

Сравнительный анализ терапевтической эффективности ИНЭМП терапии в 3-х группах указывает на наибольшее снижение показателей АД при работе во II режиме. При этом нами выявлено, статистически достоверное снижение показателей, как САД с $143,2 \pm 6,6$ до $118,5 \pm 5,3$ ($p < 0,01$), так и ДАД с $84,4 \pm 6,2$ до $72,2 \pm 5,4$ мм рт.ст.

Высокая результативность ИНЭМП терапии во II режиме определяется, по-видимому, психофизиологическими особенностями детского возраста. Известно, что ЭАГ у детей и подростков по существу является болезнью регуляции. Это проявляется нарушением взаимодействия между нейрогуморальными системами регуляции АД, а также развивающимися по мере прогрессирования гипертензии функциональными, а в последующем и структурными изменениями сосудов. Именно функциональный характер изменений определяет целесообразность проведения физиотерапевтических мероприятий в модифицированном константном режиме курсового воздействия низкоинтенсивного электромагнитного поля (с частотой 30 Гц) с постоянной продолжительностью сеансов (9 минут). Так как данный режим оказывает менее выраженное раздражающее воздействие на сосудодвигательные центры головного мозга, усиливая тем самым седативный эффект.

Положительными моментами ИНЭМП терапии являются не просто неинвазивность, а полная бесконтактность, низкая интенсивность воздействия, малое количество противопоказаний и отсутствие осложнений. Наличие относительно недорогого отечественного оборудования позволяет предполагать хорошие перспективы применения этого метода в реабилитации подростков с ЭАГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Е.А. Реакция организма человека на электромагнитные излучения миллиметрового диапазона / Е.А. Андреев, М.У. Белый, С.П. Ситько // Вестник АН СССР. — 1985. — № 3. — С. 24—33.
2. Боголюбов В.М. Программы физиотерапии артериальной гипертензии / В.М. Боголюбов // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2002. — № 3. — С. 51.
3. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в Российской Федерации. Доклад экспертов ВОЗ / В.А. Алмазов [и др.] // Клиническая фармакология и терапия. — 2000. — № 3. — С. 5—30.
4. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике Артериальной гипертензии у детей и подростков: Методические рекомендации / А.Г. Автандилов [и др.]. — Волгоград, 2003. — 43 с.
5. Эффективность низкоинтенсивных воздействий при гипертонической болезни / Т.А. Князева [и др.] // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 1994. — № 1. — С. 8—9.
6. Non-pharmacological control of blood pressure and physical fitness in subjects with arterial hypertension / H. Rosolova [et al.] // Cor Vasa. — 1991. — N 33. — С. 123—131.
7. Tibblin Gaberg H. Non-pharmacological treatment of hypertension: differences between health centers inpatients' blood pressure and success at withdrawal from drugs / H. Tibblin Gaberg // Fam Pract. — 1990. — N 7. — С. 47—51.

Н.В. Дуйбанова^{1,2}, Т.А. Баирова¹, А.Б.-Ж. Бимбаев^{1,2}, Г.А. Краснояров²

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

*Бурятский филиал научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека
Сибирского отделения РАМН (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает одно из лидирующих мест среди инвалидизирующих заболеваний детей и подростков во всем мире. С 1997 г. в международный стандарт лечения спастического синдрома при ДЦП включен метод внутримышечного введения миорелаксанта пролонгированного действия — ботулинического токсина типа А: Ботокс (Allergan) и Диспорт (IPSEN).

Целью нашей работы явился анализ эффективности применения препарата Диспорт в комплексном лечении спастических форм ДЦП. В течение 2-лет пролечено 120 пациентов, страдающих ДЦП со спастическими парезами. Средний возраст больных $6,5 \pm 3,5$ года. По половому признаку: 53 (45 %) девочки, 67 (55 %) — мальчики. Диспорт применялся в стандартных, рекомендуемых производителями дозировках (30 ЕД на 1 кг массы тела). Курс лечения проводился соматически здоровым детям без признаков острых воспалительных заболеваний. Препарат вводился в мышцы, являющиеся ключевыми в формировании патологических мышечных синергий, сопровождающих спастическую диплегию или гемипарез при ДЦП. В течение всего курса лечения применяли методы кинезотера-

