

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Современные технологии в хирургическом лечении последствий травмы черепа и головного мозга / А. А. Потапов [и др.] // Вестник РАМН. — 2012. — № 9. — С. 31–38.
2. Outcomes of cranial repair after craniectomy / V Chang [et al.] // Journal of Neurosurgery. — 2010. — Vol. 112, № 5. — P. 1120–1124.
3. Bone Flap Resorption Following Cranioplasty with Autologous Bone: Quantitative Measurement of Bone Flap Resorption and Predictive Factors / Sang Pil Park [et al.] // Journal of Korean Neurosurgical Society. — 2016. — Vol. 60, № 6. — P. 749.

**УДК 616.831-009.11-053.2**

**ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ**

*Хасан Рида*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Проблема детских церебральных параличей (ДЦП) является одной из актуальных проблем детской ортопедии и неврологии.

Социальная значимость этой проблемы настолько велика, что вполне закономерен все увеличивающийся к ней интерес. Детский церебральный паралич является сложным заболеванием центральной нервной системы, ведущим не только к двигательным нарушениям, но и вызывающим задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение слуха и зрения и т. д.

***Цель***

Изучить методы лечения ДЦП по данным научной литературы.

***Материал и методы исследования***

Изучение данных литературных источников.

***Результаты исследования и их обсуждение***

***Распространенность ДЦП***

На сегодняшний момент ДЦП занимает ведущее место в структуре хронических болезней детского возраста. По мировой статистике число п этим заболеванием детей составляет 1,7–7 на 1000 здоровых, в Беларуси эти цифра колеблется в пределах 2,5–5,9. В некоторых странах этот показатель существенно выше, например, по данным Франции на 1966 г. он составлял 8 человек. Увеличение числа пациентов связывают не только с ухудшением экологии, но также с прогрессом в перинатальной и неонатальной медицине. Сегодня успешно выхаживают младенцев, рожденных недоношенными, в том числе с весом в 500 г, как известно, именно недоношенность является одним из основных факторов риска по ДЦП.

***Виды/типы ДЦП***

В зависимости от зоны поражения головного мозга и характерных проявлений существует следующая классификация (по К. А. Семенов):

1. Спастическая диплегия — наиболее распространенная форма, в общей статистике 40–80 %. Наблюдается поражение отделов мозга, ответственных за двигательную активность конечностей, что приводит к полной или частичной парализации ног (в большей степени) и рук.

2. Двойная гемиплегия выражается самыми тяжелыми проявлениями. При этой форме поражены большие полушария мозга или тотально весь орган. Клинически наблюдается ригидность мышц конечностей, дети не могут держать голову, стоять, сидеть.

3. Гемипаретическая форма. Поражено одно из полушарий головного мозга с корковыми и подкорковыми структурами, отвечающими за двигательную активность. Страдает одна из сторон тела (гемипарез конечностей), перекрестная по отношению к больному полушарию.

4. Гиперкинетическая форма (до 25 % пациентов). Поражены подкорковые структуры. Выражается в гиперкинезах — непроизвольных движениях, характерно усиление симптоматики при утомлении, волнении. Данная форма ДЦП в чистом виде встречается относительно редко, чаще в сочетании со спастической диплегией.

5. Атонически-астатическая форма возникает при поражении мозжечка. Более всего страдает координация движений и чувство равновесия, наблюдается атония мышц.

#### Факторы риска и причины ДЦП

Основная причина ДЦП — гибель или порок развития какого-либо участка головного мозга, возникшие в раннем возрасте или до момента рождения. Всего выделяют более 100 факторов, которые могут привести к патологиям ЦНС у новорожденного, их объединяют в три большие группы, связанные с: течением беременности; моментом родов; периодом адаптации младенца к внешней среде в первые 4 недели жизни (в некоторых источниках этот период продляют до 2 лет).

По статистике, от 40 до 50 % всех детей с ДЦП были рождены преждевременно. Недоношенные малыши особенно уязвимы, так как рождаются с недоразвитыми органами и системами, что повышает риск повреждения мозга от гипоксии (кислородное голодание). На долю асфиксии в момент родов приходится не более 10 % всех случаев, и большее значение для развития заболевания имеет скрытая инфекция у матери, главным образом из-за ее токсичного воздействия на мозг плода. Другие распространенные факторы риска: крупный плод; неправильное предлежание; узкий таз матери; преждевременная отслойка плаценты; резус конфликт; стремительные роды; медикаментозная стимуляция родов; ускорение родовой деятельности с помощью прокола околоплодного пузыря.

