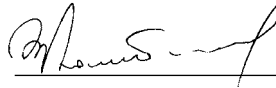


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

6 мая 2004 г.

Регистрационный № 133–1103

**ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО  
ГОДА ЖИЗНИ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ  
НАРУШЕНИЯМИ**

Инструкция по применению

**Учреждения-разработчики:** Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минский городской центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями, НИИ охраны материнства и детства

**Авторы:** Г.Г. Шанько, Г.А. Шишко, Л.Н. Богданович, Л.В. Шалькевич, Е.Н. Ивашина, Н.М. Чарухина, Н.И. Букач, И.Л. Сахарук, И.Н. Самосюк, Е.С. Сацевич, И.Е. Валитова

Данная инструкция предназначена для врачей-неврологов, реабилитологов, педиатров.

Болезни нервной системы и органов чувств занимают ведущее место среди болезней, нарушающих качество жизни ребенка, при этом наибольший удельный вес принадлежит детскому церебральному параличу (ДЦП). Основу профилактических мероприятий по уменьшению степени тяжести инвалидизирующих последствий и излечению поражений нервной системы у детей составляют раннее выявление и реабилитация.

## **ПОКАЗАНИЯ К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

### **Факторы риска перинатального периода детей первого года жизни с церебральными нарушениями**

К факторам высокого риска выраженных церебральных нарушений у детей первого года жизни относятся:

- асфиксия тяжелой степени на первой минуте;
- тяжелое состояние новорожденного;
- проведение реанимационных мероприятий с применением ИВЛ;
- судороги в раннем неонатальном периоде;
- угнетение центральной нервной системы (ЦНС) в периоде новорожденности;
- перивентрикулярная лейкомаляция или порэнцефалические кисты по данным нейросонографического исследования.

Дети этой группы требуют особого внимания и тщательного наблюдения с первых месяцев жизни. С целью профилактики или уменьшения степени тяжести церебральных нарушений таким детям требуется комплексная медицинская реабилитация в специализированных психоневрологических ЛПУ.

### **Клиническая картина последствий перинатальных поражений ЦНС у детей от одного до двенадцати месяцев жизни, определение степени тяжести церебральных нарушений**

Оценка неврологического развития у детей первого года жизни должна быть комплексной с учетом результатов клинического неврологического исследования и оценки психомоторного развития.

На первом году жизни каждый месяц рассматривается как новая ступень развития.

Поражения нервной системы у детей первого года жизни проявляются психоэмоциональными (поведение, эмоциональные и головные реакции, интерактивные отношения), сенсомоторными, двигательными, вегетативными нарушениями. На первом году жизни целесообразно выделять две степени тяжести церебральных нарушений: умеренно выраженные и выраженные (см. табл. 1).

### **Оценка данных нейросонографического обследования детей первого года жизни**

Нейросонография не отражает истинной картины поражения головного мозга, поэтому может быть ориентировочным диагностическим методом у детей первого года жизни. Минимальная, умеренная вентрикуломегалия, киста сосудистого сплетения, субэпендимальная киста, усиление эхогенности структур, венрикулит, паренхиматозные кровоизлияния, гидроцефалия не являются специфическими признаками ДЦП и одинаково часто встречаются у детей с умеренно выраженными и выраженными церебральными нарушениями. Порэнцефалические кисты и лейкомаляция определяются у детей с ДЦП.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И КЛИНИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ГРУППЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

При определении реабилитационного потенциала (РП) ведущими являются факторы ограничения жизнедеятельности и нарушения качества жизни. Так как они еще не наступили у детей первого года жизни, то независимо от степени тяжести церебральных нарушений РП необходимо оценивать как высокий до установления клинического диагноза. Детям первого года жизни с церебральными нарушениями требуется комплексная (медицинская, психологическая, педагогическая, социальная) реабилитация в условиях специализированных отделений или учреждений медицинской реабилитации неврологического профиля.

Таблица 1

**Диагностика нарушений развития детей первого года жизни**

Функциональные системы	Ответные реакции, подлежащие оценке	Краткая характеристика развития нервной системы с учетом церебральных нарушений		
		нормальное развитие	умеренно выраженные нарушения	выраженные нарушения
<b>1–3 месяца</b>				
Психо-эмоциональная	Поведение	Поведение спокойное. Прислушивается к окружающим звукам, к 3 месяцам поворачивает голову в сторону звука и ищет источник. Рассматривает предметы, останавливает взгляд на предметах, находящихся в поле зрения, к 3 месяцам проследживает предметы. Устанавливается режим сна и бодрствования, увеличивается период активного бодрствования	Беспокойный. Режим сна и бодрствования не отрегулирован. Требуется постоянного присутствия взрослых. Успокаивается на руках у мамы и при покачивании. Интерес к окружающему снижен. На громкие звуки, яркие предметы отвечает кратковременным сосредоточением, общим возбуждением	Беспокойный или вялый. Адинамичный, малоактивный. Интерес к окружающему снижен или отсутствует. Режим сна и бодрствования не отрегулирован. Взгляд блуждающий, на предметах не фиксирует

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
	<p>Эмоциональные реакции</p>	<p>Эмоциональные реакции живые, разнообразные, свидетельствуют о хорошем настроении, состоянии биологического комфорта и здоровья. Положительные эмоции выражает повизгиванием, смехом. Латентный период эмоций — 10–20 с. Мимика живая</p>	<p>Эмоциональный фон лабильный, преобладают негативные эмоции. Эмоциональные реакции проявляются после длительной стимуляции (более 20 с), они бедные, невыразительные, приводят к повышению возбудимости, изменению поведения ребенка. Мимика выражает недовольство</p>	<p>Эмоциональный фон лабильный, зависит от состояния ребенка, тяжело контролируется и управляется. Преобладают отрицательные эмоциональные реакции (хныканье, плач). Ребенок безразличен к окружающей среде. Мимика однообразная, невыразительная</p>
	<p>Интерактивные отношения</p>	<p>Увидев лицо взрослого на расстоянии 20–25 см от своего лица и услышав голос, ребенок инициирует готовность к общению (останавливает взгляд на лице, замирает, замолкает).</p>	<p>Общение с взрослым устанавливается после стимуляции и латентного периода. Зрительный контакт кратковременный. Ребенок быстро утомляется, отводит глаза, демонстрирует безучастность или</p>	<p>Недоступен для общения, не реагирует на лицо взрослого, смотрит «сквозь», «уходит в себя», не копирует мимические реакции, отсутствуют начальные компоненты «комплекса оживления»</p>

