

### **Выводы:**

1. Сывороточная концентрация тиреоглобулина выше при активном гастрите по сравнению с неактивным, и зависит от степени активности воспалительного процесса.

2. По содержанию тиреоглобулина в сыворотке крови можно получить дополнительные доказательства активности воспалительного процесса в СОЖ.

### **Список литературы:**

1. Березин, В.А. Тиреоглобулин / В.А. Березин, Л.В. Гербильский, И.Н. Корниловская // Проблемы эндокринологии. - 1993. - Т.3, №4. - С. 54-59.
2. Герасимов, Г.А. Лабораторные методы в диагностике заболеваний щитовидной железы / Г.А. Герасимов // Клиническая лабораторная диагностика. - 1998. - №6. - С. 25-34.
3. Данилова, Л.И. Болезни щитовидной железы и ассоциированные с ними заболевания / Л.И. Данилова. - Минск-Нагасаки, 2005. – 470 с.
4. Щитовидная железа: Фундаментальные аспекты / под ред. А.И. Кубарко и S.Yamashita. - Минск - Нагасаки, 1998 – 368 с.
5. Mann, K. Klinikal aspects and preoperative diagnosis in differentiated thyroid gland carcinoma / K. Mann, B. Schwetschenau // Zentralbl. Chir. - 1997. - V. 122, №4. - P. 246 – 251.
6. Vali, M. Thyroglobulin as Autoantigen: Structure and Function / M. Vali [et al.] // Rev. Endocr. Metab. Disorders (2000)1: P. 69-77.

## **МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ УСТАНОВОК ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА**

**Стрелец Е.В.- заведующий отделением медицинской реабилитации,  
Степанова Н.В – врач-рефлексотерапевт, Шевякова Т.И.- врач-  
физиотерапевт**

*УЗ «Минская областная детская клиническая больница»,  
Минск, Беларусь, modkb@inbox.ru*

Correction of pathological attitudes shoulder girdle in children with cerebral palsy.

Key words: children, cerebral palsy.

**Введение.** У детей с церебральными параличами в течение многих лет установочные рефлексы не формируются или формируются лишь их

элементы, а тонические рефлексy периода новорожденности могут оставаться активными или даже нарастать. Постепенно нарастают и патологические синергии, определяя, вместе с тоническими рефлексами и аномально развивающимися установочными рефлексами, формирование патологического двигательного стереотипа. Сформировавшийся в таких условиях двигательный стереотип с устойчивыми порочными позами и установками конечностей служит мощным источником патологического афферентного потока, замыкая круг восходяще-нисходящих влияний в клинической картине заболевания.

В частности, при сохраняющейся активности шейного тонического симметричного рефлекса и отсутствии или слабости установочного лабиринтного рефлекса на голову повышается тонус в большой грудной мышце и, синергично, в сгибателях верхних конечностей. Формируется с первых месяцев жизни избыточный тонус в верхних отделах широчайшей мышцы спины, трапециевидной и ромбовидной, а нижние отделы этих мышц оказываются гипотрофичными и гипотоничными, в результате чего в средне- и нижнегрудных отделах начинает формироваться к концу второго полугодия, а в тяжелых случаях и раньше, кифоз или кифосколиоз. Стабилизация лопатки оказывается невозможной из-за слабости и гипотрофии задних мышц лопатки, подлопаточных мышц и мышц спины, в результате чего лопатка смещается вверх и отходит к задней подмышечной линии. Опора на лопатку, необходимая при разгибании руки, оказывается затруднительной. Постепенно порочные установки суставов становятся стабильными, формируется устойчивая фиксация плеча в положении сгибания, внутренней ротации и приведения. Круглый пронатор, рано вовлекаемый в сгибательную синергию, вместе с квадратным пронатором оказывается активным участником этой синергии. Напряжение, уплотнение большой грудной мышцы выявляется пальпаторно даже в состоянии покоя, а иногда и визуально. Устойчивую пронаторную установку принимают предплечье и кисть.

При этих условиях формирование физиологических синергий, необходимых для любого движения, основным компонентом которого будет разгибание и супинация, невозможно, или значительно ограничено.

Актуальным является поиск эффективного метода, препятствующего фиксации порочной установки плечевого пояса, как одного из этапов формирования патологического двигательного стереотипа у детей с детским церебральным параличом.

**Материалы и методы исследований.** Нами проанализирован опыт лечения 45 детей в возрасте от 1,5 до 3 лет, со спастическими формами детского церебрального паралича, у которых имелись выраженное ограничение объема движений в плечевых суставах, стойкая пронаторная установка плеч, сгибательно-пронаторная установка в локтевых и лучезапястных суставах, выявляемое пальпаторно в состоянии покоя напряжение больших грудных мышц. В положении сидя тело было крайне неустойчивым, не была развита опорная функция рук. Формировался

кифоз в средне- и нижнегрудных отделах спины.

