



МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр»

Контроль за физическим развитием, как один из важных аспектов построения реабилитационной программы детей группы перинатального риска

заведующий ОМР МБУ «ЕКПЦ», к.м.н.
Баранов Д.А.

Межрегиональная научно-практическая конференция «Участковый педиатр – герой нашего времени»

Екатеринбург, 23-24.05.2018 г.



Актуальность



выхаживание и реабилитация (абилитация*) младенцев, группы перинатального риска, в том числе родившихся раньше срока, на сегодняшний день определена как одна из значимых государственных задач

в настоящее время отмечается разрыв между технологиями выхаживания недоношенных детей в специализированных стационарах и ведением таких пациентов на последующих этапах



***абилитация** – развитие у ребенка функций, изначально у него отсутствующих или нарушенных, предотвращение формирования ограничений жизнедеятельности и социальной дезадаптации

Актуальность

отсутствие единой научно обоснованной реабилитационной (абилитационной) стратегии, стандартный подход к курации и «схематичность» ведения таких пациентов становится причиной значительных затруднений при:

- постановке задач реабилитации,*
- определения ее стартовой точки и продолжительности,*
- оценке эффективности проводимых мероприятий.*

гипердиагностика и излишне активная терапия оборачиваются чрезмерной стимуляцией, а выжидательная тактика приводит к поздней коррекции, когда уже упущены оптимальные сроки для развития/ формирования/ восстановления функций.



Целевая аудитория

Пациенты группы перинатального риска:

- недоношенные дети;
- дети от срочных родов, перенесшие тяжелую асфиксию;
- дети с указанием на наличие в анамнезе нейроинфекции, сепсиса, травмы и др.



Дети с нарушением развития или с риском нарушения в:

- **моторной сфере** (от первичного рефлекторного двигательного акта к осознанному целенаправленному действию);
- **сенсорной сфере** (от чувствительности и элементарных ощущений к восприятию окружающего мира, социальной перцепции);
- **когнитивной сфере и речи** (от познания предметного мира и навыков, элементарных языковых сигналов к формированию познавательной деятельности и речи);
- **эмоционально-коммуникативной сфере и мотивации** (элементарных коммуникативных реакций к формированию мотивационной сферы и способов адаптации личности в социальной среде).

Профилактика развития тяжелой инвалидизирующей патологии у детей группы высокого перинатального риска

- ведение беременности;
- качественное оказание акушерской и неонатальной помощи в родах;
- отказ от elective родоразрешения;
- поддержание температурной цепочки;
- мониторинг витальных функций плода и новорожденного;
- качественная респираторная поддержка;
- адекватная инфузионная терапия, поддержание перфузии и стабильной гемодинамики, коррекция метаболических нарушений, достаточное парентеральное питание;
- профилактика инфекционных осложнений;
- противосудорожная терапия;
- развивающий уход;
- ведение после выписки – катamnестическое наблюдение
- **ранняя реабилитация (абилитация).**



*Сосредоточение помощи в специализированных центрах, имеющих оборудование и обученный персонал – **трехуровневая система оказания помощи***

Предпосылки ранней реабилитации

- **к рождению** в головном мозге младенца насчитывается около **1 млрд. нейронов** (деление, дифференциация и миграция нейронов завершена).

- с перинатального периода и до 3-х лет происходит **интенсивный синаптогенез** (каждый нейрон может создавать до нескольких тысяч связей);

- **700 новых синапсов** образуется в головном мозге ребенка **ежесекундно** в первые несколько лет жизни.

- **осуществляется миелинизация** нервных волокон и формирование глии;

- наряду с процессом образования синапсов происходит также и процесс гибели синаптических связей, **«выживают» те синапсы**, в которых отмечается наибольшая электрическая активность, т.е. те соединения, **которые «получают опыт»**.



Предпосылки ранней реабилитации

- **90-100%** вероятность отставания в развитии у детей, имевших 6-7 факторов риска в анамнезе;

- к **18 месяцам жизни** у детей могут быть выявлены отличия в развитии речи, которые коррелируют с социальным статусом родителей (уровнем образования и доходов)*.

- **3:1** – соотношение заболеваний сердечно-сосудистой системы у взрослых, имевших «неблагоприятный опыт» в детстве по сравнению с контролем;

- **4-9\$** возвращается на каждый доллар, вложенный в программы раннего вмешательства*.



