

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

В. Кудря 2025 року № 1870

СТАНДАРТ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ

РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ
ТА ІНШИХ ОРГАНІЧНИХ УРАЖЕННЯХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У
ДІТЕЙ, ЯКІ СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ РУХОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ



2025



Міністерство охорони здоров'я України
626/100-25 від 09.12.2025
Підписав: КЕП Стрілка Василь Євгенійович
Мітка часу: 09.12.2025 12:47:33
Сертифікат: 3FAA9288358EC00304000000E7FB2B005BD2E900

Зміст

Перелік скорочень	3
Склад робочої групи	8
Паспортна частина	11
Загальна частина.....	13
1. Положення стандарту	15
2. Обґрунтування положень стандарту	15
3. Критерії якості	16
Індикатори якості реабілітаційної допомоги.....	19
Ресурсне забезпечення виконання стандарту.....	22
Кадрові ресурси	22
Матеріально-технічне забезпечення	22
Перелік джерел та нормативно-правових актів використаних при розробці стандарту реабілітаційної допомоги	24
Додатки	



Перелік скорочень

ABILHAND-Kids	опитувальник для батьків/законних представників для визначення рівня функції руки у дитини під час виконання типових повсякденних дій
AFO	ортез на гомілковостопний суглоб (Ankle Foot Orthosis)
AIMS	шкала моторного розвитку немовлят Альберта (Alberta Infant Motor Scale)
AR	доповнена реальність (Augmented reality)
BoNT A	ботулінічний токсин типу А
CFCS	система класифікації комунікативних функцій (Communication Function Classification System)
CIMT	рухова терапія, спричинена обмеженням (Constraint Induced Movement Therapy)
CM	комунікативна матриця (Communication Matrix)
CO-OP	когнітивна орієнтація на щоденне виконання занять (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance)
COPM	канадський інструмент оцінки виконання занять (Canadian Occupational Performance Measure)
DAYC	оцінювання розвитку дітей раннього віку (Developmental Assessment of Young Children)
DDS	стандартизований скринінговий інструмент та клінічний інструмент оцінювання розладів прийому їжі та ковтання у дітей та дорослих з порушеннями розвитку (Dysphagia Disorder Survey)
DEXA	двоенергетична рентгенівська абсорбціометрія (Dual-energy x-ray absorptiometry)
DIS	шкала впливу слинотечі на повсякденне життя дитини, враховуючи соціальну взаємодію та навантаження на тих,



хто доглядає за нею (Drooling Impact Scale)

DMSS	стандартизований скринінговий інструмент та клінічний інструмент оцінювання розладів прийому їжі та ковтання у дітей та дорослих з порушеннями розвитку (The Dysphagia Management Staging Scale)
DSFS	шкала тяжкості та частоти слинотечі (Drooling Severity and Frequency Scale)
EDACS	система класифікації здатності споживати їжу та рідину (Eating and Drinking Ability Classification System)
FCCS	система класифікації функціональної комунікації (Functional Communication Classification System)
FLACC	шкала болю FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)
FMS	функціональна шкала мобільності (Functional Mobility Scale)
FSST	тест «Чотири квадрати» (Four Square Step Test)
GMFCS E&R	система класифікації великих моторних функцій розширена та переглянута (Gross Motor Function Classification System Expanded & Revised)
GMFM	тест великих моторних функцій (Gross Motor Function Measure)
GMA	якісне оцінювання загальних рухів за Прехтлем (Precht Qualitative Assessment of General Movements)
HABIT	інтенсивне бімануальне тренування кистей та рук (Hand-Arm Bimanual Intensive Training)
HABIT-ILE	інтенсивне бімануальне тренування кистей та рук, враховуючи нижні кінцівки (Hand-Arm Bimanual Intensive Training Including Lower Extremity)
HINE	неврологічне обстеження немовлят Хаммерсміт (Hammersmith Infant Neurological Examination)

HNNE	неврологічне неонатальне обстеження Хаммерсміт (Hammersmith Neonatal Neurological Examination)
ICS	розбірливість у контекстній шкалі (Intelligibility in Context Scale)
IQ	коефіцієнт інтелекту (Intelligence Quotient)
MACS	система класифікації функції руки (Manual Ability Classification System)
MAS	модифікована шкала спастичності Ашворта (Modified Ashworth Scale)
Mini-MACS	система класифікації функції руки для дітей раннього віку (Mini Manual Ability Classification System)
MTS	модифікована шкала Тардьє (Modified Tardieu Scale)
NICE	Національний інститут здоров'я і досконалості допомоги Великої Британії (National Institute for Health and Care Excellence)
PBS	педіатрична шкала рівноваги (Pediatric Balance Scale)
PEDI	опитувальник оцінки дитячої інвалідності (Pediatric Evaluation of Disability Inventory)
PEDI-EAT-10	інструмент оцінювання харчування в педіатрії (Pediatric Eating Assessment Tool-10)
ROM	гоніометрія (Range of motion)
SF-36	опитувальник для оцінки якості життя The Short Form-36
SMART	метод визначення цілі, що є специфічною (S – specific), вимірюваною (M – measurable), досяжною (A – achievable), значущою (R – relevant), визначеною у часі (T – time-bound)
SOMA	опитувальник для оцінювання оральної моторики (Schedule for oral-motor assessment)
TUDS	тест підйому та спуску сходами (Timed Up and Down Stairs)

TUG	тест «Встань та йди» (The Timed Up and Go Test)
VAS	візуальна аналогова шкала болю (Visual Analog Scale)
VFCS	система класифікації зорових функцій (Visual Function Classification System)
VR	віртуальна реальність (Virtual reality)
WeeFIM	інструмент вимірювання функціональної незалежності (Wee Functional Independence Measure)
6MWT	6 – хвилинний тест ходи (6 Minute Walk Test)
АДК	альтернативна та додаткова комунікація
ДЗР	допоміжні засоби реабілітації
ЕСОЗ	електронна система охорони здоров'я
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІРП	індивідуальний реабілітаційний план
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КН	клінічна настанова
лікар ФРМ	лікар фізичної та реабілітаційної медицини
МДРК	мультидисциплінарна реабілітаційна команда
МКФ	Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я
МНН	міжнародне непатентоване найменування
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
MPT	магнітно-резонансна томографія
Стандарт	Стандарт реабілітаційної допомоги «Реабілітаційна

допомога при церебральному паралічі та інших органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями»

ТММ

терапевт мови та мовлення

Форма № 044-1

форма первинної облікової документації № 044-1 «Результати обговорень мультидисциплінарної реабілітаційної команди стосовно особи, яка потребує реабілітації» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

Форма № 003/о

форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

ЦП

церебральний параліч

Склад робочої групи

СТРІЛКА Василь Євгенійович	директор Департаменту високотехнологічної медичної допомоги та інновацій, заступник голови робочої групи;
АНДРЕЄВ Павло Валерійович	завідувач відділення гострої дитячої реабілітації, лікар фізичної та реабілітаційної медицини Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» МОЗ України;
БАРАН Оксана Андріївна	фізична терапевтка, ерготерапевтка відокремленого підрозділу «Лікарня Святого Миколая» комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги», членкиня ГО «Всеукраїнське об'єднання фізичних терапевтів», аспірантка та викладачка кафедри терапії та реабілітації Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського (за згодою);
БАСЕНКО Людмила Ігорівна	фізична терапевтка, тренерка з ерготерапії, викладачка кафедри фізичної терапії, ерготерапії Хмельницького національного університету, засновниця громадської організації «Агапе», аспірантка Львівського державного університету фізичної культури ім. Івана Боберського (за згодою);
БАЙБУЗЕНКО Вікторія Андріївна	логопед відділення реабілітації комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги», членкиня громадської організації «Українське товариство терапевтів мови та мовлення» (за згодою);
КОБЗИНА Марина Петрівна	ерготерапевтка, фізична терапевтка комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Регіональний клінічний центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям «Гіппократ», викладач кафедри фізичної реабілітації і здоров'я Національного фармацевтичного університету (за згодою);
КОЗІЙ	фізичний терапевт відділення медичної реабілітації



Захар Анатолійович	передчасно народжених та малих дітей комунального некомерційного підприємства «Львівський обласний клінічний перинатальний центр» (за згодою);
КОЗЯВКІНА Ольга Володимирівна	лікар-невролог дитячий, кандидатка медичних наук, керівниця Товариства з обмеженою відповідальністю «Інститут медичних досліджень професора Козявкіна» (за згодою);
КОРОСТІНА Діана Олегівна	фізична терапевтка відокремленого підрозділу «Лікарня Святого Миколая» комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги» (за згодою);
ЛЯЛЬКА Оксана Михайлівна	голова правління громадської організації «Українське товариство терапії мови і мовлення» (за згодою);
МАНГУШЕВА Ольга Олександрівна	ерготерапевтка, заступниця правління з міжнародної співпраці громадської організації "Українське товариство ерготерапевтів" (за згодою);
ТИМЧУК- СКОРОПАД Катерина Анатоліївна	фізична терапевтка, докторка наук, професорка кафедри фізичної терапії та ерготерапії Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського, членкиня правління ГО «Всеукраїнське об'єднання фізичних терапевтів» (за згодою);
ХМЕЛЄВСЬКА Ірина Володимирівна	лікар фізичної та реабілітаційної медицини, лікар-невролог дитячий, директорка комунального підприємства «Нікопольський медичний спеціалізований центр медико-соціальної реабілітації дітей» Дніпропетровської обласної ради, національний тренер Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (за згодою);
ХУДА Сергій Ігорович	керівник Центру гострої реабілітації, в.о завідувача відділення реабілітації, фізичний терапевт відокремленого підрозділу «Лікарня Святого Миколая» комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне

медичне об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги», провідний експерт Всеукраїнського об'єднання фізичних терапевтів зі стратегічного розвитку реабілітації у педіатрії (за згодою).

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

ГУЛЕНКО
Оксана Іванівна заступник директора Департаменту – начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.

Рецензенти:

НАГОРНА
Ольга Борисівна к. н. фіз. вих.; доцент; доцент кафедри терапії та реабілітації навчально-наукового інституту охорони здоров'я Національного університету водного господарства та природокористування;

НАКОНЕЧНА
Світлана Павлівна РіО в галузі Охорона здоров'я за спеціальністю 227 Фізична терапія, ерготерапія; доцент кафедри терапії, реабілітації та морфології Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, фізичний терапевт у відділенні казінестичного спостереження та реабілітаційно-відновного лікування дітей у КНП «Обласний перинатальний центр» Івано-Франківської обласної ради.

Дата розробки Стандарту: 2025 рік

Дата перегляду Стандарту: 2031 рік

Паспортна частина

Група станів здоров'я: Дитячий церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку, які супроводжуються руховими порушеннями.

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

- G09 Наслідки запальних хвороб нервової системи
- G80 Дитячий церебральний параліч
- G81 Геміплегія
- G82 Параплегія та тетраплегія
- G83 Інші паралітичні синдроми
- G81.1 Спастична геміплегія
- G82.12 Спастична параплегія, неуточнена, хронічна
- G82.14 Спастична параплегія, повна, хронічна
- G82.16 Спастична параплегія, неповна, хронічна
- G82.22 Параплегія, неуточнена, неуточнена хронічна
- G82.24 Параплегія, неуточнена, повна, хронічна
- G82.26 Параплегія, неуточнена, неповна, хронічна
- G82.42 Спастична тетраплегія, неуточнена, хронічна
- G82.44 Спастична тетраплегія, повна, хронічна
- G82.46 Спастична тетраплегія, неповна, хронічна
- G82.52 Тетраплегія, неуточнена, неуточнена, хронічна
- G82.54 Тетраплегія, неуточнена, повна, хронічна
- G82.56 Тетраплегія, неуточнена, неповна, хронічна
- G83.0 Диплегія верхніх кінцівок
- G83.1 Моноплегія нижньої кінцівки
- G83.2 Моноплегія верхньої кінцівки
- G83.3 Моноплегія, неуточнена
- G83.8 Інші уточнені паралітичні синдроми
- G83.81 Лицевий параліч спричинений порушенням мозкового кровообігу
- G83.89 Інші уточнені паралітичні синдроми
- G83.9 Паралітичний синдром, неуточнений
- G93.80 Інші уточнені ураження головного мозку
- G91 Гідроцефалія
- T90 Наслідки травми голови
- I69 Наслідки цереброваскулярних хвороб
- Q00-Q07 Вроджені вади розвитку нервової системи, а саме:
- Q02 Мікроцефалія
- Q03 Вроджена гідроцефалія
- Q04 Інші вроджені вади розвитку мозку
- Q07 Інші вроджені вади розвитку нервової системи



Q86 Синдроми вроджених вад розвитку, обумовлені відомими екзогенними факторами, не класифіковані в інших рубриках

Q87 Інші уточнені синдроми вроджених вад розвитку, що охоплюють кілька систем

Q89.7 Численні вроджені вади розвитку, не класифіковані в інших рубриках

Q89.71 Дизморфічні ознаки

Q89.79 Численні вроджені вади розвитку, не класифіковані в інших рубриках

Q89.8 Інші уточнені вроджені вади розвитку.