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
		<p>В 4–5 недель в ответ на ласковое обращение через 2 с смотрит в лицо, копирует мимику взрослого, произносит звуки, появляются двигательные реакции. В 6–8 недель появляются улыбка, протяжные гортанные звуки, наблюдается общее двигательное оживление, смотрит в глаза взрослому, протягивает руки к лицу взрослого. В 10–12 недель сформирован «комплекс оживления», ребенок легко отзывается на обращение, смотрит в глаза</p>	<p>начинает хныкать, прибегает к приемам самоуспокоения (сосет соску, трет глаза), мимику не копирует. «Комплекс оживления» не сформирован</p>	
	Голосовые реакции	<p>Формируются голосовые реакции от гортанных коротких звуков до протяжного певучего гуления. Голос громкий, чистый, звуки произносит по собственной инициативе и в ответ на обращение взрослого, копирует мимику взрослого и интонации его голоса</p>	<p>Преобладают короткие гортанные звуки, которые произносит в основном по собственной инициативе, в ответ на обращение взрослого — после длительной стимуляции. Гуление бедное, со слабой эмоциональной окраской. Голос громкий</p>	<p>Голосовая активность отсутствует или резко ограничена низкой тональностью. Вызвать голосовые реакции даже после длительной стимуляции практически невозможно. Голос слабый, болезненный</p>

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
Сенсорная	Сенсомоторные реакции	В ответ на сенсорные стимулы (тактильные, зрительные, слуховые) через 10–20 с отмечается замирание, затем через 1–2 с повышение общей двигательной активности, учащение пульса, дыхания, легкий поворот головы в сторону стимула. Сформированы координации рука-рука, рука-рот, зрительно-моторная координация. Удерживает вложенную в руку игрушку	В ответ на сенсорные стимулы (тактильные, зрительные, слуховые) отмечается спонтанный рефлекс Моро, общее двигательное беспокойство, учащение пульса, дыхания, отрицательная эмоциональная реакция. Зрительного и слухового сосредоточения можно добиться с трудом. Сформированы координации рука-рука, рука-рот. Удерживает вложенную в руку игрушку	Ребенок не реагирует на зрительные и слуховые стимулы или же кратковременно фиксирует предмет в поле зрения, но быстро истощается и теряет его, источник звука не ищет. Отмечается гиперестезия. Ответные реакции генерализованные, сопровождаются спонтанным рефлексом Моро, общей разгибательной реакцией, клонусоидом стоп, спонтанным рефлексом Бабинского
Вегетативная	Вегетативные реакции	Кожа розовая, теплая, бархатистая. Тургор тканей достаточный. Ладшки, стопы розовые, теплые. В ответ на раздражение учащаются дыхание, сердцебиение, эмоциональные реакции (положительные или отрицательные)	При переодевании, во время кормления, плача отмечается акроцианоз, пероральный цианоз, изменения окраски кожных покровов, выраженная и стойкая «мраморность» кожи, похолодание и влажность	Стойкие нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (тахикардия, нарушение ритма), бледность и «мраморность» кожи, нарушение ритма дыхания, выраженный веннозный рисунок на голове, кистях,

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
			кистей и стоп, срыгивание, учащение пульса, дыхания. Реакции стойкие и проявляются при всех манипуляциях	стопах, стойкие опрелости. Акроцианоз. Тургор тканей снижен
Двигательная	Двигательные реакции	Оцениваются по пассивным, активным и спонтанным движениям, мышечному тону, сухожильным, кожным рефлексам, безусловным позотоническим и установочным рефлексам. Ребенок расслаблен, положение симметричное, контролирует активные движения. Возможно нарушение мышечного тону по дистоническому типу, избыточная спонтанная двигательная активность, оживление сухожильно-надкостничных рефлексов. Формируются выпрямляющие рефлексы туловища. Активные и пассивные движения координированные. К 3 месяцам стабильно лежит на	Отмечаются нарушение мышечного тону по типу спастичности или гипотонии, дистонические атаки, избыточная спонтанная двигательная активность, тремор рук. Высокие сухожильно-надкостничные рефлексы. Задерживается редукция хватательного рефлекса, рефлекса Моро, позотонических автоматизмов и формирование установочных рефлексов. Активные движения ограничены. Положение асимметричное, на животе — не функциональное: руки под грудной клеткой, кисти	Отмечается нарушение мышечного тону по типу стойкой спастичности или выраженной гипотонии. Сухожильно-надкостничные рефлексы высокие, зоны расширены, клonus стоп. Объем пассивных и активных движений ограниченный или избыточный, снижена двигательная активность, имеются синкинезии. Сохраняется выраженное влияние позотонических автоматизмов, определяющих позу, безусловных рефлексов: Моро, хватательного, автоматической походки



Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
		животе, упирается на предплечья под углом 90°, кисти полузакрыты, положение симметричное, удерживает голову до 1 мин	зажаты, голову не удерживает. При вертикализации мышечный тонус нарастает	
<b>4–6 месяцев</b>				
Психо-эмоциональная	Поведение	От рассматривания рук переходит к рассматриванию игрушек, определенных предметов, захватывает их, тянет в рот, демонстрирует элементы игры, радуется, увидев мать, плачет при ее уходе	Предпочитает рассматривать руки, игрушками интересуется мало, беспокойство сменяется безразличием, требователен, нетерпелив. Режим сна и бодрствования не отрегулирован	Вялый, пассивный. Интересуется только руками, безразличен к игрушкам, окружающим. Режим сна и бодрствования не отрегулирован
	Эмоциональные реакции	Положительный эмоциональный фон, радостное выражение лица. Сосредотачивается, настораживается, улыбается, смеется, плачет, успокаивается и оживляется при виде игрушки, демонстрирует «комплекс оживления», показывает удовольствие и нежелание	Эмоциональный фон лабильный, преобладает негативный, повышенная раздражительность. «Комплекс оживления», реакции сосредоточения — неустойчивые. Мимика живая, чаще недовольства. Периодически проявляет любопытство, интерес	Эмоциональный фон бедный, реакция на игрушку вялая. Мимика бедная, безразличен к окружающим. «Комплекс оживления» не сформирован

