

АЛГОРИТМ ДИНАМИЧЕСКОГО
НЕЙРО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО
НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП
С ИНТЕГРАЦИЕЙ БОТУЛИНОТЕРАПИИ
И ДОМАШНЕЙ **ПРОГРАММЫ**
РЕАБИЛИТАЦИИ «WE CAN»



Резолюция Дальневосточной конференции

«Нейро-ортопедический алгоритм: единая стратегия ведения ребенка с ДЦП»

Дата конференции: 17 октября 2026 года

Место проведения: Хабаровск, КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (ИПКСЗ), ул. Краснодарская, 9, лекционный зал

Хабаровск становится центром передовых изменений в помощи детям с ДЦП: от разрозненных консультаций — к единому стандарту медицинского сопровождения.

Организаторы — Министерство здравоохранения Хабаровского края и «Нейроклиника» — делают решительный шаг к тому, чтобы передовая доказательная медицина стала доступной рутиной, а не исключительным случаем.

Детский церебральный паралич — это путь длиною в жизнь, требующий не разовых визитов к специалистам, а ювелирно выверенной системы. В основе конференции лежит научная концепция обязательных возрастных «контрольных срезов» — это гарантия, что ни один критический момент в развитии ребенка не будет упущен.

Впервые на региональном уровне будет представлен алгоритм наблюдения, объединяющий междисциплинарную команду:

от невролога и ортопеда до специалиста по питанию и коммуникации. Мы говорим о глубокой синергии оценки функции, спастичности, состояния тазобедренных суставов и риска вторичных деформаций — и все это по строгим международным шкалам (GMFCS, MACS, CFCS и другим).

ПОЧЕМУ ЭТО
СОБЫТИЕ
ОСОБЕННОЕ?



ЭКСПЕРТЫ



Эксперты, передающие знания: объединяя федеральную науку и дальневосточную практику.

Уникальность конференции — в прямом доступе к опыту тех, кто определяет стандарты нейроортопедической помощи в стране. Свои знания и клинические наработки в Хабаровск привезут признанные лидеры, чтобы каждый участник мог перенять их подходы и сразу применить в работе:

СПИКЕРЫ



Кенис Владимир Маркович — д.м.н., профессор, заместитель директора по инновационному развитию и работе с регионами НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г. И. Турнера (Санкт-Петербург), руководитель отделения патологии стопы, нейроортопедии и системных заболеваний.

Кожевников Вадим Витальевич — к.м.н., заведующий отделением детской ортопедии, ведущий научный сотрудник ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна (Новосибирск). Его специализация — сложные одномоментные многоуровневые вмешательства при контрактурах и деформациях у детей с ДЦП, коррекция спастического подвывиха и вывиха бедра.

Фальковский Илья Викторович — главный врач «Нейроклиники» (Хабаровск), врач-невролог, специалист по восстановительной медицине. Именно он начал внедрять новые и прогрессивные подходы в восстановительной медицине и вместе с командой клиники формирует на Дальнем Востоке ту самую систему непрерывного сопровождения, где ботулинотерапия, ортезирование и домашняя реабилитация перестают быть разрозненными процедурами, а становятся единым персонализированным маршрутом.

Калинкин Дмитрий Андреевич — врач травматолог-ортопед и руководитель отдела ортезирования нижних конечностей протезно-ортопедического центра «Сколиолоджик.ру».

Вклад «Нейроклиники»:

от экспертного центра к региональному стандарту.

«Нейроклиника» выступает на конференции не просто как один из организаторов, а как научно-практическое ядро перемен.

Именно здесь, на базе клиники под руководством Ильи Викторовича Фальковского, годами формировалась уникальная экспертиза, которая теперь масштабируется на весь край.

Это не только высочайший уровень клинической работы, который ежедневно получают пациенты, но и мощная образовательная платформа: собственный Учебный центр «Нейроклиники» целенаправленно готовит специалистов, способных работать по самым современным протоколам.

Илья Викторович и его команда врачей-практиков на деле доказывают, что упреждающий подход, основанный на доказательном выборе ботулинотерапии, высокотехнологичном ортезировании и программах домашней реабилитации, кардинально меняет качество жизни ребенка. Конференция станет моментом, когда этот накопленный опыт и научный подход превращаются в системную региональную стратегию.

