



II ежегодная междисциплинарная научно-практическая
конференция с международным участием

**«Детский церебральный паралич и другие
нарушения движения у детей»**

сборник тезисов

Ассоциация Экспертов по детскому церебральному параличу
и сопряженным заболеваниям

Москва, 15-16 ноября 2012 года

Содержание:

<i>Абдурахманова Л.А.</i> Опыт социально-культурной адаптации детей с двигательными нарушениями.....	10
<i>Абрамов К.В., Полунин В.С., Садовникова А.В.</i> Особенности медико-социальной экспертизы детей с психическими расстройствами	11
<i>Абрамов К.В., Полунин В.С., Садовникова А.В.</i> Особенности развития детей с детским церебральным параличом, имеющих нарушения речи и результаты реабилитации этих детей	12
<i>Алборов О.И., Малахов О.А., Батышева Т.Т., Чочиев Г.М., Филатова Н.Б., Алборова И.Л.</i> Комплексная реабилитации детей с ДЦП в ГУЗ ВО «НПЦ спецмедпомощи».....	13
<i>Амирханова Д.Ю., Дегтярева А.В., Зотова Н.С.</i> Психомоторное развитие детей до 2-х лет с очень низкой (онмт) и экстремально низкой массой тела (энмт) при рождении.....	14
<i>Антропова И.М.</i> Групповая форма организации психологической помощи детям и подросткам с двигательной патологией.....	15
<i>Антропова И.М., Аркуша Л.М., Батышева Т.Т., Чебаненко Н.В.</i> Лечебная верховая езда как реабилитация детей с двигательной патологией.....	16
<i>Антропова Е.А., Рудницкая Л.М.</i> Особенности обследования и диагностики детей с психоорганическим синдромом и аутоподобным поведением.....	17
<i>Артемяева С.В., Харламов Д.А., Сухоруков В.С.</i> Проблемы и задачи организации медицинской помощи детям с нервно-мышечными заболеваниями.....	18
<i>Ахмадов Т.З.</i> Краниопунктура при двигательных нарушениях у больных ДЦП.....	19
<i>Бакуменко В.И.</i> Работа детской неврологической службы в восточном административном округе г. Москвы	20
<i>Балакирева Е.А., Щукина И.Г., Балакирева А.И.</i> Тики в структуре пароксизмальных состояний у детей раннего возраста	21
<i>Балканская С.В., Матвеева И.А., Петрова О.А., Вдовенко И.Ю.</i> Динамика электроэнцефалографических данных у детей раннего возраста с церебральными параличами при применении метода опорной стимуляции.....	22
<i>Батышева Т.Т., Каск Л.Н., Чебаненко Н.В., Быкова О.В., Гаджиев Г.И., Пшемьская И.А.</i> Морфофункциональные изменения в плаценте у доношенных детей.....	23
<i>Батышева Т.Т., Матвеева И.А., Семёнова К.А., Петрушанская К.А., Козловская И.Б., Фадеева Ю.В., Мельникова С.В., Балканская С.В.</i> Опорная стимуляция в комплексном лечении детей с церебральными параличами	25

<i>Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Быкова О.В., Виноградов А.В., Зайцев К.А.</i> Анализ перинатальных факторов риска детской неврологической инвалидности в Москве за период 2008-2011 годы	26
<i>Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Чебаненко Н.В., Быкова О.В.</i> Оценка терапевтической эффективности и безопасности препарата пантокальцин у детей с детским церебральным параличом	27
<i>Батышева Т.Т., Пшечинская И.А., Пасхина И.Н., Полухина Н.В., Слободчикова Н.С., Домонова Э.А., Сильвейстрова О.Ю.</i> Цитомегаловирусная инфекция как один из факторов развития перинатального поражения центральной нервной системы	26
<i>Батышева Т.Т., Пшечинская И.А., Полухина Н.В., Слободчикова Н.С.</i> Паралич Клюбке при родовой травме у новорожденных	30
<i>Белоусов В.Ю., Бронников В.А., Кравцов Ю.И., Вильдеман А.В.</i> Возрастная динамика ЭЭГ показателей у детей с церебральными параличами разной степени тяжести	31
<i>Бобылова М.Ю.</i> Гиперкинезы и поведение: отражения лимбической системы.....	32
<i>Бобылова М.Ю.</i> Анамнестические, неврологические и нейрорадиологические особенности детей с когнитивной эпилептиформной дезинтеграцией	33
<i>Бобылова М.Ю., Миронов М.Б., Полонская Н.М.</i> Варианты эпилептических приступов при детском церебральном параличе	34
<i>Бойко Е.А., Аркуша Л.М., Быкова О.В., Батышева Т.Т., Бойко А.Н.</i> Особенности детско-родительских отношений в семьях детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата	35
<i>Бокова Л.Н., Землянкина С.И., Салтанова Л.Г., Синецкая Н.В.</i> Комплексный подход к организации коррекционно-развивающего обучения детей дошкольного возраста с ДЦП в условиях реабилитационного центра	37
<i>Бриль А.Г., Декопов А.В., Виноградов А.В.</i> Применение селективной задней ризотомии в сочетании с хронической эпидуральной электростимуляцией спинного мозга при нижнем спастическом парализе у детей с ДЦП	38
<i>Брин И.Л.</i> Дофа-зависимые состояния в детском возрасте	40
<i>Брин И.Л., Дунайкин М.Л.</i> Проблемы организации медико-психолого-социальной помощи детям с перинатальными поражениями нервной системы	40
<i>Бронников В.А., Киселева Н.В.</i> Гидрореабилитация в системе адаптивной физической культуры и спорта у детей со спастическими формами церебральных параличей	42
<i>Бронников В.А., Кравцов Ю.И., Надымова М.С.</i> Социальные исходы у детей со спастическими формами церебральных параличей	43
<i>Бронников В.А., Кротова Л.Н.</i> Организация «службы ЛФК и кинезотерапии» в условиях реабилитационного центра	44

<i>Бронников В.А., Лебедева А.Ю., Залазаева Е.А.</i> Прогнозирование двигательного развития детей со спастическими формами церебральных параличей	44
<i>Быченко В.Г., Никифоров Д.В., Курашвили Ю.Б., Буров А.А., Дегтярев Д.Н.</i> Магнитно-резонансная томография в диагностике ишемического повреждения головного мозга у новорожденных	46
<i>Витензон А.С., Петрушанская К.А., Матвеева И.А., Гриценко Г.П., Газалиева М.</i> Особенности биомеханической структуры ходьбы у детей с гемипаретической формой детского церебрального паралича.....	47
<i>Гаврикова Е.А.</i> Музыкальные занятия в помощь детям с ДЦП	48
<i>Гаджиев Г.И., Чебаненко Н.В., Батышева Т.Т., Быкова О.В., Пишемская И.А., Максимова М.Е.</i> Клинические параллели состояния здоровья матери и психо-моторного развития доношенных детей.....	49
<i>Гаевый И.О., Декопов А.В., Хитъ М.А., Салова Е.М., Шабалов В.А., Томский А.А.</i> Результаты лечения тяжёлого спастического синдрома у детей с детским церебральным параличом с помощью селективной дорсальной ризотомии на поясничном уровне с использованием интраоперационного нейрофизиологического мониторинга	50
<i>Гайнетдинова Д.Д., Гайсина Л.З.</i> Содержание TNF-α у детей со спастическими формами детского церебрального паралича в исходе перивентрикулярной лейкомаляции	51
<i>Глазкова С.В., Лильин Е.Т.</i> Течение детского церебрального паралича при сопутствующей острой респираторной инфекции	52
<i>Горина Т.П.</i> Нейровизуализация при ДЦП.....	53
<i>Гунченко М.М.</i> Реабилитация детей с детским церебральным параличом в центральном административном округе города Москвы	54
<i>Гусейнова А.А.</i> Современные аспекты подготовки к обучению в школе детей с двигательной патологией в условиях инклюзии.....	55
<i>Данилова М.А., Бронников В.А., Залазаева Е.А.</i> Речевые нарушения и варианты развития зубочелюстной системы у детей со спастическими формами церебрального паралича	56
<i>Данильцева Г.М., Баландина О.В.</i> Опыт применения фармакорексфлексотерапии у детей с задержкой психо-речевого и моторного развития в неврологическом отделении нижегородской областной детской клинической больницы	57
<i>Дегтярев Д.Н.</i> Роль современных перинатальных технологий в профилактике органических поражений головного мозга и детского церебрального паралича.....	58
<i>Диордиев А.В., Айзенберг В.Л.</i> Изменения центральной гемодинамики у детей с церебральным параличом во время комбинированной анестезии	59

<i>Дугина Е.А.</i> Комплексный подход к реабилитации детей с двигательными нарушениями в Свердловской области.....	60
<i>Дунайкин М.Л., Брин И.Л.</i> Обоснование подходов к коррекционно-развивающей работе с детьми с церебральными параличами.....	61
<i>Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р.</i> Новые возможности терапии нервно-мышечных заболеваний, направленной на замедление их прогрессирования	62
<i>Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р.</i> Субклинические нейрофизиологические предикторы прогрессирования патологического процесса у детей с наследственными мотосенсорными полинейропатиями	63
<i>Ефимов А.П., Гимранов Р.Ф., Казичин А.В., Юнусов Ф.А.</i> Метод микро моторной дифференциальной диагностики эпилепсии и эписиндромов при ДЦП.....	64
<i>Жеведь Н.Л., Глазкова С.В.</i> Лекарственный формуляр и повышение качества лечения детей-инвалидов.....	65
<i>Жеребцова В.А., Моськина Л.А., Шилина С.А.</i> Современные подходы в комплексной физической реабилитации детей с двигательной патологией.....	66
<i>Загубера А.В., Филиппова Н.Е., Диордиев А.В., Айзенберг В.Л.</i> Влияние операции и анестезии на когнитивные функции у больных с детским церебральным параличом	67
<i>Измайлова А.Р., Глазкова С.В.</i> Эффективность применения «Лосомат» в комплексной реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом	68
<i>Ильина Е.С., Фисун Е.В., Березкина О.В., Климова С.В., Фарих Е.Н., Микаэлян Л.Л.</i> Психологические факторы социализации ребенка с поражением ЦНС	69
<i>Ильина Е.С., Фисун Е.В., Фарих Е.Н., Березкина О.В., Микаэлян Л.Л., Климова С.В.</i> Особенности эмоционального реагирования родителей детей с поражениями ЦНС на этапе стационарного лечения	70
<i>Ионова С.В., Калашникова О.С.</i> Влияние детско-родительских отношений на эффективность логопедической работы с дошкольниками в условиях стационара НППЦ детской психоневрологии	71
<i>Исанова В.А.</i> Система реабилитации по восстановлению двигательной функции.....	72
<i>Канукова З.В.</i> Физические методы коррекции миофасциальной болевой дисфункции у больных спастическими формами ДЦП	74
<i>Каркашадзе Г.А., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И., Клочкова У.Н., Лазуренко С.Б.</i> Хронологические параметры формирования туалетных навыков у детей в Москве	75
<i>Кенис В.М.</i> Выбор тактики хирургического лечения в сложных случаях нестабильности тазобедренного сустава у детей с ДЦП	76
<i>Кенис В.М., Иванов С.В., Сапоговский А.В., Степанова Ю.А.</i> Лечение эквино-каво-варусных деформаций стоп у детей с ДЦП.....	77