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
	Интерактивные отношения	«Комплекс оживления» в ответ на ласковое обращение постепенно сменяется настороженностью и затем снова оживлением, если это знакомое лицо, или беспокойством, если незнакомое	Реакции на общении не дифференцированы, чаще наблюдается оживление на любое лицо. Вступает в контакт, смотрит в глаза, но быстро устает и прекращает общение. Рассеян, раздражителен в общении	После длительной стимуляции и латентного периода смотрит на лицо взрослого, кратковременно в глаза, но общение не инициирует и не продолжает
	Головные реакции	Этап певучего гуления от протяжных гласных звуков до лепета, прислушивается к своему голосу, самоподражает	Бедность интонаций, однообразие звуковых комплексов, отсутствует самоподражание. Реагирует на слово после стимуляции и латентного периода	Полное отсутствие или единичные, однообразные звуковые комплексы. Бедное гуление
Сенсорная	Сенсомоторные реакции	Формируется тактильно-кинестетическая чувствительность от реакции пассивного осязания (рука-рука, нога-нога) через активное осязание (ощупывание предметов) до захвата предмета. Манипулирует предметами. Если тактильные раздражители сильные, то становится беспокойным, отворачивается, если	Реакция общего генерализованного ответа, спонтанный рефлекс Моро в ответ на сенсорные раздражители. Ответ на боль в форме крика после латентного периода. Следит за предметом, протягивает руку, но не берет, вложенную в руку игрушку удерживает, тянет	Ответные реакции на сенсорные стимулы вялые, не формируется тактильно-кинестетическая чувствительность. Гиперестезия. На боль реагирует гримасой. Отсутствует зрительно-моторная координация. Не реагирует на звук, не определяет источник звука

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
		<p>приятные, то замирает, поворачивается в сторону раздражителя. На боль реагирует плачем, легко успокаивается. Сформированы зрительно-моторные координации. Реагирует на звук, определяет источник звука в пространстве</p>	<p>в рот. Реагирует на звук, но не определяет его в пространстве</p>	<p>в пространстве. Двигательная активность ограничена</p>
<p>Вегетативная</p>	<p>Вегетативные реакции</p>	<p>Кожа розовая, теплая, бархатистая. Тургор тканей достаточный. Ладони, стопы розовые, теплые. В ответ на раздражение учащается дыхание, сердцебиение, появляются эмоциональные реакции (положительные или отрицательные)</p>	<p>Нестойкий акроцианоз, «мраморность» кожных покровов, гипергидроз стоп, ладошек</p>	<p>Акроцианоз, «мраморность» кожных покровов, влажные и холодные стопы и ладони. Тургор тканей снижен</p>
<p>Двигательная</p>	<p>Двигательные реакции</p>	<p>Безусловные и позотонические рефлексы угасают, мышечный тонус нормальный. Сформирован верхний установочный рефлекс Ландау. Поза симметричная, не зависит от положения головы в пространстве.</p>	<p>Сохраняется влияние тонических рефлексов, не редуцированы рефлексы Моро, хватательный. Мышечный тонус повышен или снижен, нарастает при вертикализации, опора на</p>	<p>Выражено влияние тонических рефлексов, которые определяют позу и положение. Не редуцированы рефлексы Моро, хватательный, автоматической походки. Мышечная спастика или</p>

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
		<p>Стабильно лежит на животе, формирует опору на выпрямленные руки и раскрытые кисти, при тракции за руки голову подтягивает, группируется. Поворачивается со спины на живот: сначала на бок, а затем с торсией на живот, при вертикализации опирается на полную стопу, ноги полусогнуты</p>	<p>носочки, перекрест ножек на уровне голеней, стоп, сухожильно-надкостничные рефлексы оживлены, зоны расширены. Задержка моторного развития. Положение на животе нестабильное, асимметричное, опора на предплечья под острым или прямым углом, голову удерживает</p>	<p>гипотония, патологические синкинезии, сухожильно-надкостничные рефлексы высокие, зоны расширены, клонус и клонусоид стоп. Выражена задержка моторного развития. Положение на животе не удерживает, положение головы не контролирует, двигательная активность резко снижена</p>
<b>7–9 месяцев</b>				
<p>Психо-эмоциональная</p>	<p>Поведение</p>	<p>Проявление активной познавательной деятельности (сосредоточивается на одном виде деятельности, берет, рассматривает, ощупывает, тянет в рот, бросает). Деятельность сопровождается лепетом, мимическими и эмоциональными реакциями</p>	<p>Предпочитает находиться у мамы на руках. В присутствии мамы расслаблен, играет с мамой. Требователен. Режим сна и бодрствования нарушен</p>	<p>Гиподинамичен, малоактивен, спокоен, рассматривает свои руки, игрушку, вложенную в руку. Предпочитает находиться один, от общения устает и «уходит в себя»</p>

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
	Эмоциональные реакции	Радость, удовольствие, неудовольствие, удивление и другие разнообразные эмоции сопровождаются голосовыми реакциями и соответствуют ситуации	Эмоциональный фон лабилен, преобладает повышенная возбудимость, снижение внимания. Эмоции и мимика разнообразны. Мотивационный фон снижен, необходима постоянная стимуляция	Эмоции бедные, быстро истощаются. Безразличен. Лицо амимично, мотивации не сформированы
	Интерактивные отношения	Дифференцирует своих и чужих. К незнакомым относится настороженно. В игре с незнакомыми настороженность сменяется познавательным интересом. Выполняет простые задания (ладушки и т. д.). Жестами показывает свои желания (протягивает ручки, если хочет на руки)	Различает своих и чужих. Контакт устанавливается после латентного периода, периодически демонстрирует недоступность, безучастность	Общение затруднено. Смотрит в лицо, но контакт не инициирует и не продолжает, «уходит в себя», играет с руками, «комплекс оживления» не сформирован
	Голосовые реакции	Длинные, певучие, разнообразные, с интонационной окраской цепочки слогов	Гуление сформировано, лепет бедный, однообразный	Голосовые реакции отсутствуют или соответствуют однообразному гулению, бедному лепету