Мета стандарту: стандартизація та підвищення якості надання доказово обґрунтованої реабілітаційної допомоги дітям при ЦП та інших органічних ураженнях головного мозку, що супроводжуються руховими порушеннями, з метою оптимізації їх функціонування та покращення якості життя.

Цей стандарт призначений для: фахівців з реабілітації (лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, терапевтів мови і мовлення, протезистів-ортезистів, психологів, психотерапевтів, сестер/братів медичних з реабілітації, асистентів фізичних терапевтів та ерготерапевтів), лікарів-педіатрів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-неврологів дитячих, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів-психологів, лікарів-психотерапевтів, клінічних психологів, лікарів-ортопедів-травматологів дитячих, лікарів-гастроентерологів дитячих, лікарів-дієтологів, нутриціологів, лікарів-хірургів дитячих, лікарів-отоларингологів дитячих та/або сурдологів, лікарів-офтальмологів дитячих, соціальних працівників, пацієнтів дитячого віку з ЦП та іншими органічними ураженнями головного мозку, що супроводжуються руховими порушеннями, їх батьків/законних представників.

Стандарт реабілітаційної допомоги «Реабілітаційна допомога при церебральному паралічі та інших органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями» (далі – Стандарт) розроблено на основі Клінічної настанови, заснованої на доказах «Реабілітаційна допомога при церебральному паралічі та органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями» (далі – КН), яка ґрунтується на принципах доказової медицини та реабілітації з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій.

Ознайомитися з КН, заснованою на доказах «Реабілітаційна допомога при церебральному паралічі та органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями» можна за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.



I. Загальна частина

Надання реабілітаційної допомоги при ЦП та інших органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями, є важливим елементом покращення якості їх життя.

З огляду на збільшення в Україні кількості дітей з інвалідністю та порушеннями функціонування, гостро стоїть питання стандартизованого підходу до процесу надання реабілітаційної допомоги при ЦП та інших органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями. Причинами інвалідизації дитячого населення нашої країни є зокрема епідеміологічні та демографічні тенденції, зростання рівня захворюваності.

Згідно із статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України, у 2024 році зареєстровано 159 811 дітей з інвалідністю.

За даними епіднагляду за ЦП в Європі (The Surveillance of Cerebral Palsy in Europe), поширеність ЦП становить 2 – 3 випадки на 1000 новонароджених дітей і залишається стабільною протягом останніх 40 років, в Україні цей показник становить 2,5 – 2,6 випадків на 1000 новонароджених.

Останні досягнення сфери охорони здоров'я в неонатальному веденні та акушерській допомозі не вплинули на зниження рівня захворюваності на ЦП. Зі зниженням рівня дитячої смертності фактично відбулося збільшення захворюваності на ЦП. Захворюваність на ЦП у передчасно народжених дітей є значно вищою, порівняно з дітьми, народженими вчасно. Загальна поширеність ЦП протягом останніх десятиліть зросла у всьому світі з причин підвищення рівня виживання новонароджених.

ЦП виникає внаслідок органічного ураження головного мозку у пренатальному, інтранатальному або ранньому неонатальному періоді. Найважливішим фактором ризику виникнення ЦП є передчасне народження і низька маса при народженні, причому ризик ЦП зростає зі зменшенням гестаційного віку та маси при народженні.

Рання діагностика ЦП вважається найкращою практикою, оскільки вона забезпечує своєчасний доступ до специфічного раннього реабілітаційного втручання, коли можливі найбільші нейропластичні досягнення, таким чином, максимізуючи результати розвитку дитини. Інформацію про фактори ризику розвитку ЦП та рекомендації щодо ранньої діагностики ЦП наведено в додатку 1 до цього Стандарту.

Перші 2 роки життя дитини є критично важливими для когнітивного та моторного розвитку, оскільки мозок зазнає постійної спонтанної пластичності. Діти з ЦП досягають приблизно 90% свого загального моторного потенціалу до 5 років і навіть молодше для тих, хто має серйозніші порушення, тому життєво важливо, щоб інтенсивне раннє реабілітаційне втручання з повторюваними завданнями розпочиналося якомога раніше для немовлят з ЦП.

Рання діагностика ЦП не виключає подальшого специфічного етіологічного дослідження та сприяє якомога більш ранньому направленню дітей на



реабілітаційні втручання, а визначення специфічної етіології не виключає можливості наявності у дитини також ЦП. Клінічний діагноз ЦП може і повинен бути встановлений якомога раніше.

Кожна дитина з ЦП потребує індивідуального підходу при наданні медичної та реабілітаційної допомоги через різний ступінь вираженості рухових порушень та наявності широкого спектру асоційованих та супутніх станів, що істотно змінює рівень функціонування дитини в кожному конкретному випадку (від незначного обмеження функціонування до вираженої інвалідизації). Повністю усунути пошкодження мозку, що спричиняють рухові порушення, не спроможні жодні специфічні методи лікування, проте низка реабілітаційних втручань може суттєво покращити рівень активності дітей та їх участі у громадському житті, а отже, і якість їх життя.

Надання реабілітаційної допомоги дітям з ЦП та іншими органічними ураженнями головного мозку, що супроводжуються руховими порушеннями (далі – діти з ЦП), є актуальним у зв'язку з потребою забезпечення своєчасної та якісної допомоги в обсязі, необхідному для досягнення максимально можливого рівня функціонування цих дітей. Реабілітаційна допомога дітям з ЦП має надаватись мультидисциплінарною реабілітаційною командою (далі – МДРК) або фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно.

Надання реабілітаційної допомоги дітям з ЦП має бути злагодженим, скоординованим та якісно організованим процесом співпраці всіх членів МДРК.

Етіологія ЦП дуже різноманітна і багатофакторна. Причини – вроджені, генетичні, запальні, інфекційні, аноксичні, травматичні та метаболічні. Пошкодження мозку, що розвивається, може відбуватися у антенатальному та постнатальному періоді. Близько 75% – 80% випадків пов'язані з внутрішньоутробним ураженням, а менше 10% – через значні пологові травми або асфіксію. Виокремлювати гострий та післягострий реабілітаційні періоди неможливо, оскільки ЦП по своїй суті є наслідком первинного ураження головного мозку різної етіології, що відбулося в антенатальному і постнатальному періоді та охоплює неоднорідну групу розладів руху і пози. Історично діагноз ЦП встановлювався у віці від 12 до 24 місяців життя дитини, але завдяки розвитку медичної науки, тепер його можна встановити до 6 – місячного скоригованого віку.

Лікуючим лікарем при наданні реабілітаційної допомоги протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів є лікар фізичної та реабілітаційної медицини.

Реабілітаційна допомога дітям з ЦП може надаватися в стаціонарних та амбулаторних умовах.

Реабілітаційна допомога дітям з ЦП повинна бути зосереджена на відновленні та/або компенсації втрачених функцій, опануванні навичок, яких потребує пацієнт для незалежного повсякденного функціонування, профілактиці виникнення вторинних ускладнень, має бути адаптована до проблем та індивідуальних цілей, з якими стикається окрема дитина та/або її батьки/законні представники.



Враховуючи тяжкість ЦП, реабілітаційна допомога пацієнтам з такими станами може надаватися протягом усього їх життя.

1. Положення стандарту

Реабілітаційна допомога дітям із ЦП має розпочинатися якомога раніше – одразу після встановлення діагнозу або виявлення факторів ризику розвитку ЦП, наведених у додатку 1 до цього Стандарту.

При виявленні факторів ризику розвитку ЦП дитина повинна бути направлена до реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу ЗОЗ в найкоротший термін.

Чітке інформування пацієнта та/або його законних представників є важливим чинником, що сприяє успішному проходженню пацієнтом процесу реабілітації.

Реабілітаційна допомога повинна бути орієнтована на можливості, потреби та інтереси дитини, а не на її обмеження. Допомога повинна враховувати індивідуальний підхід, заохочення і зацікавлення дитини та, за потреби, використовувати гру як мотиваційний інструмент. Під час надання допомоги дитині з ЦП повинні застосовуватись реабілітаційні втручання з науково доведеною ефективністю, які мають значення для покращення якості життя дитини, її автономії та всебічного розвитку.

Склад МДРК може змінюватися залежно від потреб пацієнта.

Реабілітаційна допомога дітям з ЦП або з високим ризиком розвитку ЦП, дітям з іншими органічними ураженнями головного мозку, що супроводжуються руховими порушеннями базується на результатах визначення обмеження повсякденної життєдіяльності та на принципах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (далі – МКФ) (під час надання реабілітаційної допомоги враховуються функції та структури організму, активність та участь, фактори середовища та особисті фактори), результатах диференційованого обстеження та встановлених SMART цілях втручання. Реабілітаційні потреби дітей з ЦП та ризиком розвитку ЦП можуть стосуватися різних доменів МКФ.

Перелік протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2023 року № 915 «Про затвердження Переліку протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації та внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07 липня 2023 року за № 1160/40216.

2. Обґрунтування положень стандарту

Надання реабілітаційної допомоги дітям з ЦП з моменту встановлення діагнозу або виявлення ризиків його розвитку є критично важливим для забезпечення



оптимального розвитку дитини та запобігання ускладненням, які можуть обмежити її участь у повсякденному житті, а також для підтримки сім'ї, зменшення тягара захворювання на сім'ю та суспільство. Своєчасне надання реабілітаційної допомоги сприяє розвитку навичок, необхідних для максимальної участі дитини в активностях, що мають значення для неї та її родини, а також дозволяє закласти основу для довготривалої функціональної незалежності.

Метою надання реабілітаційної допомоги дітям з ЦП є розвиток рухових, когнітивних, мовних, комунікативних, сенсорних та соціальних функцій; формування навичок харчування (при труднощах з прийомом їжі, питтям та ковтанням), формування навичок повсякденного життя, формування комунікативної автономії, профілактика вторинних ускладнень (таких як контрактури), а також створення умов для максимально можливої незалежності у повсякденному функціонуванні та активної участі дитини у житті. Для досягнення цієї мети фахівці МДРК мають здійснювати комплексне оцінювання функціонування дитини, проводити опитування дитини та/або її батьків/законних представників, використовувати інструменти оцінювання функціонування дітей, які потребують реабілітаційної допомоги при ЦП, згідно з додатком 2 до цього Стандарту та формують ІРП, що є основою для координації втручань.

Науково обґрунтовані реабілітаційні втручання, згідно з додатком 3 до цього Стандарту, будуються на принципах активного залучення дитини, її мотивації та індивідуального підходу. Практика має бути орієнтована на виконання цілеспрямованих дій у реальному житті, із залученням дитини до виконання активних ініційованих дитиною рухів з високою інтенсивністю та регулярністю. Такий підхід забезпечує всебічний розвиток дитини, автономію, соціальну залученість, що є ефективнішим у порівнянні з пасивним або нефункціональноорієнтованим втручанням.