*по данным **Центра развития ребенка Гарвардского университета, США.**

Этапы реабилитации

- «отбор» пациентов с наиболее высоким риском начинается на этапе **отделения реанимации и интенсивной терапии, отделений патологии новорожденных ЕКПЦ;**
- при выписке из стационара осуществляется запись детей высокой степени риска к врачу **кабинета динамического наблюдения реабилитационно-консультативной службы ЕКПЦ;**



- на амбулаторном приеме врачом реабилитационного отделения проводится оценка наличия и степени выраженности нарушений у ребенка, определяются **показания к проведению реабилитационных мероприятий;**



- при наличии показаний ребенок включается в **реабилитационную программу**, которая проводится на базе дневного и/или круглосуточного стационара в зависимости от состояния, индивидуальных особенностей семьи и ребенка;
- пациенты направляются в дневной и круглосуточный стационары специалистами – **неврологами территориальных поликлиник и Городского кабинета катamnестического наблюдения** детей группы высокого перинатального риска, организованного на базе ДГП №13;



Реабилитация

Для успешной реабилитации (**абилитации**) детей группы перинатального риска необходима единая методология наблюдения, коррекции и ликвидации последствий заболеваний, основанная на знании:



- *анатомо-физиологических особенностей ребёнка;*
- *критериев физического развития;*
- *закономерностей нервно-психического развития;*
- *сроков и допустимых пределов формирования моторных навыков, сенсорных и когнитивных функций;*
- *объективизированных данных о степени нарушения функции и дезадаптации;*
- *принципов доказательной медицины.*

Физическое развитие

- *физическое развитие ребенка на первом году жизни является зеркалом его соматического здоровья, что во многом определяет исход и прогноз многих соматических заболеваний;*
- *вопросы вскармливания, времени введения прикормов составляют значимую часть комплекса лечебно-профилактических мероприятий.*



«Особые» потребности у недоношенных детей определяются

- *гестационным возрастом ребенка, с соответствующей возрасту дотацией белка, витаминов, минералов и др.;*
- *функциональным состоянием желудочно-кишечного тракта;*
- *наличием или отсутствием дефицитных состояний;*
- *необходимостью преимущественного отложения «тощей» массы тела;*
- *ростом и развитием мозга;*
- *формированием иммунной толерантности (микробиота).*



Центильные шкалы физического развития девочек, родившихся недоношенными (вес при рождении менее 1500 г.)

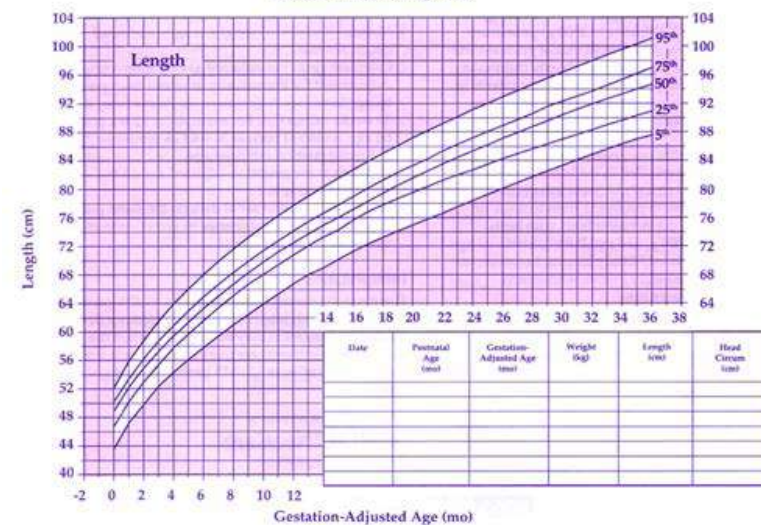
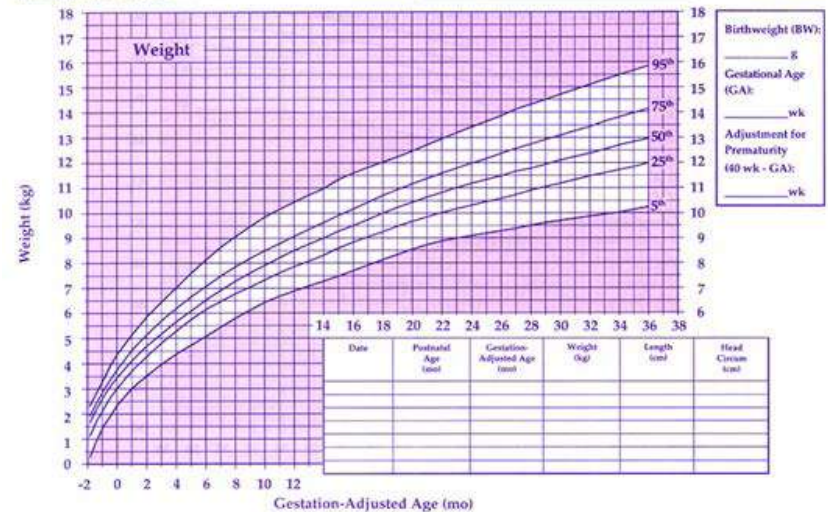
■ физическое развитие недоношенных детей характеризуется более высокими темпами нарастания массы и длины тела в течение первого года жизни, чем у доношенных;

■ чем меньше масса и длина тела при рождении, тем интенсивнее увеличиваются эти показатели в течение первого года жизни.

