

УДК: 616.89-008.434.35-053.2-085.842

*С.В. Прусс***НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Детский клинический санаторий «Хаджибей», Одесса

Ключевые слова: детский церебральный паралич, грязелечение, эффективность

Использование грязелечения в восстановительном лечении детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП), насчитывает уже более полувека. Это направление, начало которому положили такие крупные ученые курортологи как профессора Е.П. Мольская, С.Б. Аксентьев, А.Е. Штеренгерц, И.В. Галина, Н.Н.Бурыгина и другие специалисты, кому мы обязаны разработкой и поныне применяющихся основных методик грязелечения детского церебрального паралича [1], продолжает развиваться. Настало время подведения серьезных итогов в отношении как эффективности этого метода, так и ряда вопросов, связанных с его применением.

Целью настоящей работы является анализ эффективности пелоидотерапии больных ДЦП, наблюдавшихся на протяжении многих лет в детском клиническом санатории «Хаджибей». Нами изучалось развитие двигательных, интеллектуальных и речевых функций ребенка к достижению им 10-летнего возраста (возраст начала стойких остаточных явлений, по К.А.Семеновой, [2]) в зависимости от времени получения первого курса грязелечения и от количества повторных его курсов.

Для решения этого вопроса нами была отобрана когорта из 140 детей в возрасте  $10 \pm 1$  год с диплегической и атонически – астатиической формами церебрального паралича, у которых было проанализировано состояние двигательной, интеллектуальной и речевой сферы. Был изучен анамнез заболевания, время начала пелоидотерапии и число повторных ее курсов.

При изучении двигательной сферы обращали внимание на степень выраженности мышечной гипертонии, объем произвольных движений, выраженность порочных поз или

установок, нейрогенных контрактур, состояние тонкой моторики, степень компенсации двигательных функций (ходит самостоятельно, ходит с поддержкой, стоит, сидит самостоятельно, сидит с поддержкой, не сидит).

При изучении когнитивной сферы мы пользовались тестом определения интеллектуального возраста [3], а для характеристики речевого развития использовали поэтапную шкалу речевого развития [4]. У всех больных тщательно изучался анамнез заболевания, степень компенсации двигательных функций к началу первого курса грязелечения, общее число полученных ими курсов грязелечения, возраст получения первого курса, лечение, полученное в перерывах между курсами, сопутствующие заболевания. Из разработки были исключены больные, получавшие, кроме пелоидотерапии, курсы интенсивных реабилитационных мероприятий (систему интенсивной нейрофизиологической реабилитации по В.И.Козьявкину, антигравитационную терапию по К.А.Семеновой, нервно-мышечные блокады и т.п.). В разработку также не включались больные, страдавшие, кроме ДЦП, тяжелой соматической патологией.

На протяжении всех повторных курсов дети получали пелоидотерапию по общепринятой в настоящее время [5] идентичной методике – грязевые аппликации на воротниковую зону температурой  $38 - 40^{\circ}\text{C}$ , экспозицией 15 – 20 мин., расстановка процедур через день, всего на курс 10 – 12 процедур. В дни, свободные от грязелечения, назначались гидрокинезотерапия в бассейне или индивидуально в ванне, на протяжении всего курса отпускались процедуры массажа и ЛФК.

Первым этапом было изучение распределения детей по времени начала грязелечения (таблица 1).

**Распределение больных различными формами детского церебрального паралича в зависимости от сроков начала грязелечения**

Возраст начала грязелечения	Форма заболевания			
	диплегическая		атонически-астатическая	
	n	% ±m	N	% ±m
До двух лет	4	4,2±2,0	2	4,3±2,8
В три года	9	9,4±2,9	2	4,3±2,8
В четыре года	36	38,2±5,0	19	41,3±7,2
В пять лет	27	28,7±4,9	14	30,4±6,7
В шесть лет	9	9,5±2,9	2	4,3±2,8
В семь лет	-	-	2	4,3±2,8
В восемь лет	1	1±0,9	5	10,8±4,4

Из данных таблицы видно, что большинство больных получили первый курс грязелечения в возрасте четырех – пяти лет и достаточно большое количество детей (17%) начинали пелоидотерапию в шесть – восемь и даже после восьми лет. Раннее начало грязелечения имело место всего у 10% больных.

