

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
09.04.2013 № 286

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)
ТА ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЧНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**«Церебральний параліч та інші органічні ураження
головного мозку у дітей, які супроводжуються
руховими порушеннями»**

ВСТУП

Даний УКПМД розроблений для покращення медичної допомоги дітям з руховими порушеннями, які виникли внаслідок непрогресуючого органічного ураженням нервової системи. Згідно даних галузевої статистики МОЗ України, зареєстровано близько 100 тис. дітей, інвалідність яких пов'язана з патологією нервової системи. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є однією з найбільш частих причин дитячої інвалідності: поширення у Європі становить від 2 до 3 на 1000 живих новонароджених, в Україні – 2,56 на 1000 живих новонароджених. Серед глибоко недоношених дітей кількість випадків ДЦП зросла до 40–100 на 1000 живих новонароджених.

Тому розробка клінічних настанов та уніфікованого медичного протоколу «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями» є актуальною та вкрай необхідною.

Проблема реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи є актуальною та соціально значимою, метою якої є покращення якості життя та максимальна соціальна адаптація дітей-інвалідів у суспільстві. Під час розробки індивідуальної програми реабілітації необхідно враховувати наявність супутньої соматичної патології, асоційованих синдромів у вигляді сенсорних порушень, епілептичного синдрому, когнітивної недостатності, ортопедичних ускладнень. Лише комплексний підхід до реабілітації забезпечить максимальну її ефективність та підвищенню рівня функціональних рухових можливостей дитини.

На даний час реабілітаційне лікування дітей з руховими порушеннями регламентується наказами МОЗ України N 623 від 08.10.2007 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда та порядку їх складання», №214 від 11.10.1993. «Про удосконалення неврологічної допомоги дітям», №79/10 від 26.02.01. «Про затвердження плану реалізації додаткових заходів щодо забезпечення виконання Національної програми «Діти України» на період до 2005р.», № 889 від 01.12.2009 «Про затвердження клінічного протоколу санаторно-курортної реабілітації дітей з церебральним паралічем».

Розробка УКПМД здійснювалась на основі доведених наукових даних щодо ефективності медичних втручань, методів реабілітації та фармакологічних препаратів. Джерелом даних доказової медицини слугували третинні джерела – клінічні настанови (КН), які були створені на основі рандомізованих клінічних випробувань (РКВ), мета-аналізів, систематичних оглядів тощо.

Робочою групою був проведений систематичний огляд в системах PubMed, Medline, GIN, NGC, AHRQ, NICE, NZGG, SIGN, Royal College of Physicians (RCP), the Cochrane Library, решта.

Основні міжнародні бази даних клінічних настанов

1. **NGC** National Guideline Clearinghouse (США)
2. **AHRQ** - Agency for Healthcare Research and Quality (США),
3. **NICE**- National Institute for Health and Clinical Excellence (Великобританія)
4. Royal College of Physicians (Великобританія)
5. **NZGG** - New Zealand Guidelines Group (Нова Зеландія),
6. **SIGN** - Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Шотландія)
7. **ACP** - American College of Physicians (США)
8. Family Practice Disease Treatment Guides (США)
9. **NIH** - ational Institutes of Health (США)

До аналізу були включені всі публікації англійською мовою 2002-2012 років.

За останні 10 років створені клінічні настанови з окремих складових реабілітації дітей з руховими порушеннями. Найбільша кількість клінічних настанов присвячена корекції рухових порушень у дітей з церебральним паралічем. Однак рекомендацій, заснованих на доказах, які б об'єднували різні напрямки реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, ще не розроблено. Враховуючи це, для створення УКПМД ми провели адаптації декількох клінічних настанов, які мають доказову базу і в яких найбільш повно відображені усі напрямки реабілітації.

Клінічні настанови, які використовувались при створенні клінічного протоколу:

1. Practice parameter: diagnostic assessment of the child with cerebral palsy(an evidence-based review). [Neurology. 2004]
2. Practice parameter: pharmacologic treatment of spasticity in children and adolescents with cerebral palsy (an evidence-based review) [Neurology. 2010].
3. Assessment: Botulinum neurotoxin for the treatment of spasticity (an evidence-based review). [Neurology. 2008]
4. Stroke in childhood: Clinical guidelines for diagnosis, management and rehabilitation. [Royal College of Physicians of London, 2004]
5. Clinical Practice Guideline: Report of the Recommendations. Motor Disorders, Assessment and Intervention for Young Children (Age 0–3 Years). New York State Department of Health, Early Intervention Program, 2006.

6. Spasticity in children and young people: the management of children and young people with a non-progressive brain injury [NICE, 2012].

Selective dorsal rhizotomy for spasticity in cerebral palsy. NICE (GB) - National

7. Institute for Health and Clinical Excellence Guideline, 2010, UK .

Відібрані клінічні настанови висвітлюють наступні ключові питання:

1. Загальні принципи реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи.
2. Діагностична оцінка дітей з руховими порушеннями.
3. Кінезіотерапія, фізіотерапія (occupational therapy).
4. Реабілітаційні заходи, спрямовані на зменшення спастичності: застосування пероральних міорелаксантів, ботулотоксину А, інтратекального введення баклофену.
5. Селективна спінальна ризотомія.
6. Ортопедична корекція: етапне гіпсування, ортезування, ортопедична хірургія.
7. Корекція супутньої симптоматики: сенсорні порушення; мовленнєві порушення; когнітивні порушення; настрої та поведінка; щоденна діяльність;
8. Критерії ефективності лікування.

Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень і термінів

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду

G 09 – наслідки запальних хвороб нервової системи

G 80 – дитячий церебральний параліч

T 90-T 98 – наслідки травм, отруєнь та інших впливів зовнішніх чинників

I 69 – наслідки цереброваскулярних хвороб

Q 00-Q 07 – вроджені вади розвитку нервової системи

ДЦП – дитячий церебральний параліч

ЕКГ – електрокардіографія

ЕЕГ – електроенцефалографія

ЕМГ – електроміографія

МРТ – магнітно-резонансна томографія

КТ – комп'ютерна томографія.

ЛФК – лікувальна фізкультура.

[√] – рівень доказовості: консенсус робочої групи

I. Паспортна частина

1.1. ДІАГНОЗ: Дитячий церебральний параліч, наслідки запальних, інфекційних, травматичних, судинних та інших захворювань, які супроводжуються порушенням рухової системи.

1.2. ШИФР ЗГІДНО МКХ 10: G 09; G 80; G 83.2; T 90-T 98; I69; Q 00-Q 07.

1.3. Потенційні користувачі: лікарі дитячі неврологи, дитячі ортопеди, педіатри, лікарі ЛФК

1.4. Мета протоколу: стандартизувати надання медичної допомоги дітям з наслідками органічного ураження нервової системи у вигляді рухових порушень (спастичність, гіперкінетичний синдром).

1.5. Дата складання – 2013р.

1.6. Дата перегляду протоколу – 2016р.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Терещенко А.В.

Заступник директора Департаменту – начальник Управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України
тел.:044-253-45-78, Київ, **e-mail:** tav@moz.gov.ua

Мартинюк В.Ю.

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча неврологія», директор Українського медичного центру реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України, доцент кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації НМАПО імені П.Л. Шупика, к.мед.н.
тел.: 044-412-10-68, м. Київ,
e-mail: ukrmedcentr@ukr.net

Бережний В.В.

Завідувач кафедри педіатрії №2 НМАПО імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор
тел.044-412-16-07, м. Київ

Даценко І.Б.

Професор кафедри невропатології та дитячої неврології ХМАПО, д.мед.н.
тел.057-349-44-56 м. Харків
e-mail: irina.datsenko@gmail.com

Євтушенко С.К.

Завідувач кафедри неврології Донецького
Національного медичного університету, д.мед.н.,
професор.

тел. 062-294-01-73, м. Донецьк.

e-mail: centerdcp@gmail.com

Козьявкін В.І.

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі
спеціальності «Фізіотерапія», Герой України,
Генеральний директор Міжнародної клініки
відновного лікування, Інституту проблем медичної
реабілітації та Реабілітаційного центру "Еліта",
професор кафедри медичної реабілітації та
курортології НМАПО імені П.Л. Шупика, д.мед.н.

тел. 032-476-52-26, м. Трускавець

e-mail: center@reha.lviv.ua

Кирилова Л.Г.

Керівник відділення психоневрології ДУ «Інститут
педіатрії, акушерства та гінекології» НАМН
України, президент Асоціації дитячих неврологів
України, д.мед.н.

тел.044-483-62-24, м. Київ

e-mail: kirilova.lg@yandex.ua

Майструк О.А.

Заступник директора з медичної частини
Українського медичного центру реабілітації дітей з
органічним ураженням нервової системи МОЗ
України, Заслужений лікар України.

тел.: 044-412-10-68, м. Київ.

e-mail: ukrmedcentr@ukr.net

Назар О.В.

Асистент кафедри дитячої неврології та медико-
соціальної реабілітації НМАПО імені П.Л. Шупика,
лікар невролог дитячий Українського медичного
центру реабілітації дітей з органічним ураженням
нервової системи МОЗ України, к.мед.н.

тел.: 067-680-10-64, м. Київ

e-mail: oxana10@ukr.net

Островерхова М.М.

Заступник начальника Управління – начальник
відділу організації медичної допомоги дітям
Управління охорони материнства, дитинства та

санаторного забезпечення Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України.

e-mail: ostroverkhova@moz.gov.ua

Панасюк Л.О.

Головний дитячий невролог ГУОЗ м. Києва, доцент кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації НМАПО імені П.Л. Шупика, к.мед.н., доцент

тел.: 044-412-71-95, м. Київ

e-mail: kaf.childneuro@ukr.net

Померанцева Т.І.

Головний дитячий невролог УОЗ Луганської обл., Заслужений лікар України, к.мед.н.

Тел.0641-53-83-15, м. Луганськ

Танцура Л.М.

Керівник відділу дитячої психоневрології та нейрогенетики Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України, д.мед.н.

Тел.057-771-68-55, м. Харків

e-mail: tantsura@ukr.net

Терещенко Л.С.

Головний спеціаліст відділу профілактики та медико-соціального забезпечення матерів та дітей Управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України

тел.044-253-69-36, м. Київ

e-mail: tls@moz.gov.ua

Чепурна Л.Ф.

Завідуюча відділенням медичної реабілітації дітей із захворюваннями центральної та периферичної нервової системи ДУ «Український НДІ дитячої курортології та фізіотерапії МОЗ України», к.мед.н., старший науковий співробітник

Тел.065-69-6-16-74 м. Євпаторія

e-mail: niidkif@ukr.net

Методичне керівництво та координація діяльності мультидисциплінарної робочої групи

- Степаненко А.В. Консультант ДП «Державний експертний центр МОЗ України», радник Міністра охорони здоров'я, д.мед.н., професор
- Ліщишина О. М. Директор Департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр МОЗ України»
- Шилкіна О. О. Начальник відділу методичного забезпечення нових технологій в охороні здоров'я Департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр МОЗ України»
- Горох Є.Л. Начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій ДП «Державний експертний центр МОЗ України», к.т.н.
- Чагарна Н.С.. Експерт Відділу доказової медицини ДП «Державний експертний центр МОЗ України»

Рецензенти:

- Губенко В.П. професор кафедри медичної реабілітації, фізіотерапії та курортології НМАПО імені П. Л. Шупика, д.мед.н., професор
- Дзюба О.М. професор кафедри нервових хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор

Протокол розглянутий та затверджений:

ЗЦЗМС –
МОЗ –

1.8. Епідеміологія.