IHDP Growth Percentiles:
VLBW Premature Girls^{1,2}
(≤ 1500 g BW, ≤ 37 wk GA)

Name _____
Record # _____

ROSS
PEDIATRICS



Физическое развитие

- дети, «догнавшие» свой центильный коридор к 6–9 мес. скорректированного возраста, имеют лучший прогноз нервно-психического развития, чем не достигшие должнствующих массо-ростовых показателей;

[Ehrenkranz R.A., Dusick A.M., Vohr B.R. et al., 2003; Ehrenkranz R.A., Dusick A.M., Vohr B.R. et al., 2006]

- значительно лучший неврологический прогноз имеют дети, «догнавшие» соответствующие нормативные показатели физического развития к 2–3 мес. скорректированного возраста;

[Dharmaraj S.T., Henderson M., Embleton N.D. et al., 2005]

- максимально благотворным для дальнейшего развития является скачок роста в первые 2 мес. скорректированного возраста.

[Cooke R., 2011]



Цели вскармливания недоношенных детей

- содействовать вскармливанию женским молоком;
- свести к минимуму дефицит питания или быстро восполнить его в случае обнаружения;
- избегать более калорийного питания и ускорения постнатального роста, превышающего нормальные значения для постконцептуального возраста.



- необходимо своевременно определять дефицит питания и оперативно его исправлять;
- после устранения дефицита в питании необходимо как можно быстрее вернуться к обычному рациону, чтобы избежать излишней калорийности и ускоренного роста

Грудное молоко – исключительный приоритет в питании недоношенных детей



- ▶ *сохраняет все защитные факторы*
- ▶ *способствует более быстрой эвакуации из желудка*
- ▶ *обеспечивает лучшее всасывание жиров*
- ▶ *стимулирует моторику ЖКТ*
- ▶ *снижает риск возникновения НЭК*
- ▶ *снижает вероятность тяжелого течения бронхолегочной дисплазии и ретинопатии недоношенных*
- ▶ *обеспечивает лучшее психомоторное и интеллектуальное развитие*

Клинические рекомендации по энтеральному вскармливанию недоношенных детей. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова» МЗ РФ, Межрегиональная общественная организация содействия развитию неонатологии «Ассоциация неонатологов», 2015

Фортификатор PreNAN HMF

- ▶ Энергия
- ▶ Эссенциальные жирные кислоты
- ▶ Белки
- ▶ Витамины и минералы



Условия и правила обогащения грудного молока

- обогащается только зрелое молоко (не ранее 12 дня жизни);
- обогащение зрелого грудного молока рекомендуется после достижения суточного объема энтерального питания не менее 80-100 мл/кг;
- в первый день обогащения грудного молока добавляется $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{5}$ от рекомендуемой дозы фортификатора;
- обогащение грудного молока рекомендуется проводить до 52 недель ПКВ с учетом нутритивного статуса ребенка, по показаниям (вес ребенка менее 25 перцентиля с учетом скорректированного возраста) **можно использовать дольше**

- ▲ Повышает энергетическую ценность ГМ до 85 ккал/100 мл
- ▲ Повышает содержание белка в ГМ до 3,6 г/100 ккал или 3,04/100мл
- ▲ 100% сывороточный умеренно-гидролизированный белок
- ▲ Улучшенный жировой компонент: MCTs, DHA, LA, ALA
- ▲ Содержит ключевые витамины и микроэлементы
- ▲ 1 стик (1 г) на 25 мл ГМ

Потребности недоношенных детей в калориях в зависимости от возраста

Месяц	Вес при рождении более 2000 г.		Вес при рождении менее 1500 г.	
	Естественное или смешанное (ккал/кг/сут)	Искусственное (ккал/кг/сут)	Естественное или смешанное (ккал/кг/сут)	Искусственное (ккал/кг/сут)
1-й	140	130	140	130
2-й	135	125	140	130
3-й	130	120	135	125
4-й	125	115	130	120
5-й	120	115	125	115
6-й	115	115	120	115
7-й	115	110	115	115
8-12-й	110	110	115	110