3. Критерії якості

Обов'язкові:

- 1) кожен цикл реабілітаційної допомоги дитині з ЦП починати первинним реабілітаційним обстеженням фахівцями з реабілітації – членами МДРК, після отримання інформованої згоди пацієнта та/або його законного представника, і завершувати заключним реабілітаційним обстеженням;
- 2) фахівцям з реабілітації для виявлення функціональних обмежень, постановки цілей при первинному реабілітаційному обстеженні, проведенні оцінки ефективності втручання в середині циклу (за потреби) та в кінці циклу використовувати інструменти оцінювання функціонування згідно з додатком 2 до цього Стандарту, про що робити відповідні записи в ІРП та/або в програмі терапії;
- 3) за результатами обстеження дитини з ЦП та оцінювання рівня її функціонування визначити цілі реабілітації у SMART форматі, які мають бути: орієнтовані на пацієнта, функціональні, специфічні, командні (де дитина та/або її батьки/законні представники є активними членами команди), вимірюванні та



орієнтовані у часі (довго та короткострокові), за обов'язкової участі дитини (якщо це можливо) та/або її батьків/законних представників;

4) з урахуванням результатів реабілітаційного обстеження, визначення реабілітаційного прогнозу, індивідуальних потреб дитини, МДРК скласти ІРП з обов'язковою участю дитини (якщо це можливо) та/або її батьків/законних представників у процесі його розробки, який затвердити або змінювати на зборах МДРК; забезпечити належне ведення ІРП відповідно до Положення про індивідуальний реабілітаційний план, порядок його фінансування та реалізації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 року № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я»;

5) забезпечити належне ведення програм терапій фахівців з реабілітації (як у складі МДРК, так і під час надання послуг з реабілітації самостійно);

6) заповнити форму № 044-1 «Результати обговорень мультидисциплінарної реабілітаційної команди стосовно особи, яка потребує реабілітації»;

7) під час реалізації ІРП систематично проводити моніторинг, оцінювання рівня досягнення загальних мети і завдань, а також контроль перебігу реабілітаційного процесу, за результатами якого здійснювати перегляд загальних мети та завдань, вносити відповідні коригування до ІРП;

8) під час надання послуг з реабілітації дітям з ЦП кожену терапію забезпечити відповідним фахівцем з реабілітації (фізична терапія – фізичним терапевтом та/або його асистентом під супервізією фізичного терапевта; ерготерапія – ерготерапевтом та/або його асистентом під супервізією ерготерапевта; терапія мови і мовлення – терапевтом мови та мовлення (далі – ТММ), що документувати у ІРП та програмах терапій; фахівцям з реабілітації діяти виключно у межах власних професійних компетентностей і, за потреби, направляти дитину до інших медичних працівників;

9) фахівцям з реабілітації необхідно використовувати виключно ефективні, результативні та вимірювані реабілітаційні втручання (вибір втручань базувати на результатах обстеження, рівні обмежень функціонування, функціональних можливостях дитини, з урахуванням встановлених пацієнтоорієнтованих цілей та реабілітаційного прогнозу), згідно з додатком 3 до цього Стандарту, які спрямовувати на покращення контролю положення тіла та рухових навичок, рівня незалежності та участі в повсякденній діяльності, усунення бар'єрів до виконання занять, підвищення мотивації до рухової та заняттєвої активності, досягнення автономії у комунікації та соціальної залученості, покращення якості життя дитини та її батьків/законних представників, її середовища життєдіяльності, вживати заходи з підтримки і розвитку мобільності дітей з ЦП, наведені в додатку 4 до цього Стандарту;

10) фахівці з реабілітації повинні проводити навчання для батьків/законних представників дитини для максимального залучення їх під час втручання та забезпечення перенесення здобутих навичок в домашнє та інші середовища



життєдіяльності дитини; здійснювати консультування та надавати рекомендації дитині з ЦП (якщо це доречно), її батькам/членам сім'ї та/або її законним представникам та іншим особам, які здійснюють догляд за дитиною, про що вести відповідні записи в медичній документації та в ЕСОЗ;

11) фахівцям з реабілітації у межах їхніх професійних обов'язків здійснювати підбір, індивідуальне налаштування та навчання користуванню допоміжними засобами реабілітації (далі – ДЗР) відповідно до потреб дитини з ЦП; за необхідності, здійснювати призначення ДЗР, про що робити відповідний запис у індивідуальному реабілітаційному плані (ІРП) або, у випадку надання послуг фахівцем з реабілітації самостійно, у програмі терапії;

12) ТММ забезпечити кваліфіковане та всебічне обстеження мови, мовлення та комунікації, що проводити з використанням валідованих об'єктивних інструментів оцінювання; за необхідності залучити до процесу втручання комунікативних партнерів з безпосереднього оточення дитини (батьки, опікуни, педагоги, ровесники тощо); у разі потреби застосування засобів альтернативної та додаткової комунікації (далі – АДК) ТММ підбирати відповідний засіб та навчати ефективного користуванню ним дитину та осіб з її середовища;

13) у разі підозри на труднощі із вживанням їжі, питтям та ковтанням, наявності клінічних ознак (кашель, задуха, блювання, зміна дихання чи кольору шкіри під час прийому їжі/пиття, повторні інфекції грудної клітки, стрес під час вживання їжі, подовження часу годування) у дитини з ЦП, забезпечити скринінг, об'єктивне диференційоване оцінювання, клінічне обстеження для виявлення типу розладів ковтання; на основі виявлених результатів оцінювання визначити стратегію безпечного ковтання, сформулювати ціль та план терапії; забезпечити фізичну та психологічну безпеку дитини під час процедур, пов'язаних із годуванням та терапією дисфагії, що передбачає зокрема використання відповідного обладнання, адаптацію середовища; ТММ здійснювати контроль за безпекою та ефективністю ковтання;

14) фахівцям з реабілітації забезпечити своєчасне виявлення проблем, оцінювання та менеджмент опорно-рухового апарату нижніх кінцівок відповідно до додатку 5 до цього Стандарту, менеджмент станів, пов'язаних з ЦП відповідно до додатку 6 до цього Стандарту, а також дотримання рекомендацій щодо оцінювання потреб у догляді дітей з ЦП, наведених у додатку 7 до цього Стандарту;

15) фахівцям з реабілітації надавати пацієнту та/або його законному представнику всю необхідну інформацію про стан здоров'я та обмеження рівня функціонування пацієнта;

16) під час надання реабілітаційної допомоги оцінювати та забезпечувати потреби дітей з ЦП у психологічній та соціальній допомозі, які регулярно переглядати протягом усього процесу надання реабілітаційної допомоги разом з ІРП;

Бажані:



17) застосовувати як елемент втручання віртуальну реальність (VR) та доповнену реальність (AR), смарт дошки чи спеціальні комп'ютерні програми для стимуляції активності, мотивації, а також тренування координації;

18) за наявності встановлених клінічних характеристик розладів ковтання та потреби інструментального дослідження, провести інструментальне оцінювання ковтання (наприклад: відеофлюороскопія, ендоскопічне дослідження ковтання);

19) проводити регулярний огляд дітей, які використовують АДК, для моніторингу прогресу та відповідності втручань потребам, що змінюються.

Індикатори якості реабілітаційної допомоги

Перелік індикаторів якості реабілітаційної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта з ЦП та іншими органічними ураженнями головного мозку, що супроводжуються руховими порушеннями.

2. Відсоток дітей з ЦП, яким було проведено оцінювання з використанням функціональних класифікацій GMFCS E&R, CFCS, EDACS, MACS (MiniMACS), VFCS.

3. Відсоток дітей з ЦП, яким було розроблено ІРП.

Паспорти індикаторів якості реабілітаційної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП) з ЦП та іншими органічними ураженнями головного мозку, що супроводжуються руховими порушеннями.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор відображає організаційний аспект запровадження сучасного КМП в регіоні. Якість реабілітаційної допомоги дітям із ЦП та іншими органічними ураженнями головного мозку, що супроводжуються руховими порушеннями, відповідність надання реабілітаційної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному Стандарту, ефективність втручань даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу зазначених аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають реабілітаційну, спеціалізовану та первинну медичну допомогу дитячому населенню, розташовані на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.



Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають реабілітаційну, спеціалізовану та первинну медичну допомогу дитячому населенню, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості ЗОЗ, що надають реабілітаційну, спеціалізовану та первинну медичну допомогу дитячому населенню та зареєстровані на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають реабілітаційну, спеціалізовану та первинну медичну допомогу дитячому населенню, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ЦП (наданий екземпляр КМП).

Джерелом інформації є КМП з ЦП, наданий ЗОЗ, що надають реабілітаційну, спеціалізовану та первинну медичну допомогу дітям.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток дітей з ЦП, яким було проведено оцінювання з використанням функціональних класифікацій GMFCS E&R, CFCS, EDACS, MACS (MiniMACS), VFCS.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює повноту проведення оцінювання рівня функціонування дітей з ЦП із застосуванням функціональних класифікаційних систем GMFCS E&R, CFCS, EDACS, MACS (MiniMACS), VFCS.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 80%;

2026 рік – 90%;

2027 рік – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу дитячому населенню, розташовані на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.



Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів дитячого віку з ЦП, які звернулися за отриманням реабілітаційної допомоги. Джерелом інформації є статистичний звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість пацієнтів дитячого віку з ЦП, які звернулися за отриманням реабілітаційної допомоги у визначений період часу (звітний період) в ЗОЗ, що зареєстровані на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає кількість дітей з ЦП, яким було проведено оцінювання за функціональними класифікаціями GMFCS E&R, CFCS, EDACS, MACS (Mini-MACS), VFCS.

Джерелом інформації є: медичні записи в ЕСОЗ, ІРП, програма терапії, медична карта стаціонарного хворого (форма № 003/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Відсоток дітей з ЦП, яким було розроблено ІРП.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює системність, повноту та якість планування реабілітаційної допомоги для дітей з ЦП шляхом документального підтвердження наявності ІРП, розробленого відповідно до потреб дитини та з урахуванням мультидисциплінарного підходу. Реалізація та моніторинг виконання ІРП характеризує якість реабілітаційної допомоги.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають реабілітаційну допомогу дитячому населенню, розташовані на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість дітей з ЦП, які звернулися за отриманням реабілітаційної допомоги, і які за результатами первинного реабілітаційного обстеження потребують реабілітації. Джерелом інформації є статистичний звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість дітей з ЦП, яким надавалась реабілітаційна допомога у визначений період часу (звітний період) в ЗОЗ, що зареєстровані на території обслуговування.



Чисельник індикатора складає загальна кількість складених ІРП пацієнтів дитячого віку із ЦП, що проходили реабілітаційний курс в ЗОЗ, які зареєстровані в районі обслуговування у визначений період часу (звітний період). Джерелом інформації є ІРП пацієнтів дитячого віку з ЦП (в паперовому або електронному вигляді).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Ресурсне забезпечення виконання стандарту

Кадрові ресурси

Надання реабілітаційної допомоги пацієнтам дитячого віку з ЦП та іншими органічними ураженнями головного мозку, які супроводжуються руховими порушеннями, забезпечується фахівцями з реабілітації, які входять до складу МДРК, зокрема, але не виключно:

- 1) лікарями фізичної та реабілітаційної медицини;
- 2) фізичними терапевтами;
- 3) ерготерапевтами;
- 4) терапевтами мови і мовлення;
- 5) протезистами-ортезистами;
- 6) психологами, психотерапевтами;
- 7) сестрами/братами медичними з реабілітації;
- 8) асистентами фізичних терапевтів;
- 9) асистентами ерготерапевтів;

До надання реабілітаційної допомоги залучаються немедичні фахівці – соціальні працівники.

У разі досягнення пацієнтом стану функціонування, який потребує лише окремого виду терапевтичних втручань, надання реабілітаційної допомоги забезпечується фахівцем, який надає допомогу самостійно відповідно до вимог чинного законодавства, а саме, в залежності від потреб в терапії – фізичним терапевтом, ерготерапевтом або ТММ.

До складу МДРК в реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах ЗОЗ, які надають реабілітаційну допомогу особам з обмеженнями повсякденного функціонування віком до 18 років можуть входити лікарі-спеціалісти відповідного профілю, а також, у разі необхідності, інші фахівці. Лікарі інших спеціальностей долучаються до роботи МДРК в консультативному режимі у разі потреби.

Матеріально-технічне забезпечення

Вимоги до переліку обладнання необхідного для реалізації стандарту матеріально-технічного забезпечення реабілітаційних відділень, підрозділів ЗОЗ, які надають реабілітаційну допомогу, наведено в Примірному таблиці матеріально-технічного оснащення амбулаторних та стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дітям



до трьох років у післягострому реабілітаційному періоді, Примірному таблиці матеріально-технічного оснащення амбулаторних та стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дітям від трьох років у післягострому реабілітаційному періоді, що затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31 травня 2023 року № 995 «Про затвердження примірних таблиць матеріально-технічного оснащення реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу, та кабінетів для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах».