Распределение детей по числу полученных ими курсов грязелечения представлено на таблице 2, из данных которой следует, что как правило, дети получают значительно больше чем один или два курса пелоидотерапии; наиболее часто это три – четыре курса, но более 23% детей получили 5 и более курсов (в ряде случаев - до восьми).

Таблица 2

**Распределение детей по числу полученных курсов грязелечения**

Число полученных курсов грязелечения	Форма заболевания			
	диплегическая		атонически-астатическая	
	n	% ±m	n	% ±m
1 курс	-	-	1	2,2±2,0
2 курса	9	9,5±3,0	4	8,7±4,2
3 курса	30	31,9±4,9	12	47,3±7,3
4 курса	24	36,1±4,9	12	28,1±6,6
5 курсов	12	12,7±3,4	4	8,7±4,2
6 курсов	9	9,5±3,0	6	13,0±4,9
Более 6 курсов	10	10,6±3,1	7	15,2±8,3

Изучение эффективности грязелечения в зависимости от числа повторных курсов у детей с ДЦП показано, что улучшение двигательных функций не представляло плавного, от курса к курсу возрастающего процесса. Значительный скачок двигательных возможностей после первого курса сменился замедлением эффективности и только после четвертого курса можно было вновь наблюдать более или менее значительные сдвиги, после чего улучшение снова замедлялось.

В отношении развития когнитивной сферы позитивная динамика была более равномерным

процессом, что связано, по-видимому, и с физиологическим ростом (взрослением) ребенка, и в большей степени зависело от педагогических мероприятий в период между повторными курсами. Можно отметить довольно отчетливую позитивную динамику со стороны развития речевой функции после каждого очередного курса пелоидотерапии, также достигавшую наибольшей эффективности после третьего – четвертого курса, в отличие от когнитивной сферы, где значительных успехов не удавалось добиться ни после первого, ни после последующих курсов пелоидотерапии.

Таким образом, в исследовании имелось два основных фактора, влиявших на эффективность грязелечения - число повторных курсов и возраст ребенка к началу их проведения (таблица 3) Эффективность выражалась в баллах [2] по данным интегративной оценки состояния основных функций центральной нервной системы – двигательной, когнитивной и речевой.

Для выявления согласования или отличия по этим двум показателям нами был использован метод непараметрического дисперсион-

ного и корреляционного анализа [6], при помощи которого было установлено, что расчетный критериальный показатель  $s_2$  равен 9.48 при критическом значении равном 8.28, при коэффициенте корреляции «эффективность - число повторных курсов» равном 0.6 и коэффициенте корреляции «эффективность - возраст начала грязелечения» равном 0.8. Эти показатели свидетельствуют о преимущественном влиянии на эффективность грязелечения фактора возраста его начала.

Таблица 3

**Взаимозависимость между степенью компенсации двигательных функций в баллах, временем начала и числом полученных курсов пелоидотерапии**

Возраст начала грязелечения	Число полученных курсов грязелечения					
	2	3	4	5	6	7 и >7
До двух лет	3 балла 100%	3 балла 100%	3 балла 100%	-	-	-
В три года	3 балла 100%	-	3 балла 100%	-	-	-
В четыре года	3 балла – 50% 2 балла – 50%	3 балла - 61% 2 балла - 39%	3 балла - 80% 2 балла - 20%	-	2 балла - 100%	2 балла - 100%
В пять лет	3 балла 50% 2 балла - 50%	3 балла -50% 2 балла - 50%	3 балла - 70,5% 2 балла - 29,5%	3 балла - 71% 2 балла - 29%	3 балла - 75% 2 балла - 25%	3 балла - 42,8% 2 балла - 57,2%
В шесть лет	-	-	-	3 балла -25% 2 балла - 50% 1 балл - 25%	2 балла - 100%	2 балла - 80% 1 балл - 20%
В семь и более лет	-	2 балла - 30% 1 балл - 70%	2 балла - 70% 1 балл - 30%	3 балла -25% 2 балла 50% 1 балл -25%	1 балл - 100%	2 балла - 30% 1 балл -70%