Алгоритм нутритивной поддержки у детей первого года жизни

Функция ЖКТ
сохранена



Базовая формула,
обогащенная пробиотиками

NAN, NAN Гипоаллергенный



продукт для недоношенных и маловесных детей с целью коррекции дефицита белка

Оценка функционального
состояния ЖКТ



PreNAN

Функциональные
нарушения ЖКТ



Продукты функционального питания,
обогащенная пробиотиками

**NAN Кисломолочный, NAN Антирефлюкс,
NAN Антиколики, NAN Тройной Комфорт**



Цель введения прикорма



Сроки введения прикорма (ориентиры)

- *гестационный возраст при рождении;*
- *осуществлялась ли ранняя нутритивная поддержка;*
- *текущий нутритивный статус и соответствие веса и роста ребенка возрастным нормам;*
- *психомоторное развитие и готовность ребенка к принятию густой пищи.*

- *при достижении ребенком веса 5 кг;*
- *между 5-8 мес. хронологического возраста, как минимум 4 мес. скорректированного возраста;*
- *готов к принятию твердой пищи — угас рефлекс выталкивания, ребенок способен есть с ложки.*



Примерная схема введения прикорма недоношенным детям

Продукт	Скорректированный возраст (мес.)
Безмолочная рисовая каша	4,5 – 5



«Iron+»

(это особый комплекс железа, витамина С, йода и витамина В1 в оптимальном соотношении) позволяет предупредить дефицит витаминов и минералов в период введения прикорма



B. Lactis

Рост здоровой микрофлоры и укрепление иммунитета в период введения прикорма



СНЕ – расщепление полисахаров злаковых

Оптимальная энергетическая плотность исключает потребность в перекусах. Умеренная сладость способствует формированию правильных вкусовых привычек

Примерная схема введения прикорма недоношенным детям

Продукт	Скорректированный возраст (мес.)
Монокомпонентные фруктовые пюре	5 – 6
Соки после пюре	6 – 6,5
Овощное пюре	5 – 5,5
Мясное пюре из говядины	5 – 5,5



5 разных моноовощей!

- ✓ Содержит 100% натуральные овощи
- ✓ Без добавления крахмала, соли, сахара, ГМО и красителей
- ✓ Контроль на всех этапах производства — от поля до баночки
- ✓ Гарантированное качество и забота о безопасности
- ✓ 85 лет экспертизы в детском питании**

После 6 лет **57%** детей регулярно едят те овощи, к которым приучены с раннего детства***



Ранняя помощь (раннее вмешательство)



- система разнообразных подходов, технологий и мероприятий, направленных на развитие детей раннего возраста **с нарушением функций** физической, когнитивной или эмоционально-аффективной природы или **риском появления подобных нарушений**, а также ориентированных на поддержку семьи пациента с целью содействия его оптимальной адаптации в обществе;

- **целью** которой является оптимизация моторного, когнитивного, сенсорного и речевого развития младенца, **подразумевает** содействие активному исследованию ребенком среды и адаптации к ней, взаимодействию с окружением, получению разнообразного опыта, которые должны соответствовать его возрасту, когнитивному уровню, интересам, а также пожеланиям и приоритетам семьи;

- деятельность и рекомендации специалистов направлены на **консультирование семьи и усиление способностей семьи** в обеспечении лучшего развития и обучения для их ребенка.

Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants / A. Spittle, J. Orton, P. J. Anderson [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2015. – Nov 24 (11).

- согласно обзору из Кокрановской базы данных, раннее вмешательство способствует моторному и когнитивному развитию детей, родившихся преждевременно, в первые два года жизни