Перелік допоміжних засобів реабілітації, які можуть надаватись особам з обмеженнями повсякденного функціонування, що отримують реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, шляхом безоплатного користування наведено в додатку 2 до Державного типового плану реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 року № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я».



Перелік джерел та нормативно-правових актів використаних при розробці стандарту реабілітаційної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Реабілітаційна допомога при церебральному паралічі та органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями», 2025 рік, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».
3. Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я».
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 03 листопада 2021 року № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я».
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 року № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я».
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
8. Наказ Міністерства економіки України від 09 квітня 2022 року № 810-22 «Про затвердження національного класифікатора НК 030:2022».
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2023 року № 915 «Про затвердження Переліку протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації та внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07 липня 2023 року за № 1160/40216.
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 квітня 2023 року № 643 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей».
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 травня 2023 року № 995 «Про затвердження примірних табелів матеріально-технічного оснащення реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу, та кабінетів для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах».
12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 липня 2023 року № 1338 «Про затвердження Порядку функціонування кабінетів асистивних



технологій», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 серпня 2023 року за № 1503/40559.

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 листопада 2024 року № 1946 «Про затвердження Переліку рекомендованих інструментів оцінювання функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я особи».

**Директор Департаменту
високотехнологічної медичної
допомоги та інновацій**

Василь СТІЛКА



Додаток 1
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Реабілітаційна допомога
при церебральному паралічі та інших
органічних ураженнях головного мозку
у дітей, які супроводжуються руховими
порушеннями»
(розділ I)

**Інформація про фактори ризику розвитку церебрального паралічу
та рекомендації щодо ранньої діагностики церебрального паралічу**

Медичні працівники та фахівці з реабілітації мають бути обізнані щодо факторів ризику розвитку ЦП з метою їх раннього виявлення та раннього направлення до реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу ЗОЗ.

Доведена ефективність та доцільність швидкого направлення немовлят та дітей раннього віку для отримання ранніх реабілітаційних втручань до реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів ЗОЗ з метою оптимізації рухової та когнітивної пластичності немовлят, запобігання вторинним ускладненням і покращення психологічного стану їх батьків/законних представників.

Фактори ризику розвитку ЦП:

а) антенатальні фактори:

передчасні пологи (ризик зростає зі зменшенням терміну гестації);

хоріоамніоніт;

респіраторні або сечостатеві інфекції матері, які лікували в стаціонарі;

вроджені вади розвитку ЦНС;

мертвонародження, самовільні викидні (спонтанні аборти) в анамнезі;

багатоплідна вагітність;

затримка внутрішньоутробного розвитку;

низький соціально-економічний статус;

зловживання психоактивними речовинами;

захворювання щитоподібної залози у матері або прееклампсія;

внутрішньоутробні інфекції;

б) перинатальні фактори:

низька маса тіла при народженні;

хоріоамніоніт;

неонатальна енцефалопатія;

неонатальний сепсис (особливо у дітей, з масою при народженні менше 1,5 кг);

гіпоксично-ішемічне ураження головного мозку;

респіраторні або сечостатеві інфекції матері, які лікували в стаціонарі;

судоми;



гіпоглікемія;
жовтяниця, що потребувала лікування;
в) постнатальні фактори:
менінгіт та інші інфекційні ураження ЦНС;
госпіталізація немовляти у періоді новонародженості до відділення інтенсивної терапії;
черепно-мозкова травма, внутрішньочерепні крововиливи;
інсульт.

При виявленні факторів ризику розвитку ЦП дитина повинна бути направлена до реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу ЗОЗ в найкоротший термін.

Оскільки раннє виявлення та подальше ведення дітей з факторами ризику, високим ризиком ЦП та діагностованим ЦП потребує міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення пацієнтів МДРК фахівців, паралельне раннє направлення до реабілітаційного закладу, відділення ЗОЗ можуть здійснювати лікарі різних спеціальностей: лікарі-педіатри, лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, лікарі-неврологи дитячі, лікарі-ортопеди-травматологи дитячі, а також інших лікарських спеціальностей.

Рання діагностика ЦП має починатись зі збору анамнезу та передбачати використання нейровізуалізації, стандартизованих неврологічних і стандартизованих рухових оцінок, що визначають конгруентні відхилення, які вказують на ЦП.

Рання діагностика ЦП не виключає подальшого специфічного етіологічного дослідження та сприяє якомого більш ранньому направленню дітей на реабілітаційні втручання, а визначення специфічної етіології не виключає можливості наявності у дитини також церебрального паралічу.

Раннє стандартизоване оцінювання та обстеження для раннього виявлення ЦП завжди слід проводити новонародженим із виявленим ризиком ЦП.

Оцінюючи ймовірну причину ЦП, варто враховувати, що фактори ризику: можуть мати кумулятивний вплив, негативно впливаючи на мозок, що розвивається;

можуть мати вплив на будь-якому етапі розвитку, враховуючи антенатальний, постнатальний період.

Клінічний синдром неонатальної енцефалопатії може бути наслідком різних патологічних станів, таких як гіпоксично-ішемічне ураження головного мозку або сепсис, і якщо цих станів було більше одного, вони можуть взаємодіяти, пошкоджуючи мозок дитини, та стати причиною ЦП.

Тонкі нейроанатомічні зміни, які могли б пояснити етіологію ЦП, можуть бути непомітними до 2 років.

Рекомендується проведення МРТ дитині з підозрою на ЦП або з діагнозом ЦП для з'ясування етіології, якщо вона не очевидна, з урахуванням наступних факторів:



антенатального, постнатального анамнезу;
 прогресу в розвитку дитини;
 результатів клінічного обстеження;
 результатів нейросонографії.

Відсутність патологічних змін на МРТ автоматично не виключає можливість діагностики ризику ЦП або ЦП. Необхідно роз'яснити батькам/законним представникам, а також дитині з ЦП (якщо це доречно), що не завжди можна визначити причину ЦП та у кожному конкретному випадку обговорити причини проведення МРТ з дитиною та/або її батьками/законними представниками.

Повторні МРТ-сканування рекомендовані у віці 2 років для немовлят, що мали нормальні результати МРТ у 12 – 18 місяців, за наявності стійких моторних або неврологічних порушень, у поєднанні зі стандартизованим оцінюванням моторики.

Раннє виявлення ЦП до п'яти місяців коригованого віку

Варіант А: найбільш точним методом раннього виявлення ЦП у немовлят із групи ризику від народження до 5 місяців коригованого віку є використання комбінації стандартизованого оцінювання рухів, нейровізуалізації та збору анамнезу про фактори ризику.

Стандартизоване оцінювання рухів: оцінювання загальних рухів за Прехтлем (GMA, Prechtl Qualitative Assessment of General Movements) застосовується для виявлення моторної дисфункції (95 – 98% прогнозування ЦП) у поєднанні з нейровізуалізацією.

Нейровізуалізація: МРТ (необхідна попередня седация), застосовується для виявлення аномальної нейроанатомії в рухових областях мозку (80 – 90% прогностичне значення для виявлення ЦП). Зауважте, що відсутність патологічних змін на МРТ автоматично не виключає можливість діагностики ризику ЦП.

Варіант В: в умовах, коли оцінювання загальних рухів за Прехтлем (GMA) недоступне або МРТ не є безпечним чи доступним способом діагностики, раннє виявлення ЦП у немовлят із виявленим ризиком в період від народження до п'яти місяців життя (скоригованих) є можливим і його слід проводити, щоб забезпечити доступ до раннього реабілітаційного втручання. З цією метою застосовується стандартизоване неврологічне оцінювання – неврологічне обстеження немовлят за Хаммерсміт (HINE, Hammersmith Infant Neurological Examination): <57 балів у віці 3-х місяців у 96% є прогностичним показником ЦП.

Раннє виявлення ЦП після п'яти місяців коригованого віку

Точне раннє виявлення ЦП у дітей з ризиками, діагностованими у немовлят, та у віці 5 – 24 місяців може і має відбуватися якомога раніше, але потрібні інші діагностичні інструменти.

Будь-яке немовля з:

- (а) нездатністю самостійно сидіти у віці 9 місяців, або
- (б) асиметрією функції рук, або



(в) нездатністю переносити масу на всю підошовну поверхню стопи (п'яту та передню частину стопи)

має пройти стандартизоване обстеження на наявність ЦП.

Варіанти обстеження:

Варіант А: найточніший метод раннього виявлення ЦП у дітей із виявленими ризиками віком старше 5 місяців (з поправкою на недоношеність), але молодше двох років, є застосування комбінації стандартизованого неврологічного оцінювання (HINE), нейровізуалізації (MPT), стандартизованого оцінювання моторики та збір анамнезу про фактори ризику.

Стандартизоване неврологічне оцінювання HINE є ефективним у 90% випадків при прогнозуванні ЦП. Тих дітей, у яких HINE <73 (у 6, 9 або 12 місяців), слід розглядати як групу високого ризику ЦП. Загальна кількість балів HINE <40 (у 6, 9 або 12 місяців) майже завжди вказує на ЦП у поєднанні з нейровізуалізацією та стандартизованою оцінкою моторики.

Нейровізуалізація: МРТ застосовується для виявлення аномальної нейроанатомії в рухових областях мозку. Чітко визначені ураження можна побачити на ранній стадії, але незначні ураження білої речовини важко виявити через швидкий ріст, мієлінізацію та залежну від активності пластичність. Повторні МРТ-сканування рекомендовані у віці 2 років для немовлят, що мали нормальні результати МРТ у 12 – 18 місяців, за наявності стійких моторних або неврологічних аномалій, у поєднанні зі стандартизованим оцінюванням моторики.

Стандартизоване оцінювання моторики: шкала моторного розвитку немовлят Альберта (AIMS, Alberta Infant Motor Scale) – 86% прогнозування аномального моторного результату.

Варіант В: в умовах, коли МРТ є недоступною або не є безпечною, раннє виявлення ЦП можливе у немовлят віком від 5 до 24 місяців з виявленими ризиками ЦП (з поправкою на недоношеність), і його слід проводити, щоб забезпечити доступ до раннього реабілітаційного втручання.

З цією метою застосовується стандартизоване неврологічне оцінювання HINE (90% прогностичність ЦП у віці 2 – 24 місяців). Загальна кількість балів HINE у віці 6, 9 або 12 місяців <73 свідчить про високий ризик ЦП; <40 вказує на аномальний результат, як правило, ЦП.

Раннє виявлення ступеня тяжкості рухових порушень при ЦП

Довготривалий прогноз ступеня тяжкості рухових порушень є найбільш точним у дітей старше 2 років за допомогою GMFCS-E&R.

Можливими ранніми руховими проявами ЦП можуть бути:

незвичайні метушливі рухи або інші аномалії рухів, включно з асиметрією або слабкістю рухів;

аномалії тонусу, включно з гіпотонією (млявість), спастичністю, ригідністю або дистонією (коливання тонусу);



аномальний моторний розвиток, включно з пізнім контролем голови, перевертанням та повзанням;
труднощі з годуванням.

Дітей з можливими ранніми руховими проявами ЦП, наведеними вище, дітей, що мають затримку розвитку моторики та дітей, які постійно ходять навшпиньках, необхідно направляти до реабілітаційних закладів, відділень ЗОЗ з метою реабілітаційного обстеження, проведення оцінювання функціонування та раннього реабілітаційного втручання.

Найпоширенішими ознаками затримки етапів рухового розвитку у дітей з ЦП є наступні ознаки:

- не сидить до 9 місяців (з поправкою на гестаційний вік);
- не ходить до 18 місяців (з урахуванням гестаційного віку);
- рання асиметрія функції кисті (перевага руки) до 1 року життя (з поправкою на гестаційний вік).

Занепокоєння батьків/законних представників є вагомою причиною для проведення офіційних діагностичних досліджень і направлення до реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу ЗОЗ.

Враховуючи, що встановлення медичного діагнозу ЦП є компетенцією лікаря-невролога дитячого, при виявленні факторів ризику розвитку ЦП дитина повинна бути направлена одночасно до реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу ЗОЗ та на консультацію до лікаря-невролога дитячого для здійснення неврологічного моніторингу.