Зростання хронічної та поєднаної патології призвело до поглиблення процесу інвалідизації дитячого населення. На сьогодні проблема дітей-інвалідів в Україні набуває особливого значення у зв'язку з постійним зростанням їх частки в структурі дитячого населення.

Офіційні дані так характеризують масштаби цієї проблеми в Україні: станом на 01.01.2011р. 166 тис. дітей мають статус дитини-інваліда, що становить 1,9 відсотка від усього дитячого населення України. Питома вага дітей, інвалідність яких пов'язана з патологією нервової системи, складає 19,2%. Більше як у 90 тис. дітей проблема соціальної дезадаптації пов'язана з патологією нервової системи.

В дитячому віці рухові порушення найчастіше зустрічаються при церебральному паралічі. Церебральний параліч є однією з найбільш частих причин дитячої інвалідності, поширення ДЦП у Європі становить від 2 до 3 на 1000 живих новонароджених. Даний показник значно не змінюється вже протягом останніх 40 років. Згідно з галузевою статистикою, поширення ДЦП в Україні становить 2,56 на 1000. Близько 40% дітей народилися передчасно. Створення європейського реєстру дітей з ЦП у 1998 році (SCPE - The Surveillance of Cerebral Palsy in Europe) підтверджує актуальність даної проблеми та необхідність розвитку різноманітних досліджень в цій галузі з метою покращення реабілітації дітей з ЦП. Крім того, рухові порушення у дітей часто виникають внаслідок інфекційного ураження головного мозку (менінгіти, енцефаліти), гострого порушення мозкового кровообігу, вроджених вад розвитку головного мозку, травм головного мозку.

II. Загальна частина

Реабілітаційні заходи у дітей з органічними порушеннями нервової системи повинні бути направлені на корекцію не лише рухових порушень, але й супутньої симптоматики, яка виникає у дітей з органічним ураженням нервової системи: когнітивні розлади та порушення навчання; порушення зору та слуху; мовленнєві порушення; епілепсія; труднощі жування та ковтання, зондове годування; розлад харчування та росту, та інші. Асоційовані синдроми та супутня соматична патологія значно знижують реабілітаційний потенціал дитини-інваліда. Вчасна корекція цих порушень дає можливість підвищити ефективність реабілітаційних заходів.

Всі діти з розладами у руховій сфері підлягають диспансерному нагляду у дитячого невролога.

Діти з органічним ураженням нервової системи потребують довготривалого процесу реабілітації, під час якого залучаються структури охорони здоров'я, навчальні заклади та соціальні служби. Для кожної дитини розробляється індивідуальна програма реабілітації в залежності від потреб дитини та її можливостей.

Обов'язковою умовою є комплексне обстеження дитини з метою визначення характеру та об'єму ураження головного мозку, визначення функціонального стану дитини, наявності супутньої соматичної патології та асоційованих порушень з метою планування подальшої індивідуальної програми реабілітації.

Метою створення уніфікованого клінічного протоколу є зменшення ступеню рухових порушень, підвищення функціональної активності дитини, зменшення больових відчуттів, полегшення догляду за дитиною та попередження ортопедичних ускладнень.