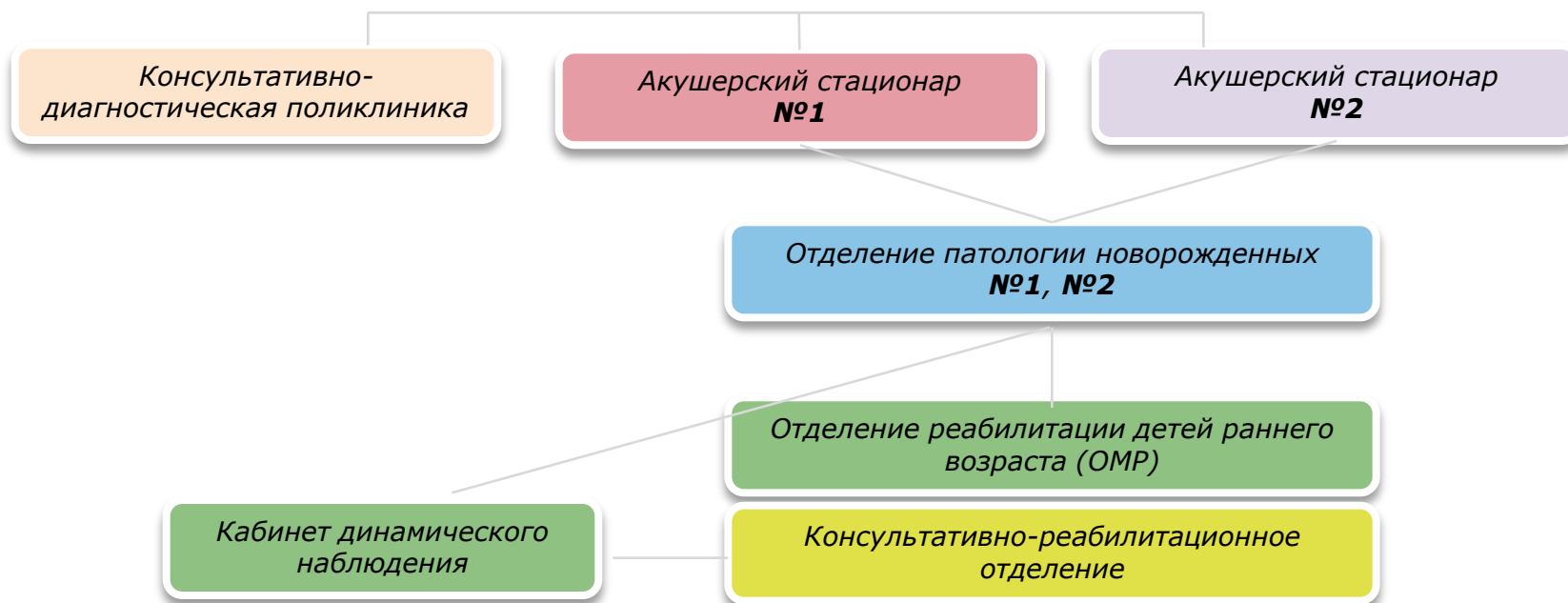
Early intervention leads to long-term developmental improvements in very preterm infants, especially infants with bronchopulmonary dysplasia / J. Van Hus, M. Jeukens-Visser, K. Koldewijn [et al.] // Acta Paediatr. – 2016. – № 105 (7). – P. 773-781.

- в РКИ было показано, что ранняя помощь положительно сказывается на отдаленных исходах у детей с массой тела при рождении менее 1500 грамм, особенно у глубоко недоношенных младенцев с бронхо-легочной дисплазией

A National Early Intervention System as a Strategy to Promote Inclusion and Academic Achievement in Portugal // V. Franco, M. Melo, G. Santos [et al.] // Front Psychol. – 2017. – № 8. – 1137. doi: 10.3389.

- в качестве примера можно обратиться к опыту Португалии, где система раннего вмешательства была внедрена 15 лет назад. Анализ показал, что программа внесла существенные инновации в рамках реализуемой в Португалии социальной политики, может служить положительным примером продвижения государственных проектов и внедряться в рамках комплексных и всеобъемлющих мер по содействию населению на территории страны

МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр»



Отделение медицинской реабилитации МБУ «ЕКПЦ»



Осуществляет свою деятельность путем:

■ организации реабилитационных мероприятий детям **от трех месяцев до двух лет**, родившихся от преждевременных родов, младенцам, перенесшим критические состояния в неонатальном периоде, пациентам с последствиями заболеваний центральной и периферической нервной системы, а также опорно-двигательного аппарата;

Структура отделения

(кабинеты)



Лечебно-диагностического профиля

- врачей-специалистов;
- лабораторной диагностики;
- функциональной диагностики.