← ВКЛАД

ПОВЕСТКА →

Повестка конференции объединяет лучшее из мировых практик: от постурального менеджмента до ортопедической хирургии. Но главный итог — это рождение рабочей резолюции с готовым к внедрению приложением. Документа, который станет настольным документом для детских неврологов, травматологов-ортопедов, реабилитологов, педиатров и организаторов здравоохранения. Это превращает конференцию в запуск постоянно действующей платформы непрерывного повышения качества помощи.

Мы не просто обсуждаем проблему — мы создаем единый, воспроизводимый и человекоцентричный путь для семей Хабаровского края, где каждый ребенок с ДЦП получит шанс на полноценную, активную жизнь без вторичных осложнений. Это и есть настоящая забота о будущем.

РЕЗОЛЮЦИЯ

Участники Дальневосточной научно-практической конференции «Нейро-ортопедический алгоритм: единая стратегия ведения ребенка с ДЦП», состоявшейся 17 октября 2026 года в Хабаровске, рассмотрев современные данные о клиническом течении детского церебрального паралича, механизмах формирования вторичных ортопедических осложнений и необходимости этапного междисциплинарного наблюдения, считают целесообразным внедрение единого регионального алгоритма наблюдения детей с ДЦП на основе фиксированных возрастных контрольных точек, функциональной стратификации и стандартизированной оценки ортопедического статуса.

Участники отмечают, что клиническая практика при ДЦП должна опираться не на разрозненные консультации, а на последовательную модель ведения, включающую оценку глобальных моторных функций, функции руки, коммуникации, приема пищи, спастичности, суставной подвижности, состояния тазобедренных суставов, а также регулярное переопределение целей лечения. Такой подход соответствует логике пособия «Программа наблюдения детей с церебральным параличом», где предложены возрастные интервалы наблюдения, рентгенологические правила контроля тазобедренных суставов и формализованная карта клинической оценки.

Конференция постановляет:

1. Принять за основу работы в Хабаровском крае модель динамического нейро-ортопедического наблюдения детей с ДЦП с обязательными возрастными контрольными срезами, отраженными в приложении к настоящей резолюции.
2. Считать обязательным междисциплинарное участие детского невролога, травматолога-ортопеда, врача физической и реабилитационной медицины или врача ЛФК, а при необходимости — специалиста по ортезированию, логопеда, специалиста по кормлению и нутритивной команды.
3. Закрепить в региональном протоколе обязательную оценку по GMFCS, а по возрасту и клинической задаче — по MACS, CFCS, FMS и EDACS, а также оценку спастичности по Modified Tardieu Scale.
4. Закрепить обязательный ортопедический контроль с использованием гониометрии, оценки суставной подвижности по формализованной карте «красная–желтая–зеленая зона» и документированием решения о ботулинотерапии, ортезировании, гипсовании, нейрохирургии или ортопедической операции.
5. Считать обязательным рентгенологический контроль тазобедренных суставов в соответствии с уровнем GMFCS: при GMFCS I — по показаниям, при GMFCS II — в 2 и 6 лет, при GMFCS III–V — ежегодно, а при индексе Reimers 30% и более либо его увеличении на 7% в год — 2 раза в год.

← КОНФЕРЕНЦИЯ
ПОСТАНОВЛЯЕТ

**РАБОЧЕЙ ГРУППЕ →
РЕКОМЕНДУЕТСЯ**

1. Считать обязательным включение в маршрут ребенка с ДЦП индивидуализированной программы домашней реабилитации как непрерывного элемента лечения между очными визитами, циклами ботулинотерапии, этапами ортезирования и после хирургических вмешательств.
2. Подчеркнуть, что обязательность домашней программы реабилитации соответствует мировой клинической практике длительного ведения хронических детских нейроортопедических состояний, при которой результат определяется не только процедурой или операцией, но и повседневным поддержанием достигнутой функции, диапазона движений, позы, навыков перемещения и участия.
3. Развитие и внедрение структурированной домашней программы реабилитации в Хабаровске является уникальным практическим ресурсом региона и может рассматриваться как значимое организационное преимущество региональной системы помощи детям с ДЦП, подлежащее дальнейшей стандартизации и научной оценке.
4. Поручить рабочей группе конференции подготовить итоговый проект регионального клинического протокола, включая критерии маршрутизации, перечень обязательных оценок и шаблоны контрольных осмотров.