III. Основна частина

ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

| Положення протоколу | Обґрунтування | Необхідні дії |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I. Організація медичної допомоги дітям з органічним ураженням нервової системи, які супроводжуються руховими порушеннями | | |
| 1. Для установ, які надають первинну медичну допомогу | | |
| <p>Первинна медична допомога надається лікарями загальної практики — сімейними лікарями в центрах первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторіях загальної практики — сімейної медицини, фельдшерсько-акушерських пунктах, а також дільничими педіатрами у поліклініках за місцем проживання. Необхідно забезпечити доступність пацієнтів до закладів, які надають первинну медичну допомогу, у разі необхідності направити пацієнта до закладів, що надають вторинну медичну допомогу на амбулаторному рівні.</p> | <p>Доведено, що раннє виявлення дітей з органічним ураженням нервової системи, що супроводжується руховими порушеннями та вчасне надання медичної допомоги на засадах доказової медицини сприяє кращій ефективності реабілітації та розвитку дитини в подальшому.</p> | <p>На етапі первинної медичної допомоги.</p> <p>Обовязкові дії:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Важливо, щоб спеціалісти первинної медико-санітарної допомоги були включені в процес оцінки стану здоров'я дитини та її лікування 2. Необхідно, щоб усі новонароджені були перевірені на наявність факторів ризику та патологічних клінічних симптомів, які вказують на можливість формування рухових порушень у немовлят (див. додаток 1) 3. При виявленні педіатром, сімейним лікарем ризику формування рухових порушень у дітей раннього віку необхідна консультація дитячого невролога в умовах поліклініки, діагностичного центру. |
| 2. Для установ, які надають вторинну (спеціалізовану) амбулаторну медичну допомогу | | |
| <p>Вторинна медична допомога на амбулаторному рівні надається лікарями-спеціалістами в діагностичних центрах, поліклініках; консультативно-діагностичних центрах,</p> | <p>При наявності ризику виникнення рухових порушень необхідно проводити систематичне спостереження лікарем дитячим неврологом за дитиною з детальною оцінкою рухового</p> | <p>На етапі вторинної медичної допомоги.</p> <p>Обовязкові дії:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обстеження неврологічного статусу лікарем дитячим неврологом з детальним описом рухового розвитку дитини. |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>спеціалізованих медичних центрах. Необхідно забезпечити доступність допомоги у закладах, які надають вторинну медичну допомогу, виконання діагностичних заходів та консультацій спеціалістів з метою уточнення клінічного діагнозу та оптимізації медикаментозного і немедикаментозного лікування, проведення диспансерного нагляду пацієнтів. У разі необхідності, забезпечити доступність направлення пацієнта до закладів, що надають вторинну стаціонарну медичну допомогу, для остаточного встановлення діагнозу і проведення лікування.</p> | <p>розвитку з інтервалом 1-3 місяці протягом першого року життя, забезпечити доступність направлення пацієнта до стаціонару з метою дообстеження, а також до центрів медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи.</p> | <p>2. При наявності ризику виникнення рухових порушень рекомендується динамічне спостереження за дитиною з інтервалом 1-3 місяці протягом першого року життя з детальною оцінкою неврологічного статусу, рухового розвитку дитини з урахуванням основних етапів формування рухових навичок. 3. У разі необхідності направити дитину в стаціонар на дообстеження з метою уточнення діагнозу та підбору відповідного лікування. 4. Забезпечити доступність направлення пацієнта до закладів, які забезпечують проведення медико-соціальної реабілітації. Розробка індивідуальної програми реабілітації дітей з руховими порушеннями за місцем проживання лікарем дитячим неврологом.</p> |
| <p>3. Для установ, які надають вторинну (спеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу</p> | | |
| <p>Вторинна медична допомога на стаціонарному рівні надається лікарями-спеціалістами у дільничних лікарнях, лікарнях (республіканська, обласна, центральна міська, міська, центральна районна, районна); у багатопрофільних лікарнях (клінічних лікарнях) інтенсивного лікування.</p> | <p>Уточнення клінічного діагнозу сприяє вибору оптимального способу лікування, профілактики ортопедичних ускладнень, вчасного виявлення асоціативних порушень та супутньої соматичної патології.</p> | <p>Покази до госпіталізації:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Надання консультативної та лікувально-діагностичної медичної допомоги. Проведення високотехнологічних методів обстеження з метою встановлення остаточного діагнозу. 2. Надання екстреної медичної допомоги (при епілептичних випадках, епілептичному статусі). 3. Проведення планових оперативних втручань при виникненні ортопедичних ускладнень. Проведення планових обстежень, які потребують |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | короткострокової госпіталізації. |
| | 1. Діагностика | |
| <p>Діагностичне обстеження дітей з руховими порушеннями проводиться дитячим неврологом та іншими фахівцями у закладах, які надають вторинну медичну допомогу.</p> <p>У разі необхідності, необхідно забезпечити доступність направлення пацієнта до закладів, що надають вторинну стаціонарну медичну допомогу.</p> <p>Обов'язковою умовою є комплексне обстеження дитини з метою визначення характеру та об'єму ураження головного мозку, визначення функціонального стану дитини, наявності супутньої соматичної патології та асоційованих порушень з метою планування подальшої індивідуальної програми реабілітації.</p> | <p>Докази свідчать, що своєчасна діагностика рухових порушень дозволяє якомога раніше розпочати лікування дітей та підвищити ефективність лікування, запобігти розвитку ортопедичних ускладнень.</p> <p>Обстеження неврологічного статусу бажано доповнювати відеоспостереженням за дитиною з метою оцінки стану дитини в повсякденній діяльності та в динаміці. Для оцінки рухового розвитку також застосовують стандартизовані шкали, які мають задовільні психометричні властивості та відповідають віку дитини.</p> <p>Доведено, що дітей з органічним ураженням нервової системи необхідно обстежувати на наявність інтелектуальних та мовленнєвих порушень, порушень зору та слуху. Всебічне обстеження пацієнта забезпечить створення мультидисциплінарної команди, яка формує індивідуальну програму</p> | <p>Обов'язкові дії.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обстеження неврологічного статусу. 2. Оцінка функціонального рухового розвитку дитини за допомогою стандартизованих шкал: 3. класифікації великих моторних функцій - GMFCS (Gross Motor Function Classification System), додаток №4. Для дітей 1-18 років. 4. класифікації виконання функцій руками (MACS - The manual ability classification system), додаток №3. Для дітей 4-18 років. 5. Оцінка м'язового тону за шкалою Ашворса (додаток №2). 6. Оцінка психічного та мовленнєвого розвитку. <p>Бажані дії.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Проведення клінічного неврологічного обстеження дитини з відеоспостереженням. 8. Нейросонографія. 9. МРТ головного мозку. 10. Рентгенографія кульшових суглобів. 11. Загальні аналізи крові, сечі та калу (при необхідності). 12. Огляд фахівців: педіатр, генетик, дитячий ендокринолог, офтальмолог, дитячий хірург, дитячий нейрохірург, дитячий травматолог-ортопед, лікар ЛФК, дитячий психіатр, медичний психолог, педагог-дефектолог, логопед та інші. 13. Через високий рівень супутніх захворювань у дітей з органічним ураженням нервової системи, слід перевіряти на наявність порушень зору та слуху. Необхідно також оцінювати соматичний стан дитини, проводити моніторинг функції ковтання, росту, набору маси тіла. |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>реабілітації пацієнта.</p> <p>Рекомендовано проводити нейровізуалізацію (МРТ, КТ), якщо причина виникнення ДЦП не була встановлена. Надається перевага МРТ перед КТ через більшу інформативність дослідження.</p> | <p>14. Генетичні та метаболічні дослідження (за показаннями).</p> <p>15. Електроенцефалографія (при наявності пароксизмальних станів).</p> <p>16. У дітей з геміпаретичною формою рекомендовано проведення коагуляційних тестів.</p> |
| 2. Лікування | | |
| <p>В хронічно-резидуальній стадії показано застосування центральних міорелаксантів, препаратів ботулотоксину А для лікування спастичності.</p> <p>При наявності епілептичного синдрому застосовують антиепілептичні препарати згідно методичних рекомендацій 2012р.[34].</p> | <p>Медикаментозна терапія у дітей з розладами в руховій сфері проводиться згідно з засадами доказової медицини за показаннями.</p> <p>Існують докази, що всі медикаментозні препарати, направлені на зменшення спастичності, повинні застосовуватися в комплексній терапії одночасно з різними методами кінезіотерапії та трудотерапією. Заходи, направлені на зниження спастичності, включають в себе застосування ін'єкцій ботулотоксину та пероральні міорелаксанти.</p> <p>Доведена висока ефективність препаратів ботулотоксину А для зниження м'язового тону у дітей зі спастичністю.</p> | <p>I. Препарати для зниження спастичності:</p> <p>1. Центральні міорелаксанти.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Баклофен – при тривалому застосуванні. • Діазепам – для короткострокового прийому, найчастіше під час больових кризів. <p>2. Препарати ботулінового токсину А.</p> <p>II. Протиепілептичні препарати при симптоматичній епілепсії чи епілептичному синдромі [34].</p> <p>Обов'язкові дії:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Через ризик розвитку побічних ефектів лікар повинен контролювати прийом пероральних міорелаксантів у дітей раннього віку з руховими розладами. 2. Застосування центральних міорелаксантів та препаратів ботулотоксину А повинно поєднуватися з різними методиками кінезіотерапії для формування нових рухових навиків та підвищення функціонального рухового розвитку дитини. 3. Ін'єкції ботулінічного токсину А використовуються для лікування еквіно-вальгусної деформації стопи у дітей зі спастичністю, лікування спастичності верхніх кінцівок та м'язів аддукторів з метою зниження м'язового тону, |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>зменшення больового синдрому у дітей після оперативного втручання з приводу подовження сухожилля.</p> <p>4. Необхідно проводити ультразвукове або електронейроміографічне обстеження м'язів з метою кращого проведення ін'єкції ботулінічного токсину А.</p> <p>5. При необхідності ін'єкції ботулінічного токсину А можна проводити в більш ніж один м'яз, але необхідно переконатися, що доза препарату не перевищує максимально допустиму.</p> <p>6. Після введення ботулінічного токсину А доцільно проводити ортезування з метою підвищення розтягнення тимчасово ослаблених м'язів та формування нових рухових навичок.</p> <p>7. Якщо ортез важко встановити після введення ботулінічного токсину А через обмеження пасивних рухів, рекомендується проведення етапного гіпсування з метою розтягнення м'язів. Етапне гіпсування слід проводити через 2-4 тижні після введення ботулінічного токсину А.</p> <p>8. Використання баклофену рекомендується у випадках вираженої спастичності та м'язової дистонії, які викликають значне обмеження функціональної активності дитини, деформації кісток або біль.</p> <p>Діазепам застосовується в якості антиспастичного засобу для короткочасного прийому переважно під час больових кризів у дітей з вираженою спастичністю.</p> |
| | 3. Реабілітація | |
| <p>Усім дітям з розладами в руховій сфері медична допомога надається в спеціалізованому реабілітаційному центрі для дітей з органічним ураженням нервової системи. В основі</p> | <p>Доведено, що проведення комплексної реабілітації дітей з розладами в руховій сфері в умовах спеціалізованого медичного центру медико-соціальної реабілітації дозволяє</p> | <p>Обов'язкові дії.</p> <p>1. Перед проведенням заходів, направлених на зниження спастичності, необхідно провести оцінку м'язового тону (за шкалою Ашворса), загального рівня функціонального рухового розвитку за шкалою великих моторних функцій (GMFM), аналізу ходи. Необхідно</p> |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>реабілітації таких дітей лежить модель комплексної реабілітації „Тандем-партнерство”, „дитина-сім'я-фахівець”, яка полягає у гармонійному поєднанні медичного та соціально-педагогічного аспектів реабілітації.</p> <p>Необхідно забезпечити наявність у центрах реабілітації персоналу, який надає консультативно-діагностичну та лікувальну допомогу, проводить медичну та соціально-педагогічну реабілітацію.</p> | <p>значною мірою збільшити ефективність лікування, максимально адаптувати дитину до суспільства та навколишнього середовища, підвищити якість її життя.</p> <p>Реабілітація дітей з органічним ураженням центральної нервової системи повинна бути спрямована на покращення соціальної адаптації дитини в оточуючому середовищі, на покращення самообслуговування, спілкування, дозвілля, забезпечувати відвідування освітніх та громадських закладів.</p> <p>Існують докази, що перед початком любого виду втручання необхідно виключити наявність протипоказань до проведення певного методу лікування, провести оцінку функціонального рухового розвитку дитини за допомогою спеціалізованих шкал, моніторинг стану дитини під час лікування, при необхідності змінювати індивідуальну програму реабілітації.</p> <p>Через високий рівень супутніх</p> | <p>забезпечити, щоб відповідна оцінка проводилася також після лікування.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Під час оцінки стану дитини та вирішення подальшого плану лікування повинен застосовуватися міждисциплінарний підхід з залученням спеціалістів різних спеціальностей та індивідуальний підхід щодо кожної дитини під час проведення реабілітації. 3. Фахівці з реабілітації повинні враховувати наявність сомато-сенсорних порушень, інтелектуальних та мовленнєвих порушень, вчасно проводити їх корекцію. 4. Спеціальне обладнання підбирають відповідно до індивідуальних потреб дитини з метою покращення ефективності реабілітації. 5. Детальна оцінка навичок комунікації, психологічного розвитку та психічних функцій дитини повинна проводитися сумісно з дитиною, батьками, вчителями, з метою виявлення проблеми та можливості її корекції, спрямованої на підвищення функціональних здібностей та навчання дитини. З метою покращення комунікативних навичок та мови, з дитиною повинна працювати міждисциплінарна команда, до якої входить психолог, логопед, педагог, соціальний педагог, лікарі. 6. Протипоказами до проведення реабілітації є: епілептичний синдром з частими епілептичними припадками, глибока розумова відсталість, соматичні захворювання в стадії суб- та декомпенсації, гострі інфекційні захворювання, декомпенсована гідроцефалія. 7. Складання щорічної індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда проводиться згідно відповідних медико-технологічних документів. Вона складається в залежності від індивідуальних можливостей та потреб кожного пацієнта, включає різноманітні методики |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>захворювань у дітей з ЦП, слід перевіряти на наявність затримки психічного та мовленнєвого розвитку, порушень зору та слуху. Необхідно також оцінювати соматичний стан дитини, проводити моніторинг функції ковтання, росту, набору маси тіла.</p> <p>З метою покращення комунікативних навичок та мови, з дитиною повинна працювати міждисциплінарна команда, до якої входить психолог, логопед, педагог, соціальний педагог, лікарі.</p> <p>Доведено, що у дітей зі спастичністю часто виникають ортопедичні ускладнення у вигляді формування контрактур, деформації суглобів, вивихів та підвивихів кульшових суглобів, які підлягають консервативним (ортезування, етапне гіпсування) та хірургічним методам корекції з метою підвищення функціональної активності дитини.</p> <p>Існують докази, що нейророзвиткову терапію (Бобат-терапію), сенсорну інтеграцію, трудотерапію, масаж, лікувальну</p> | <p>реабілітації: медичні та соціально-педагогічні.</p> <p>8. Санаторно-курортне лікування з комплексом фізіотерапевтичних процедур проводиться згідно відповідних медико-технологічних документів.</p> <p>Вторинна (спеціалізована) медична допомога (обласні центри медико-соціальної реабілітації, неврологічні відділення, які виконують функцію медико-соціальних центрів).</p> <p>Основний комплекс реабілітаційних заходів включає:</p> <p>А. Медична реабілітація (методики реабілітації додаток №6).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозна терапія (препарати ботулотоксину А, центральні міорелаксанти). 2. Кінезіотерапія (масаж, лікувальна фізкультура) 3. Метод К.О. Семенової (динамічна пропріоцептивна корекція) 4. Сенсорна інтеграція, сенсорна кімната. 5. Ортопедична корекція (консервативні методи): етапне гіпсування, ортезування, ортопедичне взуття; шини за показанням. 6. Технічні засоби медичної реабілітації. 7. Інші (іппотерапія, акватерапія) при наявності спеціалізованих центрів та басейну. <p>Б. Соціально-педагогічна реабілітація.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Психологічна реабілітація. 2. Логопедична реабілітація. 3. Педагогічна реабілітація 4. Соціальна реабілітація. |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