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
Сенсорная	Сенсомоторные реакции	Сформированы зрительные, слуховые, тактильные, проприоцептивные, обонятельные, вкусовые анализаторы. Заглядывает в коробку, берет мелкие предметы двумя пальчиками, отзывается на свое имя	Сформированы зрительно-моторные и слухо-моторные координации. Берет предмет, перекладывает из руки в руку, манипулирует, бросает. Одновременно два предмета не удерживает	У части детей сформированы зрительно-моторные координации, координации рука-рука, рука-рот. Удерживает вложенную в руку игрушку, тянет в рот. Возможны нарушения зрительной, слуховой, тактильной чувствительности
Вегетативная	Вегетативные реакции	Кожа розовая, теплая, бархатистая. Тургор тканей достаточный. Ладонки, стопы розовые, теплые. В ответ на раздражение учащается дыхание, сердцебиение, появляются эмоциональные реакции (положительная или отрицательная)	Акроцианоз, «мраморность» кожных покровов, проявляющиеся при возбуждении, раздевании	Проявляются при любом воздействии или эмоциональном напряжении и длительно держатся акроцианоз, «мраморность» кожи, похолодание и влажность конечностей
Двигательная	Двигательные реакции	Движения точные, координированные, активные, целенаправленные. Сидит, садиться, становится на четвереньки, переменнно ползает, встает у опоры через одну ногу	Нарушен мышечный тонус по спастическому или гипотоническому типу. Сохраняется влияние тонических рефлексов, но они легко подавляются и нерезко	Выражено влияние позотонических автоматизмов, не редуцированы рефлекс Моро, хватательный, автоматической походки. Позу определяет преобладающее влияние

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
			ограничивают или не ограничивают двигательную активность. Сухожильно-надкостничные рефлексы оживлены, рефлексогенные зоны расширены. Положение на животе стабильное, поворачивается со спины на живот	тонического рефлекса, спастика. Двигательная активность резко ограничена. Сформированы патологические установки
<b>10–12 месяцев</b>				
Психо-эмоциональная	Поведение	Играет самостоятельно или с взрослым (предпочитает с мамой). Выполняет предметные действия, многократно их повторяет, манипулирует с 3–4 предметами. Активное бодрствование проводит в движении	Расслаблен в присутствии мамы. Эмоциональный фон лабилен. Требователен. Нарушен режим сна и бодрствования	Адинамичен, малоактивен, интерес к окружающему снижен. Быстро утомляется, прислушивается или безразличен
	Эмоциональные реакции	Эмоции разнообразны — радость, удовольствие, гнев, страх, стеснение — быстро меняются, сопровождаются двигательными реакциями	Эмоциональный фон лабилен. Требователен, упрям. Мимические реакции разнообразные. Мотивации не сформированы	Эмоции бедные, быстро истощаются. Безразличен. Лицо амимично, мотивация не сформирована

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
	Интерактивные отношения	На незнакомое лицо демонстрирует реакцию робости, стеснения, любопытства, быстро переключается на игру с новыми людьми, стремится повторить действия, налаживает контакты с незнакомыми	Знает своих и чужих, контакт устанавливается легко, радуется общению, демонстрирует эмоциональный и двигательный ответ	Контакт устанавливается после латентного периода, смотрит в лицо, изучает, но общение не инициирует и не продолжает. Быстро утомляется, демонстрирует недоступность, безучастность, начинает капризничать или «уходит в себя»
	Головные реакции	Говорит отдельные слова. Произносит слоги, которыми обозначает свои действия	Произносит цепочки слогов, понимает обращенную речь, по просьбе указывает на предметы	В речи недифференцированные звуки, бедное гуление, появляется лепет
Сенсорная	Сенсомоторные реакции	Сформированы зрительные, слуховые, тактильные, проприоцептивные, обонятельные, вкусовые анализаторы. Вкладывает один предмет в другой, открывает коробку, «читает» книжку, тянет игрушку за веревочку	Предметные действия напоминают игру. Перекладывает игрушки с места на место, манипулирует ими, требует участия взрослых, принимает инструкции	У части детей сформированы зрительно-моторные, слухо-моторные координации, координации рука-рука, рука-рот. Протягивает руку к игрушке, но не захватывает, удерживает вложенную в руку игрушку, рассматривает ее



Окончание таблицы 1

1	2	3	4	5
Вегетативная	Вегетативные реакции	Кожа розовая, теплая, бархатистая. Тургор тканей достаточный. Ладшки, стопы розовые, теплые. В ответ на раздражение учащается дыхание, сердцебиение, появляются эмоциональные реакции (положительные или отрицательные)	Неустойчивый акроцианоз, похолодание и влажность конечностей	Устойчивый акроцианоз, влажность, «мраморность» кожи
Двигательная	Двигательные реакции	Начинает ходить самостоятельно, залезает, карабкается на диван, кресло, спускается на пол, формирует защитные и координаторные реакции	У части детей сохраняется влияние тонических рефлексов. Выражена задержка моторного развития. В основном сформированы поворот со спины на живот, ползание в нормальном или патологическом варианте. Мышечный тонус нарушен, сухожильно-надкостничные рефлексы высокие	Выражено влияние тонических рефлексов, спастика, задержка моторного развития. Клиническая картина центрального пареза I–III ст. Сформированы патологические установки. У части детей сформированы поворот со спины на живот, ползание в нормальном или патологическом варианте

Клинико-реабилитационная группа (КРГ) определяется стадией формирования и течения инвалидизирующего заболевания:

*КРГ 1* — ранняя реабилитация больных или реабилитация на стадии формирования инвалидизирующего заболевания. К этой группе относятся:

– больные с врожденной ненаследственной патологией головного мозга, которая рассматривается как острый период перинатальной энцефалопатии (ПЭП) или родовой черепно-мозговой травмы в течение первого месяца жизни (0–1 месяц);

– больные с остро возникшими заболеваниями и травмами нервной системы, которые могут привести к инвалидизирующим последствиям (в любом возрасте);

– больные на ранней стадии проявлений органического поражения головного мозга в возрасте от 1 до 3 месяцев жизни, когда возможно избежать последствий болезни.

*КРГ 2* — реабилитация больных с последствиями заболеваний или травм. В эту группу входят:

– больные в возрасте от 4 месяцев до 1 года на стадии задержки психомоторного развития или начальных проявлений органической мозговой патологии, которые не привели еще к явному ограничению жизнедеятельности;

– больные на ранней стадии хронического инвалидизирующего заболевания, которое привело к ограничению жизнедеятельности (прединвалид) (в любом возрасте).