Необхідно забезпечити спостереження за розвитком дітей віком до 2 років (з поправкою на гестаційний вік), які мають ризик розвитку ЦП, силами мультидисциплінарної реабілітаційної команди. Також слід забезпечити клінічне спостереження дитини лікарем-неврологом дитячим.

У разі встановлення клінічного діагнозу ЦП необхідно забезпечити проведення медичних обстежень з метою виявлення пов'язаних з ним порушень та функціональних обмежень (наприклад, порушення зору, порушення слуху, епілепсія).

Важливо забезпечити наявність визначених клінічних маршрутів дітей з ЦП для доступу до спеціалізованої медичної та реабілітаційної допомоги включно з допомогою при супутніх станах, пов'язаних з ЦП.



Додаток 2
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Реабілітаційна допомога
при церебральному паралічі та інших
органічних ураженнях головного мозку
у дітей, які супроводжуються руховими
порушеннями»
(підрозділ 2 розділу I)

Інструменти оцінювання функціонування дітей, які потребують реабілітаційної допомоги при церебральному паралічі

Фізична терапія

1. Система класифікації великих моторних функцій – Gross Motor Function Classification System/GMFCS-E&R (до 2 років, 2-4 роки, 4-6 років, 6-12 років, 12-18 років);
2. Система класифікації зорових функцій – Visual Function Classification System/VFCS (від 1 року);
3. Тест великих моторних функцій – Gross Motor Function Measure/GMFM (від 5 міс до 16 років);
4. Функціональна шкала мобільності – Functional Mobility Scale/FMS (від 4 років);
5. Модифікована шкала спастичності Ашворта – Modified Ashworth Scale/MAS (від 6 років) або Модифікована шкала Тардьє – Tardieu Scale/Modified Tardieu Scale/MTS) (від 2 років);
6. Педіатрична шкала рівноваги – Pediatric Balance Scale/PBS (від 3 років);
7. Візуальна аналогова шкала болю/ВАШ – Visual Analog Scale/VAS або Шкала болю – FLACC (Pain scale [Face, Legs, Activity, Cry, Consolability]) (від 2 місяців до 7 років) або Рейтингова шкала оцінювання болю за допомогою гримас Вонга-Бейкера – Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (від 3 років);
8. 10-метровий тест – 10 Meter Walk Test/10MWT (від 2 років);
9. Тест «Встань та йди» – The Timed Up and Go Test/TUG (від 3 років);
10. Тест підйому та спуску сходами –Timed Up and Down Stairs/TUDS (від 3 років);
11. 6 – хвилинний тест ходи – 6 Minute Walk Test/6MWT (від 2 років);
12. Неврологічне обстеження немовлят Хаммерсміт – Hammersmith Infant Neurological Examination/HINE) (від 3 до 24 місяців);
13. Гоніометрія – Range of motion/ROM;
14. Мануальне м'язове тестування – Manual Muscle Test/MMT;
15. AIMS (Alberta Infant Motor Scale) – шкала моторного розвитку немовлят Альберта;



16. Опитувальник оцінки дитячої інвалідності – Pediatric Evaluation of Disability Inventory/PEDI (від 6 місяців до 7,5 років);
17. Неврологічне неонатальне обстеження Хаммерсміт – Hammersmith Neonatal Neurological Examination/HNNE) (0 – 3 місяці);
18. Тест «Чотири квадрати» – Four Square Step Test/FSST (від 6 років).

Бажані:

1. Інструмент вимірювання функціональної незалежності – Functional Independence Measure for Children/WeeFIM;
2. GMA (Prechtl Qualitative Assessment of General Movements) – якісне оцінювання загальних рухів за Прехтлем;
3. DAYC (Developmental Assessment of Young Children) – оцінювання розвитку дітей раннього віку.

Ерготерапія

1. Система класифікації великих моторних функцій – GMFCS-E&R;
2. Система класифікації здатності споживати їжу та рідину – EDACS;
3. Система класифікації функції руки – MACS /mini MACS;
4. Система класифікації зорових функцій – VFCS;
5. Канадський інструмент оцінки виконання занять – COPM;
6. Опитувальник оцінки дитячої інвалідності – PEDI;
7. Функціональна шкала мобільності – FMS;
8. Інструмент оцінювання харчування в педіатрії – PEDI-EAT-10 (Pediatric Eating Assessment Tool -10) – скринінговий інструмент.

Бажані:

1. Інструмент вимірювання функціональної незалежності – Functional Independence Measure for Children/WeeFIM;
2. Опитувальник для батьків/законних представників для визначення рівня функції руки у дитини під час виконання типових повсякденних дій ABILHAND-Kids.

Терапія мови і мовлення

1. Система класифікації комунікативних функцій – Communication Function Classification System (CFCS);
2. Система класифікації здатності споживати їжу та рідину – Eating and Drinking Ability Classification System (EDACS);
3. Система класифікації функціональної комунікації – Functional Communication Classification System (FCCS);
4. Розбірливість у контекстній шкалі – Intelligibility in Context Scale (ICS);
5. Опитувальник для оцінювання оральної моторики – Schedule for oral-motor assessment (SOMA);
6. Опитувальник розладів дисфагії – Dysphagia Disorder Survey (DDS);



7. Шкала стадій лікування дисфагії – The Dysphagia Management Staging Scale (DMSS);

8. Інструмент оцінки дитячого харчування – Pediatric Eating Assessment Tool (PEDI-EAT-10) – скринінговий інструмент;

9. Шкала тяжкості та частоти слинотечі (Drooling Severity and Frequency Scale, DSFS) та/або Шкала впливу слинотечі на повсякденне життя дитини, враховуючи соціальну взаємодію та навантаження на тих, хто доглядає за нею (Drooling Impact Scale (DIS).

Бажані:

1. Комунікативна матриця – Communication Matrix (CM).



Додаток 3
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Реабілітаційна допомога
при церебральному паралічі та інших
органічних ураженнях головного мозку
у дітей, які супроводжуються руховими
порушеннями»
(підрозділ 2 розділу I)

Реабілітаційні втручання, що мають науково обґрунтовану ефективність при наданні послуг дітям з церебральним паралічем

Фізична терапія

Цілеспрямоване тренування

Дитині потрібно мати завдання або діяльність, якою вона займається в повсякденному житті. Функціональною метою може бути навчання: сісти, щоб пограти з іграшками, одягатись/роздягатись, безпечно нарізати їжу. Це визначається індивідуальними цілями дитини, її наявними можливостями, бажаними видами діяльності для виконання та повторення, а також умовами навколишнього середовища.

Домашні програми з використанням цілеспрямованого тренування.

Функціональне тренування

Силові тренування при ЦП можуть допомогти дітям покращити мобільність, силу та витривалість. Покращується баланс, активна амплітуда рухів, сила м'язів, постава. Силові тренування також пов'язані з покращенням здатності до ходьби та підвищенням рівня активності. Перенесення на показники ходьби можливе за умови поєднання з завданнево-орієнтованими втручаннями, спрямованими на тренування ходи. Це може бути особливо корисним для дітей, яким важко вільно рухатися та виконувати повсякденні справи.

Тренування на біговій доріжці, а також з частковою підтримкою маси тіла.

Збагачення середовища для сприяння виконанню завдань (**тренування орієнтоване на завдання**): є доказовою практикою, заснованою на принципах моторного навчання та на використанні функціональної діяльності для включення нейропластичних змін. Включає практику повторюваних завдань, інтенсивність навчання, активне вирішення учасником проблем з використанням завдань, важливих для пацієнта.

Адаптація середовища та вправи для забезпечення виконання завдань за допомогою **контекстно-орієнтованої терапії**: підхід, орієнтований на контекст починається з встановлення цілей і визначення плану втручання. Спочатку проводиться ретельний проблемний аналіз сильних і слабких сторін дитини та її оточення. Контекстуально-орієнтований підхід передбачає врахування факторів навколишнього середовища з метою підвищення рівня діяльності та участі дитини.



Основна увага приділяється адаптації завдань і середовища, а не корекції рухових порушень. Ефективність цього підходу залежить від тісної співпраці фахівця з реабілітації з дитиною та/або її батьками чи законними представниками для визначення цільових навичок. Після цього відбувається відповідна модифікація завдань та умов, у яких вони виконуються. Такі зміни дають змогу дитині опановувати дії, які раніше були для неї недоступними.

Залучення батьків/законних представників

Для покращення мобільності дітей з ЦП (GMFCS-E&R I – IV, усі моторні підтипи) рекомендовано тренування з використанням цілеспрямованого підходу, з фокусом на практиці в контексті реального життя. Для дітей, класифікованих за рівнем GMFCS-E&R IV, основний акцент має бути спрямований на підбір, налаштування та навчання користуванню необхідними ДЗР та їх модифікаціями для можливості самостійного переміщення відповідно до функціонального рівня дитини (зокрема, крісел колісних з ручним або електричним приводом), яке забезпечує ефективне досягнення цілей, участь у повсякденній активності та зменшення навантаження на батьків/законних представників. Реабілітаційні втручання не повинні фокусуватись на вдосконаленні загальних моторних навичок, якщо це не призводить до покращення функціональної мобільності або участі.

За рівнями GMFCS-E&R III – IV рекомендується враховувати функціональні цілі в поєднанні з обладнанням, технологіями та адаптацією факторів навколишнього середовища, щоб максимізувати незалежність, інклюзію, швидкість виконання завдань, а також зменшити навантаження на батьків/законних представників. Рекомендується, щоб постановка цілей відбувалася спільно мультидисциплінарною командою, дитиною та батьками/законними представниками. Цілі повинні бути конкретними, досяжними та орієнтованими на повсякденну активність, що має значення для дитини (наприклад, зміна положення тіла в ліжку, пересування в межах кімнати, доступ до необхідних предметів). Практика таких цілей має здійснюватися в реальних контекстах активності з урахуванням адаптації факторів навколишнього середовища.

Функціональна шкала мобільності (FMS) – показник продуктивності, який класифікує мобільність дітей, беручи до уваги усі ДЗР, які дитина може використовувати на короткі, середні та довгі дистанції – 5, 50, 100 метрів. Оцінюється мобільність дома, в школі та у громадських місцях.

Щоб покращити швидкість ходьби та витривалість у дітей з ЦП, рекомендовано здійснювати тренування на поверхні підлоги чи землі (з ходунками або без них) (GMFCS-E&R I – IV), тренування на біговій доріжці (GMFCS-E&R I – III) і HABIT-ILE (GMFCS-E&R I – IV).

Загальні тренування мобільності, ходьба по землі та тренування сидячи – стоячи можуть покращити швидкість ходьби та відстань. Ці втручання слід доповнювати практикою ходьби в реальному середовищі та місцевості, де дитина живе. Для дітей, класифікованих за рівнями IV і V за GMFCS-E&R, наземна ходьба



є більш ефективною, ніж часткове тренування на біговій доріжці з підтримкою маси тіла для покращення дистанції ходьби, але обидва види втручання забезпечують досвід ходьби з підтримкою і не призведуть до самостійної ходьби. Для дітей, класифікованих за рівнями IV і V за GMFCS-E&R, досвід ходьби може бути метою благополуччя та залучення, а не метою функціональної мобільності. Незважаючи на це, тренування на біговій доріжці з частковою підтримкою маси тіла може призвести до покращення витривалості.

Ерготерапія

Втручання на рівні активності мають наступні спільні ключові складові:
починати з мети дитини: оптимізувати мотивацію та актуальність активності;
практика реальних дій у природному середовищі для оптимізації навчання дитини та варіативність практики;

інтенсивні повторення для активації нейропластичності, включаючи домашню активність;

орієнтована практика на «найправильніший виклик», щоб досягти успіху в умовах самостійного вирішення проблем.

Підходи до втручань

Обов'язкові підходи

Орієнтація на контекст [Адаптовані завдання та середовище] (Context Focused [Adapting Task & Environment]) – ефективність результатів на рівні активності та середовища. Доведено, що адаптації завдань і середовища такі ж ефективні, як і втручання, спрямовані власне на дитину.