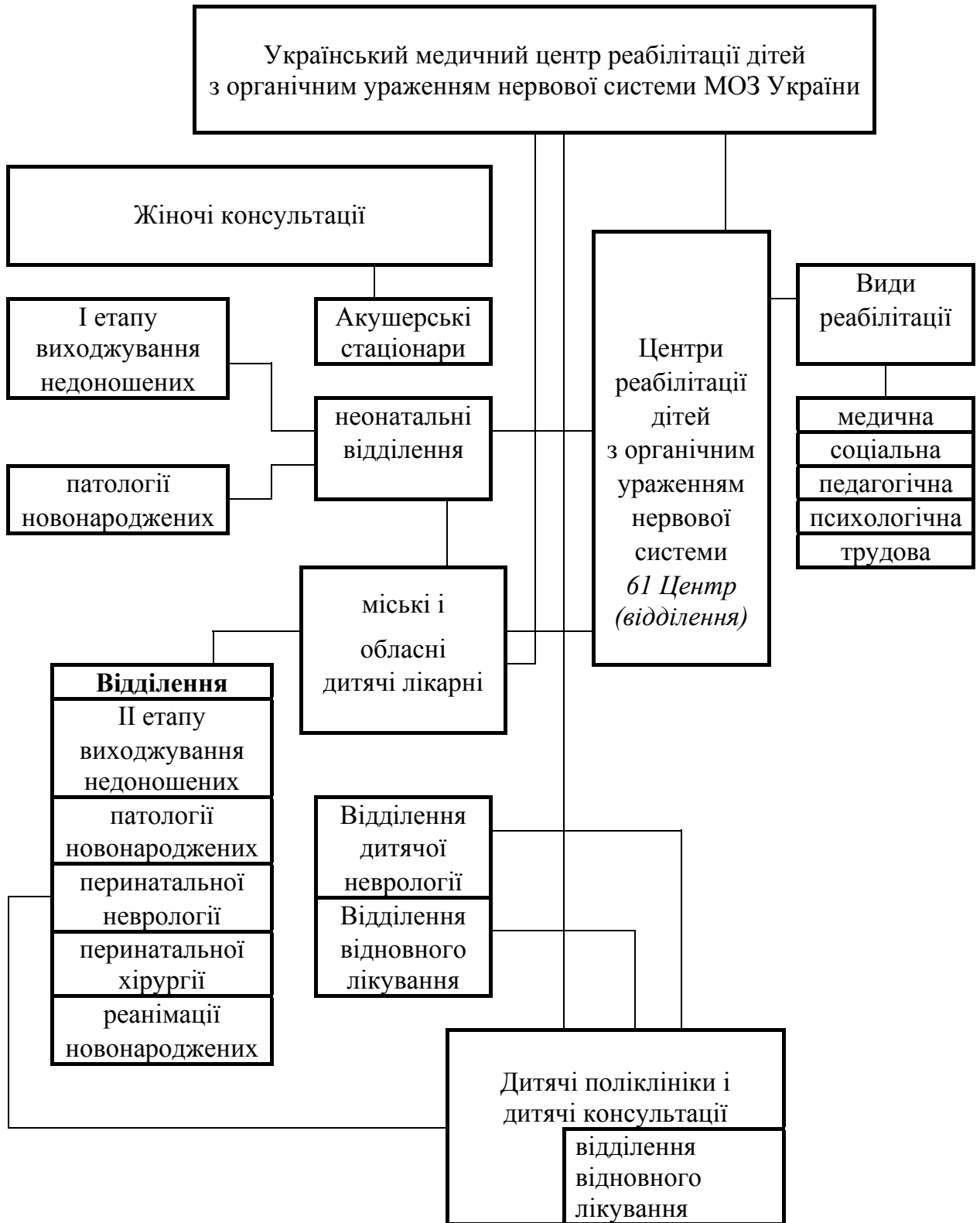
| | | |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>фізкультуру доцільно застосовувати в реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. За рекомендацією робочої групи в комплексній реабілітації дітей доцільно також застосовувати метод В.І. Козьявкіна, К.О. Семенової (динамічна пропріо-цептивна корекція), Войта – терапію, акупунктурну терапію.</p> <p>Мобілізація суглобів (у тому числі хребта) не рекомендується дітям віком до 3 років через значну кількість протипоказань та ускладнень (таких, як травми спинного мозку), відсутності даних значної ефективності.</p> <p>Відсутні докази щодо ефективності міофасціального розтягнення та краніосакральної терапії у дітей з руховими порушеннями. Дані методики повинні проводитися під час комплексної реабілітації.</p> <p>У науковій літературі не було знайдено доказів того, що акватерапія та іпотерапія сприяє покращенню рухового розвитку</p> | <p>Третинна (високоспеціалізована) медична допомога (Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України).</p> <p>Основний комплекс реабілітаційних заходів включає:</p> <p>А. Медична реабілітація.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозна терапія. 2. Авторські комплексні інтегральні методики реабілітації. <ul style="list-style-type: none"> • Метод В.І. Козьявкіна • Метод К.О. Семенової (динамічна пропріоцептивна корекція) • Метод К. і Б. Бобат (нейророзвиткова терапія) • Метод В. Войта 3. Кінезіотерапія: масаж, лікувальна фізкультура. 4. Сенсорна інтеграція, сенсорна кімната. 5. Трудотерапія. 6. Акупунктурна терапія. 7. Ортопедична корекція (консервативні методи): етапне гіпсування, ортезування, ортопедичне взуття; шини за показанням. Ортопедична хірургічна корекція проводиться виключно за показаннями і у визначених Міністерством охорони здоров'я України лікувальних закладах. 8. Технічні засоби медичної реабілітації. 9. Інші (іпотерапія, акватерапія) при наявності спеціалізованих центрів та басейну. <p>Соціально-педагогічна реабілітація:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Психологічна реабілітація. 2. Логопедична реабілітація. 3. Педагогічна реабілітація. 4. Соціальна реабілітація. |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>дітей раннього віку з руховими порушеннями. Під час застосування цих методик в комплексній реабілітації спостерігається покращення фізичної активності та соціальної взаємодії.</p> <p>Враховуючи складність проведення селективної дорзальної спінальної ризотомії, її травматичність та тривалість, дана методика не використовується в Україні з метою зменшення спастичності у дітей.</p> | |
| 4. Профілактика | | |
| <p>Всі діти з розладами у руховій сфері підлягають диспансерному нагляду у дитячого невролога з метою контролю за виконанням індивідуальної програми реабілітації та профілактики розвитку ускладнень з метою підвищення реабілітаційного потенціалу та прогнозу. Скринінг новонароджених на найбільш поширені генетичні захворювання, які призводять до захворювань нервової системи.</p> | <p>Існують докази, що необхідно якомога раніше виявляти дітей з підвищеним ризиком розвитку рухових порушень, з метою раннього лікування та створення індивідуальної програми реабілітації з метою досягнення максимального функціонального розвитку дитини в майбутньому. Важливо, щоб під час оцінки стану дитини та вирішення подальшого плану лікування, повинен застосовуватися міждисциплінарний підхід з залученням спеціалістів різних спеціальностей, які співпрацюють</p> | <p>Заходи первинної та вторинної профілактики дозволяють вчасно виявити захворювання, які супроводжуються розладами в руховій сфері, та надати необхідну допомогу, що дозволяє зменшити рівень інвалідизації дітей.</p> <p>Заходи третинної профілактики дозволяють підвищити ефективність реабілітації, збільшити рівень рухової активності та покращити якість життя дитини.</p> <p>Заходи третинної профілактики направлені на корекцію ускладнень органічної патології нервової системи у дітей зі сформованою інвалідністю:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Диспансерний нагляд дитячого невролога за місцем проживання • Виконання індивідуальної програми реабілітації • Профілактика ортопедичних ускладнень. |

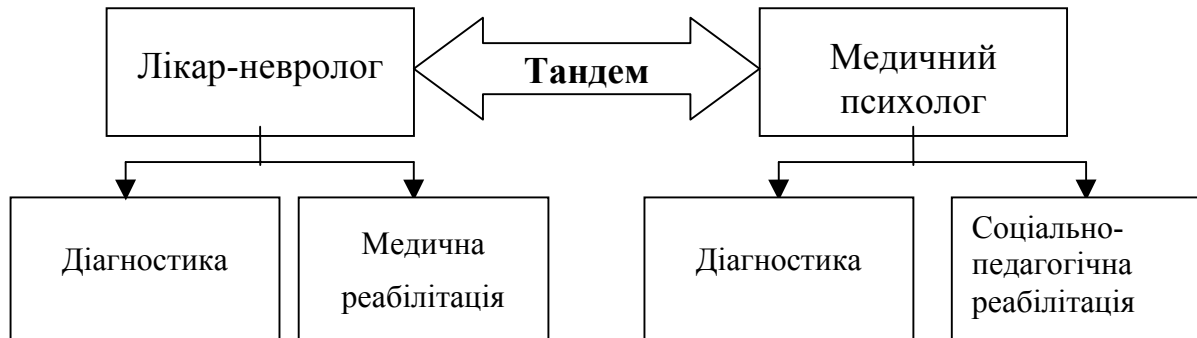
| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | з дитиною та сім'єю. | <ul style="list-style-type: none"> • Вчасна корекція мовленнєвих та когнітивних порушень з метою запобігання наростання когнітивної недостатності. • Лікування епілептичного синдрому. • Нормалізація акту сечовипускання та дефекації. • Оптимальне харчування. • Запобігання розвитку соматичної патології. • Визначення режиму тренування та навантаження з метою профілактики перенапруження адаптаційних можливостей дитини під час проходження курсу реабілітації. |
| 5. Виписка | | |
| <p>Проводиться заключна консультація дитячим неврологом перед випискою з пацієнтами, особами, що їх доглядають, з метою роз'яснення всіх положень індивідуальної програми реабілітації та визначення подальшого лікування за місцем проживання.</p> | <p>Реабілітаційний процес повинен бути постійним в домашніх умовах, з консультативним відвідуванням реабілітаційних центрів та відділень за місцем проживання відповідно з індивідуальною програмою реабілітації, складеною мультидисциплінарною командою.</p> | <p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведення своєчасного планування виписки з консультацією з пацієнтом та особами, які його доглядають. 2. Перед випискою пацієнта лікар дитячий невролог разом з усіма спеціалістами, які були задіяні в реабілітаційному процесі, обговорюють індивідуальну програму реабілітації пацієнта за місцем проживання на 2 роки. 3. Пацієнту при виписці надається детальний медичний висновок з ретельним описом клінічних проявів захворювання і рекомендаціями. 4. Пацієнтам надається інформація щодо основних центрів реабілітації та соціальних служб за місцем проживання, які надають допомогу дітям з означеною патологією. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кожен спеціаліст визначає необхідність додаткових консультацій для пацієнта в умовах спеціалізованого медичного центру медико-соціальної реабілітації. |

IV. Опис етапів медичної допомоги

1. Модель-схема організації медичної допомоги дітям з патологією нервової системи



2. Модель-схема медико-соціальної реабілітації.



3. Структура Українського медичного центру реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України

Клініко - діагностичний
відділ

Соціально - педагогічний
відділ

Аптека

Пункт
харчування

Лікар - невролог

← тандем →

Медичний психолог

| | | | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Нейрофізіологічне обстеження | Діагностика | Медична реабілітація | Діагностика | Соціально- педагогічна реабілітація |
| Електроенцефалографія | Клінічне обстеження | Лікувальна фізкультура | Психопатологічна | Психопатологічна |
| ЕЕГ з картуванням головного мозку | Войта-діагностика | Масаж | діагностика | корекція |
| Електронейроміографія | Нейрогенетик | Войта - терапія | Психологічна | Психологічна |
| Ультразвукове обстеження (нейросонографія, | Лікар лікувальної фізкультури | Бобат -терапія | діагностика | Педагогічна корекція |
| | | Мануальна терапія | Нейропсихологічна діагностика | Соціально- психологічна корекція |
| | | ДПК за К.О.Семеновою | | |

| |
|----------------------------------------------------|
| кульшові суглоби, органи черевної порожнини) |
| Доплерографія судин головного мозку |
| Викликані слухові потенціали |
| Викликані зорові потенціали |
| Нейроретинографія |
| Імпедансометрія |
| Отоакустична емісія |
| Електрокардіографія |

| |
|--------------------------|
| Ортопед |
| Офтальмолог |
| Отоларинголог |
| Психіатр |
| Педіатр |
| Лікар - нейрофізіолог |

| |
|----------------------------------------------------|
| Динамічна гімнастика та вестибулярна терапія |
| Гідрокінезотерапія |
| Теплові процедури |
| Магнітотерапія |
| Біомеханічна стимуляція м'язів |
| Голкорексфлексотерапія, фармакопунктура |
| Ортопедична корекція, ортезування |

| |
|-----------------------------------------------|
| Педагогічно- дефектологічна діагностика |
| Соціально- психологічна діагностика |
| Логопедична діагностика |

| |
|---------------------------|
| Соціальна терапія |
| Монтессорі-терапія |
| Логопедична корекція |
| Сенсорна інтеграція |
| Кондуктивна педагогіка |

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛКПМД (КМП)) має перевірятися реєстрація в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛКПМД (КМП).