<i>Кенис В.М., Лахина О.Л., Степанова Ю.А.</i> Опыт хирургического лечения детей с деформациями стоп при нейромышечных заболеваниях	77
<i>Киргизов К.И., Бембеева Р.Ц., Скоробогатова Е.В., Волкова Э.Ю., Пилия С.В., Масчан А.А., Бологов А.А., Шульга С.Ю., Пристанкова Е.А.</i> Высокодозная химиотерапия с трансплантацией аутологичными гемопоэтическими стволовыми клетками у детей с вторично-прогрессирующим рассеянным склерозом	79
<i>Киселева Ю.Б.</i> Некоторые аспекты проведения коррекционно-развивающего обучения в компенсирующем классе	80
<i>Кислякова Е.А.</i> Эпидемиологические особенности детского церебрального паралича (дцп) в Смоленской области.....	81
<i>Клиточенко Г.В., Тонконоженко Н.Л., Долженко Т.С., Кривоножкина П.С.</i> Очаговые изменения на электроэнцефалограмме детей с ДЦП	82
<i>Клочкова О.А., Куренков А.Л., Намазова-Баранова Л.С., Мамедъяров А.М.</i> Ранний опыт применения ботулинотерапии у детей со спастическими формами ДЦП с поражением верхних конечностей.....	83
<i>Козьявкин В.И., Волошин Т.Б., Гордиевич М.С., Качмар О.А.</i> Оценка изменений мышечного тонуса у пациентов с церебральными параличами	84
<i>Козьявкин В.И., Качмар О.А.</i> Основы системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации.....	84
<i>Козьявкин В.И., Качмар О.А., Абликова И.В., Маркелов В.Е., Качмар Б.О.</i> Интернет система домашней игровой тренировки двигательных нарушений. Пилотное исследование	84
<i>Кравцов Ю.И., Бронников В.А.</i> Адаптационно-регуляторный подход к реабилитационно-абилитационным мероприятиям у детей с церебральными параличами.....	87
<i>Кротова Л.Н., Зиновьев А.М., Бронников В.А.</i> Инновационные технологии в реабилитации детей-инвалидов с двигательными нарушениями.....	88
<i>Кузнецова Г.В.</i> Изобразительная деятельность как средство интеграции детей с двигательной патологией в коллектив здоровых сверстников.....	89
<i>Ларионова А.Н.</i> Элементный состав волос детей дошкольного возраста с церебральным параличом	90
<i>Левченко И.Ю.</i> Детский церебральный паралич как смешанный вариант психического дизонтогенеза.....	91
<i>Лильин Е.Т.</i> Социальные проблемы реабилитации детей с ограниченными возможностями.....	93
<i>Лильин Е.Т.</i> Социальные проблемы роста детской инвалидности	94
<i>Лукина Н.А., Борисенко М.Г., Юрьева Р.Г.</i> Применение авторских разработок «Развитие грамматических категорий у детей раннего и дошкольного возраста в логопедической практике в восстановительном лечении детей».	95
<i>Малахов О.А., Транковский С.Е.</i> Применение методики «Over head» в лечении пациентов с высоким вывихом бедра.....	97

<i>Мартынюк В.Ю., Здвижкова В.Н., Майструк О.А.</i> Опыт работы Украинского медицинского центра реабилитации детей с органическим поражением нервной системы МЗ Украины	98
<i>Матвеева И.А., Назарова Н.А., Полушкина Н.В., Ильина З.И., Колесник А.С.</i> Применение препарата «Киндинорм» у детей раннего возраста с церебральными параличами и задержкой речевого и познавательного развития.....	100
<i>Матвеева И.А., Фадеева Ю.В.</i> Стабилографическая оценка эффективности применения опорной стимуляции у детей с церебральными параличами	101
<i>Матвеева И.А., Фадеева Ю.В., Пасхин А.А.</i> Влияние приема комплексного гомеопатического лекарственного средства «авиа-море» на стабилографические характеристики вертикальной позы у детей с патологией ЦНС и соединительной ткани.....	100
<i>Мурадова О.И., Намазова-Баранова Л.С., Торихоева Р.М., Каркашадзе Г.А., Маслова О.И., Томилова А.Ю.</i> Влияние аллергенспецифической иммунотерапии на когнитивные функции детей с поллинозом.....	103
<i>Мухин К.Ю., Кузьмич Г.В.</i> Эпилептиформная активность на ЭЭГ у детей с детскими церебральными параличами при отсутствии эпилепсии: факторы прогноза и возможность реабилитации.....	104
<i>Никитин С.Е.</i> Организация ортопедической помощи детям с нарушениями двигательных функций и профилактика деформаций сегментов опорно-двигательного аппарата у детей больных ДЦП.....	106
<i>Новиков В.И., Малахов О.А.</i> Ортезирование детей с последствиями ДЦП и другими нарушениями движений в системе комплексной реабилитации	107
<i>Носко А.С., Lucinda Carr, Lesley Katchburian, Stephanie Cawker, Josephine Scerri</i> Применение комплексного протокола осмотра детей со спастическими и дистоническими формами детского церебрального паралича (ДЦП) для проведения инъекций ботулинического токсина	108
<i>Пелля Е.И. Турова М.Л. Ногова Е.В.</i> Пневмокомбинезон «Фаэтон» в реабилитации детей с ДЦП.....	109
<i>Перепелкина Т.Н., Гонтмахер А.В., Тупиченко Л.А., А.В., Ефремова Л.В.</i> Организация системы реабилитации детей с ДЦП в Краснодарском крае	110
<i>Петрова С.А., Куренков А.Л., Кузенкова Л.М., Бурсагова Б.И.</i> Роль ЭМГ в выборе оптимальной тактики инъекций препарата ботулинического токсина типа А у детей с ДЦП.....	111
<i>Петрова О.А., Чебаненко Н.В., Вдовенко И.Ю.</i> Эффективность ботулинотерапии при спастических формах детского церебрального паралича у детей дошкольного возраста.....	111
<i>Писарева И.Б.</i> Изодеятельность в коррекционной работе с детьми, страдающими ДЦП	113
<i>Подольяк И.А.</i> Оценка эффективности лечения методом комплексной стимуляции статико-моторного развития у детей раннего возраста.....	114

<i>Политова И.Я.</i> Общие подходы к диагностике и лечению сочетанной патологии в клинике детского церебрального паралича	115
<i>Полонская Н.М.</i> Роль методов анализа движений в реабилитации детей с ДЦП	116
<i>Приходько О.Г.</i> Система поэтапной психолого-педагогической помощи детям с церебральным параличом	117
<i>Простова М.В., Лазуренко С.Б., Стребелева Е.А.</i> Компьютерные технологии как средство социализации детей школьного возраста с детским церебральным параличом	119
<i>Родина Н.Е.</i> Развитие речи у детей с детским церебральным параличом.....	121
<i>Романов Ю.А., Тараканов О.П., Радаев С.М., Дугина Т.Н., Рясина С.С., Даревская А.Н., Смирнов В.Н., Зотова Н.С., Сухих Г.Г.</i> Терапевтический потенциал клеток пуповинной крови в лечении спастических форм детского церебрального паралича.....	122
<i>Саакян К.М., Шор Т.А., Горлов А.А.</i> Кинезиотейпирование в составе комплексного лечения детей с ДЦП	123
<i>Савельева Т.Н., Суворова С.А.</i> Рекомендации по развитию зрительно-моторной координации у детей дошкольного возраста.....	124
<i>Савельева Т.Н., Суворова С.А.</i> Связь двигательного и психоречевого развития у детей.....	125
<i>Саенко И.В., Козловская И.Б.</i> Опорная афферентация – физиологическая роль в системе моторного контроля.....	126
<i>Самтеев М.Т., Лака А.А., Кусакин В.В., Лягин А.С.</i> Применение динамической крючковой системы LSZ в лечении паралитических сколиозов у детей с ДЦП	127
<i>Сатари В.В.</i> Развитие воображения младших школьников с детским церебральным параличом	128
<i>Семёнова К.А., Левченкова В.Д.</i> Особенности патогенетической терапии детского церебрального паралича, обусловленные характером патогенеза каждой из трёх стадий этого заболевания.....	129
<i>Сергеенко Е.Ю., Белых О.Ю.</i> Применение роботизированной «системы локомоторной терапии» роботизированного комплекса «Армео» у детей с нарушениями функции движения	131
<i>Сергеенко Е.Ю., Фрадкина М.М., Ковалева М.Ю., Белых О.Ю., Труханов А.И.</i> Комплексная реабилитация с применением роботизированного комплекса «Армео» у детей со спастическими формами ДЦП	132
<i>Симашикова Н.В., Якупова Л.П., Коваль-Зайцев А.А.</i> Тяжелые формы расстройств аутистического спектра с моторными нарушениями: мультидисциплинарный подход	133
<i>Смирнова А.А., Лобов М.А., Лапочкин О.Л., Шаховская Н.И.</i> Синдром изолированной амиотрофии плечевого пояса: клинический случай.....	134