Курс реабилитации включал в себя следующие мероприятия:

1 часть курса (10 дней):

1. Теплолечение – 10 процедур.
2. Ультразвуковая терапия (далее - УЗ-терапия) на область больших грудных мышц – 7-8 процедур.
3. Электростимуляция мышц-разгибателей предплечий или дельтовидных мышц - 10 процедур.
4. Электростимуляция мышц спины (средне- и нижнегрудные отделы) – 8–10 процедур.

Все процедуры проводились в один день, в приведенной последовательности.

2 часть курса включала в себя рефлексотерапию в виде классической акупунктуры (8 процедур).

Для проведения теплолечения использовались аппликации парафина в смеси с озокеритом в соотношении 1:1 на шейно-воротниковую зону (с захватом верхних частей трапецевидной, ромбовидной и широчайшей мышц спины, зон лопаток, грудных мышц) в стандартных возрастных дозировках.

УЗ-терапия проводилась от аппарата УЗТ-1.07Ф, с частотой колебаний 0,88 МГц, интенсивность воздействия составляла 0,3-0,4 Вт/см<sup>2</sup>, в непрерывном режиме, длительность - по 2-3 минуты на поле.

Для проведения процедур электростимуляции использовались синусоидально модулированные токи от аппарата «Рефтон-01» и «Амплипульс-4», с параметрами: переменный режим, РРП, частота 150 – 100 Гц, глубина модуляций 100%, S2/3, по 6 минут на поле. Электростимуляция дельтовидных мышц применялась в тех случаях, когда размер руки пациента позволял расположить электроды в пределах только дельтовидной мышцы, а в локтевых суставах не была резко выражена сгибательная установка (10 человек). Остальные дети получали процедуры электростимуляции разгибателей предплечий.

При проведении иглорефлексотерапии первые 2–3 процедуры воздействовали на точки акупунктуры широкого спектра действия - (GI11, TR5, MC6, E36, VB34, RP6, RP9 и др.). 2-3 раза за курс у всех пациентов использовались акупунктурные точки шейно-воротниковой зоны по тормозному варианту (GI16, IG 9, IG10, IG11, IG14, IG15, VB21, TR15, VG14 и др.). Также по тормозному варианту работали с точками внутренней поверхности руки (P1, P2, P5, P7, C3, MC5, MC6, MC3); точки, расположенные в области мышц-антагонистов спастичным - тонизировали (GI4, GI10, GI11, GI14, GI15, TR10, др.).

В группу сравнения вошли 20 пациентов с аналогичной клинической картиной, у которых воздействие средствами реабилитации было направлено на другие патологические звенья – дистальные отделы рук, нижние конечности.

Все пациенты получали массаж, ЛФК, медикаментозное лечение.

На протяжении всего курса проводился тщательный контроль состояния и самочувствия детей.

**Результаты и их обсуждение.** В результате проведенного лечения положительная динамика наблюдалась у 40 пациентов – в виде увеличения объема движений в плечевых суставах и в целом в верхних конечностях (90%). У 42 человек отмечено уменьшение плотности, ригидности грудных мышц (93%). Улучшилась опора на кисти и предплечья в положении лежа на животе у 35 детей (77%), у 36 - увеличилась устойчивость в положении сидя, реакции равновесия (80%), улучшилась опорная функция рук в положении сидя – 30 детей (67%). Наблюдалось уменьшение кифоза – 29 пациентов (65%).

В контрольной группе, где порочная установка плечевого пояса не выделялась как ведущая деформация при данной клинической картине, и воздействие средств реабилитации не было подчинено решению одной тактической задачи, положительная динамика была выражена значительно слабее. Так, увеличение объема движений в верхних конечностях наблюдалось в 48% случаев и в меньшей степени, улучшение опорной функции рук отмечено лишь у 38% пациентов.

**Выводы:**

1. Комплексное воздействие на четко выделенное ведущее патологическое звено на каждом конкретном этапе развития моторики позволяет провести адекватную коррекцию компенсаторных и биомеханически обусловленных изменений в зоне воздействия и за ее пределами, подавить формирование патологического двигательного стереотипа.

2. Предложенный комплекс мероприятий легко переносится пациентами и доступен в техническом плане для широкого применения.

**Список литературы:**

1. Семенова, К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах / К.А. Семенова. – Москва, «Медицина» 1976. –С.34.

2. Гурленя, А.М. Физиотерапия в неврологии / А.М. Гурленя, Г.Е. Багель, В.Б. Смычек. – Минск, 2008. - С. 56-67.

3. Скворцов, И.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии / И.А. Скворцов, Н.А. Ермоленко. - М.: «МЕДпресс-информ», 2003. – С. 23-28.

4. Семенова, К.А. Патогенетическая восстановительная терапия больных детским церебральным параличом / К.А. Семенова, А.Е. Штернгерц, В.В. Польской. – Киев: Здоров'я, 1986.- С. 11-19.