1. Вимоги для установ, які надають первинну медичну допомогу

1.1 Кадрові ресурси

Лікар педіатр, лікар загальної практики - сімейний лікар, який має сертифікат, пройшов післядипломну підготовку в дворічній інтернатурі або на 6-місячному циклі спеціалізації; медична сестра загальної практики.

1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Відповідно до таблицю оснащення.

2. Вимоги до установ, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

2.1 Кадрові ресурси

Лікар дитячий невролог, за необхідності, генетик, офтальмолог, отоларинголог, ендокринолог, дитячий психіатр, соціальний педагог, лікар функціональної діагностики.

2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Баклофен,
2. Ботулотоксин А,
3. Діазепам

Обладнання

Реабілітаційне обладнання для проведення масажу, лікувальної фізкультури, апарати для проведення фізіотерапевтичних процедур, навчально-методичні матеріали для занять з психологом, логопедом, педагогом-дефектологом та інше відповідно до таблицю оснащення.

3. Вимоги до установ, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

3.1 Кадрові ресурси

Проведення комплексної медико-соціальної реабілітації дітям проводиться в умовах центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи мультидисциплінарною бригадою, до складу якої входять: лікар дитячий невролог, лікар ЛФК, дитячий ортопед, педіатр, рефлексотерапевт, лікар фізіотерапевт, медичний психолог, педагог – дефектолог, логопед, середній медичний персонал (інструктори ЛФК, масажисти, медичні сестри).

3.2 Матеріально-технічне забезпечення

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Баклофен

2. Ботулотоксин А.

3. Діазепам.

Матеріали: розчини дезінфікуючих засобів, медикаменти для невідкладної медичної допомоги, шприци, засоби ортопедичної корекції (гіпс, бінти, вата, ортези, лонгети, ножиці), пелюшки, простирadlo та інше відповідно до таблицю оснащення.

Обладнання

Реабілітаційне обладнання для проведення масажу, лікувальної фізкультури, Бобат-терапії, Войта-терапії, сенсорної інтеграції, мануальної терапії (стілці, коляски, масажні столи, шведська стінка, іграшки, мати, тредбан, батут та інші), рефлексотерапії (апаратура для проведення лазеропунктури, електропунктури), обладнання для сенсорної кімнати, рефлекторно-навантажувальний пристрій «Гравістат», кушетки, апарати для проведення фізіотерапевтичних процедур, навчально-методичні матеріали для занять з психологом, логопедом, педагогом-дефектологом. З метою діагностики різних захворювань нервової системи та супутньої клінічної патології доцільно облаштувати кабінет функціональної діагностики: електроенцефалограф, електрокардіограф, електроміограф, апарат УЗ-діагностики та інше відповідно до таблицю оснащення.

VI. Індикатори якості

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу медичної допомоги «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями».

6.1.2. Наявність у лікаря дитячого невролога локального протоколу медичної «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями».

6.1.3. Наявність у пацієнтів з руховими порушеннями внаслідок органічного ураження нервової системи, які знаходяться на диспансерному обліку у лікаря дитячого невролога, індивідуальних програм реабілітації.

6.1.4. Відсоток пацієнтів з руховими порушеннями внаслідок органічного ураження нервової системи, які пройшли реабілітаційне лікування згідно індивідуальної програми реабілітації впродовж звітнього періоду.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1.

А) Назва індикатора

Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу медичної допомоги «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями».

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги: «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2013 рік – 50%

2014 рік – 90%

2015 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, які супроводжуються руховими порушеннями (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2.

А) Назва індикатора

Наявність у лікаря дитячого невролога локального протоколу медичної допомоги «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями».

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги: «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора :

2013 рік – 50%

2014 рік – 90%

2015 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями дитячими неврологами (консультативно-діагностичні центри, поліклініки, центри медико-соціальної реабілітації), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів дитячих неврологів (консультативно-діагностичні центри, поліклініки, центри медико-соціальної реабілітації), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів дитячих неврологів (консультативно-діагностичні центри, поліклініки, центри медико-соціальної реабілітації), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів дитячих неврологів (консультативно-діагностичні центри, поліклініки, центри медико-соціальної реабілітації), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів дитячих неврологів (консультативно-діагностичні центри, поліклініки, центри медико-соціальної реабілітації), зареєстрованих на території обслуговування, для яких

задокументований факт наявності локального протоколу реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, які супроводжуються руховими порушеннями (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем дитячим неврологом (консультативно-діагностичні центри, поліклініки, центри медико-соціальної реабілітації).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3.

А) Назва індикатора

Наявність у пацієнта з руховими порушеннями внаслідок органічного ураження нервової системи, які знаходяться на диспансерному обліку у лікаря дитячого невролога, індивідуальної програми реабілітації.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги: «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (УКПМД) в регіоні. Бажаний рівень значення індикатора :

2013 рік – 50%

2014 рік – 90%

2015 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар дитячий невролог (консультативно-діагностичні центри, поліклініки); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані про кількість пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора, надаються лікарями дитячими неврологами (консультативно-діагностичні центри, поліклініки, центри медико-соціальної реабілітації), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: Підрахунок шляхом ручної обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів дитячих неврологів (консультативно-діагностичні центри, поліклініки, центри медико-соціальної реабілітації), зареєстрованих на території

обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря дитячого невролога (консультативно-діагностичні центри, поліклініки) з наслідками органічного ураження нервової системи у вигляді спастичності та дискінетичного синдрому (Код за МКХ 10: G09, G80, T90-T98, I69, Q00-Q07). Джерелом інформації є форма первинної облікової документації № 030/о «Контрольна карта диспансерного нагляду», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з наслідками органічного ураження нервової системи, які знаходяться на диспансерному обліку лікаря дитячого невролога (консультативно-діагностичні центри, поліклініки), у яких заповнена карта індивідуальної програми реабілітації на поточний рік. Джерелом інформації є Форма індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 жовтня 2007 року № 623, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 19 жовтня 2007 року за № 1197/14464.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.4.

А) Назва індикатора

Відсоток пацієнтів з органічним ураженням нервової системи, які пройшли реабілітаційне лікування згідно індивідуальної програми реабілітації впродовж звітного періоду.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги: «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, які не дотримувалися індивідуальної програми реабілітації, розписаної лікарем дитячим неврологом впродовж звітного періоду.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар дитячий невролог (консультативно-діагностичні центри, поліклініки); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані про кількість пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора, надаються лікарями дитячими неврологами (консультативно-діагностичні центри, поліклініки, центри медико-соціальної реабілітації), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів дитячих неврологів (консультативно-діагностичні центри, поліклініки, центри медико-соціальної реабілітації), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря дитячого невролога (консультативно-діагностичні центри, поліклініки) з наслідками органічного ураження нервової системи у вигляді спастичності та дискінетичного синдрому (коди за МКХ 10: G09, G80, T90-T98, I69, Q00-Q07). Джерелом інформації є форма первинної облікової документації № 030/о «Контрольна карта диспансерного нагляду», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з наслідками органічного ураження нервової системи, які знаходяться на диспансерному обліку лікаря дитячого невролога (консультативно-діагностичні центри, поліклініки), і які виконали індивідуальну програму реабілітації протягом звітного періоду. Джерелом інформації є:

Форма індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 жовтня 2007 року № 623, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 19 жовтня 2007 року за № 1197/14464;

Форма первинної облікової документації № 030/о «Контрольна карта диспансерного нагляду», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974;

Форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого № _____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу

1. Клінічні настанови «Органічні ураження нервової системи у дітей», 2013р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL :
2. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE) [Electronic resource] // Access mode: http://www-rheop.ujf-grenoble.fr/scpe2/site_scpe/
3. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. Навчально-методичний посібник / за ред. Мартинюка В.Ю., Зінченко С.М. – К.: Інтермед, 2005. - 416 с.
4. Наказ МОЗ України від 08.10.2007 N 623 Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда та порядку їх складання.
5. Наказ МОЗ України від 11.10.1993. №214 «Про удосконалення неврологічної допомоги дітям».
6. Концепція удосконалення неврологічної допомоги дітям України (схвалено Вченою медичною Радою Міністерства охорони здоров'я України. Рішення засідання президії Вченої медичної Ради МОЗ України від 17.04.1998. Протокол №25)
7. Наказ МОЗ України від 01.12.2009 № 889 «Про затвердження клінічного протоколу санаторно-курортної реабілітації дітей з церебральним паралічем».
8. Шкала великих моторних функцій (Gross Motor Function Measure – GMFM) // Все про ДЦП. Інформація для пацієнтів, їх сімей та спеціалістів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://www.dcp.com.ua/sites/default/files/GMFM-blank-ukr.pdf>. – Назва з екрану.
9. Система класифікації великих моторних функцій (GMFCS) // Все про ДЦП. Інформація для пацієнтів, їх сімей та спеціалістів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://www.dcp.com.ua/GMFCS/>. – Назва з екрану.
10. Manual Ability Classification System for children with cerebral palsy 4-18 years [Electronic resource]. – Way of access : URL : <http://www.macs.nu/download-content.php>– Title from the screen.
11. Лікування епілепсії та епілептичних синдромів у дітей. Методичні рекомендації. [Мартинюк В.Ю., Коноплянко Т.В., Євтушенко С.К. та ін.] / - Київ. – 2012. – 18 с.

VIII. Додатки до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями» (далі – Уніфікований клінічний протокол «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями»)

Додаток № 2

до уніфікованого клінічного протоколу «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями».

Оцінка м'язового тону за модифікованою шкалою Ашворса:

- 0 – відсутність підвищення м'язового тону;
- 1 – незначне підвищення м'язового тону;
- 2 – помірне підвищення м'язового тону;
- 3 – значне підвищення м'язового тону, пасивні рухи утруднені;
- 4 – ригідність, повна відсутність рухів.

Додаток № 3

до уніфікованого клінічного протоколу «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями».

Система класифікації функції руки у дітей з церебральним паралічем віком 4-18 років

(Manual Ability Classification System - MACS)

MACS – система класифікації умінь дитини маніпулювати предметами у повсякденній діяльності.

- MACS спрямована на визначення того рівня функції руки, що найбільше відповідає типовій діяльності дитини вдома, в школі чи в колективі.
- Рівень за MACS визначають, опираючись на знання про типову щоденну поведінку дитини. Визначення рівня здійснюють не на основі спеціального тестування, а на основі розмови з людиною, яка добре знає дитину та її типову поведінку.
- Визначаючи рівень функції руки, вміння дитини маніпулювати предметами оцінюють з огляду на її вік.
- MACS спрямована на оцінювання загальної функції обох рук, а не кожної руки окремо.