Сімейно-орієнтований догляд (Family Centred Care) – ефективність результатів на рівні середовища за допомогою навчання батьків/законних представників. Покращення функціональних навичок дитини та підвищення рівня задоволеності втручанням її батьків/законних представників.

Втручання для покращення процесу вживання їжі (Feeding Interventions) – ефективність результатів на рівні середовища та структури тіла. Збільшується компетентність батьків/законних представників у годуванні та покращується взаємодія батьків/законних представників і дітей. Покращується безпека ковтання внаслідок оптимізації позиціонування дитини.

Цілеспрямоване навчання (Goal Directed Training) – ефективність результатів на рівні активності, покращується функція кисті, спритність дрібної моторики, навички великої моторики, самообслуговування.

Ерготерапевтичні втручання після застосування ботулінічного токсину типу А (BoNT A) – ефективність результатів на рівні структури тіла та активності. Покращується функція кисті, досягнення цілей, догляд та комфорт.

Навчання батьків/законних представників – ефективність результатів на рівні середовища.

Догляд за тиском та позиціонування – ефективність результатів на рівні структури тіла, профілактика пролежнів.



Бажані підходи

Бімануальне навчання (HABIT і HABIT-ILE) для одностороннього ЦП – ефективність результатів на рівні активності та структури тіла. Покращується рухливість верхніх і нижніх кінцівок.

Рухова терапія, викликана обмеженням (Constraint Induced Movement Therapy) – ефективність результатів на рівні активності та структури тіла, однакова ефективність в клінічному середовищі або в домашніх умовах. Однакова ефективність для гіпсу, рукавиці, слінгу, але діти віддають перевагу засобам обмеження руху, які можна зняти.

Рухова терапія, викликана обмеженням та/або бімануальна терапія (Constraint Induced Movement Therapy &/or Bimanual) – і CIMT, і бімануальне втручання є ефективними та дають однакові переваги в активності та структурі тіла. Можна використовувати будь-яке, батьки/законні представники можуть обрати.

Когнітивна орієнтація на щоденне виконання занять (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance [CO-OP; CO-OP Approach]) – активний пацієнтоорієнтований підхід у ерготерапії для оцінювання та втручання, який залучає пацієнта на мета когнітивному рівні для вирішення проблем, пов'язаних з виконанням занять. Підхід CO-OP ефективний для різних вікових та нозологічних груп, включаючи вербальних дітей із ЦП.

Рекомендації щодо проведення втручань

Для досягнення мети використання рук і кистей у дітей з ЦП, при виборі втручань ерготерапевтам пропонується враховувати вік дитини, здібності, контекст/ресурси, уподобання дитини та/або її батьків/законних представників та толерантність до додаткових втручань.

Для покращення функції кистей у дітей з ЦП (MACS I – IV, усі моторні підтипи ЦП), рекомендується цілеспрямований підхід або підхід, орієнтований на конкретне завдання.

Для покращення функцій верхніх кінцівок у дітей з одностороннім ЦП (MACS I – III), пропонується CIMT, бімануальна терапія/HABIT.

Для покращення функції кистей у дітей з двостороннім ЦП (MACS I – III) пропонується HABIT/HABIT-ILE.

Для покращення функції кистей у дітей з ЦП, класифікованим за MACS IV (односторонній або двосторонній), рекомендується цілеспрямований підхід плюс адаптація середовища та використання обладнання/допоміжних технологій, щоб максимізувати незалежність.

Для досягнення мети покращення навичок самообслуговування

У дітей з ЦП (усі типи ЦП та тяжкість) рекомендується цілеспрямований підхід із конкретним завданням і ДЗР та його модифікації (для безпечної, своєчасної незалежності).

У дітей з ЦП (GMFCS-E&R I – IV, усі типи) рекомендується **цілеспрямоване навчання** та пропонується **HABIT**.



Щоб збільшити самостійність, безпеку та зменшити навантаження на батьків/законних представників під час виконання занять з самообслуговування для дітей з ЦП (GMFCS-E&R IV та V, усі моторні типи), рекомендується використання адаптивного обладнання.

Шинування (ортезування).

Для досягнення цілей уможливлення/збільшення участі дитини з ЦП у бажаних та необхідних для неї заняттях, враховуючи особливості діагнозу, рекомендується також використання ДЗР/адаптивного обладнання для забезпечення безпеки та своєчасної незалежності.

Терапія мови та мовлення

Втручання

Розробка стратегій та цілей втручання у партнерстві з дитиною та батьками/законними представниками.

Створення ІРП, що враховує:

постуральний менеджмент та позиціонування під час вживання їжі та пиття;
модифікацію текстури та смаку їжі та рідин;
техніки годування (наприклад, розміщення ложки);
використання ДЗР та його модифікацій (спеціалізований посуд);
оптимізацію середовища під час прийому їжі;
стратегії управління поведінковими труднощами;
стратегії розвитку оральної моторики;
стратегії комунікації;
адаптації для зорових чи інших сенсорних порушень;
навчання осіб, які доглядають за дитиною.

Використання показників результатів для моніторингу прогресу та ефективності втручань.

Мовлення, мова та комунікація

Ранні реабілітаційні втручання: акцентування на важливості початку втручання якомога раніше задля формування комунікативної автономії дитини, що є передумовою її всебічного розвитку.

Мовлення: втручання з метою оптимізації ініціювання, планування, програмування, продукування розбірливого та плавного мовлення.

Мова: втручання з метою всебічного розвитку мови у модальності сприймання та продукування.

Альтернативна і додаткова комунікація (АДК):

підбір засобів АДК відповідно до рівня інтелектуального розвитку та рівня комунікації як виявлено у комунікативній матриці;

вибір та застосування високотехнологічних або низькотехнологічних засобів АДК;



підбір та адаптація АДК відповідно до індивідуальних можливостей (когнітивних, комунікативних, лінгвістичних, моторних, слухових, зорових), потреб та інтересів дитини;

залучення та навчання комунікативних партнерів до активного впровадження АДК як засобу комунікації дитини з ЦП;

регулярний моніторинг та адаптація системи АДК до рівня розвитку, інтелекту та комунікативних потреб дитини.



Додаток 4
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Реабілітаційна допомога
при церебральному паралічі та інших
органічних ураженнях головного мозку
у дітей, які супроводжуються руховими
порушеннями»
(пункт 9 підрозділу 3 розділу I)

Заходи з підтримки та розвитку мобільності дітей з церебральним паралічем

0 до 2 роки

Втручання:

положення для гри:

час на животі, напівколінах, стоячи біля меблів;

перенесення маси через верхні кінцівки, стегна, коліна шляхом використання різних положень (стоячи на чотирьох, стоячи на високих колінах з підтримкою) з використанням обладнання (клини, столи, куби);

III – IV – V рівень:

мобільність сидючи (нахили, бічні сидіння, підтримка голови, простота використання для батьків/законних представників);

IV – V рівень:

заохочення активного контролю голови в положенні на животі, на боці, спині та сидючи з орієнтацією на середню лінію тіла.

ДЗР: підбір ґрунтується на індивідуальних цілях активності та участі, відповідно до функціональних можливостей дитини, цілей мобільності, умов середовища, уподобань сім'ї.

Взуття: для забезпечення стабільності стопи та гомілковостопного суглоба під час стояння, ходьби та бігу. **Взуття зазвичай є першим варіантом** для забезпечення стабільності стопи, коли діти починають підтягуватися, вставати, ходити та бігати.

2 до 4 роки

Втручання:

I – II – III рівень: функціональний, цілеспрямований підхід до мобільності через активність повсякденного життя та середовище (практика ходьби по сходах, рухливість на різних поверхнях, включаючи тренування на біговій доріжці, перехід від сидіння до стояння на стійких поверхнях);

IV рівень: мобільність сидючи (нахили, бічні сидіння, підтримка голови, простота використання для батьків/законних представників);



IV – V рівень: положення для гри – час на животі, на колінах, стоячи біля меблів; перенесення маси через верхні кінцівки, стегна, коліна шляхом використання різних положень (стоячи на чотирьох, стоячи на високих колінах з підтримкою) з використанням обладнання (клини, столи, кубики); заохочення активного контролю голови в положенні на животі, на боці, спині та сидячи з орієнтацією на середню лінію тіла.

Ортопедичне лікування зазвичай виконується в поєднанні з ортопедичною хірургією, тому необхідний командний підхід для індивідуального менеджменту.

4 до 6 років

Втручання:

I – II рівень: функціональний, цілеспрямований підхід до мобільності через активність повсякденного життя та громадську діяльність (практика ходьби по сходах, мобільність на різних поверхнях); тренування на біговій доріжці; практика пересування в умовах зовнішнього середовища;

III – IV рівень: допомога при ходьбі (оцінити середовище, тип ходьби, безпеку, вихід на пандус);

IV – V рівень: мобільність сидячи: використання спеціалізованого крісла колісного; перехід до крісла колісного повинен бути завершений до початку школи; маркери: сила та амплітуда руху нижніх кінцівок, антропометричні параметри дитини, середовище (доступ, відстань, поверхня), тип ЦП, когнітивні здібності та особистісні фактори дитини.

Взуття використовується для додаткової стабільності та разом з ортезами.

6 до 18 років

Втручання:

II – III рівень: функціональне тренування, орієнтоване на завдання, наприклад, сісти та встати, підйом по сходах, ходьба, переміщення; тренування на біговій доріжці для тренування витривалості при ходьбі, включаючи нахили; практика пересування в умовах зовнішнього середовища;

III рівень: допомога при ходьбі (оцінити середовище, тип ходьби, безпеку);

IV рівень: мобільність з використанням крісла колісного – підбір ДЗР залежить від сили та амплітуди руху нижніх кінцівок, антропометричних параметрів дитини, середовища (доступ, відстань, поверхня), типу ЦП, когнітивних здібностей та особистісних факторів дитини; допомога при ходьбі з використанням ролатора – підбір ДЗР залежить від сили та амплітуди руху нижніх кінцівок, антропометричних параметрів дитини, середовища (доступ, відстань, поверхня), типу ЦП, когнітивних здібностей та особистісних факторів дитини.

Використання взуття разом з ортезами.



Додаток 5
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Реабілітаційна допомога
при церебральному паралічі та інших
органічних ураженнях головного мозку
у дітей, які супроводжуються руховими
порушеннями»
(пункт 14 підрозділу 3 розділу I)

Оцінювання та менеджмент опорно-рухового апарату нижніх кінцівок I – III GMFCS-E&R

Оцінювання:

амплітуда руху:

гоніометрія;

тонус:

модифікована шкала спастичності Ашворта;

ключові м'язи (групи м'язів) для оцінювання:

привідні м'язи стегна;

м'язи згиначі стегна;

м'язи задньої поверхні стегна;

литковий м'яз, камбалоподібний м'яз (із зігнутим коліном і прямим);

сила:

м'язове тестування;

ключові м'язи (групи м'язів) для оцінювання:

відвідні м'язи стегна;

м'язи розгиначі стегна;

м'язи розгиначі колінного суглоба.

Втручання:

1. Спостереження за кульшовими суглобами та стабільністю відсотка міграції кульшового суглоба (направлення до лікаря-ортопеда-травматолога дитячого у віці 12–24 місяці або після встановлення діагнозу ЦП, щоб мати вихідне рентгенівське обстеження тазу). З підвищенням рівня GMFCS-E&R ризик прогресуючого зміщення стегна зростає.

2. Направлення до лікаря-ортопеда-травматолога дитячого з метою спостереження та визначення показань до ортопедичного втручання для запобігання або лікування контрактур м'язів тканин.

3. Профілактика контрактур і підтримання амплітуди рухів у суглобах має здійснюватися переважно через активні та функціональні рухи, вертикалізацію, ортезування або серійне гіпсування. Пасивне розтягування м'язів може застосовуватись як допоміжний метод - для короткочасного зниження спастичності або підготовки до активних рухів. Важливо, щоб дитина була розслаблена та в спокої. Розтяг слід виконувати повільно, без болю, з урахуванням реакції дитини,



утримуючи положення 10 – 20 секунд, 2 – 3 повтори, у поєднанні з подальшою активністю.

Ключові м'язи (групи м'язів) для розтягування:

відвідні м'язи стегна;

м'язи згиначі стегна;

м'язи розгиначі стегна;

литковий м'яз, камбалоподібний м'яз (із зігнутим коліном і прямим).