<i>Снегирев А.Ю., Кочегарова С.В., Москаленко Е.В.</i> Использование искусственной локальной контрастотермии для коррекции речевых нарушений у подростков и взрослых с дцп в поздней резидуальной стадии.....	135
<i>Снегирев А.Ю., Чижикова М.В.</i> Применение средств невербальной коммуникации для преодоления нарушений речи у пациентов с ДЦП	135
<i>Снегирев А.Ю. Ющенко Е.Б.</i> Использование креативно-художественной и телесно-ориентированной практики в развитии мелкой моторики рук у подростков с детским церебральным параличом.....	138
<i>Суворова С.А., Гиленкова С.В.</i> Коррекционно-логопедическая работа с детьми-дизартриками с заиканием	139
<i>Суворова С.А., Гиленкова С.В.</i> Особенности логопедической работы с детьми со спинальной травмой в условиях стационара.....	140
<i>Хохлова Т.В.</i> Роль психологической помощи родителям, имеющих детей с поражением ЦНС и нарушениями опорно-двигательного аппарата	141
<i>Чебаненко Н.В., Молоткова У.В., Батышева Т.Т., Быкова О.В., Пшемьская И.А.</i> Влияние факторов риска на степень тяжести двигательной недостаточности при детском церебральном параличе.....	143
<i>Чивелева Ю.А.</i> Использование обучающих и развивающих компьютерных программ в восстановление речи у детей с афазией	144
<i>Шалиманова С.В.</i> Изучение особенностей восприятия цвета дошкольниками с детским церебральным параличом.....	145
<i>Шахмурадова Т.А.</i> Развитие артикуляционной моторики в системе логопедической работы с детьми раннего возраста, страдающими детским церебральным параличом.....	147
<i>Шенбергер Е.Б.</i> Социализация, обучение и развитие детей-инвалидов в рамках лечебного учреждения ..	149
<i>Шенбергер Е.Б.</i> Социальная работа с детьми с ограниченными возможностями.....	150
<i>Шиошвили В.А.</i> Применение методики «электростимуляция+тренировка» у больных с поражениями периферической нервной системы	151
<i>Шиошвили В.А.</i> Реабилитация детей с последствиями родового повреждения плечевого сплетения.....	152
<i>Щуров В.А.</i> Динамика кровотока по средней мозговой артерии при оперативном лечении больных с врожденными аномалиями развития конечностей.....	153
<i>Щуров В.А., Сафонова А.В.</i> Исследование механизма компенсации отставания в росте тела у детей с патологией опорно-двигательной системы	154
<i>Юрьева Р.Г., Ковбас Е.Ю., Фуксман Ж.Б., Пукишанская С.М.</i> Организация работы медико-психологической службы специализированного реабилитационного центра	155

Яковлев А.Н., Шалькевич Л.В., Тришина Ю.В.

Компьютерный видеоанализ движений в оценке эффективности использования ботулинического токсина типа А («ДИСПОРТ®») у детей со спастическими формами ДЦП.....	157
Список авторов.....	158

Опыт социально-культурной адаптации детей с двигательными нарушениями

Абдурахманова Л.А.

ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», г. Екатеринбург

Актуальность: Двигательный дефицит у ребенка формирует его психологическую и социальную ограниченность, способствует дезадаптации.

Цель: Способствовать комплексной социально-педагогической реабилитации и адаптации детей с двигательными нарушениями и их семьям.

Результаты: В НПЦ «Бонум» проблемой ребенка и его семьи занимается мультидисциплинарная команда специалистов, то есть, помимо медицинской, ребенку оказывается социальная и психолого-педагогическая помощь. Начиная с апреля 2012 было организовано территориальное подразделение Центра «Площадка социально-культурной адаптации». Работа на площадке построена по следующим направлениям:

- социальная помощь и поддержка;
- индивидуальная и групповая коррекционно-педагогическая работа;
- социально-культурная адаптация ребенка и его семьи.

В рамках первого направления проводится социальная диагностика семей, имеющих ребенка с двигательным нарушением. Выявляются неблагополучные семьи и семьи группы риска, которым в случае необходимости оказывается социальная поддержка, преимущественно социально-правовая.

Индивидуальные и групповые коррекционные и музыкальные занятия организуются ежедневно и направлены, прежде всего, на развитие и восстановление двигательных функций, сенсорного восприятия, мелкой и общей моторики, на коррекцию неадекватных эмоциональных и поведенческих реакций. Применяются технологии танцевдвигательной терапии, музыкотерапии, арт-терапии, сюжетно-ролевой игры и сказкотерапии.

Последнее направление включает тематические просветительские мероприятия для родителей, а так же праздничные концерты и экскурсии для детей. Кроме того, помощь в реабилитации оказывают волонтеры анимационной студии «Дар-2». Занятия в студии помимо освоения практических навыков по созданию мультфильмов, позволяют решать многие психологические проблемы детей с двигательными нарушениями.

Выводы: Создание особых развивающих условий среды для ребенка с двигательными нарушениями позволяет выявить его скрытые физические и психологические возможности, способствовать преодолению дезадаптации.

Особенности медико-социальной экспертизы детей с психическими расстройствами

Абрамов К.В., Полунин В.С., Садовникова А.В.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Психические расстройства и нервные болезни у детей являются причиной инвалидности в более чем 50% случаев. В Филиале-бюро №74 в основном проводится освидетельствование и разработка Индивидуальной программы реабилитации детей с психоневрологическими нарушениями, сочетающимися с ограничениями возможности самостоятельного передвижения. Среди детей-инвалидов с психоневрологической патологией на первое место принадлежит детям с ДЦП, второе – с органическим поражением ЦНС, третье - с врожденными аномалиями развития нервной системы.

Целью исследования явилась разработка мероприятий по оптимизации медико-социальной экспертизы (МСЭ) и индивидуальной программы реабилитации (ИПР) для освидетельствуемых детей. В процессе исследования были изучены: медицинская документация детских поликлиник г. Москвы, Филиала-бюро №74 Федерального казенного учреждения Главного бюро МСЭ по г. Москве, устные обращения родителей наблюдаемых детей, проведен анализ полученной информации и разработан усовершенствованный алгоритм проведения МСЭ и разработки ИПР. В результате исследования было установлено, что ежегодно Бюро МСЭ проводит от 3,5 до 4 тыс. освидетельствований детей в год, что превышает норму более чем в 2 раза, из них половина приходится на освидетельствование детей для установления инвалидности (24,5% – первично, 26,2% - повторно) и разработки ИПР и остальные – только для разработки ИПР. Более 50% представляемых направлений от Детских поликлиник и НПЦ ДПН на МСЭ заполняются некачественно: не указываются Коды заболевания по МКБ-10, не описывается статус ребенка и не указываются конкретные реабилитационные мероприятия, которые необходимо включить в ИПР. А родители освидетельствованных детей стараются нередко завысить психоневрологический статус ребенка и его реабилитационный потенциал. Указанные недостатки осложняют процесс освидетельствования. В связи с изложенным предлагается организациям, осуществляющим подготовку направлений на МСЭ, обеспечить заполнение указанных документов с учетом выявленных замечаний. В Бюро в целях повышения качества и сокращения времени подготовки акта освидетельствования и ИПР разработан и используется программные дополнения, которые позволяют оперативно удовлетворить потребности детей-инвалидов в ИПР.

Особенности развития детей с детским церебральным параличом, имеющих нарушения речи и результаты реабилитации этих детей

Абрамов К.В., Полунин В.С., Садовникова А.В.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

В структуре причин инвалидности у детей на первом месте находятся психические расстройства (29,2%), на втором - нервные болезни (26,5%), на третьем - врожденные аномалии - 23,3%. Во всех возрастных группах детей-инвалидов лидируют мальчики (58%), уровень инвалидности среди них выше, чем среди девочек в 1,2–1,7 раза. Среди детей-инвалидов с психоневрологической патологией на первом месте располагаются дети с ДЦП, из них более 70% имеют различные речевые нарушения.

Целью нашего исследования явилось медико-социальное исследование детей-инвалидов с нарушениями речи, страдающих ДЦП. В процессе исследования были изучены: медицинская документация детских поликлиник г. Москвы, Филиала-бюро №74 Федерального казенного учреждения Главного бюро МСЭ по г. Москве, проведено анкетирование родителей наблюдаемых детей, осмотр детей и оценка их психоречевого состояния, проведен анализ полученной информации и разработан усовершенствованный алгоритм проведения медико-социальной реабилитации с акцентом на проведение более углубленной коррекции логопедической и психолого-педагогической реабилитационной работы с изученным контингентом детей.

В результате исследования было установлено, что среди всех детей-инвалидов с ДЦП были отмечены различные речевые отклонения, среди них: 72% имели специфические речевые расстройства (F800), 14,7% - специфические расстройства речи и языка, включая алалию (F80), остальные – 13,3% - другие расстройства речи (F808). В поступающей медицинской документации в Филиал-бюро №74 МСЭ только в 15% случаев регистрировалась различные формы умственной отсталости у детей, в большинстве случаев врачи отмечают в качестве сопутствующей патологии – задержку психоречевого развития, не обозначая ее соответствующим кодом по МКБ-10. Родители наблюдаемых детей в большинстве случаев обращают внимание на речевые нарушения по достижении возраста 1-1,5 и более лет, а при опросе всячески стараются максимально высоко оценить их психоречевое развитие. Особенно негативно они реагируют на диагноз умственная отсталость. Нами предложено максимально раннее начало проведения комплексной психоречевой реабилитации.

Комплексная реабилитации детей с ДЦП в ГУЗ ВО «НПЦ спецмедпомощи»

Алборов О.И., Малахов О.А., Батышева Т.Т., Чочиев Г.М., Филатова Н.Б., Алборова И.Л.

*ГУЗ ВО «НПЦ спецмедпомощи», г. Владимир
ГКУЗ НПЦ Детской психоневрологии ДЗ г. Москвы*

Общепризнанно, что только ранняя диагностика, раннее комплексное консервативное лечение, своевременное применение мер ортопедической профилактики и лечения позволяют добиться максимального восстановления умственной и двигательной деятельности, коррекции сенсорных, вегетативных, речевых нарушений у детей с ДЦП.