Рабочей группе рекомендуется:

- доработать приложение с контрольными срезами и минимальными наборами оценки для каждого специалиста;
- разработать единый шаблон программы домашней реабилитации для основных возрастных групп и моторных уровней;
- предусмотреть механизм аудита выполнения рентгенологического контроля тазобедренных суставов и междисциплинарных осмотров;
- сформировать предложения по обучению врачей и реабилитационных команд Хабаровского края использованию унифицированных шкал и формализованной карты оценки.

Алгоритм динамического нейро-ортопедического наблюдения детей с ДЦП с интеграцией ботулинотерапии и домашней программы реабилитации «We Can»

Настоящий алгоритм предназначен для междисциплинарного применения неврологами, ортопедами, врачами физической и реабилитационной медицины, педиатрами, эрготерапевтами, специалистами по ортезированию и медицинской маршрутизации детей с детским церебральным параличом (ДЦП). Алгоритм основан на возрастных «контрольных срезах», обязательной стандартизированной оценке, нейро-ортопедическом мониторинге тазобедренных суставов, рациональном применении ботулинотерапии и обязательной интеграции домашней программы реабилитации.

I. Общие принципы наблюдения

Параметр	Рекомендация
Частота осмотров	До 6 лет — 1 раз в 6 месяцев; 6-12 лет — не реже 1 раза в год; при GMFCS III-V, быстром прогрессировании деформаций, болевом синдроме или ухудшении функции — чаще по показаниям.
Обязательные классификации и шкалы	GMFCS, MACS, CFCS, EDACS, MTS (модифицированная шкала Тардые, VI-V3), гониометрия, GAS.
Принцип целеполагания	Любое вмешательство должно быть связано с конкретной функциональной целью: улучшение ходьбы, позиционирования, ухода, самообслуживания, участия или уменьшение боли.
Рентген-контроль ТБС	Нейро-ортопедический мониторинг ТБС должен зависеть от функционального уровня и риска миграции бедра; при повышенном риске наблюдение проводится регулярно и чаще при ухудшении.
Роль ботулинотерапии	Ботулинотерапия применяется только как часть комплексной программы: выбор целей, инъекция, ортезирование, активная терапия, домашняя программа и оценка результата через 6-12 недель.
Роль We Can	Домашняя программа обязательна на всех этапах и включает позиционирование, растяжки, активные функциональные задачи, участие семьи и мониторинг выполнения.

← АЛГОРИТМ

← ОБЩИЕ
ПРИНЦИПЫ
НАБЛЮДЕНИЯ

II. Возрастные контрольные срезы

Возрастной этап	Кто и что оценивает	Инструменты	Критический порог / решение	Ботулинотерапия	We Can
0–6 месяцев	Невролог — тонус, ранняя спастичность, асимметрия; ортопед — объём движений, положение ТБС; реабилитолог — постуральный контроль и старт маршрута.	MTS, клинический осмотр, гониометрия, первичная оценка GMFCS.	При MTS ≥ 2 , выраженной асимметрии или снижении отведения бедра требуется ранняя нейро-ортопедическая маршрутизация и начало семейно-ориентированной реабилитации.	Рутинно не показана, допустима только в исключительных случаях выраженной фокальной спастичности в специализированном центре.	Обучение родителей позиционированию, переносам, укладкам, профилактике асимметрии, включение коротких активных игровых задач в течение дня.
6–12 месяцев	Невролог — динамическая спастичность и ранние патологические установки; ортопед — риск подвывиха бедра; ортезист — положение стопы и переносимость ортезов.	MTS, видеоанализ, гониометрия, при показаниях рентген ТБС.	При нарастании спастичности, ограничении тыльного сгибания и раннем риске миграции бедра усиливается программа ортезирования и наблюдения.	При MTS 3–4 и наличии функциональной цели обсуждается БТА в целевые мышцы как терапевтическое окно для улучшения движения, ухода и ортезотолерантности	Ежедневные активные задания 30–45 минут суммарно: игра в опоре, контроль головы и корпуса, перенос веса, мягкие растяжки, дневник домашних задач.
12–18 месяцев	Ортопед — рентген-скрининг ТБС; невролог — оценка эффекта предшествующей ботулинотерапии; эрготерапевт — функция руки, коммуникация, среда.	Индекс Reimers, GAS, MTS, MACS, CFCS.	При нарастании миграции бедра, снижении функции или отсутствии эффекта от предыдущей тактики требуется пересмотр маршрута и плана вмешательств.	После инъекции обязательна переоценка по цели: если функциональный эффект не достигнут, пересматриваются мышцы-мишени, цели и интенсивность последующей терапии.	Короткие 5–10-минутные блоки 3–5 раз в день: вставание с поддержкой, шаговые паттерны у опоры, активная работа рук, программа после БТА на 6–8 недель.