Вступ та інформація для користувача

Метою Системи класифікації функції руки (MACS) є забезпечення систематичного методу класифікації того, як діти з церебральним паралічем використовують свої руки, маніпулюючи з предметами у повсякденній діяльності. MACS базується на оцінці маніпулювання предметами за власною ініціативою з особливим акцентом на використанні об'єктів в межах свого "особистого" простору (простір довкола дитини, в межах її досягнення – на відміну від предметів, що є поза зоною її досягнення).

MACS спрямована на визначення того рівня функції руки, що найбільше відповідає типовій поведінці дитини вдома, в школі чи в колективі. Це означає, що рівень визначають, розпитуючи про можливості дитини у того, хто добре її знає, а не здійснюючи спеціальне тестування. MACS розроблена не для визначення максимальних можливостей дитини та диференціації, яка рука функціонує краще. Також MACS не

пояснює причин обмежень функціональних можливостей руки і не призначена для класифікації типів церебрального паралічу.

Вибір того чи іншого рівня залежить від вміння дитини маніпулювати предметами та її потреби у допомозі додаткових пристосуваннях, аби виконувати руками дії, звичні для повсякденного життя. Йдеться про предмети, що відповідають віковій дитини, які, наприклад, використовують для того, щоб їсти, одягатися, бавитися, писати, на відміну від предметів, використання яких є ознакою особливих умінь, таких, наприклад, як, гра на музичному інструменті.

MACS можна використовувати для дітей різного віку, проте необхідно робити додаткові пояснення з огляду на вік дитини. Очевидно, що діти у віці 4-х років користуються в побуті дещо іншими предметами, ніж підлітки. Це стосується також і самостійності, адже маленькі діти потребують більше допомоги та догляду, ніж старші діти. Класифікацію умінь дитини необхідно здійснювати у порівнянні з умінями інших дітей такого самого віку.

Вмотивованість дитини та її когнітивні можливості також впливають на уміння дитини маніпулювати предметами і відповідно на рівень за MACS. Якщо вмотивованість дитини у виконанні дії є низькою, якщо вона не розуміє завдання чи постійно просить про допомогу та підтримку, уміння володіти руками необхідно класифікувати на основі фактичної поведінки дитини, навіть, якщо вважають, що насправді її функціональні можливості кращі.

Загалом, якщо вміння дитини відповідають певному рівню, то дитину зарахують до цього або вищого рівня. Дітей, які не можуть виконати дії, передбачені певним рівнем, наймовірніше зарахують до нижчого рівня. До рівня I зараховують дітей з церебральним паралічем, які здебільшого мають мінімальні обмеження порівняно зі здоровими дітьми, за умови, що обмеження – якщо вони є – практично не впливають на виконання дітьми повсякденних дій.

MACS передбачає 5 рівнів. Відмінності між двома найближчими рівнями також вказані, аби допомогти визначити той рівень, що найбільше відповідає умінням дитини. Шкала системи класифікації є порядковою і відстані між рівнями не можна вважати однаковими. Не можна вважати і так, що діти з церебральними паралічами порівну розподілені між цими п'ятьма рівнями.

I. Дитина легко та успішно користується предметами. В більшості випадків, обмеження виявляються при виконанні завдань, що вимагають швидкості та точності. Проте певна недостатність функції руки не обмежує самостійності у повсякденній діяльності.

II. Дитина користується більшістю предметів, але з дещо зниженою якістю та/або швидкістю. Дитина може уникати певних дій або виконувати їх з певними

труднощами; дитина може виконувати альтернативні дії, але зазвичай функціональні можливості руки дитини не обмежують її самостійність у виконанні повсякденних дій.

III. Дитині важко використовувати предмети, вона потребує допомоги у підготовці до дії чи її зміні. Дитина виконує дії руками повільно, результати обмежені за кількістю та якістю. Дитина виконує дії самостійно, якщо їй допомогли розпочати дію або створили спеціальні умови.

IV. Дитина виконує обмежену кількість простих дій в пристосованих умовах. Виконує лише деякі дії, з труднощами та невеликим успіхом. Потребує постійної допомоги і підтримки та/або допоміжного обладнання, аби хоч частково виконати ту чи іншу дію.

V. Дитина не утримує предмети і їй важко виконувати руками навіть найпростіші дії. Дитина потребує цілковитої сторонньої допомоги.

Відмінності між I та II рівнями

Діти з рівнем I можуть мати обмеження з маніпулюванням дуже маленькими, важкими чи крихкими предметами, що вимагає особливого контролю тонкої моторики чи ефективної координації між обома руками. Обмеження можуть також проявитися у деяких труднощах із виконанням нових чи невідомих дій. Діти з рівнем II виконують майже те саме, що і діти з рівнем I, лише зі зниженою якістю чи повільно. Функціональні відмінності між обома руками можуть впливати на ефективність дії. Діти з рівнем II часто намагаються полегшити маніпулювання предметом, наприклад, використовуючи якусь поверхню для підтримки, замість того, щоб виконати дію обома руками.

Відмінності між II та III рівнями

Діти з рівнем II можуть виконувати руками дії практично з усіма предметами, хоча повільно чи зі зниженою якістю виконання. Діти з рівнем III зазвичай потребують допомоги, щоб підготуватися до виконання руками дії та/або потребують підлаштування середовища до них, оскільки їхня здатність дотягнутися до предмета чи маніпулювати ним є обмеженою. Вони не можуть виконувати певні дії, і їхня самостійність залежить від підлаштованості середовища до їхніх можливостей.

Відмінності між III та IV рівнями

Діти з рівнем III можуть виконувати певні дії, якщо при цьому для них створено особливі умови і якщо за ними наглядають та дають багато часу на виконання дії. Діти з рівнем IV потребують постійної допомоги під час виконання дії і якнайбільше можуть самостійно змістовно виконувати лише певну частину дії.

Відмінності між IV та V рівнями

Діти з рівнем IV можуть виконувати частину дії, хоча і потребують постійної допомоги. Діти з рівнем V можуть якнайбільше брати участь у виконанні простих дій в спеціальних умовах, наприклад, натискаючи на простеньку кнопочку.

Що необхідно знати для використання MACS?

Вміння дитини маніпулювати предметами при важливих повсякденних діях, наприклад, під час ігор чи дозвілля, вживання їжі чи одягання. В яких ситуаціях дитина є самостійною і наскільки дитина потребує сторонньої допомоги та спеціальних пристосувань?

Додаток № 4

до уніфікованого клінічного протоколу «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями».

СИСТЕМА КЛАСИФІКАЦІЇ ВЕЛИКИХ МОТОРНИХ ФУНКЦІЙ Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy (GMFCS)

Система класифікації великих моторних функцій при церебральних паралічах базується на оцінці самостійних рухів, особлива увага надається сидінню (контролю тулуба) і ходьбі. Визначаючи 5-ти рівневу систему класифікації, першочерговим критерієм було створення такого поділу моторних функцій за рівнями, який би мав клінічне значення. Відмінності між рівнями базуються на функціональних обмеженнях, необхідності в допоміжному обладнанні (ходунки, милиці, палиці, інвалідний візок), а також на якості рухів. До першого рівня належать діти з незначними нейро-моторними порушеннями, переважно меншими, ніж характерно для церебрального паралічу, а також діти, яким зазвичай ставлять діагноз «мінімальна мозкова дисфункція» або «легка форма церебрального паралічу». Різниця між першим і другим рівнями не є такою вираженою, як між іншими рівнями, особливо в дітей до двох років. Особлива увага класифікації приділяється визначенню рівня, який найкраще відповідає вмінням і характеризує обмеження моторних функцій дитини на час обстеження. Акцент ставиться на повсякденній активності дитини вдома, в школі, в суспільному оточенні. Тому важливо класифікувати можливості дитини на основі її стандартної поведінки (а не максимальних можливостей) і не включати суб'єктивних прогнозів. Пам'ятайте, що необхідно класифікувати дитину за її великими моторними функціями на момент тестування, а не судити про якість рухів чи потенційні можливості їх покращення. Опис п'яти рівнів є довільний і не ставить за мету детально опитати усі аспекти функціонування конкретної дитини. Наприклад, дитина з геміплегією, яка не може «рачкувати» (повзати на чотирьох), але щодо інших параметрів підпадає під перший рівень, буде класифікована за першим рівнем. Запропонована шкала є порядковою, і відстані між рівнями не обов'язково мають бути рівномірними, крім того, не обов'язково, щоб діти з церебральним паралічем рівномірно розподілялися між п'ятьма рівнями. В кінці класифікації подаються відмінності між парами рівнів, які допоможуть вірно визначити рівень великих моторних функцій дитини на час обстеження. Назва кожного рівня відповідає найвищому рівню мобільності, якого може досягнути дитина віком 6-12 років. Ми вважаємо, що класифікація моторних функцій залежить від віку дитини, особливо у немовлят та в ранньому дитинстві. Тому ми подаємо опис кожного

рівня для дітей кількох вікових груп. Опис функціональних можливостей та обмежень для кожної вікової групи не є вичерпним, не є нормою, а служить лише загальним орієнтиром. Недоношених дітей до 2 років слід класифікувати з врахуванням корекції їх віку. Ми намагались більше підкреслити функціональні можливості дітей, а не їх обмеження. Загальний принцип оцінювання наступний: дитина, яка виконує рухові функції, властиві певному рівню, належить до цього або вищого рівня. І, навпаки, діти, які не можуть виконати рухи, подані в опису певного рівня, найімовірніше належать до цього або нижчого рівня.

Назви рівнів

Рівень I – Хода без обмежень.

Рівень II – Хода з обмеженнями.

Рівень III – Хода з допоміжними засобами.

Рівень IV – Самостійне пересування обмежене.

Рівень V – Самостійно пересування неможливе.

До 2 років

Рівень I – Діти можуть сідати, сидіти на підлозі та лягати з сидячого положення без допомоги рук, тримаючи іграшку руками. Діти «рачкують», підтягуються до стояння і роблять декілька кроків, тримаючись за меблі. У віці від 18 місяців до 2 років можуть ходити без допоміжних засобів.

Рівень II – Діти можуть сидіти на підлозі, але часто опираються руками для рівноваги. Повзають на животі або «рачкують». Можуть підтягнутися до стояння та зробити декілька кроків, тримаючись за меблі.

Рівень III – Діти можуть сидіти на підлозі при фіксації спини. Можуть перевертатися та повзати вперед на животі.

Рівень IV – Діти можуть контролювати положення голови, але для сидіння на підлозі потрібно фіксувати їх за тулуб. Вони можуть перевертатися з живота на спину та зі спини на живіт.