Во Владимирской области заболеваемость ДЦП составила за последние 5 лет 2,6 на 1000 живых новорожденных. Комплексная реабилитация детей Владимирской области с ДЦП в ГУЗ ВО «НПЦ спецмедпомощи» включает консервативное и оперативное лечение.

Материалы и методы. С 1969 года проанализировано свыше 6 тысяч случаев заболевания ДЦП. Из них с легкой степенью поражения - 21,1 %, со средней - 51,6%, с тяжелой степенью - 27,3%, из которых - 75% – инвалиды детства. Ежегодно в центре получают лечение около 600 человек из Владимирской области. Доля детей раннего возраста составляет 28 %.

Ребёнок при поступлении обследуется неврологом, ортопедом, психиатром, педиатром, физиотерапевтом, врачом ЛФК, логопедом, психологом и, в случае необходимости, другими специалистами (офтальмологом, оториноларингологом, врачом функциональной диагностики). Консервативное лечение больных ДЦП включает медикаментозную терапию, массаж, лечебную физкультуру, лечебное плавание, разнообразные виды физиотерапевтического лечения, логопедические занятия, занятия с психологом. С 2004 года для снижения спастичности и коррекции патологических установок успешно применяется ботулинотерапия. Для коррекции позы и ходьбы применяются рефлекторно-нагрузочные костюмы «Адели» и «Гравитон».

Вопросы оперативной тактики лечения решаются на специализированном хирургическом совете с участием ортопедов и невропатологов. Более чем 400 больных проведено свыше 1000 операций, в среднем 2, 5 операции у каждого больного, в том числе сухожильно-мышечные пластики с применением мини-инвазивных технологий.

Результаты. В результате комплексного лечения достигнуто значительное улучшение у 10,1 % - эти дети стали ходить самостоятельно либо с канадскими палочками. С улучшением выписано 79,5 % детей, что выразилось в расширении объема двигательных навыков, сферы самообслуживания, стабилизации психического фона, в целом – повышении качества жизни данной группы больных. На основе катamnестических данных установлено, что 32% инвалидов детства смогли трудоустроиться, 12% - получили высшее образование. Около 23% создали свои семьи, 18% имеют детей.

Мультидисциплинарный подход в комплексной реабилитации больных с ДЦП позволяет проводить многолетнюю последовательную поэтапную реабилитацию более эффективно.

Психомоторное развитие детей до 2-х лет с очень низкой (онмт) и экстремально низкой массой тела (энмт) при рождении

Амирханова Д.Ю., Дегтярева А.В., Зотова Н.С.

*ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова
Минздравсоцразвития России, г. Москва*

Актуальность. Частота неврологических нарушений различной степени тяжести у детей с ЭНМТ и ОНМТ, составляет от 20 до 40% в зависимости от уровня родовспомогательного учреждения и комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

Цель. Оценка психомоторного развития детей с массой тела при рождении менее 1500 г и гестационным возрастом до 34 недель в течение 2-х лет.

Материалы и методы. Обследовано 57 детей в возрасте от 1 месяца до 2 лет, рожденных на $29,3 \pm 2,3$ неделе гестации с массой тела 1084 ± 242 гр. Из них 30 детей родились с массой тела менее 1000 гр (520-997 гр.). Все дети родились в тяжелом состоянии в связи, с чем им проводилось лечение в условиях отделения реанимации, после выписки из стационара динамическое наблюдением и комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий осуществлялись в научно-консультативном педиатрическом отделении. Для оценки психомоторного развития использовалась шкала ментального развития R. Griffiths.

Результаты: В возрасте 1-3 мес. (n-18): психомоторное развитие у всех соответствовало скорректированному возрасту. В возрасте 4-6 мес. (n-39): у двоих (5%) отмечена задержка психомоторного развития легкой степени. В возрасте 7-9 мес. (n-35): у 4-х (11%) отмечена легкая задержка психомоторного развития. Из них у 2-х детей – формирование церебрального паралича. В возрасте 10-12 мес. (n-21): у 3-х (14%) выявлена задержка психомоторного развития: у одного – тяжелой степени, у 2-х – легкой степени. В возрасте 13-18 мес. (n-19): у одного (5%) – среднетяжелая задержка развития. У одного ребенка с диагностированной ранее задержкой отмечалось соответствие развития возрастной норме. В возрасте 19-24 мес. (n-4): у одного отмечена задержка средней степени тяжести.

Выводы: темпы психомоторного развития у большинства детей с ЭНМТ и ОНМТ, родившихся и находящихся под наблюдением в ФГБУ НЦ АГиП (50 пациентов, 88%) соответствовали скорректированному возрасту, задержка отмечена только у 7 пациентов (12%).

Групповая форма организации психологической помощи детям и подросткам с двигательной патологией

Антропова И.М.

Научно-практический центр детской психоневрологии, г. Москва

В 6-ом нейрохирургическом отделении Научно-практического центра детской психоневрологии, где проходят лечение и восстановление дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, приводящими чаще всего к стойким и выраженным функциональным расстройствам, наряду с диагностикой и реабилитацией проводится медико-психологическая работа. Работа проводится как индивидуально, так и в группе, что позволяет оказывать психологическую помощь максимально возможному количеству пациентов, нуждающихся в ней.

Цель занятий – содействовать формированию важнейших социальных навыков, способствующих успешной адаптации детей и подростков с двигательной патологией в обществе, создать условия для личностного роста участников.

Учитывая специфику стационара, когда период госпитализации колеблется в среднем от 2 недель до 2 месяцев и пациенты, проходя курс лечения, постоянно посещают различные процедуры, психологическая работа проходит в открытых группах. Часто в состав группы входят родители. Возрастной диапазон участников не имеет ограничения. Участие в группе добровольное. Позиция психолога носит демократичный характер, что означает отказ от командования, от оценок, от навязывания и т. п. Директивность в данном случае минимальная. Участники группы выбирают одну из предложенных тем или предлагают свою, наиболее актуальную для них на данный момент. Это могут быть викторины, конкурсы, игровые упражнения, обсуждения какой-то определенной ситуации. Техники и методики подбираются с учетом речевых и двигательных возможностей участников.

В результате проводимых занятий происходят положительные изменения в жизни пациентов и их родителей: уменьшается количество конфликтных ситуаций с близкими и друзьями, улучшается общение с другими людьми, снижается уровень тревожности, появляется уверенность в своих силах, изменяется отношение к лечению и к своему заболеванию.

Таким образом, опыт проведенной работы показывает, что групповые занятия имеют большое значение в социальной и психологической адаптации детей и подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата, так как значительно повышают уровень адаптивности жизнедеятельности.

Лечебная верховая езда как реабилитация детей с двигательной патологией

Антропова И.М., Аркуша Л.М., Батышева Т.Т., Чебаненко Н.В.

НПЦ детской психоневрологии Департамента здравоохранения, г. Москва

Актуальность: В настоящее время существуют различные способы реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП), которые позволяют уменьшить мышечный тонус, увеличить объем пассивных движений. Это занятия лечебной физкультурой, курсы массажа, физиотерапевтические процедуры, упражнения в бассейне, медикаментозное лечение, ботулинотерапия, комплексная лазеротерапия, хирургическая коррекция. Но изолированное применение выше названных методов не способствует приобретению и закреплению новых двигательных навыков. Такими возможностями обладает лечебная верховая езда (ЛВЕ) на лошади. Именно многогранность воздействия, одновременного сочетания повторяющихся разнонаправленных движений тела, легкого массажа внутренней поверхности ног, позитивного психотерапевтического эффекта от общения ребенка с лошадью определяют уникальность ЛВЕ.

Цель: Изучить воздействие ЛВЕ на двигательное и психическое развитие детей.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 53 ребенка с двигательной и психической патологией в возрасте от 2 до 16 лет. Из них 35 мальчиков и 18 девочек. С ДЦП наблюдалось 45 (85%) детей: 34 ребёнка (75,5%) – со спастической диплегией, 7 детей (15,6%) – с гемипаретической формой, 3 ребёнка (6,7%) – с атонически-астатической формой, 1 ребёнок (2,2%) – с гиперкинетической формой. Детей с задержкой психического развития 7(13%), с умственной отсталостью лёгкой степени 1(2%) ребенок. Занятия ЛВЕ проводилось в Центре психолого-медико-социального сопровождения «МиР». Для исследования были использованы ряд диагностических тестов, соответствующих психофизическим особенностям детей с двигательной патологией: сбор анамнеза, анализ медицинской и психологической документации, клинические и функциональные методы для оценки двигательного развития и оценки функциональных возможностей кистей рук, психодиагностические методики. Проводились беседы с родителями, педагогами и наблюдения за детьми в ходе ЛВЕ.

Результаты и обсуждение: Наиболее часто ЛВЕ посещают дети в возрасте 2-4 лет. Средний возраст начала занятия ЛВЕ составляет 5,5 лет. В результате проводимых занятий у детей отмечено значительное улучшение эмоционального и физического состояния ребенка, улучшение осанки, более правильное положение спины при ходьбе. У детей со спастической диплегией наблюдалось снижение спастичности мышц бёдер, увеличение объёма активных движений в суставах ног. Кроме этого у детей улучшился рисунок ходьбы и появились новые двигательные навыки. У детей с гемипаретической формой расширились функциональные возможности поражённой руки, улучшился рисунок походки. У детей с атонически-астатической и гиперкинетической формами улучшилась координация движения, окрепли мышцы спины. У детей снизилась эмоциональная лабильность, повысилась психическая активность, стабилизировалась эмоционально-волевая деятельность.

Выводы: Регулярные занятия ЛВЕ в комплексе с другими методами лечения позволяют приобрести и стойко закрепить новые двигательные навыки, избегать развития ранних контрактур суставов у детей, страдающих ДЦП, и увеличивают возможности их двигательной активности и психической деятельности.

Особенности обследования и диагностики детей с психоорганическим синдромом и аутоподобным поведением

Антропова Е.А., Рудницкая Л.М.