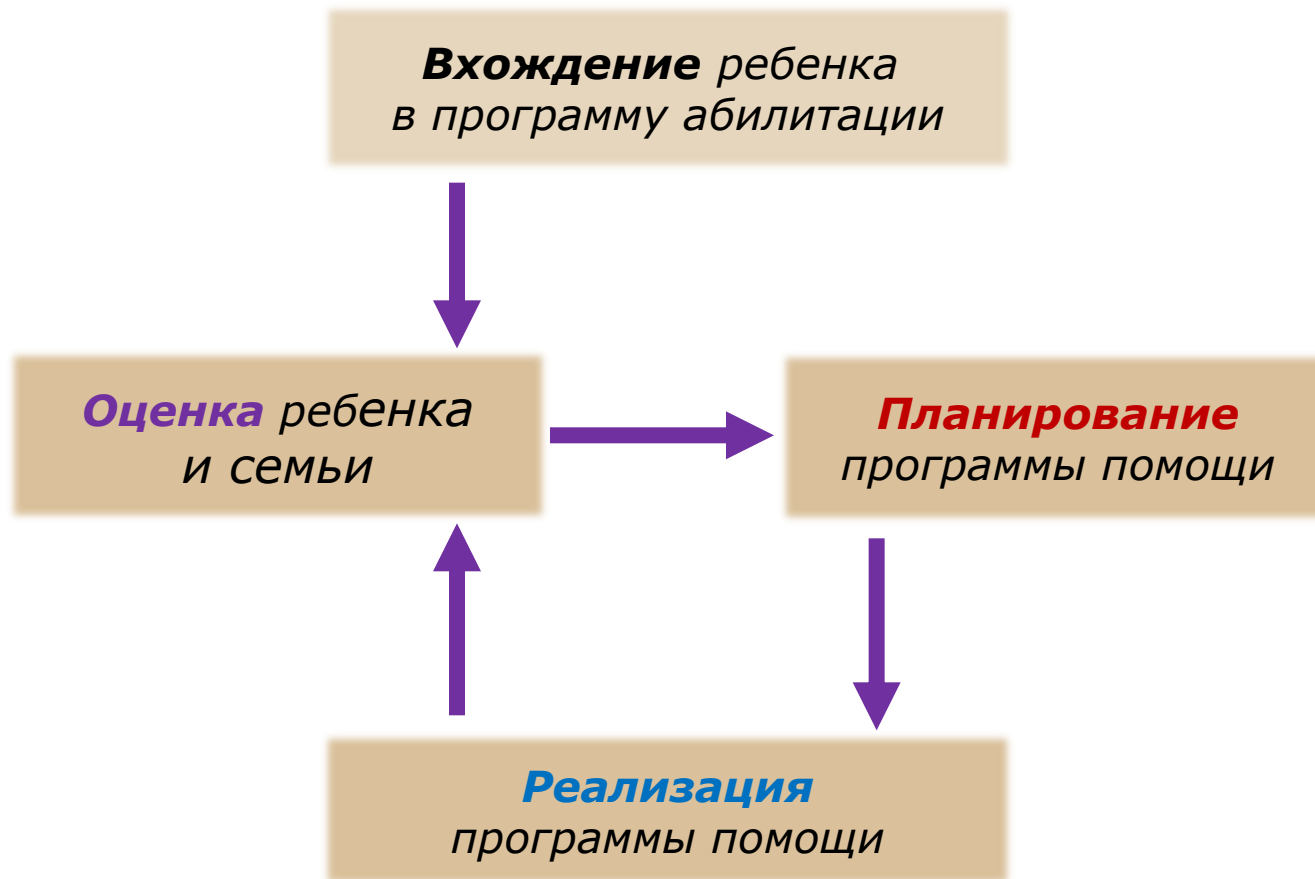
Структура отделения (кабинеты)

Реабилитационного профиля

- лечебной физкультуры;
- кинезиотерапии,
функциональной терапии;
- массажа;
- электролечения;
- теплолечения;
- психологической помощи;
- логопедической коррекции;
- эрготерапии.



Этапы работы с пациентом и семьей



определено, что наибольшее влияние на развитие ребенка и различные аспекты его жизни оказывают **родители (93%)**, а не **специалисты (7%)** [Mahoney et al., 2006]

Планирование и оценка

- основой является качественно проведенный для каждого ребенка анализ на уровнях **структур организма, функций организма, активности и участия** ребенка в жизни общества, **влияния факторов** окружающей среды;
- объективность достигается с помощью **Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)** и различных диагностических шкал;



Зарубежные и отечественные диагностические шкалы для оценки НПР детей

- *Денверский скрининг-тест развития (DDST, разработали W.K. Frankenburg., J.B. Dodds);*
- *Мюнхенская функциональная диагностика развития (MFED);*
- *Шкала развития Bayley;*
- *CAT/CLAMS Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale (шкала КАТ/ КЛАМС);*
- *Профиль психического развития G.D. Alpern-Boll;*
- *Шкала ментального развития R. Griffiths;*
- *Шкалы Kent Infant Development Scale (KID Scale), Child Development Inventory (CDI);*
- *PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory);*
- *Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста;*
- *Тест «ГНОМ» (график нервно-психического обследования младенцев; разработали Г.В. Козловская и соавт.);*
- *Оценка уровня психомоторного развития ребенка (разработали Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова);*
- *Тест психического развития Г.В. Панюхиной (разработали Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт);*
- *Тест развития детей первого года жизни О.В. Баженовой;*
- *Шкала поведения новорожденных (NBAS, разработал Т. Brazelton);*
- *Поведенческий тест новорожденных Graham;*
- *Тестовая методика Prechtl, Beintema;*
- *Порядковые (числовые) шкалы психологического развития I. Uzgiris, J. McHunt (на основании концепции психического развития Ж. Пиаже);*
- *Тест речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста МакАртура (The MacArthur Communicative Development Inventory);*
- *Опросник младенческого темперамента (используется для оценки темперамента детей; разработали W. Carey, S. McDevit).*