2-3 года	Ортопед — динамика ТБС и контрактур; реабилитолог — вертилизация, мобильность, FMS; педиатр/диетолог — нутритивный статус.	Рентген ТБС, гониометрия, SMFCS, FMS, оценка роста и массы тела.	При прогрессирующих нейро-ортопедических нарушениях усиливается ортезирование, вертикализация и обуждается тактика при структурном прогрессировании.	Показана при динамической спастичности, мешающей стоянию, ходьбе, уходу или ношению ортезов; повторные курсы — не чаще чем через 3 месяца, обычно через 4-6 месяцев.	45-60 минут функциональной активности в день, разделённые на 3-4 сессии: вставание, переходы, ходьба с поддержкой, активные игры, участие семьи в постановке задач.
4-5 лет	Ортопед — тип походки, эквинус, stoop, деформации стопы; невролог — ответ на повторные курсы БТА ; специалист по TCP — вертиказизатор, кресло, ходунки.	Клинический анализ походки, MTS, GAS, гониометрия, при необходимости рентген стоп и ТБС.	При формировании ригидной деформации тактика смещается от изолированной инъекционной терапии к хирургическому обуждению.	Если два последовательных курса при корректном выборе мышц и адекватной реабилитации не дают функционального эффекта, требуется обуждение альтернатив: хирургия мягких тканей, SDR, ITB-помпа по показаниям.	Ежедневная программа участия: ходьба по дому, самообслуживание, вставание, игровые маршруты, обязательное использование ортезов и вертикализатора по плану.
6-12 лет	Ортопед — сколиоз, контрактуры ТБС и коленей; реабилитолог — эффективность домашней программы; логопед/психолог — питание, коммуникация, EDACS, CFCS.	Рентген позвоночника по показаниям, гониометрия, GAS, дневник активности, EDACS, CFCS.	Если цели не достигнуты за 6 месяцев, требуется изменение программы, ортезов, режима активности и переоценка показаний к БТА либо хирургии	БТА сохраняет роль при динамической спастичности, боли, ухудшении ортезотерапии или снижении функции, но не заменяет лечение фиксированных контрактур.	Не менее 60 минут целенаправленной активности в день, 5-7 дней в неделю: ходьба, велосипед, тренировка навыков самообслуживания, перенос в школьную и бытовую среду.
12-18 лет	Ортопед — боль, вывих бедра, дегенеративные изменения; невролог — спастичность в пубертате; специалист по маршрутизации — переход во взрослую сеть.	Клинический осмотр, рентген ТБС, оценка участия, GAS, MTS.	При болевом вывихе, утрате функции и выраженном ухудшении ухода требуется обуждение спасательных ортопедических вмешательств и долгосрочной стратегии спастик-менеджмента.	В подростковом возрасте БТА применяется для контроля боли, облегчения ухода, улучшения посадки, ходьбы и самообслуживания; при генерализованной спастичности рассматриваются ITB и другие методы.	Программа строится вокруг целей участия подростка: школа, транспорт, самообслуживание, досуг, регуляторная физическая активность и самостоятельное выполнение части упражнений.