ФГБУ «Российский реабилитационный центр «Детство» Минздравсоцразвития РФ

В амбулаторной психиатрической практике особо остро стоит вопрос ранней диагностики пациентов с психоорганическим синдромом. Особенно актуально выявление таких пациентов с аутоподобным поведением, нуждающихся в назначении адекватной терапии для стимуляции полноценного восприятия окружающего мира, оптимизации процесса обучения, формирования и развития речи. Аутоподобное поведение на фоне психоорганического синдрома в детской практике врача-психиатра встречается сравнительно часто и представляет определенные диагностические трудности, а также трудности в плане работы с такими пациентами из-за имеющегося у их родителей страха перед «клеймом психически больного» ребенка. Результаты проведенных исследований больных с психоорганическим синдромом и аутоподобным поведением, с органическим заболеванием головного мозга и психопатоподобным синдромом и с атипичным ранним детским аутизмом (органическим) позволили выявить как сходство, так и различие в их клинических проявлениях. В соответствии с этим были выделены 2 группы пациентов: одна из них поддавалась медикаментозной терапии в амбулаторных условиях (психотропные препараты (сонапакс, тиаприд, тералиджен) в постепенно увеличивающихся дозах с целью получения антипсихотического, первичного седативного (купирования психомоторного возбуждения) и антиаутистического эффекта (редукция аутизма); ноотропные препараты (фенибут, пантогам, кортексин) с целью церебропротекторного действия, снижения психической инертности, улучшения обучаемости, и нормотимики (карбамазепин, финлепсин) для купирования аффективных расстройств и тимостабилизации). Терапевтическая программа включала занятия с психологом, логопедом-дефектологом, а также физиотерапию: ручной массаж, лечебную физкультуру и др. Другой группе пациентов рекомендовано лечение в условиях психиатрического стационара. Полученные результаты свидетельствуют о том, что указанная комплексная терапия больных с психоорганическим синдромом и аутоподобным поведением приводит к редукции психопатологической симптоматики и проявлений аутизма, к упорядочению поведения, улучшает развитие речи, повышает способность к обучению, за счет улучшения памяти и концентрации внимания. Лучшие результаты были достигнуты у больных, которые после амбулаторного лечения прошли реабилитацию в условиях дневного стационара ФГБУ РРЦ «Детство».

Проблемы и задачи организации медицинской помощи детям с нервно-мышечными заболеваниями

Артемьева С.В., Харламов Д.А., Сухоруков В.С.

ФГБУ МНИИ педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения России

Актуальность. В ФГБУ МНИИ педиатрии и детской хирургии создан Центр нервно-мышечной патологии и отделение, специализирующееся на работе с пациентами с нервно-мышечными заболеваниями. При работе с данным контингентом пациентов выявляются нерешенные проблемы и ставятся задачи, основным из которых посвящено наше выступление.

Необходимость ранней диагностики. Дебют наследственных нервно-мышечных заболеваний часто проявляется неспецифическими проявлениями. Задача неврологических центров состоит в создании четких, доступных для выполнения скринирующих диагностических программ и, что очень важно в информировании врачей о необходимости обследования по этим программам детей с нарушениями моторного развития.

Создание специализированных лечебно – диагностических центров. В последнее время разрабатываются методы лечения, для проведения которых важно не только установление характера и локализация мутаций, приводящих к заболеванию. Получить такую информацию возможно только в специализированной клинике, где возможно проведение электронейромиографического, морфологического и генетического исследований в полном объеме.

Создание регистров пациентов. Для планирования работы, экономических расчетов и ускорения отбора пациентов для проведения специфической терапии необходимо создание регистров пациентов.

Создание программ реабилитации. Перед нами стоит задача создания доступных пожизненных программ реабилитации, образования, профессиональной ориентации и паллиативной помощи пациентам.

Краниопунктура при двигательных нарушениях у больных ДЦП

Ахмадов Т.З.

Чеченский государственный университет, г. Грозный

Актуальными в проблеме детского церебрального паралича (ДЦП) остаются вопросы раннего начала лечения и комплексной реабилитации. Наряду с другими методиками в этом процессе большое значение имеет иглорефлексотерапия.

Целью нашего исследования было изучение эффективности краниопунктуры в комплексном восстановительном лечении при ДЦП.

Под нашим наблюдением находилось 450 детей и подростков в возрасте от 1 года до 18 лет. Половина из них были в возрасте от 2-х до 12 лет, а 27 % в возрасте до 24 месяцев. Среди больных было мальчиков – 238, девочек – 212. Идентичная сбалансированная контрольная группа состояла из 80 больных, которым проводилось стандартное лечение. Для объективизации результатов лечения нами были использованы различные, общепринятые для этих целей, шкалы. Статистическую обработку материалов проводили стандартными методами.

В клинической картине преобладали тяжелые формы ДЦП: спастическая диплегия – у 78 больных, гемиплегическая форма – у 43, двойная гемиплегия – у 148, атонически-астатическая форма – у 72, гиперкинетическая форма – у 35, смешанная форма – в 74 случаях. Преобладание тяжелых форм ДЦП объясняется, на наш взгляд, длительной чрезвычайной ситуацией в республике, экологическими нарушениями, социально-бытовыми факторами, связанными с военными конфликтами на территории республики (1994-1996, 1999-2000 гг.), что негативно отражалось на здоровье женщин репродуктивного возраста, особенно в период беременности.

Из методов акупунктуры, по мнению китайских врачей, более эффективным при лечении ДЦП является иглоукалывание головы (микроакупунктурной системы скальпа – МАС) в сочетании с корпоральной акупунктурой. При выборе зоны скальпа учитывается ее связь с определенными частями тела и функциональными свойствами органов.

Многочисленными научными исследованиями доказано, что краниопунктура активно влияет на динамику мозгового кровотока, увеличивая его скорость во внутренней сонной артерии и позвоночной артерии. В процессе лечения ДЦП повышается плотность костной ткани и содержание микроэлементов Ca, Cu, Zn, Fe. Значительно улучшаются двигательная активность и походка, речевая функция, сглаживаются психические нарушения, становятся реже эпилептические пароксизмы.

За весь период наблюдения, который для части пациентов составил около 3-х лет (5-6 курсов лечения в стационаре) отмечалась положительная динамика неврологических и ортопедических нарушений. Активность основных психомоторных функций (в баллах) в основной группе больных в начале лечения составила $40,7 \pm 2,18$, в конце наблюдения $55,7 \pm 2,2$ ($p < 0,05$), а в контрольной группе соответственно $39,9 \pm 2,9$ и $42,5 \pm 2,8$ ($p > 0,05$). Статистически достоверная разница была в основной группе.

В результате лечения у наших больных в целом имелась определенная позитивная динамика в состоянии. Однако, вопрос включения краниопунктуры в комплексное лечение ДЦП требует дальнейшего изучения в современных клинических условиях с использованием электрофизиологических методов, что сложно сделать в нашей республике, где здравоохранение только восстанавливается.

Работа детской неврологической службы в восточном административном округе г. Москвы

Бакуменко В.И.

Городская Детская Поликлиника №120 ДЗ, г. Москва

Актуальность. Неврологическая помощь детскому населению является первостепенной задачей здравоохранения на данном этапе развития современного общества. Организация неврологической помощи детскому населению ВАО г. Москвы. Доступная, своевременная помощь детского невролога по месту жительства в поликлиниках. Диспансерная работа с детьми, имеющими хроническую патологию нервной системы. Детская инвалидность – возможность оказания необходимой медицинской помощи, расширения реабилитационного потенциала, доступности медикаментозного лечения. Организационно-методическая работа.

Материалы и методы. Детское население ВАО г. Москвы 228297 человек. Их них 25190 подростков. Их обслуживает 22 городские детские поликлиники, КДЦ№7, всего 34 детских невролога. *Профилактическая работа:* проводятся осмотры детей по возрастам в поликлиниках, в 263 ДДУ и 185 школах, с выявленной патологией направляют на дополнительное обследование для уточнения диагноза. *Диспансерная работа:* на учете 2532 человека, из них 418 подростков. Детей – инвалидов всего 1038 человек: среди них ДЦП – 540, другие двигательные синдромы – 53, органические поражения ЦНС – 23, периферические парезы, акушерские парезы -17, полинейропатии – 3, миелодисплазии-77, хромосомные аномалии – 36, врожденные синдромы -14, факоматозы -11, последствия нейроинфекций - 8. Им проводятся реабилитационные мероприятия, как в амбулаторных условиях, так и в стационарах: НППЦ детской психоневрологии, ДГКБ№7, ДГКБ№9, ДГБ№32. Дети с эпилепсией 558. Из них инвалидов - 79. Они получают противосудорожную терапию согласно форме эпилепсии, каждому пациенту подбор противосудорожных препаратов проводится под контролем эпилептолога и видео-ЭЭГмониторинга, при необходимости в стационарных условиях НППЦ мед.помощи детям с ПР ЧЛО и врожденной патологией ЦНС. По анализу заболеваемости за 3 года можно утверждать, что отмечен процент некоторого увеличения в структуре врожденных пороков ЦНС, опухолей и хромосомных аномалий. Важная работа по образовательному процессу врачей проводится на научно-практических конференциях, симпозиумах, школах-семинарах.

Выводы. Для усовершенствования работы детских неврологов и сокращения «сроков ожидания» специализированной помощи необходим в округе консультативно-диагностический центр со специализированными кабинетами: ДЦП и другие двигательные нарушения, эпилепсии и пароксизмальных состояний, наследственной (нейро-мышечной) и генетической патологии, психоречевых и поведенческих отклонений.

Тики в структуре пароксизмальных состояний у детей раннего возраста

Балакирева Е.А., Щукина И.Г., Балакирева А.И.

*ГБОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко
МБУЗ ГО ГДКБ №1, г. Воронеж*

Цель: изучить тики в возрастном аспекте как одно из пароксизмальных состояний у детей.

Материалы и методы: На основании критериев включения/исключения из 469 детей, обратившихся к неврологу по поводу различных пароксизмов в первые 3 года жизни была сформирована группа пациентов с различными пароксизмальными состояниями (363), находившихся под длительным динамическим клинико-функциональным наблюдением.