Диагностические шкалы



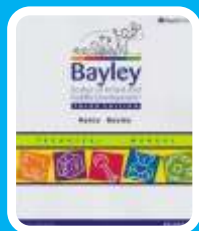
Kent Infant Development Scale (KID)

*Кентская шкала оценки развития младенцев
(возраст: 2-16 месяцев)*



Child Development Inventory (CDI)

*Шкала оценки развития ребенка (возраст:
14-42 месяца)*



Bayley Scales of Infant and Toddler Development III

*Шкала оценки развития детей по Bayley,
третья версия (возраст: 16 дней-42 месяца)*

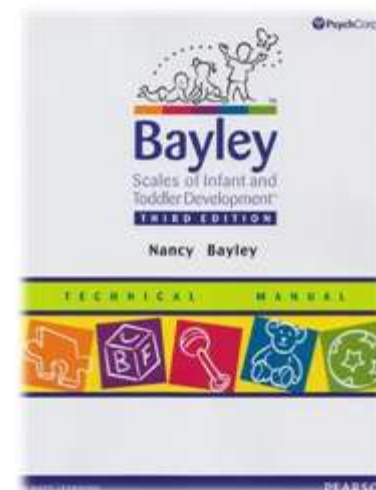
Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment / I. Novak, C. Morgan, L. Adde [et al.] // JAMA Pediatr. - 2017. - Jul 17. doi: 10.1001

Шкала Бэйли (Bayley-III)*

- разработана Нэнси Бэйли;
- признана высоко достоверной и стандартизированной;
- является «золотым стандартом» оценки развития ребенка;
- возраст: **от 16 дней до 42 месяцев.**

Включает шкалы:

- когнитивную;
 - рецептивной речи;
 - экспрессивной речи;
 - крупной моторики;
 - мелкой моторики;
 - социально-эмоциональную;
 - адаптивного поведения.
- для каждого ребенка составляется профиль развития



*Используется **Лабораторией мозга и нейрокогнитивного развития** (ФГАОУ ВПО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина»)

Реализация программы помощи

Физическая терапия

- медицинская специальность, в которой применяются физические методы воздействия на пациента, базирующиеся на движении, мануальном воздействии, массаже и др.;
- в основе физической терапии – **движение**;
- предоставляет услуги пациентам в случаях, когда их двигательные возможности и функционирование ограничены и/или находятся под угрозой вследствие болезни, травмы или старения;



Реализация программы помощи

Нейроразвивающая терапия (методика моторного обучения)



- *возможность сочетания ее с элементами других методик физической реабилитации;*
- *относительная простота ее использования;*
- *установлена достоверная статистически значимая эффективность ее использования при физической реабилитации пациентов с двигательными нарушениями;*

Cameron E. C. The effects of an early physical therapy intervention for very preterm, very low birth weight infants: a randomized controlled clinical trial / E. C. Cameron, V. Maehle, J. Reid // Pediatr Phys. Ther. – 2005. – № 17 (2). – P. 107-119.

- *предварительные данные РКИ свидетельствуют о том, что раннее использование физической терапии может снизить частоту моторного дефицита среди глубоко недоношенных новорожденных*

Efficacy of Intensive Neurodevelopmental Treatment for Children With Developmental Delay, With or Without Cerebral Palsy / K. H. Lee, J. W. Park, H. J. Lee [et al.] // Ann Rehabil. Med. – 2017. – № 41 (1). – P. 90-96.

- *данные об эффективности «интенсивного» варианта нейроразвивающей терапии (НРТ) у детей с отставанием в моторном развитии представлены в исследовании Lee К.Н. с соавт. Авторы работы рекомендуют применение «интенсивной» программы НРТ среди пациентов с отставанием в моторном развитии*

Effects of early neurodevelopmental treatment on motor and cognitive development of critically ill premature infants / N. Li, L. M. Kang, Q. Wang [et al.] // Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. – 2013. – № 44 (2). – P. 287-290.

- *ряд исследователей подтверждает положительный эффект нейроразвивающей терапии на формирование моторных навыков и когнитивной сферы глубоко недоношенных младенцев на первом году жизни*

Реализация программы помощи

Нейроразвивающая терапия (методика моторного обучения)



- отсутствие необходимости в дополнительном дорогостоящем специальном оборудовании;
- возможность использования ее в домашних условиях после подбора соответствующих упражнений специалистом-кинезиотерапевтом.