III. Алгоритм принятия решений по ботулинотерапии

Шаг	Содержание
1. Определить проблему	Подтвердить, что спастичность является динамической, а не фиксированной, и действительно ограничивает функцию, уход, ортезирование, сон, позиционирование или вызывает боль.
2. Сформулировать цель	До инъекции определить конкретную GAS-цель: улучшить шаг, увеличить переносимость AFO, уменьшить приведение бедра при уходе, снизить боль или облегчить посадку.
3. Выбрать мышцы-мишени	Наиболее типичные цели: икроножные, подколенные, аддукторы, сгибатели бедра, мышцы верхней конечности; выбор зависит от паттерна, а не от диагноза в целом.
4. Проверить противопоказания и риски	Оценить общее соматическое состояние, дыхание, питание, выраженную слабость, предшествующие нежелательные явления и объем планируемой инъекции.
5. Выполнить инъекцию в команде	Инъекция проводится в рамках комплексной программы и должна сопровождаться планом ортезирования и активной терапии.
6. Сразу запустить постинъекционный цикл	Первые 6–8 недель — ключевое окно для интенсивной отработки целевой функции дома и в реабилитации.
7. Переоценить результат	Через 6–12 недель оценить MTS, GAS, переносимость ортезов, функцию и участие; при отсутствии эффекта пересмотреть тактику.
8. Не продолжать инерционно	При 2–3 неэффективных курсах или при формировании фиксированных деформаций акцент смещается в сторону ортопедической хирургии, SDR или ITB по показаниям.

IV. Домашняя программа реабилитации «We Can»

← ДОМАШНЯЯ
ПРОГРАММА
РЕАБИЛИТАЦИИ

Компонент	Содержание
Цели	Домашняя программа ориентирована на активность и участие, а не только на пассивную растяжку; цели формулируются совместно с семьёй и пересматриваются каждые 3–6 месяцев.
Ежедневная структура	Короткие, но регулярные сессии в течение дня эффективнее редких длинных занятий; упражнения встраиваются в привычные рутины ребёнка и семьи.
Обязательные блоки	Позиционирование и профилактика контрактур; активные функциональные задачи; участие в игре, передвижении и самообслуживании; мониторинг выполнения.
После ботулинотерапии	Домашняя программа усиливается сразу после инъекции и концентрируется на той функции, ради которой снижалась спастичность.
Роль родителей	Родители обучаются технике переносов, правильному использованию ортезов, безопасной растяжке и постановке достижимых бытовых задач.
Контроль эффективности	Используются дневник активности, видеофрагменты, GAS и междисциплинарная переоценка не реже одного раза в 3–6 месяцев.

ФОРМУЛИРОВКИ ДЛЯ ПРОТОКОЛА → ОСМОТРА

V. Практические формулировки для протокола осмотра

Раздел	Что фиксировать
Жалобы семьи	Боль, трудности ухода, одевания, посадки, ходьбы, сна, использования ортезов и ТСР.
Функцио- нальный статус	GMFCS, FMS, способность к переходам, вертикализации, ходьбе, переносам и самообслуживанию.
Спастичность	MTS по конкретным мышечным группам с указанием R1/R2 при возможности и клинической интерпретацией.
Нейро- ортопедиче- ский статус	Отведение бедра, тыльное сгибание стопы, сгибательные контрактуры, деформации стоп, состояние ТБС, позвоночника, боли.
Решение по БТА	Цель, мышцы-мишени, ожидаемый эффект, сроки переоценки, связь с ортезированием и интенсивной терапией.
Решение по WeCan	Ежедневные задачи, длительность, кто обучен, какие ТСР используются, когда контроль.

ФОРМУЛА РЕШЕНИЯ →

VI. Формула междисциплинарного решения

Оптимальная тактика при ДЦП строится по принципу: **оценка → цель → вмешательство → домашняя реализация → переоценка**. Ботулинотерапия наиболее полезна при динамической спастичности и четко заданной функции, а домашняя программа необходима для перевода снижения тонуса в реальное улучшение активности и участия.

