

Результаты.

Цифровая реабилитация может повысить эффективность реабилитации, позволяя пациентам заниматься в домашних условиях и самостоятельно, а также расширяет доступ к реабилитационным услугам для людей, живущих в удаленных или малонаселенных районах [3].

Цифровые тренажеры позволяют адаптировать реабилитационные программы под конкретные потребности и особенности каждого пациента, что повышает их эффективность.

Цифровая реабилитация предоставляет возможность постоянно мониторить прогресс пациента, собирать данные о его деятельности и оценивать эффективность реабилитационной программы

Вывод.

На сегодняшний день применение высокотехнологичных роботизированных комплексов в реабилитации, является одним из перспективных направлений в медицине. Цифровая реабилитация должна быть доступной каждому ребенку вне зависимости от региона [4].

Рекомендации.

Необходимо обучить медицинских работников использованию цифровых технологий и интеграции их в реабилитационные программы [4].

Следует разработать стандарты для обеспечения безопасности, эффективности и качества цифровых реабилитационных услуг.

Важно обеспечить доступ к необходимым цифровым тренажерам и инфраструктуре для всех пациентов.

Необходимо проводить систематическую оценку эффективности цифровой реабилитации для оптимизации программ.

Список литературы.

1. Цифровая медицина и цифровизация здравоохранения в России // Медицинские статьи в блоге MD.School. — 2024. — С. 1–2.
2. Цифровая физическая реабилитация детей и подростков с проблемами опорно-двигательного аппарата после травм: отчёт о реализации проекта, 2020–2021 гг. — С. 3, 20–22.
3. Реабилитация XXI век: традиции и инновации: сб. тез. — 2017. — С. 49–51.
4. Нурахметова А. С., Хайбуллин Т. Н., Киспаева Т. Т. Современные технологии в реабилитации пациентов, перенесших инсульт с двигательными нарушениями // Наука и здоровье. — 2020. — С. 16.

УДК 616.831-009.11-053.2/.6-036.8 (574.53)

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А: ОПЫТ ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Байжуматова М.П.

Врач-невролог, заместитель руководителя Областного детского реабилитационного центра «Жанся» управление здравоохранения Туркестанской области, г. Кентау, Республика Казахстан.

Актуальность. Церебральный паралич (ЦП) представляет собой группу перманентных, но не прогрессирующих нарушений развития движений и позы, вызывающих ограничение активности, что обусловлено неонатальным или антенатальным повреждением развивающегося головного мозга [1]. Наиболее распространённым двигательным синдромом при ЦП является спастичность, характеризующаяся повышением мышечного тонуса и нарушением селективного контроля движений [2]. Без коррекции спастичность приводит к контрактурам, укорочению мышц, болевому синдрому, снижению качества жизни, затрудняет проведение физиотерапии и ортезирования, усугубляет психоэмоциональное состояние ребёнка и семьи. Комплексная реабилитация с участием мультидисциплинарной команды является основным подходом к лечению таких пациентов [3,4]. В рамках этой модели применение ботулинического токсина типа А (БТА) становится всё более востребованным методом временной и управляемой коррекции фокальной спастичности.

Цель. Представить региональный клинический опыт применения ботулинического токсина типа А у детей с ЦП в рамках специализированной реабилитационной программы, проанализировать

динамику клинических показателей, частоту и длительность терапевтического эффекта, а также оценить значимость применения шкалы достижения целей (GAS) в практике ботулинотерапии.

Задачи

1. Провести комплексную оценку изменений мышечного тонуса и функции целей инъекций ботулинического токсина А у детей с ЦП на основании шкал GAS, GMFM и MACS, а также гониометрии и клинической динамики спастичности.
2. Сравнить длительность терапевтического эффекта БТА в различных группах мышц и выявить факторы, влияющие на продолжительность ремиссии спастичности.
3. Оценить влияние ботулинотерапии на переносимость физической реабилитации и ортезирования, а также на мотивацию пациента и семьи в ходе реабилитационных мероприятий.
4. Выявить безопасность процедуры и частоту побочных эффектов ботулинического токсина А в условиях регионального центра, включая анализ случаев временной мышечной слабости.
5. Проанализировать эффективность использования шкалы достижения целей (GAS) для индивидуальной постановки задач лечения и мониторинга прогресса в ходе серии инъекций.

Материалы и методы. Работа основана на ретроспективном анализе - 315 пациентов с ЦП, проходивших лечение в ОДРЦ «Жансая» в 2023 - 2024 гг. Применялся препарат Комплекс ботулинический токсин типа А-500 ед - Диспорт®), зарегистрированный в РК для лечения спастичности у детей от 2 лет. Инъекции проводились преимущественно двуглавую мышцу плеча, плечелучевую и сгибатели запястья при вовлечении верхних конечностей, а также в бедренные, приводящие, икроножные мышцы нижних конечностей. Дозировка подбиралась индивидуально — в среднем от 20 до 30 ЕД/кг. Эффективность оценивалась по шкале GAS, GMFM, MACS, гониометрия, клинической динамике спастичности.

Результаты. У 82 % пациентов достигнуто значимое снижение мышечного тонуса в целевых группах мышц, что сопровождалось улучшением позной устойчивости и навыков локомоции. В 74 % случаев длительность действия препарата составила 4 месяца и более, в 21 % — превышала 7 месяцев. У 67 % пациентов наблюдалось улучшение переносимости ортезирования и участия в реабилитационных мероприятиях. Шкала GAS позволила индивидуализировать цели и эффективно оценить прогресс: у 76 % детей цели были достигнуты, у 19 % — частично достигнуты.