Результаты исследования: Доля тиков в окончательном варианте структуризации пароксизмальных состояний составила 3,6% (13). Однако, в процессе исследования тики возникли еще у 15 пациентов исследуемой группы в виде второго и третьего вида пароксизмов. Таким образом, из 363 пациентов раннего возраста (до 3 лет), включенных в исследуемую группу, дети с тиками составили 28 пациентов (7,7%). Во всех случаях присутствовали три составляющих патогенез тиков механизма - генетический, органический и невротический. «Пик накопления» тиков в возрастном аспекте пришелся на 5-летний возраст. В результате длительного динамического наблюдения прослежена возрастная эволюция пароксизмальных состояний, сменяемость одних видов другими, что говорит о единых механизмах развития пароксизмальных состояний у детей раннего возраста

Выводы: Эволюция тиков тесно связана с другими пароксизмальными состояниями в раннем возрасте едиными патогенетическими механизмами. Сложности дифференцировки тиков на органические и невротические связаны с полифакторностью возникновения заболевания

В структуре пароксизмальных состояний тики могут сменяться другими пароксизмальными состояниями и сменять их, что говорит о возрастном континууме пароксизмальных возрастзависимых состояний у детей.

Динамика электроэнцефалографических данных у детей раннего возраста с церебральными параличами при применении метода опорной стимуляции

Балканская С.В., Матвеева И.А., Петрова О.А., Вдовенко И.Ю.

НПЦ ДПН ДЗ г. Москвы

Актуальность. Внедрение в клиническую практику новых методов двигательной реабилитации, основанных на использовании различных афферентных потоков, актуализирует вопрос об использовании возможностей методов функциональной диагностики для объективизации их эффектов и изучения механизмов действия.

Цель. Изучить динамику электроэнцефалографических данных (ЭЭГ) и характеристики сенсомоторного ритма (мю-ритма), у детей раннего возраста с различными формами ДЦП на фоне применения метода опорной стимуляции (ОС).

Материалы и методы. Для проведения ОС использовался имитатор опорной нагрузки подошвенный (модель «Корвит»); курс лечения состоял из 10-15 процедур. Всего наблюдалось 24 ребёнка (14 мальчиков и 10 девочек) в возрасте от 1,5 до 4 лет. Из них доношенных было 10, а недоношенных – 14. Данные ЭЭГ анализировались до и после курса ОС. Всем детям выполнялось нейровизуализационное обследование (МРТ, СКТ).

Результаты. Динамика данных ЭЭГ-обследования после курса ОС проявлялась в выделении в полиморфизме биоэлектрической активности головного мозга стойкого альфа-ритма, нормализации зонального распределения биопотенциалов мозга, увеличении мощности ритмов тета-альфа диапазона. Анализ ЭЭГ-характеристик мю-ритма, связанного с проприоцептивной чувствительностью, установил малую изменчивость его частотных характеристик, а также колебания амплитудных показателей и нерегулярности. Умеренная асимметрия ритма отмечалась у 13 (54,1%) детей, его отсутствие в одном из полушарий – у 5 (20,8%), а симметричность - у 6 (25%). На фоне клинической динамики, обусловленной уменьшением выраженности дисбаланса рефлекторной сферы, отмечалось увеличение индекса мю-ритма у 6 (25%) детей, которые были рождены доношенными, и у 4-х (16,6%) детей с минимальными структурными изменениями головного мозга.

Выводы. Полученные данные отражают переход на онтогенетически более совершенный уровень корково-подкорковых взаимодействий и свидетельствуют о новых возможностях в функциональной организации мозга пациентов раннего возраста с ДЦП.

Морфофункциональные изменения в плаценте у доношенных детей

Батышева Т.Т., Каск Л.Н., Чебаненко Н.В., Быкова О.В., Гаджиев Г.И., Пшемыская И.А.

*НПЦ детской психоневрологии Департамента Здравоохранения г. Москвы
ФГБУ Научный центр здоровья детей РАМН*

Актуальность. В настоящее время назрела необходимость профилактики детского церебрального (ДЦП) с использованием мониторинга внутриутробного развития плода. Плацента является провизорным органом, обеспечивающим развитие и рождение здорового ребёнка. Все стороны внутриутробного развития плода и постнатального состояния новорожденного зависят от состояния плаценты. Плацента осуществляет доставку плоду кислорода, питательных и минеральных веществ, расщепление и синтез веществ на уровне трофобласта, продуцирует гормоны, а так же выполняет барьерную функцию. Наиболее частой причиной нарушений состояния плода во время беременности является плацентарная недостаточность (ПН) – клинический синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих функциональную полноценность органа. Степень и характер влияния патологических изменений плаценты на плод определяются многими факторами: сроком беременности, длительностью воздействия, состоянием компенсаторно-приспособительных механизмов в системе мать-плацента-плод. ПН обуславливает гипоксическое поражение нервной системы плода. О глубине ПН свидетельствует степень незрелости ворсин хориона. Оценка компенсаторных механизмов плаценты определяется по плодно-плацентарному коэффициенту (ППК), выраженности сосудистых реакций, наличию инволютивно-дистрофических изменений. Ключевым показателем проявления ПН могут быть результаты гистологического исследования плацент после родов.

Цель исследования. Изучить частоту и характер морфофункциональных изменений в плаценте у доношенных детей с последствиями перинатального поражения нервной системы (ППП НС) и с детским церебральным параличом (ДЦП) в зависимости от наличия и степени тяжести двигательной недостаточности.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 42 доношенных ребёнка с периода новорожденности до 2 лет. После родов проведено гистологическое исследование 42 плацент. Учитывая степень тяжести двигательной недостаточности дети были разбиты на 6 групп. 1-я группа состояла из 12 детей, у которых наблюдалось ППП НС в виде задержки психического и/или речевого развития, темповой задержки моторного развития, синдрома пирамидной недостаточности, но к 2 годам их моторное развитие не отклонялось от нормы. В последующих группах были дети с ДЦП. Они разделены согласно уровню моторных нарушений по шкале GMFMS. 2-я группа – 13 детей с уровнем GMFMS 1. 3-я группа – 6 детей с уровнем GMFMS 2. 4-я группа – 3 ребёнка с уровнем GMFMS 3. 5-я группа – 4 ребёнка с уровнем GMFMS 4. 6-я группа – 4 ребёнка с уровнем GMFMS 5.

Результаты. Изменения в плацентах были выявлены в 39 (92,9%) случаях. По мере увеличения тяжести двигательной недостаточности частота изменений имела тенденцию к увеличению, достигая 100% у детей в 6-й группе при уровне моторных нарушений GMFMS 5. Изменение массы плаценты, как в большую, так и в меньшую сторону присутствовало во всех группах. Какой-либо закономерности изменений массы плацент и степени тяжести двигательной недостаточности не выявлено.

Незрелость ворсин хориона выявилась во всех группах, имея тенденцию к увеличению частоты встречаемости, достигая 100% у детей с GMFMS 5. Воспалительные изменения в

плацентах, такие как, базальный децидуит, париетальный децидуит, гнойный фуникулит, хорионит, субхориальный базальный виллузит, были выявлены во всех группах. При этом в 4, 5 и 6 группах они выявлялись в 100 % случаев. Частота инволютивно-дистрофических изменений (отёк, полнокровие сосудов ворсин хориона, участки кровоизлияний, кальциноз ворсин хориона) также преобладала в 4, 5 и 6 группах и была в них в 2 раза выше. ППК достоверно не отклонялся от нормальных значений, но в 6 группе у детей с GMFMS 5 был достоверно снижен в 100% случаев.

Выводы: Выявлены взаимосвязь степени тяжести двигательной недостаточности с частотой и характером морфофункциональных изменений в плаценте у доношенных детей. Незначительные изменения характерны для группы детей с последствиями перинатального поражения нервной системы. В группах детей с ДЦП при уровне моторных нарушений 4 и 5 по шкале GMFMS морфофункциональные изменения в плаценте наиболее выражены.

Опорная стимуляция в комплексном лечении детей с церебральными параличами

Батышева Т.Т., Матвеева И.А., Семёнова К.А., Петрушанская К.А., Козловская И.Б.,
Фадеева Ю.В., Мельникова С.В., Балканская С.В.

*НПЦ Детской психоневрологии ДЗ г. Москвы
НЦЗД РАМН, ИМБП РАН*

Актуальность. Одним из перспективных направлений поиска новых средств реабилитации детей с церебральными параличами (ДЦП) является использование разработок космической медицины по профилактике микрогравитационных нарушений тонуса, статики и локомоции, основанных на применении афферентных потоков.

Цель. Исследование эффективности метода опорной стимуляции (ОС) в комплексном лечении двигательных нарушений у детей с различными формами ДЦП.

Материалы и методы. Для проведения ОС использовался имитатор опорной нагрузки подошвенный (модель «Корвит»). Всего курсы ОС были проведены 87 детям в возрасте от 1 года до 16 лет. У 69 имелась спастическая диплегия, у 13 – гемипаретическая и у 5 – атонически-астатическая форма ДЦП. Уровень двигательного развития по шкалам GMFMS и GMFCS в большинстве случаев СД был 3-й (36,2%) и 4-й (40,6%), а при гемипаретической форме – 2-й (92%). Оценивали данные клинического осмотра ребёнка, когерентного анализа ЭЭГ, стабилотрии и исследования биомеханической структуры ходьбы до и непосредственно после проведения курса ОС.

Результаты. Клинически при всех формах заболевания отмечалась положительная динамика (снижение влияния тонических рефлексов, явная тенденция к нормализации мышечного тонуса и силы, увеличение объёма движений в коленном и голеностопном суставах, улучшение координации и уменьшение площади опоры при вертикализации и передвижении, формирование новых двигательных навыков, включая самостоятельную ходьбу), подтверждённая данными дополнительных методов исследования.

Выводы. Моделирование сенсорного образа ходьбы в режиме физиологической циклограммы приводит к уменьшению степени выраженности дисбаланса рефлекторной сферы. Это способствует формированию установочных рефлексов, а затем и становлению позных рефлексов, статики и локомоции. У детей с патологическим двигательным стереотипом происходит его модификация с приближением к физиологическому, а также уменьшается выраженность вторичных патологических изменений в суставах.