4. Сила. Розвиток м'язової сили здійснюється шляхом функціонально орієнтованого тренування з активною участю дитини, побудованого на принципах поступового приросту дозування навантаження та контролю якості виконання рухів. Таке тренування має бути індивідуалізованим, з урахуванням рівня GMFCS, ступеня спастичності та наявного моторного контролю, і проводиться у межах безболісної амплітуди рухів, включати вправи у формі функціональних завдань (наприклад, вставання з положення сидючи, стояння, ходьба по сходах, тощо).

5. II – III рівень: використання вертикалізатора як частини програми активного втручання, рекомендовано щодня тривалістю не менше 60 хвилин на день сумарно (за 1 – 3 сеанси) в межах переносимості, у поєднанні з позиціонуванням та функціональними активностями; конкретна денна тривалість вертикалізації визначається індивідуально з урахуванням віку, рівня GMFCS, асоційованих станів тощо.

6. Шинування та ортези: AFO ортези на гомілковостопні суглоби для покращення положення та стабільності стопи під час стояння та ходьби, запобігання деформації.

7. Взуття для підтримки та позиціонування стопи, використовуються для дітей молодшого віку перед використанням ортезів.

IV – V GMFCS-E&R

Оцінювання:

амплітуда руху:

гоніометрія;

тонус:

модифікована шкала Ашворта;

ключові м'язи для оцінки включають:

відвідні м'язи стегна;

м'язи згиначі стегна;

м'язи розгиначі стегна;

литковий м'яз, камбалоподібний м'яз (із зігнутим коліном і прямим);

сила:

м'язове тестування;

ключові м'язи для оцінки включають:

відвідні м'язи стегна;



м'язи розгиначі стегна;
м'язи розгиначі колінного суглоба.

Втручання:

1. Спостереження за кульшовими суглобами та стабільністю відсотка міграції кульшового суглоба (направлення до лікаря-ортопеда-травматолога дитячого у віці 12 – 24 місяці або після встановлення діагнозу ЦП, щоб мати вихідне рентгенівське обстеження тазу). З підвищенням рівня GMFCS-E&R ризик прогресуючого зміщення стегна зростає.

2. Діти на рівнях IV і V GMFCS-E&R потребують ортопедичного втручання/спостереження та регулярного контролю стегна, хребта та інших суглобів.

3. Профілактика контрактур і підтримання амплітуди рухів у суглобах має здійснюватися переважно через активні та функціональні рухи, вертикалізацію, ортезування або серійне гіпсування. Пасивне розтягування м'язів може застосовуватись як допоміжний метод - для короточасного зниження спастичності або підготовки до активних рухів. Важливо, щоб дитина була розслаблена та в спокої. Розтяг слід виконувати повільно, без болю, з урахуванням редакції дитини, утримуючи положення 10–20 секунд, 2–3 повтори, у поєднанні з подальшою активністю.

4. Вертикалізатор є хорошим способом досягти тривалого розтягування нижніх кінцівок, особливо для тих дітей, які не ходять. Може також використовуватися для підтримки сили нижніх кінцівок для IV рівня.

5. Для тих, хто може виконувати переміщення стоячи, важливими міркуваннями є контроль голови та тулуба, здатність витримувати вагу, ступінь розгинання стегон і колін, положення стопи.

6. Шинування/ортези нижніх кінцівок – AFO (ортези на гомілковостопні суглоби) використовуються для покращення положення стопи, стабільності стоячи, підтримання гомілковостопного суглоба та запобігання деформації. Найпоширеніший у використанні AFO в GMFCS-E&R рівні IV і V є суцільний жорсткий AFO.

7. Діти на рівнях IV і V GMFCS-E&R повинні використовувати крісла колісні для забезпечення потреб в рухливості й підтримці постави.

8. Позиціонування сприяє утриманню тіла в симетричному положенні, покращує якість сну та запобігає контрактурам, здійснюється з використанням систем підтримки голови й тулуба, подушок для нічного позиціонування та адаптивних сидінь.



Додаток 6
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Реабілітаційна допомога
при церебральному паралічі та інших
органічних ураженнях головного мозку
у дітей, які супроводжуються руховими
порушеннями»
(пункт 14 підрозділу 3 розділу I)

Менеджмент станів, пов'язаних з церебральним паралічем

Оцінювання, менеджмент та моніторинг супутніх станів у дітей із ЦП потребує міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення пацієнтів мультидисциплінарною командою фахівців: МДРК та лікарів-педіатрів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-неврологів дитячих, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів-ортопедів-травматологів дитячих, лікарів-гастроентерологів дитячих, лікарів-дієтологів, лікарів-сурдологів, лікарів-офтальмологів дитячих та інших лікарських спеціальностей відповідно до потреби. Команда має забезпечувати всебічну оцінку стану дитини та подальше втручання з урахуванням клінічних проявів, індивідуальних потреб, ресурсів родини та контексту навколишнього середовища.

Діти з ЦП та іншими органічними ураженнями головного мозку, що супроводжуються руховими порушеннями, є вкрай вразливою категорією пацієнтів, оскільки рухові порушення можуть супроводжуватися супутніми станами, такими як біль, порушення розвитку, пізнання, поведінки, годування, сну, зору та слуху, а також наявністю епілепсії, вторинних проблем опорно-рухового апарату, респіраторних порушень, соматичних симптомів зі сторони шлунково-кишкового тракту та сечовивідних шляхів, низької мінеральної щільності кісток.

Несвоєчасна діагностика та менеджмент таких станів знижують ефективність реабілітаційного процесу, погіршують якість життя та зумовлюють ризики для фізичного і психічного здоров'я дитини.

Інтегрований міждисциплінарний підхід, що враховує біопсихосоціальну модель функціонування відповідно до МКФ, є ключовим для забезпечення своєчасної і ефективної допомоги, попередження ускладнень та формування потенціалу участі дитини з ЦП у житті родини, суспільства, освіти й майбутній професійній діяльності.

1. Оптимізація нутритивного статусу

Необхідно забезпечити перевірку стану харчування (нутритивного статусу) дітей з ЦП, враховуючи вимірювання їх зросту та маси (або розглянути можливість проведення альтернативних антропометричних вимірювань, особливо якщо зріст та масу неможливо виміряти).



Крім того, необхідно проводити своєчасну оцінку та дієтичне втручання лікаря–педіатра та/або лікаря–гастроентеролога дитячого, лікаря–дієтолога, нутриціолога якщо є порушення перорального прийому їжі, затримка фізичного розвитку, невідповідність антропометричних даних або нутритивного статусу.

Якщо після оцінки та харчових втручань перорального споживання все ще недостатньо для забезпечення адекватного харчування, необхідно направити дитину для оцінки можливості ентерального харчування через зонд/стому до лікаря–хірурга дитячого.

2. Менеджмент контролю слинотечі

Необхідно оцінити фактори, які можуть вплинути на слинотечу у дітей з ЦП, такі як позиціонування, історія прийому лікарських засобів, рефлюкс і наявність стоматологічних проблем та забезпечити втручання, направлені на оптимальне позиціонування з метою контролю слинотечі.

3. Оцінювання ризику та менеджмент низької мінеральної щільності кісткової тканини у дітей з ЦП

Необхідно враховувати наступні фактори ризику:

дитина не може ходити чи сидіти без підтримки (GMFCS-E&R рівень IV або V);

дефіцит вітаміну D;

наявність труднощів із вживанням їжі, питтям та ковтанням або порушення нутритивного статусу;

низька маса для віку (нижче 2-го центиля);

наявність в анамнезі низькоенергетичних переломів;

прийом протисудомних препаратів.

Необхідно інформувати дітей з ЦП та їхніх батьків/законних представників про підвищений ризик низькоенергетичних переломів у дітей з ЦП, які не ходять або мають низьку мінеральну щільність кісток.

Втручання для зниження ризику низької мінеральної щільності кісткової тканини та низькоенергетичних переломів:

активні рухи;

активне навантаження/вертикалізація;

відповідні дієтичні втручання, включно з суплементацією препаратів кальцію і вітаміну D, що забезпечуються лікарем-педіатром та/або лікарем-гастроентерологом дитячим, та/або лікарем ФРМ, залученим до роботи МДРК;

мінімізація ризиків, пов'язаних з переміщенням і транспортуванням.

Не пропонувати вертикалізатори як самостійний єдиний захід для профілактики низької мінеральної щільності кісткової тканини у дітей з ЦП.



Якщо дитина з ЦП має один або більше факторів ризику низької мінеральної щільності кісткової тканини, рекомендовано: оцінити рівень споживання кальцію та вітаміну D з їжею та розглянути наступні лабораторні дослідження:

сироватковий кальцій, фосфор та лужна фосфатаза;

вітамін D у сироватці крові;

співвідношення кальцію/креатиніну в сечі.

DEXA-сканування для дітей з ЦП, які перенесли низькоенергетичний перелом через направлення до багатопрофільної дитячої лікарні.

Направити дітей з ЦП зі зниженою щільністю кісткової тканини та низькоенергетичними переломами в анамнезі до спеціалізованого відділення багатопрофільної дитячої лікарні для розгляду питання про призначення бісфосфонатної терапії.

4. Менеджмент болю, дискомфорту та дистресу

У дітей з ЦП поширеними причинами болю, дискомфорту та дистресу, пов'язаними з конкретним станом, часто бувають:

проблеми з опорно-руховим апаратом (наприклад, сколіоз, підвих та вивих стегна);

підвищений м'язовий тонус (враховуючи дистонію та спастичність);

м'язова втома та малорухомість;

закреп;

блювота;

гастроезофагеальна рефлюксна хвороба.

Необхідно виявити наступні поширені види болю у дітей з ЦП, враховуючи, що труднощі з комунікацією та сприйняттям можуть додатково ускладнити виявлення причини болю:

неспецифічний біль у спині;

головний біль;

неспецифічний біль у животі;

зубний біль;

дисменорея.

Батьки/законні представники відіграють ключову роль у розпізнаванні та оцінюванні болю, дискомфорту та дистресу у дітей з ЦП.

Медичним працівникам та фахівцям з реабілітації необхідно запитувати про ознаки болю, дискомфорту, дистресу та порушення сну під час кожної взаємодії з дитиною та її батьками/законними представниками. Слід враховувати, що поведінка, пов'язана з болем, може відрізнятися від поведінки в загальній популяції.

У разі відсутності ідентифікованих фізичних причин болю та дискомфорту важливо оцінити інші можливі причини дистресу, такі як:

психологічний та емоційний стрес;



підвищена чутливість до екологічних тригерів;
відчуття спраги чи голоду.

Менеджмент больових синдромів у дітей з ЦП здійснюється відповідно до Стандарту медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 квітня 2023 року № 643 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей», <https://www.dec.gov.ua/mtd/hronichnyj-bolovyj-syndrom/>.

Слід уникати процедурного болю, де це можливо. У разі проведення поширених втручань, що застосовуються в реабілітаційній допомозі ЦП (наприклад, ін'єкції ботулінічного токсину типу А), які можуть спричинити гострий біль, необхідно вжити заходів для мінімізації дискомфорту під час цих процедур. З метою запобігання процедурного болю рекомендовано превентивне знеболення.

Рекомендовані інструменти для виявлення болю або його інтенсивності у дітей з ЦП: Візуальна аналогова шкала болю/ВАШ – Visual Analog Scale/VAS або Шкала болю – FLACC (Pain scale [Face, Legs, Activity, Cry, Consolability]) (від 2 місяців до 7 років) або Рейтингова шкала оцінювання болю за допомогою гримас Вонга-Бейкера – Wong–Baker Faces Pain Rating Scale (від 3 років).

5. Менеджмент спастичності

Необхідно враховувати вплив спастичності на формування ускладнень з боку опорно-рухового апарату. До поширених проблем належать порушення рухової функції, що впливає на здатність дитини з ЦП брати участь у житті суспільства, біль від м'язових спазмів, затримка рухового розвитку та труднощі з повсякденним доглядом через виникнення вторинних наслідків спастичності (стан, який виникає внаслідок спастичності, наприклад, біль, труднощі при ходьбі та контрактури).

За відсутності протипоказань, перорально можливо призначення баклофену (МНН – Baclofen), у разі якщо наявні генералізована спастичність, дискомфорт, біль або м'язові спазми (наприклад, нічні м'язові спазми); якщо потрібен стійкий довготривалий ефект (наприклад, для полегшення постійного дискомфорту або покращення загальної рухової функції при генералізованій спастичності).