VII. Блок-схема маршрутизации

БЛОК-СХЕМА МАРШРУТИЗАЦИИ

РЕБЁНОК С ДЦП / ПОДОЗРЕНИЕ НА ДЦП

↓
Первичная междисциплинарная оценка
(невролог + ортопед + реабилитолог + педиатр)

↓
Классификация и базовые шкалы
GMFCS / MACS / CFCS / EDACS / MTS / гониометрия / GAS

↓
Есть ли признаки динамической спастичности,
ограничивающей функцию или уход?

— Нет → стандартное наблюдение + WeCan
+ ортезы/ТСР по показаниям
— Да

↓
Есть ли фиксированная контрактура или ригидная
деформация?

— Да → консультация ортопеда, хирургическая тактика
± вспомогательная БТА
— Нет

↓
Есть ли конкретная функциональная цель для инъекции?

— Нет → уточнить GAS-цель, скорректировать
программу реабилитации
— Да

↓
План ботулинотерапии
(мышцы-мишени + доза + ортезы + план реабилитации)

↓
БТА

↓
6–8 недель усиленного цикла WeCan
+ очная/амбулаторная реабилитация

↓
Переоценка через 6–12 недель
(MTS + GAS + функция + участие + ортезотолерантность)

↓
Эффект достигнут?

— Да → продолжить наблюдение, домашнюю
программу, решить вопрос о сроках
следующего курса
— Нет → пересмотреть цели, мышцы,
ортезирование, интенсивность терапии;
при повторной неэффективности
обсуждать SDR / ITB / хирургию

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Приложение 1.
2. Основные шкалы оценки

Настоящее приложение подготовлено как краткая методическая памятка для участников конференции.

GMFCS — Gross Motor Function Classification System

GMFCS — это система классификации глобальных моторных функций, которая в пособии приведена для возрастных интервалов до 2 лет, 2–4 года, 4–6 лет, 6–12 лет и 12–18 лет.

- Уровень I: ходит без ограничений; в старших возрастах сохраняет самостоятельную ходьбу, бег и прыжки.
- Уровень II: ходит с ограничениями; возможна самостоятельная ходьба, но хуже бег, прыжки и ходьба вне привычной среды.
- Уровень III: ходит с применением вспомогательных приспособлений; на улице передвижение часто ограничено и может требовать коляску.
- Уровень IV: передвигается с выраженными ограничениями; возможны ходунки, поддерживающие таз и туловище, либо иные средства мобильности.
- Уровень V: самостоятельный контроль позы и движений резко ограничен; мобильность возможна только с использованием технических средств.

MACS — Manual Ability Classification System

MACS в пособии приведена для детей 4–18 лет и отражает повседневное использование рук.

I: легко и успешно использует руки в повседневной активности.

II: использует большинство объектов, но медленнее и менее качественно.

III: нуждается в подготовке действия или адаптации среды.

IV: ограниченная функция, участие возможно в адаптированной ситуации.

V: практически нефункциональная кисть, требуется тотальная помощь.

1. CFCS — Communication Function Classification System

CFCS отражает эффективность коммуникации.

I: эффективно общается с близкими и незнакомыми людьми.

II: общается эффективно, но медленнее.

III: эффективно общается преимущественно с членами семьи.

IV: коммуникация непостоянно эффективна даже с близкими.

V: эффективный обмен информацией невозможен.

FMS — Functional Mobility Scale

FMS описывает мобильность на дистанциях 5, 50 и 500 метров.

1: инвалидная коляска, возможны несколько шагов с помощью другого лица.

2: использование ходунков или поддержки без помощи другого человека.

3: использование костылей.

4: использование тростей.

5: независимая ходьба на ровной поверхности.

6: независимая ходьба по любой поверхности, включая бордюры и толпу.

EDACS — Eating and Drinking Ability Classification System

EDACS позволяет оценивать безопасность и эффективность приема пищи и жидкости.

I: ест и пьет безопасно и продуктивно.

II: ест и пьет безопасно, но с ограничениями эффективности.

III: ест и пьет с ограничениями безопасности.

IV: ест и пьет со значительными ограничениями безопасности.

V: нет возможности есть и пить безопасно.

← CFCS

← FMS

← EDACS

MTS →

1. Modified Tardieu Scale (MTS)

В пособии MTS используется для клинической оценки спастичности и разграничения динамического мышечного компонента и фиксированного ограничения.

0: сопротивления при пассивном движении нет.