Анализ перинатальных факторов риска детской неврологической инвалидности в Москве за период 2008-2011 годы

Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Быкова О.В., Виноградов А.В., Зайцев К.А.

НПЦ Детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

По данным бюро медицинской статистики Департамента Здравоохранения города Москвы за период 2008- 2011гг. отмечается неуклонный рост числа детей-инвалидов в возрасте 0-17 лет, с 131,4 до 146,2 на 10000 населения. На первом месте устойчиво остаются врожденные аномалии, на втором - болезни нервной системы, а на третьем- психические расстройства. При изучении структуры общей патологии беременных женщин в Москве в динамике за четыре года, отмечается рост доли больных среди беременных с 77% до 79,3%, в первую очередь, за счет увеличения частоты сахарного диабета (от 0,4 до 0,7%) и болезней щитовидной железы (от 5,3 до 6,2%). Также отмечается неуклонный рост частоты осложнений в родах, прежде всего за счет увеличения представленности у женщин таких состояний, как нарушение родовой деятельности (от 8,3 до 10,4%), анемии (от 9 до 13%). За период с 2008 до 2011 гг. обращает внимание неуклонный рост числа родоразрешений, проведенных путем кесарева сечения с 207 до 233,2 на 1000 родов. Также, вероятно, в связи с возросшим числом нарушений родовой деятельности у женщин, более, чем в 3 раза возросло число акушерских пособий, а именно, вакуум - экстракции. Одновременно, необходимо отметить положительную медико-социальную тенденцию в виде уменьшения числа аборт, что, возможно, связано с просветительской работой и с улучшением качества жизни москвичей, а, возможно – с ростом неучтенных фармакологических абортов. В структуре интранатальных факторов риска неврологической инвалидности, как у доношенных, так и у недоношенных новорожденных, отмечается положительная тенденция к уменьшению доли родовой травмы и внутриутробной гипоксии с последующей асфиксией в родах. Однако отмечен рост частоты гемолитической болезни новорожденных с исходом в билирубиновую энцефалопатию. Таким образом, необходим более тщательный мониторинг здоровья девушек и женщин фертильного возраста еще до наступления беременности. Не менее важно наблюдение и своевременная коррекция сопутствующей патологии в течение всего периода беременности.

Оценка терапевтической эффективности и безопасности препарата пантокальцин у детей с детским церебральным параличом

Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Чебаненко Н.В., Быкова О.В.

Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Когнитивные нарушения существенно усугубляют тяжесть инвалидизации пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП), вследствие значительного ограничения жизнедеятельности в период формирования высших психических функций, усвоения знаний и умений, формирования личности, что приводит к значительной социальной дезадаптации.

Цель. Оценить клиническую эффективность и безопасность применения препарата пантокальцин у детей с ДЦП.

Материалы и методы: Обследовано 100 детей с гемипаретической формой ДЦП, а также со спастической диплегией в возрасте 8 до 14 лет. С целью минимизации субъективности и систематических ошибок участники Программы были случайно распределены (рандомизированы) в Группу I или Группу II. Группа I - получала препарат пантокальцин в сочетании с ранее назначенной базисной терапией (за исключением нейротрофической терапии), группа II - продолжала базисную терапию (за исключением нейротрофической терапии). Обе группы разделены на подгруппы по возрастному признаку: 8-11 лет, 11-14 лет. Препарат пантокальцин назначался по схеме в зависимости от возраста ребенка с титрацией дозы в течение первой и последней недель исследования, длительность курса 90 дней. Проводилось динамическое обследование пациентов до начала терапии, через 45 и 90 дней от начала исследования. Методы обследования включали: физикальный осмотр (включая измерение ЧДД, АД, ЧСС), исследование неврологического статуса, анкетирование родителей: анкета Н.Н. Заваденко; анкета «Сильные стороны и трудности», анкетирование учителя, тест тревожности (Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки), тест Тулуз-Пьерона, тест Лурия на запоминание 10 слов, тест «Память на образы», субтест «Шифрование», оценка комплаентности, оценка безопасности. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного пакета SPSS 17.0 (Chicago, Illinois) и программы WinPepi 11.

Результаты. В соответствии с критериями эффективности, и в сравнении с группой пациентов, принимавших только базисную терапию, статистически значимо большая доля пациентов, принимавших препарат Пантокальцин, при оценке на 45 и 90 дни терапии, воспроизводила большее число слов по тесту Лурия, демонстрируя лучшие показатели памяти, активности внимания и меньшую утомляемость; статистически значимо большая доля пациентов воспроизводила большее число образов по тесту «Память на образы», что свидетельствовало об улучшении зрительной памяти; в возрастной группе 8-10 лет к 90 дню терапии наблюдались статистически значимо меньшие доли пациентов с патологией точности выполнения теста Тулуз-Пьерона и большие доли пациентов с нормализацией показателей точности выполнения теста Тулуз-Пьерона; в возрастной группе 11-14 лет в группе препарата Пантокальцин при оценке на 45 и 90 дни терапии наблюдалась статистически значимо меньшая доля пациентов с патологией скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона, что свидетельствует об улучшении способности к концентрации внимания в группе препарата Пантокальцин, в сравнении с базисной терапией. По Визитам исследования не было выявлено статистически значимых межгрупповых различий генеральных долей перцентилей набранных баллов по субтесту «Шифровка» и не наблюдалось значимой внутригрупповой

динамики этого показателя, что свидетельствует о том, что изучаемые препараты не влияли на степень усвоения зрительно-двигательных навыков. Изучаемые препараты не снижали степень снижения тревожности до низкого уровня тревожности по «Тесту тревожности» и не вызывали побочных и нежелательных явлений.

Выводы. Таким образом, имеются доказательства положительного влияния применения препарата Пантокальцин у детей с детским церебральным параличом на память, активность внимания, утомляемость, зрительную память и способность к концентрации внимания. Не было получено доказательств влияния изучаемого препарата на степень усвоения зрительно-двигательных навыков и уровень тревожности.

Цитомегаловирусная инфекция как один из факторов развития перинатального поражения центральной нервной системы

Батышева Т.Т., Пшемыская И.А., Пасхина И.Н., Полухина Н.В., Слободчикова Н.С.,
Домонова Э.А., Сильвейстрова О.Ю.

НПЦ Детской психоневрологии, г. Москва

*ФБУН Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии
Роспотребнадзора, г. Москва*

Важное место в этиологии перинатального поражения центральной нервной системы принадлежит вирусным инфекциям. Наиболее часто среди них выявляется цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ). Антитела к вирусу обнаруживаются у 50-85% людей. Фактором реактивации для латентной ЦМВИ может явиться беременность, при том что цитомегаловирус (ЦМВ) может поступить к плоду на любом сроке. Ребенок заражается трансплацентарно, а так же при контаминации родовых путей и через материнское молоко.

Внутриутробная ЦМВИ проявляется мультисистемным поражением, вызывающим различную тяжесть заболевания: от латентных форм до тяжелых, приводящих к гибели ребенка. Клиническое обследование наиболее часто выявляет гепатоспленомегалию, пневмонию, кожные поражения и неврологические нарушения с дальнейшей задержкой психомоторного развития. При нейровизуализации выявляются различные повреждения структур головного мозга. При лабораторных исследованиях выявляется увеличение трансаминаз, гипербилирубинемия, анемия, тромбоцитопения или тромбоцитоз.

С февраля 2011 по август 2012 года в НПЦ Детской психоневрологии было проведено комплексное динамическое клинико-лабораторное обследование 122 пар «мать-ребенок» с перинатальным поражением ЦНС у детей, при использовании иммунологических и молекулярно-биологических методов диагностики. Выявлено 18,0% (22) детей, у которых обнаруживается ДНК ЦМВ во всех трех обследованных локусах (крови, мазке из ротоглотки и моче), и 11,4% (14) – в 2 локусах (мазке из ротоглотки и моче). Было отмечено, что тяжесть неврологической симптоматики и отсутствие динамики при реабилитации могли быть обусловлены активностью ЦМВИ при выявлении ДНК ЦМВ в крови при повышенной проницаемости гемато-энцефалического барьера. После введения в стандартный курс нейрореабилитации специфического противовирусного лечения («Неоцитотект») и иммуномодулирующих препаратов («Виферон», «Гриппферон») была достигнута положительная динамика в психомоторном развитии детей на фоне исчезновения ДНК вируса в крови.

Паралич Клюбке при родовой травме у новорожденных

Батышева Т.Т., Пшемыская И.А., Полухина Н.В., Слободчикова Н.С.

НПЦ Детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Травматическое повреждение плечевого сплетения одна из самых распространенных травм во время процесса рождения. Показатель заболеваемости составляет 0,3 до 3 на 1000 рождений, причем большинство травм плечевого сплетения определяется сразу в острой обстановке. До 30-35% детей в дальнейшем становятся инвалидами. Дистальным типом обычно называют паралич Дежерина-Клюбке, который встречается гораздо реже проксимального (Дюшенна-Эрба) и связан с повреждением нижнешейных сегментов спинного мозга, а именно седьмого шейного (C7) и первого грудного (T1), и его корешков. Ведущим синдромом поражения n.radialis является свисание кисти и невозможность разгибания кисти и пальцев в основных фалангах, а также отведение большого пальца. Причинами изолированного повреждения лучевого нерва у новорожденных являются переломы плеча, некрозы подкожной жировой клетчатки. В наше отделение (3 отделение новорожденных) поступают дети из роддомов с различными диагнозами, в том числе травматическими повреждениями нервов плечевого сплетения. В 2012г. за 9 месяцев в отделении пролечено 10 детей с повреждениями плечевого сплетения, из которых 2 ребенка с дистальным типом паралича. В клинической картине последних двух новорожденных отмечалось: повреждение левой верхней конечности, вынужденное положение кисти (кисть в положении флексии, свисающая кисть), отсутствует тыльное сгибание кисти и пальцев, отсутствует рефлекс с сухожилия трехглавой мышцы. У обоих новорожденных отмечался адипонекроз (плотные подкожные инфильтраты) в области наружной поверхности плеча на границе средней и нижней трети. С первых дней поступления в отделение проводилась иммобилизация кисти в физиологическом положении, аппликации на область адипонекроза мазью «Арника», медикаментозная терапия в виде витаминов группы В. С 10-х суток жизни курс ЛФК, массажа, физиотерапевтическое лечение (УВЧ-терапия). Курс лечения составлял около 3-х недель. Выписывались дети с выраженной положительной динамикой в становлении двигательной функции.