Приведенные данные позволяют сделать следующие выводы:

1. Наиболее важным фактором, определяющим эффективность грязелечения является раннее его начало.

2. Максимальный эффект в отношении двигательной сферы больных ДЦП проявляется после четвертого курса пелоидотерапии, после чего эффективность ее значительно снижается.

3. Пелоидотерапия, не оказывая высокого эффекта в отношении когнитивной сферы больных атонически астатической формой, вызывает отчетливые позитивные сдвиги в этом отношении у больных диплегической формой заболевания.

4. Пелоидотерапия оказывает отчетливый позитивный эффект на развитие речи детей с ДЦП, также достоверно замедляющийся после первых четырех курсов.

*С.В. Прусс*

## ДЕЯКІ ПІДСУМКИ ПЕЛОЇДОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ

Детский клинический санаторий «Хаджибей»

У роботі на підставі обстеження рухової, когнітивної та мовної функції 140 хворих на ДЦП, що досягли 10 річного віку (вік стійких остаточних явищ) проаналізовано ефективність попередніх курсів пелоїдотерапії залежно від віку початку та загального числа курсів лікування. Встановлено що максимальна ефективність відносно рухової та мовної функції при обох формах досягається після четвертого курсу грязелікування, після чого позитивна динаміка значно сповільнюється. Що до когнітивної функції, то у хворих на диплегічну форму ДЦП, вона має тенденцію до поступового розвитку від курсу к курсу; при атонічно астатичній формі захворювання значної динаміці не спостерігалось. Застосування методу непараметричного та кореляційного аналізу дозволило встановити що найбільш важливим фактором ефективності пелоїдотерапії хворих на ДЦП з'являється його раннє застосування. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.90-93)

*S. V. Pruss*

## SOME BALANCES OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY PELOIDOTHERAPY

Children clinical sanatorium «Khadgibeі»

The effect of many courses of peloidotherapy influence to the movement, cognitive and speech development of 120 children with CP at the age of sturdy residual consequences (10±1) is analyzed and presented. The best effect of the fourth course to the movement and speech malfunctions at all CP forms was ascertained. Further courses had no such reliable effects. The cognitive function of children with spastic dyplegia developed from one course to further ones. At the same time this function of children with atonic - astatic CP form had nearly no improvenet. To apply special mathematic statistic methods was ascertained that most important factor of peloidotherapy effectiveness is the early beginning of treatment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.90-93)

### *Литература*

1. Семенова К.А. Труды 1-й Республиканской научно-практической конференции врачей детских санаториев для больных церебральными параличами. Калуга 1975,  
2. Семенова К.А., Мاستюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия ДЦП. М.1972, «Медицина» 279с.  
3. Robinson R.J. Causes and associations of severe and persistent specific disorders in children // J. Dev. Med. and Child Neurol. —1991, № 33. —р. 943 - 962.

4. Rompe G. Gibt es Indikationen für physikalische Behandlungsmassnahmen im Kinder alter // J.Therapiewoche. —1987. - №37. —р. 4462-4467.  
5. Штеренгерц А.Е., Галина И.В. Лечение и реабилитация детей с церебральными параличами на бальнеогрязевом курорте. Киев, «Здоров'я», 1977. 139  
6. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабиц П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях, 2000, 319 с.

Поступила в редакцию 18.06.2004