*КРГ 3* — реабилитация детей-инвалидов с различным РП (после оформления инвалидности). К этой группе относятся:

– больные с высоким РП;

– больные со средним РП;

– больные с низким РП.

## **КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНЫХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА С УЧЕТОМ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**

Длительность интенсивного курса комплексной реабилитации детей первого года жизни составляет 15–20 дней. В процессе экспе-

римента нами установлено, что при проведении данного курса дети эффективно работают первые три недели. На 5–7-й день занятий наступает полная адаптация, а на 13–18-й день в основном достигается поставленная цель курса реабилитации. Дальнейшая работа нецелесообразна, так как наступает утомление, и ребенок отказывается работать. Желательно сделать перерыв на 2–3 недели.

При раннем поступлении (до 4 месяцев жизни) на реабилитацию и соблюдении принципов реабилитации возможно сформировать навыки двигательного развития в нормальном или патологическом варианте у детей с различными степенями тяжести церебральных нарушений или уменьшить степень тяжести двигательных нарушений и улучшить качество жизни больного и его семьи.

Ранняя реабилитация — это экономически обоснованное вмешательство, приводящее к снижению инвалидности или уменьшению степени тяжести инвалидности.

Схема комплексной реабилитации детей первого месяца жизни представлена в табл. 2, первого года жизни — в табл. 3.

### **Особенности реабилитации детей первого года жизни с церебральными нарушениями при наличии отягощающих синдромов**

*Эпилептический синдром* может возникать в любом возрасте без видимой причины или провоцируется травмой, инфекцией, физическим или психическим перенапряжением; пароксизмы — различных типов. Эпилептический синдром ограничивает возможности активной кинезотерапии, физиотерапевтических методов лечения, применение стимуляторов ЦНС.

Противосудорожную терапию назначают индивидуально с учетом характера судорожных пароксизмов, их частоты, времени возникновения в течение суток, динамики в процессе лечения. Необходимо соблюдать основные принципы противосудорожной терапии (монотерапия, эффективность, непрерывность, длительность). Отменять противосудорожные препараты следует постепенно, через 2–3 года после исчезновения судорожных приступов. Реабилитация возможна на фоне противосудорожной терапии, при наличии припадков не чаще 1–2 в месяц, в щадящем режиме (ограничение и снижение реабилитационной нагрузки).

*Гидроцефальный синдром* усугубляет двигательные, речевые, психические расстройства, способствует нарушению зрения и возникновению эпилептического синдрома; затрудняет проведение активной и пассивной кинезотерапии, физиотерапевтического и медикаментозного лечения стимулирующего действия. Диагноз подтверждается с помощью нейросонографии, компьютерной томографии мозга, исследования глазного дна. Реабилитация возможна в состоянии компенсации в режиме ограничения и снижения реабилитационной нагрузки. Состояние суб- и декомпенсации требует дегидратирующей терапии, наблюдения нейрохирурга и оперативного лечения по показаниям.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Детям с церебральными нарушениями к году выставляется клинический диагноз.

Эффективность ранней реабилитации детей с перинатальными наследственными поражениями нервной системы, по нашему мнению, следует оценивать по исходам к моменту установления клинического диагноза.

Ранняя реабилитация может быть:

- с высоким эффектом (выздоровление, компенсация нарушенных функций, минимальная мозговая дисфункция (ММД));
- с умеренным эффектом (ДЦП с высоким и средним РП и другие состояния, ограничивающие жизнедеятельность больного, нарушающие качество его жизни, но позволяющие адаптироваться в окружающей среде);
- с низким эффектом (ДЦП с низким РП и другие состояния, резко ограничивающие жизнедеятельность больного и нарушающие качество жизни больного и семьи).

### **Характеристика развития моторных навыков у детей, проходящих раннюю реабилитацию, как вариант оценки эффективности реабилитации и составления прогноза**

Становление функциональных систем у детей с церебральными нарушениями во многом зависит от уровня двигательного разви-

Таблица 2

## Схема комплексной реабилитации детей первого месяца жизни

Показания к реабилитации детей первого месяца жизни с церебральными нарушениями	Реабилитационные мероприятия в специализированном учреждении медицинской реабилитации		Продолжительность и кратность курсов реабилитации	Возможные исходы реабилитации	Реабилитационные мероприятия в межкурсовом периоде	Медицинское наблюдение в течение первого месяца
	медикаментозные	немедикаментозные				
1	2	3	4	5	6	7
<p>Наличие факторов риска выраженных церебральных нарушений:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– асфиксия тяжелой степени на первой минуте;</li> <li>– тяжелое состояние новорожденного;</li> <li>– проведение реанимационных мероприятий с применением ИВЛ;</li> <li>– судороги в раннем неонатальном периоде;</li> <li>– угнетение ЦНС в периоде новорожденности</li> </ul> <p>Выраженное угнетение ЦНС или повышенная возбудимость</p> <p>Изменения, выявленные с помощью нейросонографии: лейкомаляция, порэнцефалические кисты</p>	<p>Патогенетическое и посиндромное лечение</p>	<p>Лечебный массаж. ЛФК по Войту, Бобату.</p> <p>Лечение положением. Музыка-терапия. Сенсорная стимуляция</p>	<p>3 недели, повторяется через 3–4 недели</p>	<p>Существенное улучшение с возможной компенсацией к 7–8 месяцам. Минимально выраженные функциональные и органические церебральные расстройства с компенсацией</p>	<p>ЛФК по Войту, Бобату. Лечение положением. Музыка-терапия. Медикаментозное лечение (по показаниям)</p>	<p>Диспансерное наблюдение и реабилитация по месту жительства с осмотром 1 раз в месяц. При наличии показаний консультативные осмотры и курсы реабилитации в специализиро-</p>

Окончание таблицы 2

2	3	4	5	6	7	8
<p>Выраженные сенсорные нарушения, проявляющиеся общими генерализованными реакциями в ответ на тактильные, зрительные, слуховые стимулы</p>				и субкомпенсацией.		ванных учреждений
<p>Отсутствие реакции сосредоточения в сочетании с отсутствием мимических реакций, однообразным монотонным криком</p>				ДЦП. Последствия органического поражения ЦНС		медицинской реабилитации
<p>Изменения со стороны рефлекторной и двигательной сфер:                      – выявление асимметрического шейного тонического рефлекса во всех случаях обследования;                      – спонтанный рефлекс Моро;                      – полное отсутствие редукции лабиринтного тонического рефлекса в положении на животе, особенно в сочетании с отсутствием защитного рефлекса;                      – минимальная выраженность или отсутствие двух и более следующих рефлексов: Бабкина (ладонноротовой), верхнего или нижнего хватательных, опоры и автоматической походки, Бауэра (ползания), Переса;                      – стойко выраженное повышение или резкое снижение мышечного тонуса</p>						

