармацевтичний університет,
м. Харків, Україна, kononenkonn76@gmail.com

Вступ. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) займає нині одне з провідних місць у структурі дитячої інвалідності. Соціальна значимість та важливість цієї проблеми досить велика. ДЦП не тільки викликає затримку або патологію розумового розвитку, мовну недостатність, порушення слуху та зору, а й веде до рухових порушень, оскільки є складним захворюванням центральної нервової системи, що негативно позначається на соціальній адаптації хворих на ДЦП. На сьогоднішній день існує велика кількість методик відновного лікування хворих на ДЦП. Але їх ефективність недостатня, тому що не дає очікуваної позитивної динаміки. Європейським консенсусом з лікування ДЦП приділяється першочергова увага методикам функціональної терапії: лікувальній фізкультурі (ЛФК), масажу, апаратній кінезіотерапії, фізіотерапії та ін.

Мета. Оцінити ефективність електростимуляції у комплексі лікувальних заходів у хворих із ДЦП.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі КЗОЗ "Обласний будинок дитини № 3" (м. Харків). Під нашим спостереженням перебували 30 хворих дітей зі спастичною диплегією та 20 з геміпаретичною формою ДЦП. Хворі були поділені на 2 групи, пацієнти 1-ї групи (n=25) отримували курс електростимуляції в комплексі базисного лікування та інших немедикаментозних методів лікування (ЛФК, масаж, ортопедичні укладання, парафінові аплікації, голкорексфлексотерапія), 2-ї (n=25) – базисне лікування та немедикаментозні методи лікування без електростимуляції. Хворим 1-ї групи на тлі комплексного лікування щодня проводили електростимуляцію верхніх та нижніх кінцівок (із геміпаретичною формою ДЦП) та лише нижніх кінцівок (зі спастичною формою ДЦП). Стимуляції піддавалися такі м'язи: двоголові та триголові м'язи плеча, передні великогомілкові, чотириголові, сідничні м'язи. Для ДЦП диплегічної форми було використано імпульси з амплітудою 25-30мА, для геміпаретичної форми 35-40 мА. Подача імпульсів здійснювалися у двох частотних режимах: стимуляції та фіксованих частот. Тривалість процедури електростимуляції становила 20 хвилин, кількість процедур – 10 на курс.

Проводилася оцінка функції кінцівок за клінічними показниками у поступовій динаміці. До та після проведеного курсу лікування оцінювали рухову сферу: ступінь тяжкості клінічних проявів, рівень рухової активності оцінювали за шкалою GMFCS, оцінку ступеню вираженості спастичного гіпертонусу м'язів проводили з використанням шкали Ашфорта, м'язову силу за загальноприйнятою 5-бальною шкалою.

Результати та їх обговорення. Після проведеного курсу лікування було визначено значне зменшення ступеня ускладнень клінічних проявів у 1-ій групі порівняно з 2-ою групою. При перевірці рівня рухової активності пацієнтів до проведення лікування відзначалися 2-й ступінь у 40 хворих, 3-й ступінь у 10. Після проведення електростимуляції у 75% пацієнтів у 1-ій групі було відзначено підвищення рухової активності. До лікування у всіх хворих було констатовано спастичність і тонус м'язів 2-го ступеня, а після лікування у 80% пацієнтів першої групи виявлено 1+ ступінь. Показники сили м'язів у пацієнтів 1-ої групи: збільшення сили mm. biceps brachii dex. et sin. з 3,5 до 4,0 балів, mm. triceps brachii з 3,2 до 4,1 балів, mm. quadriceps femoris dex. et sin з 3,0 до 4,0 балів, mm. tibialis anterior dex. et sin з 3,3 до 4,2 балів у порівнянні з результатами до та після лікування.

Висновки. Отже, використання методики електростимуляції у комплексній терапії у пацієнтів досліджуваної групи позитивно впливає на стан нервово-м'язового апарату. Відзначався приріст м'язової сили, зменшення клінічних ознак та спастичності, підвищення рухової активності.