Рекомендации

1. Развивать мультидисциплинарный подход: включать в работу невролога, реабилитолога, физиотерапевта и при необходимости – ортопеда для оптимального подбора целей и последующей реабилитации.
2. Организовать регулярное обучение и повышение квалификации специалистов региональных центров по технике ботулинотерапии и работе со шкалой GAS, опираясь на опыт Европейского консенсуса 2009 года по применению БТА у детей с ЦП .
3. Обеспечить обязательное применение стандартизированных шкал оценки (GAS, GMFM, MACS) до и после процедуры для объективного мониторинга эффективности терапии и коррекции плана лечения по результатам динамического наблюдения .
4. Рекомендовать периодический пересмотр протоколов инъекций с учётом накопленных клинических данных о длительности эффекта и переносимости препарата, с целью оптимизации частоты введений и расширения «окна» возможностей для реабилитации.

Выводы. Ботулинотерапия с применением БТА (Диспорт®) у детей с ЦП в условиях регионального центра показала высокую клиническую эффективность и безопасность, особенно в составе комплексной программы реабилитации. Использование шкалы GAS способствует более точной постановке задач лечения, повышает мотивацию семьи и объективизирует результаты терапии. Опыт Туркестанской области может служить моделью для внедрения в другие регионы Казахстана.

Литература

1. The Definition and Classification of Cerebral Palsy. (2007). *Developmental medicine and child neurology*, 49(s109), 1–44. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00001.x>
2. Oskoui, M., Coutinho, F., Dykeman, J., Jetté, N., & Pringsheim, T. (2013). An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Developmental medicine and child neurology*, 55(6), 509–519. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12080>
3. Баранов, А. А., Намазова-Баранова, Л. С., Куренков, А. Л., Клочкова, О. А., Каримова, Х. М., Мамедьяров, А. М., ... & Бурсагова, Б. И. (2014). Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом.

4. Graham, H. K., Rosenbaum, P., Paneth, N., Dan, B., Lin, J. P., Damiano, D. L., Becher, J. G., Gaebler-Spira, D., Colver, A., Reddihough, D. S., Crompton, K. E., & Lieber, R. L. (2016). Cerebral palsy. *Nature reviews. Disease primers*, 2, 15082. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.82>

УДК 616.896:616-03686-053.2

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПО МКФ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Алимбаева А.Р.¹, Ахметжанова З.Ж.², Жумагалиева Б.М.³

¹ Научный руководитель, кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой педиатрии и медицинской реабилитации им. Д.М. Тусуповой, Медицинский университет Семей, г. Семей, Казахстан.

² Магистрант НАО «Медицинский университет Семей», заведующая отделением №6 психоневрологического отделения «Қамқор», г. Астана, Казахстан.

³ Невролог психоневрологического отдела №6, Қамқор, г. Астана, Казахстан.

Актуальность. Применение МКФ открывает новые возможности для построения персонализированной программы терапии.

В последние годы в Казахстане наблюдается значительный рост числа детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Эффективная реабилитация требует индивидуализированного подхода и объективной оценки динамики состояния ребёнка. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) открывает новые возможности для построения персонализированной программы терапии.

Цель.

Оценить прогностическое значение применения МКФ в реабилитации детей с РАС для индивидуализации и повышения эффективности вмешательств.

Задачи.

1. Проанализировать структуру коморбидных состояний у детей с РАС.
2. Оценить динамику функционирования на основе МКФ.
3. Разработать алгоритм прогнозирования исходов реабилитации с использованием расчетов R1 — первичной оценки функционального состояния и R2 — итоговой оценки эффективности вмешательства на основе данных МКФ.

Материалы и методы.

Проведён ретроспективный анализ данных 372 детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), проходивших курс медицинской реабилитации в Национальном центре детской реабилитации (НЦДР).

Оценка состояния осуществлялась с использованием следующих инструментов:

- скрининговые и диагностические шкалы: M-CHAT, CARS, ADOS, EPS, ABLLS, DDST;
- домены Международной классификации функционирования (МКФ):
 - b – функции организма,
 - d – активность и участие,
 - e – факторы окружающей среды.

Согласно Стандарту реабилитации (Приказ №65 от 7 апреля 2023 года), пункт 30, R₁ представляет собой совокупную первичную оценку состояния ребёнка в начале курса реабилитации, а R₂ — итоговую оценку состояния в конце курса. В соответствии с пунктом 33, на основании значений R₁ и R₂ выделяют четыре категории реабилитационного потенциала. Следует отметить, что сами по себе R₁ и R₂ не являются индексами реабилитационного потенциала и эффективности вмешательства, однако могут быть использованы для их расчёта и анализа динамики в процессе реабилитации, что позволяет объективизировать планирование и маршрутизацию пациентов. [1].

Оценку проводила мультидисциплинарная команда (МДК), включающая: педиатра, невролога, клинического психолога, логопеда, специалиста АВА-терапии, дефектолога, эрготерапевта, АФК-инструктора и методиста по МКФ.

Статистическая обработка данных включала:

- описательную статистику (средние значения, доли, стандартные отклонения),