пии: с 1-го дня — статические (лечение положением, ортезирование) и динамические упражнения, направленные на растяжение инъецированных флексоров, тонизацию мышц антагонистов. С 15-го дня после инъекций активно подключали массаж, электростимуляцию мышц антагонистов. Для формирования оптимального двигательного стереотипа проводилась кинезитерапия с использованием специализированных методов механотерапии, динамической проприоцептивной коррекции (ДПК), биологической обратной связи (БОС). В течение всего курса лечения осуществлялось психокоррекционное сопровождение семьи. Клиническую эффективность лечения оценивали по модифицированной шкале спастичности, анализу походки, гониометрии, с использованием видео- и фотоматериалов в динамике до и после введения препарата. Измерения объема движений в суставах выполняли с помощью тазомера и гониометра до лечения, и на 15-й день после инъекций. Электронейромиографическое обследование (ЭНМГ) проводилось на аппарате Нейро-МВП 4 («Нейрософт», Россия) по поверхностно-стимуляционной методике до введения препарата и после окончания комплексного лечения (на 30-е сутки после инъекций).

Эффект фармакологического действия ботулотоксина (миорелаксация, купирование болевого синдрома), развивался с 4–7-х суток и достигал максимума на 14–15-е сутки после введения препарата. По результатам гониометрии выявлены увеличение объема движений в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах. По клиническим проявлениям наблюдалось: ликвидация аддукторного спазма, динамического эквинуса, улучшение паттерна ходьбы. Введение препарата в мышцы-сгибатели верхних конечностей привело к снятию спастического компонента и увеличению объема движений, улучшению навыков самообслуживания. У одной пациентки отмечался побочный эффект в виде диффузной мышечной слабости в течение 1 месяца. По данным ЭНМГ у 98 % пациентов на 30-е сутки лечения отмечалось: снижение спонтанной активности покоя, обусловленной мышечным напряжением, регистрация периодов полного расслабления, улучшение паттерна мышечного сокращения. При проведении ЭНМГ через 6 месяцев, перед повторным курсом лечения у 73 % пациентов наблюдались позитивные процессы: уменьшение повышенного мышечного тонуса, улучшение паттерна мышечного сокращения (по сравнению с аналогичным периодом). В анамнезе от 12–36 месяцев при регулярном курсовом лечении (2 раза в год с интервалом в 6 месяцев) продолжают нарастать позитивные функциональные сдвиги, расширение двигательного режима, с отсрочкой вопроса оперативной коррекции сочетанной ортопедической патологии в 18 случаях, увеличение продолжительности терапевтического эффекта. Отмечена обратная взаимосвязь между терапевтическим эффектом действия препарата и возрастом больного.

ВЫВОДЫ

1. Комплексное курсовое лечение больных спастическими формами ДЦП эффективно и патогенетически обоснованно.
2. Ботулинотерапия с применением Диспорта должна проводиться с 2-летнего возраста (до 6 лет — окно терапевтических возможностей), в стандартных дозировках, не реже 2-х раз в год. При повторных курсах повышается чувствительность к препарату и пролонгируется длительность лечебного эффекта. Ботулинотерапия носит не только коррегирующий характер, но и создает условия для овладения новыми моторными навыками, предупреждает развитие фиксированных контрактур, отодвигает сроки хирургического лечения пациентов, способствует росту укороченных конечностей.
3. При отсутствии грубых интеллектуально-психических нарушений и активном восстановительном лечении возможна значительная абилитация пациента и социальная адаптация к полноценной жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимербаева С.А. Ботулинический токсин типа А (Диспорт) — новое слово в клинической нейрофармакологии / С.А. Тимербаева // Фарматека. — 2005. — № 17. — С. 40–46.
2. Орлова О.Р. Диспорт (токсин ботулизма типа А в лечении цервикальной дистонии (спастической кривошеи) / О.Р. Орлова, Н.Н. Яхно, Л.А. Коренко // Атмосфера. — 2006. — № 2. — С. 30–34.
3. Использование ботулинического токсина типа А (Диспорта) в лечении спастичности нижней конечности после перенесенного инсульта: двойное проспективное плацебо контролируемое испытание / А.А. Скоромец, С.А. Тимербаева, Л.А. Коренко и др. // Неврологический журнал. — 2001. — № 5. — С. 34–37.
4. Dressler D. Botulinum toxin: mechanism of action / D. Dressler, F. Adib Saberi // Eur Neurol. — 2005. — N 1. — P. 3–9.
5. Bakheit M.O. Dysport in the management of pediatric spasticity associated with cerebral palsy: results of a retrospective / M.O. Bakheit // Multicentre study, mov Disord. — 1999. — N 15 (supple 2). — P. 46.