После рождения малыша существуют следующие вероятные причины поражения ЦНС: тяжелые инфекции (менингит, энцефалит, острая герпетическая инфекция); отравления (свинец), травмы головы; инциденты, приводящие к гипоксии мозга (утопление, закупорка дыхательных путей кусочками пищи, посторонними предметами).

Лечение ДЦП носит преимущественно симптоматический характер и фокусируется на том, чтобы максимально развить доступные для конкретного ребенка двигательные навыки. Терапия должна основываться на следующих принципах:

- Раннее начало. В идеале — постановка диагноза и начало лечения еще в роддоме.
- Этапность. Где лечат ДЦП? Этапы, где оказывается специализированная медпомощь, включают: роддом, стационар, санаторий, дом ребенка, детсад, школа, интернат, медцентры.
- Преемственность.
- Комплексность и непрерывность. Все вместе, а также усилия родителей, должно обеспечить максимальный восстановительно-коррекционный эффект, который подразумевает развитие у больного ребенка не только двигательных, но также речевых, коммуникативных и интеллектуальных навыков.

- 1) функциональная терапия;
- 2) лекарственное лечение (антиспастические препараты);
- 3) препараты ботулинического токсина типа А;
- 4) консервативное ортопедическое лечение;
- 5) методы функциональной нейрохирургии;
- 6) ортопедо-хирургическое лечение.

#### **Выбор метод лечения основан на оценке степени тяжести**

**Уровни моторных функций по шкале GMFCS (Gross Motor Function Classification System).** ДЦП по степени двигательных нарушений делится на пять уровней. От этого будет зависеть реабилитационный прогноз:

- уровень 1 — ходьба без ограничения;
- уровень 2 — ходьба с ограничениями;
- уровень 3 — ходьба с использованием ручных приспособлений для передвижения;
- уровень 4 — самостоятельное движение ограничено, могут использоваться моторизованные средства передвижения.

- уровень 5 — перевозка в ручном инвалидном кресле.

Оценивается в возрастных группах: до 2-х лет, 2–4 года, 4–6 лет, 6–12 лет, 12–18 лет.

#### **Приоритеты реабилитации при ДЦП:**

GMFCS I–III: улучшения ходьбы и функции. GMFCS III–V: коррекции позы, профилактика контрактур GMFCS V: уменьшения выраженности болевого синдрома и (или) дискомфорта, а также облегчения ухода за пациентом.

Научные открытия происходят каждый день и меняют мир, в котором мы живем. На данный момент современная медицина включает в себя следующие новейшие методы лечения ДЦП: Роботизированные системы (Система Локомат), нейро-ортопедический пневмокоштом, баклофеновая помпа, пневмоботинки, инъекции Ботулотоксина, специальные компьютерные приложения.

#### **Выводы**

Лечение данной патологии является пожизненным многомерным процессом, направленным на поддержание и восстановление функций, которые были нарушены в результате болезни. Да и вообще понятие именно «лечение» здесь не является самым подходящим, так как заболевание не поддается полному излечению, прогноз полностью зависит от формы. ДЦП не лечится, но оно компенсируется. Инвалиды ДЦП во многих случаях способны к нормальной жизни в социуме.

УДК 616.89:616.1/4-052

### **КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

*Циркунова А. Г., Смекалова Е. А.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. Н. Усова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Одним из наиболее частых неврологических симптомов является нарушение когнитивных функций. Когнитивные расстройства — это специфические нарушения, происходящие в познавательной сфере индивида и включающие следующие симптомы: снижение памяти, интеллектуальной работоспособности и других когнитивных процессов головного мозга в сравнении с персональной нормой (исходным уровнем) каждого индивида [1, 2].

Так как когнитивные функции связаны с интегрированной деятельностью головного мозга в целом, когнитивная недостаточность закономерно развивается при самых разнообразных очаговых и диффузных поражениях головного мозга. Особенно часто когнитивные расстройства возникают в пожилом возрасте. Современная тенденция к увеличению продолжительности жизни и соответственно к увеличению числа пожилых лиц в популяции делает проблему когнитивных нарушений крайне актуальной для неврологов и врачей других специальностей.

#### **Цель**

Установить распространенность когнитивных нарушений у пациентов соматического стационара.