

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЗИЦИЙ МОТОРНОГО ОНТОГЕНЕЗА У РЕБЁНКА С НАСЛЕДСТВЕННОЙ МОТОСЕНСОРНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ ШАРКО–МАРИ–ТУТА 1А ТИПА

Цезарик В.А., Ведерникова П.М.,
Гребенщикова М.А., Лупандина-Болотова Г.С.

Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: дети; наследственная
полинейропатия Шарко–Мари–Тута; лечебная
физкультура

Актуальность. Наследственная полинейропатия Шарко–Мари–Тута — генетически гетерогенная группа моногенных заболеваний, характеризующаяся полиморфизмом клинических проявлений и диагностических критериев, а также различным типом наследования. В силу гетерогенности клинических проявлений заболевания нет единого алгоритма двигательной реабилитации при наследственной сенсомоторной нейропатии Шарко–Мари–Тута, пациенты нуждаются в персонифицированном подходе для достижения эффективных результатов.

Описание клинического случая. Девочка А. впервые обратилась к врачу по лечебной физкультуре (ЛФК) в 8 мес с жалобами на отсутствие ползания по-пластунски, отсутствие седа. Ребёнок от 1-й беременности, роды путём кесарева сечения на 40-й неделе. Оценка по Апгар 8/8 баллов. Раннее моторное развитие: голову удерживает с 1 мес, переворачивается с 3 мес. В возрасте 1,5 лет выставлен диагноз «Наследственная мотосенсорная полинейропатия Шарко–Мари–Тута 1А типа». Ребёнок проходил курсы ЛФК и массажа с 8 мес с использованием позиций моторного онтогенеза с положительной динамикой. В возрасте 1 год 9 мес ребёнок неуверенно ходил у невысокой опоры. На рентгенограмме тазобедренных суставов: подвывихи тазобедренных суставов с двух сторон (степень костного покрытия головки бедренной кости справа 63%, слева 63%). В 2 года параллельно с курсами ЛФК и массажа начали использовать вертикализатор ежедневно в течение 8 мес. Ребёнок продолжал ходить у опоры, неуверенно ходить с поддержкой за руку. По данным рентгенограммы тазобедренных суставов: без динамики. Затем по техническим причинам вертикализатор не использовался в течение 3 мес. В это время ребёнок активно получал реабилитационные мероприятия с положительной динамикой: начала делать 5–6 самостоятельных шагов. После повторного начала использования вертикализатора девочка перестала делать самостоятельные шаги, хуже стала передвигаться у опоры. По решению врача-ортопеда и генетика пассивная вертикализация у ребён-

ка была исключена. Продолжены регулярные курсы реабилитации, включающие ЛФК с применением позиций моторного онтогенеза и массажа. На фоне проведенных курсов реабилитации в возрасте 3 года 4 мес ребёнок начал ходить самостоятельно на небольшие расстояния, может стоять без опоры, без обуви 2–3 мин. Отмечается положительная динамика по данным инструментального обследования. На рентгенограмме тазобедренных суставов: степень костного покрытия головки бедренной кости справа 70%, слева 78%.

Заключение. Персонализированный подход с применением позиций моторного онтогенеза с постепенной вертикализацией в комплексной реабилитации позволяет достичь значимых результатов у детей 1-го года жизни и раннего возраста с наследственной мотосенсорной полинейропатией Шарко–Мари–Тута.

* * *