Рівень V – Фізична неповносправність обмежує вольовий контроль за рухами. Лежачи на животі і в сидячому положенні, діти не можуть контролювати положення голови та тулуба і протидіяти силі тяжіння. Потребують допомоги дорослих, щоб перевернутись.

Від 2 до 4 років

Рівень I – Діти сидять на підлозі, руками можуть маніпулювати предметом. Самостійно сідають на підлогу та лягають з сидячого положення. Як основний спосіб пересування діти використовують ходьбу, не потребуючи при цьому допоміжних засобів.

Рівень II – Діти можуть сидіти самостійно на підлозі, але мають проблеми з рівновагою, коли тримають предмет обома руками. Самостійно, без допомоги дорослих сідають на підлогу та лягають з сидячого положення. Можуть підтягнутися до стояння

на стійкій поверхні. Діти рачкують реципрокно, можуть пересуватися по квартирі, тримаючись за меблі. Ходьба з допоміжними засобами є основним видом пересування.

Рівень III – Можуть самостійно сидіти на підлозі, часто за типом W- сидіння (сидіння між п'ятками при внутрішньо ротованих стегнах) і переважно потребують допомоги дорослих для сидання. Можуть повзати на животі та рачкувати (часто нерципрокно), що і є основним способом пересування. Можуть підтягнутися до стояння на стійкій поверхні і пройти невелику відстань, тримаючись за предмети. Діти можуть пройти незначну відстань в приміщенні, використовуючи допоміжні засоби та допомогу дорослих для вибору напрямку ходи та для поворотів.

Рівень IV – Діти можуть сидіти на підлозі, якщо їх посадять, проте не можуть утримати це положення без допомоги рук. Діти переважно потребують додаткового обладнання для сидіння та стояння. Можуть самі долати невеликі відстані (в межах кімнати) шляхом перевертання, повзання на животі або нерципрокного рачкування.

Рівень V – Фізична неповносправність обмежує вольовий контроль за рухами та положенням голови і тіла. Всі моторні функції обмежені. Функціональні обмеження в сидінні та стоянні не можна повністю компенсувати шляхом використання допоміжних пристроїв. Діти п'ятого рівня не можуть самостійно пересуватися, тому їх транспортують інші.

Від 4 до 6 років

Рівень I – Діти легко сідають та встають з крісла без допомоги рук. Вони встають з підлоги та з крісла, не тримаючись за предмети. Ходять в приміщенні та надворі, можуть підніматись по сходах. Починають освоювати біг та стрибки.

Рівень II – Діти сидять у кріслі і можуть вільно маніпулювати предметами обома руками. Можуть встати з підлоги та з крісла, часто відштовхуючись від стійкої поверхні чи підтягуючись руками. Діти ходять без допоміжних засобів в приміщенні і можуть долати короткі відстані по рівній поверхні надворі. Піднімаються по сходах, тримаючись за поручні, але не можуть бігати і стрибати.

Рівень III – Діти сидять на звичайному кріслі, але потребують фіксації тазу або тулуба для підвищення можливості використання рук. Діти можуть самостійно сідати та вставати з крісла підтягуючись руками та опираючись на стійку поверхню. Можуть ходити по рівній поверхні з допоміжними засобами, піднімаються по сходах при допомозі дорослих. При пересуванні на довгі відстані та по нерівній поверхні дитину здебільшого транспортують у візку.

Рівень IV – Діти можуть сидіти в кріслі, але потребують спеціалізованих крісел для фіксації тулуба та збільшення можливості використання рук. Можуть сісти та встати з крісла або з допомогою дорослих, або підтягуючись руками та опираючись на стійку поверхню. Діти можуть пройти тільки декілька кроків з допоміжними засобами та під наглядом дорослих, але їм складно повертати чи втримувати рівновагу на нерівній

поверхні. У суспільстві їх транспортують інші особи. Можуть пересуватися самостійно за допомогою електричних інвалідних візків.

Рівень V – Фізична неповносправність обмежує вольовий контроль за рухами та положенням голови і тіла. Всі моторні функції обмежені. Функціональні обмеження в сидінні та стоянні не можна компенсувати шляхом використання адаптивного обладнання та допоміжних пристроїв. Діти п'ятого рівня не можуть самостійно пересуватися, тому їх транспортують інші. Тільки деякі досягають часткової мобільності, використовуючи високотехнологічні електричні інвалідні візки.

Від 6 до 12 років

Рівень I – Ходять в приміщенні, надворі та по сходах без обмежень. Можуть бігати та підстрибувати, але швидкість, рівновага та координація знижені.

Рівень II – Ходять в приміщенні та на вулиці, піднімаються по сходах, тримаючись за поручні, але обмежені при ходьбі по нерівній поверхні та сходах, а також в людних місцях, чи вузьких проходах. Ці діти практично не можуть виконувати такі великі моторні функції, як біг та стрибки.

Рівень III – Діти можуть ходити в приміщенні та на вулиці по рівній поверхні з допоміжними засобами. Можуть піднятися по сходах, тримаючись за поручні. Залежно від функції верхніх кінцівок можуть самостійно пересуватися на інвалідному візку, або ж їх транспортують інші при пересуванні на великі відстані чи по нерівній поверхні.

Рівень IV – Залишаються переважно на попередньому рівні розвитку, досягнутому до 6 років і пересуваються вдома, в школі та суспільстві на інвалідному візку. В суспільстві можуть автономно пересуватися за допомогою електричного інвалідного візка.

Рівень V – Фізична неповносправність обмежує вольовий контроль за рухами та положенням голови і тіла. Всі моторні функції обмежені. Функціональні обмеження в сидінні та стоянні не можна компенсувати шляхом використання адаптивного обладнання та допоміжних пристроїв. Діти п'ятого рівня не можуть самостійно пересуватися, тому їх транспортують інші. Тільки деякі досягають часткової мобільності, використовуючи високотехнологічні електричні інвалідні візки.

Відмінності між рівнями

Відмінність між I та II рівнями. У порівнянні з дітьми першого рівня, діти II рівня обмежені в свободі пересування під час ходьби надворі та в суспільстві, їм потрібні допоміжні засоби при освоєнні ходьби. Відрізняється також якість рухів – вони практично не можуть бігати та підстрибувати.

Відмінність між II та III рівнями. Різниця полягає у ступені функціональної мобільності. Діти III рівня потребують допоміжних засобів, а також часто ортезів для ходи, а діти II групи не потребують допоміжних засобів для ходи після досягнення ними 4-х річного віку.

Відмінність між III та IV рівнями. Різниця проявляється, в основному, у можливості сидіння та пересування з допоміжними засобами. Діти III рівня сидять самостійно, самі пересуваються по підлозі і ходять з допоміжними засобами. Діти IV рівня можуть сидіти (переважно з підтримкою), самостійне пересування обмежене, здебільшого їх транспортують інші, або вони використовують електричний інвалідний візок.

Відмінність між IV та V рівнями. Діти V рівня не мають навіть основ антигравітаційного контролю постави. Самостійне пересування можливе лише у випадку, якщо дитина навчиться користуватись електричним інвалідним візком.

Додаток № 5

до уніфікованого клінічного протоколу «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями».

Шкала великих моторних функцій
Gross Motor Function Measurement Score Sheet (GMFM)

Шкала великих моторних функцій (GMFM)**Тестовий бланк (GMFM – 88 та GMFM-66)**

Gross Motor Function Measurement Score Sheet

Пацієнт _____ ID # _____

Дата обстеження _____
/dd/mm/yyyy

Рівень GMFCS

Дата народження _____
/dd/mm/yyyy I II III IV VХронологічний вік _____
/років/місУмови обстеження (напр., кімната, одяг, час,
присутність інших)

Обстеження провів _____

Шкала великих моторних функцій (Gross Motor Function Measure) це стандартизований та перевірений інструмент для визначення змін великих моторних функцій у дітей з церебральними паралічами.

Приведені бали оцінювання є лише загальним орієнтиром. Більшість завдань мають специфічний опис оцінювання. При проведенні обстеження обов'язково потрібно притримуватися вказівок приведених в повному описі тесту.

Бали оцінювання

0 = не пробує виконувати

1 = починає виконувати

2 = частково виконує

3 = повністю виконує

НТ = не тестувалося

Завдання, помічені зірочкою (*) використовуються при проведенні тесту GMFM - 66

Контакти:

Dianne Russell, CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University, Institute for Applied Health Sciences, McMaster University, 1400 Main St. W., Rm. 408, Hamilton, L8S 1C7

Tel: - 1 905 525-9140 Ext. 27850

E-mail: canchild@mcmaster.ca<http://www.canchild.ca>**Український варіант**

Олег Качмар, Міжнародна клініка відновного лікування

E-mail: okachmar@ic.reha.lviv.ua<http://www.reha.lviv.ua>

© Mac Keith Press

| А. Лежання і перевороти | | Бал | | | | н.т |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------|---|---|---|------------|
| 1 | На спині: голова прямо: повороти голови зі симетричними кінцівками | 0 | 1 | 2 | 3 | 1. |
| * 2 | На спині: доторкається рукою до руки по середній лінії | 0 | 1 | 2 | 3 | 2. |
| 3 | На спині: піднімає голову на 45° | 0 | 1 | 2 | 3 | 3. |
| 4 | На спині: повністю згинає праве стегно і коліно | 0 | 1 | 2 | 3 | 4. |
| 5 | На спині: повністю згинає ліве стегно і коліно | 0 | 1 | 2 | 3 | 5. |
| * 6 | На спині: досягає правою рукою іграшку, через середню лінію | 0 | 1 | 2 | 3 | 6. |
| * 7 | На спині: досягає лівою рукою іграшку, через середню лінію | 0 | 1 | 2 | 3 | 7. |
| 8 | На спині: перевертається на живіт через праву сторону | 0 | 1 | 2 | 3 | 8. |
| 9 | На спині: перевертається на живіт через ліву сторону | 0 | 1 | 2 | 3 | 9. |
| *10 | На животі: піднімає голову вгору | 0 | 1 | 2 | 3 | 10. |
| 11 | На животі: піднімається з передпліч, лікті випрямляє | 0 | 1 | 2 | 3 | 11. |
| 12 | На животі: опора на праве передпліччя, випрямлення вперед лівої руки | 0 | 1 | 2 | 3 | 12. |
| 13 | На животі: опора на ліве передпліччя, випрямлення вперед правої руки | 0 | 1 | 2 | 3 | 13. |
| 14 | На животі: перевертається на спину через праву сторону | 0 | 1 | 2 | 3 | 14. |
| 15 | На животі: перевертається на спину через ліву сторону | 0 | 1 | 2 | 3 | 15. |
| 16 | На животі, розвироти вправо на 90 градусів, опираючись на кінцівки | 0 | 1 | 2 | 3 | 16. |
| 17 | На животі, розвироти вліво на 90 градусів, опираючись на кінцівки | 0 | 1 | 2 | 3 | 17. |