Таблица 3

## Схема комплексной реабилитации детей первого года жизни

Степень церебральных нарушений	Реабилитационные мероприятия в специализированном учреждении медицинской реабилитации		Продолжительность и кратность курсов реабилитации	Возможные исходы реабилитации	Реабилитационные мероприятия в межкурсовом периоде	Медицинское наблюдение в течение первого года
	медикаментозные	немедикаментозные				
1	2	3	4	5	6	7
<b>1–3 месяца</b>						
Умеренно выраженная	Патогенетическое и симптомное лечение	Лечебный массаж. ЛФК по Бобату, Войту. Лечение положением. Тепловые процедуры. Иглорефлексотерапия. Сенсорная стимуляция. Музыкотерапия. Психозомо-	3 недели, повторяется через 4–6 недель	Существенное улучшение с освоением моторных навыков и полной компенсацией к 15–18 месяцам. Минимально выраженные функциональные и органические церебральные расстройства	ЛФК по Войту, Бобату. Лечение положением. Музыкотерапия. Сенсорная стимуляция. Медикаментозное лечение	Диспансерное наблюдение и реабилитация по месту жительства с ежемесячным осмотром. Консультативные осмотры в специализированных учреждениях медицинской реабилитации 1 раз в квартал.

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7
		<p>циональная коррекция (по показаниям). Обучение родителей элементам лечебного ухода</p>		<p>с компенсацией и субкомпенсацией</p>		<p>При наличии показаний курсы реабилитации в специализированных учреждениях медицинской реабилитации</p>
<p>Выраженная</p>	<p>Патогенетическое и посиндромное лечение</p>	<p>Лечебный массаж. ЛФК по Войту, Бобату. Лечение положением. Сенсорная стимуляция. Музыкотерапия. Психоэмоциональная коррекция (психологическая, дефек-</p>	<p>3–4 недели, повторяется через 4 недели</p>	<p>Улучшение с овладением основных этапов психомоторного развития к 18–24 месяцам. Минимально выраженные функциональные и органические церебральные расстройства с компенсацией</p>	<p>Медикаментозное лечение. ЛФК по Войту, Бобату. Сенсорная стимуляция. Музыкотерапия. Дефектологическая коррекция. Лечение положением</p>	<p>Диспансерное наблюдение по месту жительства с осмотром ежеквартально. Реабилитация в специализированных учреждениях медицинской реабилитации по непрерывно-курсовому принципу.</p>



Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7
		тологическая). Логопедическая коррекция (артикуляционный массаж). Тепловые процедуры. Электролечение (электрофорез лекарственных средств). Иглорефлексотерапия. Обучение родителей элементам лечебного ухода		и субкомпенсацией. ДЦП. Последствия органического поражения ЦНС		Оформление инвалидности с детства (по показаниям). Семейная психотерапия с акцентом на создание положительного эмоционального климата в семье
<b>4–6 месяцев</b>						
Умеренно выраженная	Патогенетическое и посиндромное лечение	Лечебный массаж. ЛФК по Бобату, Войту.	3 недели, повторяется через 4–6 недель	Существенное улучшение с освоением моторных навыков	ЛФК по Войту, Бобату. Лечение положением.	Диспансерное наблюдение и реабилитация по месту

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7
		<p>Лечение положением. Тепловые процедуры. Иглорефлексотерапия. Электродолевые процедуры (электрофорез лекарственных средств, синусоидальные модулированные токи (СМТ)).</p> <p>Музыкотерапия. Дефектологическая коррекция. Психологическая коррекция.</p>		<p>ков и полной компенсацией к 15–18 месяцам. Минимально выраженные функциональные и органические церебральные расстройства с компенсацией и субкомпенсацией</p>	<p>Музыкотерапия. Сенсорная стимуляция. Дефектологическая коррекция. Медикаментозное лечение</p>	<p>жительства с осмотром 1 раз в месяц. Консультативные осмотры в специализированных учреждениях медицинской реабилитации 1 раз в квартал. При наличии показаний курсы реабилитации в специализированных учреждениях медицинской реабилитации</p>
		Обучение родителей элементам лечебного ухода				

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7
Выражен- ная	Пато- генети- ческое и посинд- ромное лечение	Лечебный массаж. ЛФК по Вой- ту, Бобату. Лечение по- ложением. Сенсорная стимуляция. Психоэмо- циональная коррекция (психоло- гическая, дефектологи- ческая). Логопедиче- ская коррек- ция (артику- ляционный массаж, кор- рекция доречевого	3–4 недели, повторяет- ся через 4 недели	Улуч- шение с овладен- ием ос- новных этапов психомо- торного развития к 18– 24 меся- цам. Мини- мально выра- женные функци- ональ- ные и органиче- ские цереб- ральные рас- стройст- ва с компен- сацией и субком- пенсаци- ей. ДЦП.	ЛФК по Войту, Бобату. Лечение положени- ем. Сенсорная стимуля- ция. Музыкате- рапия. Психоло- го-дефек- тологиче- ская коррекция. Ортопедиче- ская кор- рекция. Медика- ментозное лечение	Диспан- серное на- блюдение по месту жительства с осмотром ежеквар- тально. Реабилита- ция в спе- циализи- рованных уч- реждениях ме- дицинской реабилита- ции по не- прерывно- курсовому принципу. Оформле- ние инва- лидности с детства (по показани- ям). Семейная

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7
		развития). Тепловые процедуры. Электролечение (электрофорез лекарственных средств, СМТ). Иглорефлексотерапия. Ортопедическая коррекция. Обучение родителей элементам лечебного ухода		Последствия органического поражения ЦНС		психотерапия с акцентом на создание положительного эмоционального климата в семье
<b>7–9 месяцев</b>						
Умеренно выраженная	Посиндромное лечение	Лечебный массаж. ЛФК по Бобату, Войту. Лечение положением.	4 недели, повторяется через 4 недели.	Существенное улучшение с освоением моторных навыков и компенсацией к 18–24 месяцам.	ЛФК. Лечение положением. Музыкотерапия. Сенсорная стимуляция.	Диспансерное наблюдение и реабилитация по месту жительства с осмотром 1 раз в месяц.