1: легкое сопротивление без явной задержки под углом.

2: отчетливая задержка под определенным углом с последующим расслаблением.

3: утомляемое мышечное сокращение менее 10 секунд.

4: неустойчивое мышечное сокращение более 10 секунд.

V1: очень медленное пассивное движение, измеряет пассивную амплитуду движений (R2).

V3: максимально быстрое движение, отражает угол мышечной реакции (R1).

ПАМЯТКА
ПО ОЦЕНКЕ →

1. Приложение 2.

Памятка по оценке тазобедренных суставов при ДЦП

Раздел основан на методических положениях из пособия, где приведены правила рентгенологического наблюдения и основные параметры тазобедренного сустава.

РЕНТГЕНО-
ЛОГИЧЕСКИЙ
КОНТРОЛЬ →

Когда выполнять рентгенологический контроль

Группа пациентов	Частота контроля
GMFCS I	По показаниям
GMFCS II	В 2 и 6 лет
GMFCS III-V	Ежегодно
Reimers 30% и более или прирост 7% в год	2 раза в год

Ключевые рентгенологические параметры

- Индекс Reimers: 30–39% в пособии связывается с ранним оперативным вмешательством на мягких тканях; 40% и более — с реконструктивным вмешательством на тазобедренном суставе; прогрессирование на 7% и более в год также рассматривается как критерий усиления тактики.
- Ацетабулярный индекс: в пособии приведен порог 29 градусов как ориентир оценки.
- Угол Wiberg: в пособии приведен ориентир 25 градусов.
- Шеечно-диафизарный угол: в пособии приведен ориентир 140 градусов.
- **Что фиксировать на очном осмотре ортопеда**
 - объем сгибания и разгибания в тазобедренном суставе;
 - отведение при согнутых и разогнутых ногах;
 - внутреннюю и наружную ротацию бедра;
 - тест Томаса и тест Дункана–Эли как часть клинической оценки мышечных ограничений;
 - сопоставление клинической картины с уровнем GMFCS и динамикой рентгенологических показателей.

← ОЧНЫЙ ОСМОТР
ОРТОПЕДА

Формализованная клиническая карта: примеры порогов

Показатель	GMFCS I-III: красная зона	GMFCS IV-V: красная зона	Зеленая зона
Отведение бедра при разогнутых ногах	≤30°	≤20°	≥40° для I-III, ≥30° для IV-V
Отведение бедра при согнутых ногах	≤40°	≤30°	≥60° для I-III, ≥50° для IV-V
Сгибание тазобедренного сустава	≤100°	≤90°	≥110° для I-III, ≥100° для IV-V
Разгибание тазобедренного сустава	≤0°	≤-10°	≥0°



Приложение 3.

Минимальный состав домашней программы реабилитации

Домашняя программа реабилитации должна рассматриваться как обязательный раздел клинического плана ребенка с ДЦП, а не как факультативное дополнение, поскольку именно повседневное выполнение упражнений, позиционирования, растяжек, тренировок переходов, стояния, ходьбы и использования ортезов обеспечивает перенос результата из кабинета врача в реальную жизнь ребенка.

Минимально программа должна включать:

- цели на ближайшие 3–6 месяцев, сформулированные вместе с семьей;
- перечень ежедневных и еженедельных действий, привязанных к функциональному уровню ребенка;
- режим использования ортезов, вертикализатора, коляски, ходунков или других ТСР;
- контроль переносимости, боли, утомляемости и приверженности;
- дату повторной междисциплинарной оценки и критерии досрочного обращения.

В рамках конференции рекомендуется отдельно обсудить хабаровский опыт разработки структурированной домашней программы реабилитации как потенциально уникального регионального продукта, который требует дальнейшего формального описания, унификации и оценки результатов в клинической практике





МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАБАРОВСКОГО КРАЯ



НЕЙРОКЛИНИКА



ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ЦЕНТР
БОТУЛИНОТЕРАПИИ

Автономная некоммерческая организация
дополнительного профессионального образования

17 октября 2026 г.

Место проведения: г. Хабаровск, КГБОУ ДПО

«Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (ИПКСЗ),
ул. Краснодарская, 9 (лекционный зал).