Загальний бал по А

В. Сидіння

| | | | | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|-----|
| *18 | На спині, підтягується до сидіння з контролем голови | 0 | 1 | 2 | 3 | 18. |
| 19 | на спині, перевертається направо і сідає | 0 | 1 | 2 | 3 | 19. |
| 20 | на спині, перевертається наліво і сідає | 0 | 1 | 2 | 3 | 20. |
| *21 | Сидить при підтримці за тулуб, піднімає голову вгору на 3 сек | 0 | 1 | 2 | 3 | 21. |
| *22 | Сидить при підтримці за тулуб, піднімає голову вгору на 10 сек | 0 | 1 | 2 | 3 | 22. |
| *23 | Сидить з опорою на руки 5 секунд | 0 | 1 | 2 | 3 | 23. |
| *24 | Сидить без опори на руки 3 секунди | 0 | 1 | 2 | 3 | 24. |
| *25 | Сидить, перед іграшкою, нахил., торкає і повертається без рук | 0 | 1 | 2 | 3 | 25. |
| *26 | Сидячи доторкається до іграшки, на 45 градусів справа позаду | 0 | 1 | 2 | 3 | 26. |
| *27 | Сидячи доторкається до іграшки, на 45 градусів зліва позаду | 0 | 1 | 2 | 3 | 27. |
| 28 | Сидить на пр. боці без опори на руки 5 секунд | 0 | 1 | 2 | 3 | 28. |
| 29 | Сидить на лі. боці без опори на руки 5 секунд | 0 | 1 | 2 | 3 | 29. |
| *30 | Сидячи на маті, лягає на живіт, контролюючи рух | 0 | 1 | 2 | 3 | 30. |
| *31 | Сидить ноги вперед, переверт. у пол. "на чотирьох" через пр. сторону | 0 | 1 | 2 | 3 | 31. |
| *32 | Сидить ноги вперед, переверт. у пол. "на чотирьох" через лі. сторону | 0 | 1 | 2 | 3 | 32. |
| 33 | Сидячи на маті, розвироти на 90 градусів без допомоги рук | 0 | 1 | 2 | 3 | 33. |
| *34 | Сидить на лавочці, без рук та опори ногами 10 сек. | 0 | 1 | 2 | 3 | 34. |
| *35 | Зі стояння : сідає на маленьку лавочку | 0 | 1 | 2 | 3 | 35. |
| *36 | З підлоги, сідає на маленьку лавочку | 0 | 1 | 2 | 3 | 36. |
| *37 | З підлоги, сідає на велику лавочку | 0 | 1 | 2 | 3 | 37. |

Загальний бал по В

| С. Повзання та на колінах | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 38 | Лежить на животі, плазує вперед 1,8 м | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *39 | Утримується "на чотирьох" 10 сек. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *40 | З положення "на чотирьох" сідає без рук | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *41 | Лежить на животі, стає "на 4" | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *42 | "на 4", права рука вперед, вище плеча | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *43 | "на 4", ліва рука вперед, вище плеча | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *44 | "на 4", повзе або рухається "ривками" вперед 1,8м. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *45 | "на 4", повзе альтернуюче 1,8м. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *46 | "на 4", повзе вверх 4 сходинки на руках і колінах / стопах | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47 | "на 4", повзе задом вниз 4 сходинки на руках і колінах / стопах | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *48 | Сидячи встає на коліна, піднімаючи таз з допомогою рук 10 сек | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49 | На колінах з піднятим тазом, стає на пр. коліно з доп.рук. 10сек | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50 | На колінах з піднятим тазом, стає на лів. коліно з доп.рук. 10сек | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *51 | На колінах з піднятим тазом, йде вперед 10 кроків без рук | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Загальний бал по С | | | | | |
| D. Стояння | | | | | |
| *52 | На підлозі підтягується до стояння за велику лавочку | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *53 | Стоїть без рук 3 сек | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *54 | Стоїть трим. 1 рукою за велику лавочку, піднімає пр. ногу, 3 сек | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *55 | Стоїть трим. 1 рукою за велику лавочку, піднімає лів. ногу, 3 сек | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *56 | Стоїть без рук 20 сек | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *57 | Стоїть, піднімає пр. ногу, без рук, 10 сек | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *58 | Стоїть, піднімає лів. ногу, без рук, 10 сек | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *59 | Сидячи на маленькій лавочці встає без рук | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *60 | На колінах з піднятим тазом: встає без рук через пр. коліно | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *61 | На колінах з піднятим тазом: встає без рук через лів. коліно | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *62 | Стоячи контрольовано сідає на підлогу без рук | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *63 | Стоячи присідає без рук | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *64 | Стоячи: піднімає з підлоги предмет, повертається, без підтримки рук | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Загальний бал по D | | | | | |
| E. Хода, біг, стрибки | | | | | |
| *65 | Стоїть: 2 руками за велику лавочку, робить 5 кроків вправо | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *66 | Стоїть: 2 руками за велику лавочку, робить 5 кроків вліво | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *67 | Стоїть за 2 руки, робить 10 кроків вперед | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *68 | Стоїть за 1 руку, робить 10 кроків вперед | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *69 | Стоїть, робить 10 кроків вперед | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *70 | Стоїть, робить 10 кроків вперед, розворот на 180, повертається | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *71 | Стоїть, йде 10 кроків задом наперед | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *72 | Стоїть, 10 кроків несе 2 руками великий предмет | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *73 | Стоїть, 10 кроків обома ногами між лініями на 20см | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *74 | Стоїть, 10 кроків обома ногами по лінії 2см | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| *75 | Стоїть: переступає через палку, на висоті коліна, пр. ногою | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *76 | Стоїть: переступає через палку, на висоті коліна, лів. ногою | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *77 | Стоїть: біжить 4,5м, зупиняється і повертається назад | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *78 | Стоїть: копає м'яч пр. ногою | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *79 | Стоїть: копає м'яч лів. ногою | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *80 | Стоїть: підскакує двома ногами разом на 30см. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *81 | Стоїть: стрибає вперед двома ногами разом на 30см. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *82 | Стоїть на пр. нозі: підстрибує на пр.нозі 10 раз в колі 60 см. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *83 | Стоїть на лів. нозі: підстрибує на лів.нозі 10 раз в колі 60 см. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *84 | Стоїть трим. за 1 поручню: вверх 4 сходи, ногами почергово | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *85 | Стоїть трим. за 1 поручню: вниз 4 сходи, ногами почергово | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *86 | Стоїть: вверх 4 сходинки, ногами почергово | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *87 | Стоїть: вниз 4 сходинки, ногами почергово | 0 | 1 | 2 | 3 |
| *88 | Стоїть на сходинці 15 см: зіскакує двома ногами одночасно | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Загальний бал по E | | | | | |

Чи це обмеження відображає „звичайні” можливості дитини так ні

Примітки

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A. Лежання і перевороти = заг. бал по A _____ /51 *100 = _____%

B. Сидіння = заг. бал по B _____ /60 *100 = _____%

C. Повзання та на колінах = заг. бал по C _____ /42 *100 = _____%

D. Стояння = заг. бал по D _____ /39 *100 = _____%

E. Хода, біг, стрибки = заг. бал по E _____ /72 *100 = _____%

Загальна оцінка = %A+%B+%C+%D+%E / 5= _____%

Додаток № 6

до уніфікованого клінічного протоколу «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями».

Методики реабілітації

Метод Козьявкіна (система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації СІНР) - високоефективна технологія лікування пацієнтів з дитячим церебральним паралічем, остеохондрозом, наслідками травм і органічного ураження нервової системи. Основним компонентом методики є біомеханічна корекція хребта та великих суглобів, у поєднанні з комплексом лікувальних заходів. Вона спрямована на усунення функціональних блокад хребцево-рухових сегментів та відновлення нормальної рухливості суглобів хребта, що дає можливість зменшити прояви дизрегуляції нервової системи на різних рівнях чутливих та рухових систем. Корекція хребта проводиться після мануальної діагностики та відповідної підготовки послідовно у всіх відділах хребта - поперековому, грудному та шийному

Метод К. і Б. Бобат – це нейророзвиваюча терапія, спрямована на пригнічення активності патологічних тонічних рефлексів, поступальних реакцій та рухових стереотипів із подальшим відновленням статики і моторних навичок (повзання, стояння, хода) незалежно від віку хворого. Лікар оцінює, якому періоду розвитку відповідає розвиток конкретної дитини, щоб максимально скоригувати його до навиків, якими володіє здорова дитина, та навчити робити це правильно. Ця методика не потребує постійного спостереження у бобат-терапевта. Дитина може відпрацьовувати всі навички дома, а приїжджати лише для контролю та корекції один раз на 3 місяці. Також застосування цієї методики не потребує додаткових затрат.

Метод В. Войта – система лікування за методикою рефлекс-локомоцій (вродженні реакції рефлекторного повзання і рефлекторного перевертання), що передбачає можливість у дітей раннього віку, переважно з групи ризику, «перетворити» патологічні реакції у фізіологічний руховий стереотип і тим самим запобігти формуванню органічного ураження ЦНС. Принципом Войта-терапії є не тільки вплив на рухову сферу, а й на все тіло загалом: на сенсорну, вегетативну та психічну системи.

Основним завданням методики є формування рухових навичок відповідних віку дитини.

Метод К.О. Семенової – метод динамічної пропріоцептивної корекції (ДПК), який полягає у впливі на мозкові структури функційної системи антигравітації потоку скорегованої пропріоцептивної імпульсації, яка виникає при виконанні пацієнтом довільних рухів в рефлекторно – навантажувальному пристрої «Гравітон», «Гравістат». Пристрій складається з системи еластичних тяг і збирається із комплектуючих індивідуально для кожного пацієнта, відповідно до завдання корекції його патологічної пози. Генералізована дія корегованої пропріоцепції призводить до нормалізації тону м'язів, пригнічення патологічних м'язових синергій та гіперкінезів, розвитку установчих і постуральних рефлексів. Внаслідок чого, при активних рухах пацієнта відбувається закріплення правильної пози і фізіологічних форм руху на рівні ЦНС.

Сенсорна інтеграція – це результат процесу об'єднання двох та більше сенсорних функцій, який упорядковує та організовує різноманітні враження і створює передумови для успішної адаптації до навколишнього середовища, ефективного сенсорно- моторного та емоційно-інтелектуального розвитку. Сенсорна інтеграція стосується переважно тактильного, вестибулярного, пропріоцептивного чуттів. Метою методики є підвищення здатності дитини сприймати і організовувати сенсорну інформацію, вироблення адаптивних реакцій у відповідності з її психоневрологічними потребами, що забезпечує направленість та поступальність рухових актів і лежить в основі набуття практичних навиків та соціалізації. Важливо те, що методика сенсорної інтеграції сприяє розвитку комунікативних навичок та соціалізації, адже в ній закладена можливість проводити групові заняття, на яких розвиваються навички поведінки у малих групах. Після подібних занять у більшості дітей підвищується пізнавальна активність, покращується зорове сприйняття форми, кольору, розміру та просторових відношень предметів, з'являється орієнтовна реакція на оточення, поведінка стає більш цілеспрямованою, підвищується самостійність і самооцінка.