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7
		Тепловые процедуры. Иглорефлексотерапия. Сенсорная стимуляция. Музыкалтерапия. Электролечение (электрофорез лекарственных средств, СМТ). Психологическая коррекция. Дефектологическая коррекция. Логопедическая коррекция (артикуляционный массаж,		Минимально выраженные функциональные и органические церебральные расстройства с компенсацией и субкомпенсацией. ДЦП.	Дефектологическая коррекция. Ортопедическая коррекция	Консультативные осмотры в специализированных учреждениях медицинской реабилитации 1 раз в месяц. При наличии показаний курсы реабилитации в специализированных учреждениях медицинской реабилитации

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7
		<p>коррекция доречевого развития). Ортопедическая коррекция. Обучение родителей элементам лечебного ухода</p>				
<p>Выраженная</p>	<p>Посиндромное лечение</p>	<p>Лечебный массаж. ЛФК по Войту, Бобату. Лечение положением. Сенсорная стимуляция. Музыкотерапия. Психоэмоциональная коррекция. (психологическая, дефектологическая).</p>	<p>4 недели, повторяется через 4 недели</p>	<p>Минимально выраженные функциональные и органические церебральные расстройства с компенсацией и субкомпенсацией. ДЦП. Последствия органического поражения ЦНС.</p>	<p>Медикаментозная терапия. ЛФК по Войту, Бобату. Лечение положением.</p>	<p>Диспансерное наблюдение по месту жительства с осмотров ежеквартально. Реабилитация в специализированных учреждениях медицинской реабилитации по непрерывному курсовому принципу. Оформление</p>

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7
		Логопедическая коррекция (артикуляционный массаж, коррекция доречевого развития). Тепловые процедуры. Электролечение (электрофорез лекарственных средств, СМТ). Иглорефлексотерапия. Ортопедическая коррекция. Обучение элементам лечебного ухода			Сенсорная стимуляция. Музыкалотерапия. Дефектологическая коррекция. Ортопедическая коррекция	инвалидности с детства (по показаниям). Семейная психотерапия с акцентом на создание положительного эмоционального климата в семье

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7
<b>10–12 месяцев</b>						
Умеренно выраженная	Посиндромное лечение	Лечебный массаж. ЛФК по Бобату. Лечение положением. Психологическая коррекция. Дефектологическая коррекция. Логопедическая коррекция доречевого развития. Обучение элементам лечебного ухода. Тепловые процедуры. Электропроцедуры (элек-	4 недели, повторяется через 3–4 недели	Минимально выраженные функциональные и органические церебральные расстройства с компенсацией и субкомпенсацией. ДЦП	ЛФК по Бобату. Лечение положением. Дефектологическая коррекция. Ортопедическая коррекция	Диспансерное наблюдение и реабилитация по месту жительства с осмотров 1 раз в месяц. Консультативные осмотры в специализированных учреждениях медицинской реабилитации 1 раз в месяц. При наличии показаний курсы реабилитации в специализированных



Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7
		трофорез лекарственных средств, СМТ). Иглорефлексо-терапия. Ортопедическая коррекция				учреждениях медицинской реабилитации
Выраженная	Посиндромное лечение	Лечебный массаж. ЛФК по Бобату. Лечение по положением. Сенсорная стимуляция. Психозомоциональная коррекция. Дефектологическая коррекция. Логопедическая коррекция	4 недели, повторяется через 2–3 недели	ДЦП. Последствия органического поражения ЦНС	ЛФК по Бобату. Лечение положением. Дефектологическая коррекция. Ортопедическая коррекция. Медикаментозная терапия	Диспансерное наблюдение по месту жительства с осмотром ежеквартально. Реабилитация в специализированных учреждениях медицинской реабилитации по непрерывному курсовому принципу.

Окончание таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7
		<p>(артикуляционный массаж, коррекция доречевого развития). Тепловые процедуры. Электролечение (электрофорез лекарственных средств, СМТ).</p> <p>Иглорефлексотерапия. Ортопедическая коррекция. Обучение родителей элементам лечебного ухода</p>				<p>Оформление инвалидности с детства (по показаниям). Семейная психотерапия с акцентом на создание положительного эмоционального климата в семье</p>

тия, поэтому его необходимо относить к основным навыкам, определяющим качество жизни больного и его семьи, и уделять ему достаточно большое внимание в комплексной медицинской реабилитации.

***Характеристика развития моторных навыков у детей с благоприятными исходами перинатальной энцефалопатии, не нарушающими качества жизни больного (выздоровление, компенсация)***

Для детей этой группы характерны: мышечная дистония или гипотония, асимметрия мышечного тонуса, нарастание мышечного тонуса при вертикализации, задержка редукции позотонических автоматизмов до 4–5 месяцев. Асимметричный шейный тонический рефлекс, симметричный шейный тонический рефлекс вместе с нарушением мышечного тонуса определяют асимметричное и нестабильное положение на спине, животе, наклон головы к одному плечу. Первая фаза рефлекса Моро выявляется до 8 месяцев, хватательный рефлекс — до 6–7 месяцев, вздрагивания. Из глубоких сухожильных рефлексов обращают на себя внимание коленный, который у 100% детей высокий, с расширенной рефлексогенной зоной (до 12 месяцев и старше), ахиллов. У части детей выявляется асимметрия сухожильно-надкостничных рефлексов.

При формировании двигательных навыков у многих детей отмечается асимметрия двигательной активности (снижение двигательной активности правой или левой руки, поворот в одну сторону, подъем через одну ногу и т. д.). К двум годам все дети начинают ходить самостоятельно.

У детей с ММД длительное время сохраняются: неловкость движений, атаксия при ходьбе, пирамидная симптоматика в виде легких и умеренных нарушений мышечного тонуса, оживление сухожильно-надкостничных рефлексов.

Предельные сроки формирования двигательных навыков у детей с благоприятным исходом ПЭП с учетом скорректированного по сроку гестации возраста следующие:

- активный поворот на бок — до 7 месяцев;
- активный поворот на живот с торсией — до 10 месяцев;
- переменное ползание — до 12 месяцев;

- подъем и ходьба у опоры — до 18 месяцев;
- самостоятельная ходьба — до 24 месяцев.