Реализация программы помощи

Кинезиотерапия

- от др.-греч. *kinesis* — «движение» + *therapeía* — «уход, лечение», или лечение через движение.
- является самостоятельной дисциплиной, представляющей собой направление физической терапии, в основе которой заложено «лечение» через активные и пассивные движения, при условии полноценного участия пациента в оздоровительном процессе с целью достижения конкретного терапевтического результата.



- **Vojty**-терапия;
- **Bobath**-терапия;
- нейроразвивающая терапия (**NDT**);
- проприоцептивное нейромышечное проторение (**PNF**-терапия);
- кондуктивная терапия;
- игровая двигательная коррекция;
- терапия «ограничения движения здоровой конечности» (**Baby-CIMT**);
- динамическая проприоцептивная стимуляция по К. Семеновой;
- кинезиотерапия на пассивных подвесных системах Экзарта;
- и др.

1 г. 2 мес.



1 год



ДЦП, спастическая диплегия

После одного сеанса мануальной терапии (К. Levit) наблюдается уменьшение спастичности, увеличение активного и пассивного объема движений в конечностях, повышение общей двигательной активности.



2 г. 3 мес.



Миотонический синдром церебрального генеза

После двух сеансов мануальной терапии (К. Levit) наблюдается выравнивание (повышение) тонуса мышц туловища и конечностей, более равномерное перераспределение веса, стабилизация площади опоры.

Реализация программы помощи

Кинезиологическое тейпирование

■ представляет собой **способ рецепторного воздействия** на различные органы и системы специально разработанным эластическим пластырем, который наносится с определенным натяжением на поверхностные ткани тела (кожу) с целью получить предсказуемый эффект (рецепторное воздействие, мышечная, суставная, связочная и др. коррекция)



The effects of Kinesio taping on sitting posture, functional independence and gross motor function in children with cerebral palsy / T. T. Şimşek, B. Türkücüoğlu, N. Çokal [et al.] // Disabil Rehabil. – 2011. – № 33 (21-22). – P. 2058-2063.

- оценивая влияние кинезиологического тейпирования на контроль за положением тела и функциональную активность у детей с ДЦП Simsek T.T. и соавторы получили положительные результаты в контексте влияния данного метода на поддержание тела в положении «сидя».
- в клинических условиях кинезиологическое тейпирование может быть полезным методом вспомогательного лечения в сочетании с физической терапией

Training postural control and sitting in children with cerebral palsy: Kinesio taping vs. neuromuscular electrical stimulation / I. Karabay, A. Doğan, T. Ekiz [et al.] // Complement Ther Clin Pract. – 2016. – № 24. – P. 67-72.

- по данным РКИ применение кинезиологического тейпирования в дополнении к нейроразвивающей терапии положительным образом сказывается на показателях постурального контроля у детей

The impact of Kinesio taping technique on children with cerebral palsy / A. Shamsoddini, Z. Rasti, M. Kalantari [et al.] // Iran J Neurol. – 2016. – № 15 (4). – P. 219-227.

- согласно обзору, кинезиологическое тейпирование, как часть мультимодальной терапевтической программы может быть эффективно в реабилитации детей с ДЦП с целью улучшения их динамической активности, особенно среди тех пациентов, которые соответствуют более высоким уровням компенсации моторного дефицита

Основные медико-статистические показатели

Круглосуточный стационар отделения (30 коек) открыт в сентябре 2015 года

- за время работы в круглосуточном стационаре пролечено всего 1450 пациентов (Таблица 1).
- более половины пациентов составили дети в возрасте до 1 года;
- 55% в структуре пролеченных пациентов – недоношенные дети (792 ребенка). В том числе 340 детей – с массой тела менее 1500 г. при рождении (23,4% от всех пациентов).

Дневной стационар открыт с декабря 2017 года. Мощность – 10 мест в 2 смены.

Всего пролечено пациентов	1450
в том числе в возрасте до 1 года	768 (53%)
в возрасте от 1 года до 2 лет	508 (35%)
всего недоношенных	792 (54,6%)
дети с массой тела при рождении менее 1499 г.	340 (23,4%)
дети с массой тела от 1500 до 2000 г.	185 (12,8%)

Благодарю за внимание!



***Способность выбирать есть
драгоценнейшее из свойств разума...***

Торнтон Уайлдер

Приглашаем к сотрудничеству

Отделение медицинской реабилитации детей
раннего возраста **МБУ «ЕКПЦ»**

Главный врач – Мартиросян Сергей Валериевич

Заведующий отделением – Баранов Дмитрий Алексеевич
тел: 8 (343) 240-97-09

запись на госпитализацию:

Администратор – Кобяшова Елена Владимировна
тел: 8 (343) 240-97-71

Ординаторская:
тел: 8 (343) 240-96-02
e-mail: omrdgb10@mail.ru