Баклофен перорально застосовується у дітей від 2 (двох) років з низьких доз із поступовим збільшенням дозування впродовж 4 тижнів до досягнення оптимального терапевтичного ефекту.

Ефективність і переносимість препарату необхідно регулярно оцінювати, враховуючи можливі побічні реакції.

У разі відсутності суттєвого покращення функціонування або появи побічних ефектів слід переглянути доцільність подальшого прийому.

Бажані втручання:

Ботулінічний токсин типу А (МНН – Botulinum toxin) застосовується при наявності локальної спастичності, що поєднується з наступними факторами:



виражене порушення дрібної моторики та розвитку великих моторних функцій;

ускладнення гігієнічного догляду;

спричиняє біль та порушення сну.

Рішення про застосування ботулінічного токсину ухвалюється МДРК після визначення цілей реабілітації та очікуваних функціональних змін.

Застосування ботулінічного токсину типу А можливе в умовах спеціалізованого стаціонару багатопрофільної дитячої лікарні з застосуванням ультразвукової навігації.

Ботулінічний токсин типу А не застосовується у наступних випадках:

наявна генералізована спастичність;

фіксовані контрактури або виражені кісткові деформації;

виражена м'язова слабкість;

порушення згортання крові або терапія антикоагулянтами;

побічна або алергічна реакція на ботулінічний токсин типу А в анамнезі;

під час лікування аміноглікозидами.

Рішення щодо доцільності терапії ботулінічним токсином типу А приймає МДРК у складі, як мінімум, лікаря ФРМ, фізичного терапевта, ерготерапевта та, у разі потреби, терапевта мови і мовлення.

Після введення ботулінічного токсину типу А необхідно забезпечити реабілітаційне втручання (фізична терапія та/або ерготерапія) та, за потреби, застосування функціонального ортезу.

6. Менеджмент порушень сну

Передбачає виявлення специфічних станів, що можуть бути причиною порушень сну у дітей із ЦП, як то:

розлади дихання, індуковані сном, такі як обструктивне апное уві сні;

судоми;

біль і дискомфорт;

потреба в зміні положення через обмежені можливості руху;

недостатнє забезпечення гігієни сну;

втручання в нічний час, включно з нічним годуванням через зонд або використанням ортезів;

коморбідні захворювання, враховуючи побічні ефекти лікарських засобів.

Необхідно оптимізувати гігієну сну у дітей з ЦП.

Не призначати рутинно регулярний прийом седативних препаратів для менеджменту первинних розладів сну у дітей з ЦП.

Не слід пропонувати системи позиціонування під час сну як єдине втручання для менеджменту первинних розладів сну у дітей з ЦП.



Якщо виліковну причину не знайдено, можливе призначення мелатоніну відповідно до інструкції для медичного застосування лікарського засобу з метою лікування порушень сну.

У разі наявності триваючих порушень сну, що не піддаються терапевтичному впливу, необхідно направити дитину до лікаря–невролога дитячого та/або до лікаря–психіатра дитячого.

7. Менеджмент психічного здоров'я

Необхідно дотримуватись відповідних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я при виявленні та менеджменті проблем психічного здоров'я та розладів нейророзвитку у дітей з ЦП (таких як депресія, тривожний розлад, розлади спектру аутизму, синдром дефіциту уваги та гіперактивності тощо).

Батьки/законні представники відіграють центральну роль у розпізнаванні та оцінці емоційних труднощів і проблем із психічним здоров'ям у дітей з ЦП.

Діти з ЦП мають підвищену поширеність:

проблем з психічним здоров'ям та психологічних проблем, включно з депресією, тривогою та розладами поведінки;

складної поведінки, яка може бути викликана болем, дискомфортом або порушеннями сну;

розладів нейророзвитку, враховуючи розлад спектру аутизму і розлад дефіциту уваги та гіперактивності;

емоційні та поведінкові труднощі (наприклад, низька самооцінка).

Необхідно виявляти проблеми психічного здоров'я та емоційні труднощі у дітей з ЦП під час консультацій та надавати підтримку дитині та/або її батькам/законним представникам стосовно психічного здоров'я дитини.

Направити дитину з ЦП до лікаря–психіатра дитячого, якщо емоційні та поведінкові труднощі не зникають або наявна підозра щодо порушення психічного здоров'я.

Бажані інструменти оцінювання:

Опитувальник здоров'я дитини (Child Health Questionnaire);

Опитувальник сильних та слабких сторін (Strengths and Difficulties Questionnaire).

8. Менеджмент реєстрації та обробки сенсорної інформації

Необхідно пояснити дітям з ЦП та їхнім батькам/законним представникам, що труднощі з навчанням і рухом можуть посилюватися труднощами з реєстрацією або обробкою сенсорної інформації, що може вплинути на активність та участь.

Сенсорні труднощі можуть включати:

первинні сенсорні розлади в будь-якій із сенсорних систем, такі як обробка візуальної або слухової інформації (наприклад, труднощі зі сприйняттям глибини можуть вплинути на здатність ходити по сходах);



розлади сенсорної обробки та сприйняття, наприклад, планування рухів або здатність до зосередження та концентрації уваги.

За необхідності, ІРП може включати розділ щодо підтримки при наявності труднощів з реєстрацією та обробкою сенсорної інформації у дитини з ЦП.

Пояснити батькам/законним представникам, що бракує доказів на підтримку специфічних втручань.

9. Менеджмент порушення зору

Під час встановлення діагнозу ЦП, доцільно направляти всіх дітей на первинне базове офтальмологічне та ортоптичне обстеження.

Пояснити дітям та/або їх батькам/законним представникам, що порушення зору можуть включати одне або більше з наведених нижче:

проблеми з контролем рухів очей;

косоокість (страбізм);

порушення рефракції (короткозорість або далекозорість, спотворене зображення);

ретинопатія передчасно народжених;

порушення мозкової обробки зорової інформації (проблеми з баченням об'єктів, спричинені пошкодженням ділянок мозку, які контролюють зір);

дефекти поля зору (втрата частини поля зору).

Якщо батьки/законні представники або фахівці з реабілітації висловлюють занепокоєння щодо порушення зору, необхідно направити дитину з ЦП до лікаря–офтальмолога дитячого для оцінювання всієї зорової системи (включно з порушенням рухів очей, рефракцією, косоокістю та гостротою зору), особливо якщо є труднощі з комунікацією.

Для досягнення мети покращення зору для немовлят та дітей з підтвердженим або підозрюваним порушенням зору рекомендується ранній початок зорового навчання для покращення уваги до зорових стимулів та використання доступних зорових функцій. У контексті взаємодії батьків/законних представників і дитини для цілеспрямованої гри соціальне та фізичне середовище слід візуально адаптувати до потреб дитини. Рекомендуються високо контрастні стимули, світло спрямоване на зорову ціль та мультисенсорний досвід.

10. Менеджмент порушення слуху

Обговорити з дітьми та/або їх батьками/законними представниками порушення слуху, які можуть бути пов'язані з ЦП. Інформація, яка може бути корисною для обговорення, включає наступне:

порушення слуху зустрічається приблизно у 1 з 10 дітей та молодих людей з ЦП;

може виникати у дітей з будь-яким функціональним рівнем або руховим підтипом, але поширеність зростає зі збільшенням тяжкості рухових порушень;



частіше зустрічається у людей з дискінетичним або атактичним ЦП, ніж у людей зі спастичним ЦП;
необхідне регулярне оцінювання слуху.

11. порушення розладів розвитку здібностей до навчання, порушення інтелектуального розвитку або інтелектуальна недостатність

Обговорити з дітьми та/або їхніми батьками/законними представниками порушення розладів розвитку здібностей до навчання, порушення інтелектуального розвитку, які можуть бути пов'язані з ЦП (наприклад, проблеми із засвоєнням знань, пам'яттю, розумінням і використанням мови). Інформація, яка може бути корисною для обговорення, включає наступне:

інтелектуальна недостатність/порушення інтелектуального розвитку (IQ нижче 70) зустрічається приблизно у 1 з 2 дітей з ЦП;

важка інтелектуальна недостатність (IQ нижче 50) спостерігається приблизно у 1 з 4 дітей з ЦП;

інтелектуальна недостатність може бути пов'язана з будь-яким функціональним рівнем, але поширеність зростає зі збільшенням тяжкості рухових порушень:

рівень GMFCS-E&R I або II – приблизно кожен третій має IQ нижче 70;

рівень GMFCS-E&R III, IV або V – приблизно 2 з 3 мають IQ нижче 70.

У разі потреби, залучити до роботи МДРК лікаря–психіатра дитячого та/або лікаря-психолога.

12. Менеджмент поведінкових труднощів

Обговорити з дітьми та/або їхніми батьками/законними представниками поведінкові труднощі, які можуть бути пов'язані з ЦП. Інформація для обговорення полягає в тому, що приблизно 2 – 3 з 10 дітей з ЦП мають одну або більше з перерахованих нижче проблем:

емоційні та поведінкові труднощі, які впливають на функціонування та участь дитини;

проблеми у стосунках з однолітками;

труднощі з концентрацією уваги та гіперактивність.

У рамках роботи МДРК важливо вирішувати повсякденні поведінкові труднощі та направляти дитину до лікаря–психіатра дитячого, якщо труднощі не зникають.

13. Блювота, зригування та рефлюкс

Необхідно повідомити батькам/законним представникам, що блювання, регургітація/зригування та шлунково–стравохідний рефлюкс є поширеними явищами у дітей з ЦП. За необхідності та у разі, коли спостерігаються помітні зміни



в характері блювання, необхідно направити дитину до лікаря–гастроентеролога дитячого або лікаря–педіатра.

Діагностику та лікування гастроезофагеальної рефлюксної хвороби у дітей слід проводити відповідно до Стандарту медичної допомоги «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба у дітей», затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 червня 2023 року № 1179 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба у дітей».

14. Менеджмент закрепи

Необхідно інформувати дітей з ЦП та/або їх батьків/законних представників про те, що троє із п'яти дітей з ЦП мають хронічні закрепи та здійснювати виявлення закрепів у дітей з ЦП.

У рамках роботи МДРК важливо вирішувати повсякденні труднощі, пов'язані з закрепом із залученням лікаря–педіатра та направляти дитину до лікаря–гастроентеролога дитячого, якщо труднощі не зникають.

15. Епілепсія

Слід пояснити дітям та/або їхнім батькам/законним представникам, що епілепсія може бути пов'язана з ЦП.

Діагностику та лікування епілепсії у дітей з ЦП слід проводити відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дітей», затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 квітня 2014 року № 276 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при епілепсіях».



Додаток 7
до Стандарту реабілітаційної
допомоги «Реабілітаційна допомога
при церебральному паралічі та інших
органічних ураженнях головного мозку
у дітей, які супроводжуються руховими
порушеннями»
(пункт 14 підрозділу 3 розділу I)

Рекомендації щодо оцінки потреб у догляді дітей з церебральним паралічем

Слід оцінити потреби в догляді, соціальній допомозі для кожної дитини з ЦП та потреби у підтримці її батьків/законних представників.

До роботи в МДРК необхідно залучати соціального працівника з метою сприяння участі та незалежності в повсякденному житті дітей з ЦП.

Також необхідно інформувати та надавати сім'ям джерела, де вони зможуть знайти додаткову інформацію під час встановлення діагнозу ЦП і в подальшому, за необхідності, з наступних тем:

- соціальні послуги;

- фінансова підтримка, соціальні права та волонтерські організації;

- групи підтримки (включно з психологічною та емоційною підтримкою для дитини та її батьків/законних представників, братів і сестер);

- послуги перепочинку та хоспісу.

Необхідно проаналізувати специфічні потреби дитини з ЦП щодо доступу до її навколишнього середовища (наприклад, до дому, школи, ЗОЗ, громади), щоб допомогти їй оптимізувати її функціональну участь. Слід врахувати наступні аспекти:

- мобільність;

- обладнання, зокрема, крісла колісні та підйомники;

- транспорт;

- туалети та місця для переодягання;

- засоби комунікації.

ІРП дитини з ЦП повинен включати записи щодо необхідних ДЗР.