Для детей первого года жизни с церебральными нарушениями появление активного поворота с торсией является благоприятным прогностическим признаком, который свидетельствует о высокой вероятности компенсации нарушений или полном выздоровлении.

***Характеристика развития моторных навыков у детей с исходом перинатальной энцефалопатии в детский церебральный паралич с высоким и средним реабилитационным потенциалом***

Для детей этой группы характерны: нарушения мышечного тонуса по спастическому типу или выраженная гипотония, которая в последующем меняется на спастичку; выраженная дистония, которая сопровождается повышенной спонтанной двигательной активностью, синкинезиями и в последующем меняется на нарушения тонуса по экстрапирамидному типу, гиперкинезы. У детей независимо от возраста поступления определяются позотонические автоматизмы (лабиринтный тонический рефлекс, симметричный шейный тонический рефлекс, асимметричный шейный тонический рефлекс), спонтанный рефлекс Моро, хватательный рефлекс, рефлекс автоматической походки. Спастика и позотонические автоматизмы определяют положение ребенка, ограничивают двигательную активность и задерживают формирование установочных рефлексов.

Сухожильно-надкостничные рефлексы у всех детей высокие, выявляются клонусы стоп, надколенника. Четко определяется асимметрия мышечного тонуса и сухожильно-надкостничных рефлексов, что определяет асимметрию двигательной активности. Позу ребенка определяет преобладающее влияние тонических рефлексов (ТР). Выражена задержка моторного развития.

К концу первого или на втором курсах реабилитации у основной части детей состояние улучшается, появляются повороты, частично подавляется влияние позотонических автоматизмов, гасятся безусловные рефлексы и появляются элементы верхнего установочного рефлекса Ландау. В последующем состояние детей улучшается, ходить они начинают к трем годам или позже (дети с гиперкинетическими формами ДЦП). Следует отметить, что

влияние позотонических автоматизмов возможно подавить, но не нейтрализовать полностью. У детей также сохраняется спастика, пирамидная симптоматика. В связи с этим формирование двигательных навыков у детей идет по патологическому образцу: поворот «блоком», патологические варианты ползания, патологическая ходьба.

Предельные сроки формирования двигательных навыков у детей с ДЦП с высоким РП (дети, начинающие самостоятельно ходить к трем годам) следующие:

- активный поворот на живот «блоком» — 12–15 месяцев;
- варианты ползания (патологическое, переменное) — 21–24 месяца;
- варианты вертикализации (патологическая, нормальная) — 2–2,6 года;
- самостоятельная патологическая ходьба — 2,6–3 года.

Появление положительной динамики к концу первого или на втором курсах реабилитации детей с умеренно выраженными и выраженными церебральными нарушениями, вариантов поворота на живот и ползания в первые два года жизни является благоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим о высокой вероятности уменьшения степени тяжести двигательных нарушений и обучения самостоятельной ходьбе.

***Характеристика развития моторных навыков у детей с исходом перинатальной энцефалопатии в детский церебральный паралич с низким реабилитационным потенциалом***

ДЦП с низким РП развивается вследствие выраженных церебральных нарушений на первом году жизни, свидетельствующих о тяжелом поражении нервной системы.

При ранней диагностике у детей выявляются выраженные задержка моторного развития, спастика, влияние ТР, и в основном сформированы патологические установки, то есть диагноз ДЦП неизбежен. Не угасают рефлексы Моро, хватательный, автоматической походки. Сухожильно-надкостничные рефлексы высокие, зоны расширены, выявляются клонусы. У детей отсутствуют навыки двигательного развития.

Несмотря на активную комплексную реабилитацию первые положительные результаты в виде уменьшения спастичности, минимального подавления ТР, частичного разрушения патологических установок возможно получить на 3-м, 4-м курсах реабилитации.

Отсутствие положительной динамики у детей с выраженными церебральными нарушениями является прогностическим критерием, свидетельствующим о неблагоприятном исходе болезни.

Сроки становления моторных навыков у детей с церебральными нарушениями с учетом возможных исходов ПЭП представлены в табл. 4.

**Таблица 4**

**Сроки становления моторных навыков у детей  
с церебральными нарушениями с учетом возможных исходов  
перинатальной энцефалопатии**

Исходы ПЭП	Предельные сроки становления моторных навыков				Сроки появления положительной динамики
	варианты поворота на живот	варианты ползания	вертикализация	самостоятельная ходьба	
Выздоровление, компенсация, ММД	до 10 месяцев	до 12 месяцев	до 18 месяцев	до 24 месяцев	на 1-м курсе реабилитации
ДЦП с высоким РП	12–15 месяцев	21–24 месяца	2–2,6 года	2,6–3 года	на 1–2-м курсах реабилитации
ДЦП со средним РП	12–15 месяцев	2,6–3 года	позже 3 лет	позже 3 лет	на 1–3-м курсах реабилитации
ДЦП с низким РП	не сформированы до 3 лет	не сформированы до 3 лет	не сформированы до 3 лет	не сформированы до 3 лет	на 3–4-м курсах реабилитации

## ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Противопоказания к реабилитации детей первого года жизни с церебральными нарушениями в специализированных ЛПУ и возможные сроки начала реабилитации представлены в табл. 5.

Таблица 5

### Противопоказания к реабилитации детей первого года жизни с церебральными нарушениями в специализированных ЛПУ

Состояния, при которых не проводится реабилитация детей первого года жизни с церебральными нарушениями	Возможные сроки начала реабилитации
Заболевания в остром периоде	Через 2–4 недели после выздоровления
Хронические заболевания в периоде обострения или в стадии декомпенсации	Через 2–4 недели после обострения или с наступлением компенсации
Прогрессирующие и наследственные заболевания, требующие специальной тактики лечения	Не показана
Онкологические заболевания	Не показана
Психические заболевания	Не показана
Состояния, требующие интенсивной терапии или реанимационных мероприятий	Не показана
Стойкий терапевтически резистентный эпилептический синдром с частыми (несколько раз в неделю) припадками, в том числе синдромом Уэста	Не показана
Эпилептический синдром с редкими (несколько раз в месяц) кратковременными припадками	Решается индивидуально