Таким образом, причиной обоих дистальных парезов верхних конечностей в нашем случае является повреждение лучевого нерва в результате сдавления его некрозом подкожной жировой клетчатки в области наружной поверхности плеча. По нашим наблюдениям истинные параличи Дежерина-Клюбке встречаются крайне редко, и, чаще входят в клиническую картину тотального повреждения плечевого сплетения.

Возрастная динамика ЭЭГ показателей у детей с церебральными параличами разной степени тяжести

Белоусов В.Ю., Бронников В.А., Кравцов Ю.И., Вильдеман А.В.

*ГБОУ ВПО «Пермская государственная академия Минздравсоцразвития России»
ГОУ ВПО «Пермский государственный технический университет», г. Пермь*

Целью исследования: изучение возрастных аспектов формирования корковой ритмики у детей со спастическими формами церебральных параличей (ДЦП) в поздней резидуальной стадии с разной степенью тяжести по классификации GMFCS (1-5 уровень). Для этого проведено лонгитюдное исследование 118 пациентов в возрасте от 4 до 17 лет. Возрастную динамику ЭЭГ оценивали в возрастных периодах 4-7, 8-10, 11-13 и 14-17 лет. В контрольную группу вошли ЭЭГ 80 неврологически здоровых детей. Исследование биоэлектрической активности мозга осуществлялось на аппарате "МБН-16 - Нейрокартограф" по стандартному протоколу, включающему в себя анализ спектральной мощности (СМ) в фоновой активности; при реакции активации с открытыми глазами (РА); при ритмической фотостимуляции (РФС); при гипервентиляционной пробе.

В результате исследования установлено, что возрастная динамика ЭЭГ у детей с ДЦП в зависимости от тяжести двигательных нарушений характеризуется задержкой редукции медленноволновой активности и формирования альфа-1, а в более тяжелых случаях альфа-2 и бета-2 ритмов, сочетающиеся либо с гиперсинхронным, либо низкоамплитудным типами ЭЭГ. При функциональных пробах определяется недостаточная реактивность коркового уровня интеграции, что отражает дисбаланс как синхронизирующих, так и десинхронизирующих систем, который у детей с легкой степенью с возрастом нивелируется, а в случаях более тяжелого поражения мозга сохраняется. Формирование в возрастном аспекте альфа-1, но в большей мере, альфа-2 ритма, а также соответствующих реактивных сдвигов при функциональных пробах отражают степень регуляторной состоятельности коркового уровня интеграции, неспецифических систем мозга и систем кортико - фугального управления, которые могут расцениваться как благоприятные прогностические признаки двигательного развития. Выявленные в возрастном аспекте ЭЭГ изменения могут формировать устойчивые циклические нейродинамические патологические системы, поддерживающие дизнейроонтогенез коркового – подкорково - стволового уровней интеграции, которые снижают компенсаторные возможности развития (восстановления) двигательного анализатора и реабилитационный потенциал при ДЦП.

Гиперкинезы и поведение: отражения лимбической системы

Бобылова М.Ю.

Институт детской неврологии и эпилепсии им. Святителя Луки, г. Москва

Актуальность темы. Сложность диагностики гиперкинезов у детей

Цель. Определить этиологическое происхождение гиперкинезов у детей.

Материалы и методы. 310 детей, от 2 до 15 лет с различными гиперкинезами длительностью более 2 лет. Методы: ЭЭГ, МРТ, психологическое тестирование.

Результаты.

Таблица 1. Заболевания, дебютирующие с гиперкинезов.

Состояние	мальчики	девочки	итого	%
Умственная отсталость	16	6	22	7%
Ранний детский аутизм (РДА)	4	1	5	1,6%
Аномалии червя мозжечка	24	16	40	12,9%
Обсессивно-компульсивные расстройства, в т.ч. невротические тики	24	8	32	10,3%
Депрессии	12	14	26	8,4%
Синдром гиперактивности с дефицитом внимания (СГДВ)	18	6	24	7,7%
Шизофрения	18	6	24	7,7%
Синдром Туретта	4	3	7	2,3%
Синдром Сандифера	2	2	4	1,3;
Торсионная дистония	20	24	44	14,2%
Наследственные болезни обмена	6	4	10	3,2%
Пароксизмальная дискинезия	2	4	6	1,9%
Эссенциальный тремор	0	8	8	2,6%
Хорея Гентингтона	0	1	1	0,3%
Нейрофиброматоз 1 или 2 типа	4	1	5	1,6%
Последствие нейроинфекций	2	4	6	1,9%
Последствие травм, ОНМК	8	2	10	3,2%
ДЦП	17	19	36	11,6%
Итого			310	100%

Вывод. За несколько лет катамнестического наблюдения детей с гиперкинезами произошли изменения в клинической картине, которые, с помощью дополнительных методов обследования, позволили установить окончательный диагноз.

Анамнестические, неврологические и нейрорадиологические особенности детей с когнитивной эпилептиформной дезинтеграцией

Бобылова М.Ю.

Институт детской неврологии и эпилепсии им. Святителя Луки, г. Москва

Актуальность. Когнитивная эпилептиформная дезинтеграция - редкое и малоизученное состояние. Она представляет собой тяжелый эпилептический синдром с дебютом около 1 года жизни, при котором судороги отсутствуют, но грубые изменения на ЭЭГ вызывают нарастающий дефект психических функций, прежде всего задержку развития речи и нарушения поведения в виде аутизма или гиперактивности.

Цель. Определить анамнестические, клинические и нейрорадиологические особенности детей с когнитивной эпилептиформной дезинтеграцией

Материалы и методы. Обследовано: 17 пациентов (8 девочек, 9 мальчиков) с когнитивной эпилептиформной дезинтеграцией в возрасте от 2 до 11 лет. Проведены: видео-ЭЭГ-мониторинг ночного сна, ЭЭГ, МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование. Критерий исключения: эпилептические приступы
Критерий включения: эпилептиформная активность на ЭЭГ.

Результаты. Анамнез: интранатальная травма головного мозга – 5 случаев; недоношенность 28-32 недели – 4 случая. Нормальный анамнез – 8 случаев. Двигательное развитие: нормальное двигательное развитие – 13 случаев. Умеренная задержка двигательного развития – 4 случая (ДЦП, болезнь Литтля, все дети ходят с 2 лет). У всех пациентов на момент осмотра – грубая задержка речевого развития. Замедление речевого развития (слова и фразы не были сформированы к 2 годам) - 14 случаев. Регресс речевого развития (появление слов и простых фраз с 1 года до 1,5 лет, постепенная утрата отдельных слов с 1,6 лет) – 3 случая. В неврологическом статусе: ДЦП, спастическая диплегия – 4 случая, задержка психического развития с аутизмом - 10 случаев, задержка психического развития с гиперактивностью – 3 случая. По данным МРТ головного мозга: норма – 9 случаев, субатрофия правого гиппокампа – 1 случай, перисильвиарная полимикрогирия 2 случая, перивентрикулярная лейкомаляция – 5 случаев.

Вывод. Когнитивная эпилептиформная дезинтеграция - гетерогенная группа состояний, приводящих к нарушению психо-речевого развития.

Варианты эпилептических приступов при детском церебральном параличе

Бобылова М.Ю., Миронов М.Б., Полонская Н.М.

*Институт детской неврологии и эпилепсии им. Святителя Луки, г. Москва, Россия
ФГБУ Российский Реабилитационный центр «Детство»*

Актуальность. Сочетание ДЦП и эпилепсии обусловлено общим этиопатогенезом. Наиболее эпилептогенны при ДЦП аномалии развития головного мозга (фокальные кортикальные дисплазии). Степень тяжести двигательных нарушений и психического недоразвития повышает риск возникновения эпилепсии при ДЦП.

Цель. Проанализировать сочетания форм ДЦП и эпилептических приступов у детей

Материалы и методы. Обследовано: 237 пациентов от 1 года до 18 лет с разными формами ДЦП. Проведены: видео-ЭЭГ-мониторинг ночного сна, ЭЭГ, МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование.

Результаты. У детей с ДЦП отмечаются: неонатальные судороги в анамнезе (возникают после рождения и до 28 суток жизни), фебрильные судороги (в возрасте от трёх месяцев до 6 лет, обусловленные лихорадкой), симптоматические эпилептические приступы, а также недавно описанная форма ФЭДСИМ-ДЭПД. В зависимости от формы ДЦП, эпилепсия встречается у 15-90% детей с данной патологией. Чаще эпилепсия развивается при спастических формах ДЦП: 45-65,5% случаев спастического тетрапареза, 52% случаев гемипареза, 32% случаев спастической диплегии. При спастическом гемипарезе чаще встречаются фокальные приступы (простые, сложные и вторично генерализованные), реже – первично генерализованные тонико-клонические приступы. При тетрапарезе, диплегии чаще отмечаются генерализованные приступы. Для пациентов с тетрапарезом характерен синдром Уэста, трансформирующийся с возрастом в синдром Леннокса-Гасто. У большинства пациентов с генерализованными приступами эпилепсия дебютирует на первом году жизни, в то время, как фокальные и вторично-генерализованные эпилептические приступы, как правило, развиваются у детей с ДЦП после 3-5 лет.

Вывод. Разные формы ДЦП сочетаются с разными типами эпилептических приступов. При этом эпилепсия имеет разный прогноз и подходы к терапии.

Особенности детско-родительских отношений в семьях детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Бойко Е.А., Аркуша Л.М., Быкова О.В., Батышева Т.Т., Бойко А.Н.

*Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента
здравоохранения города Москвы*

Актуальность: Во всем мире и в Российской Федерации наблюдается отчетливая тенденция к росту заболевания детским церебральным параличом (ДЦП). Также наблюдается рост заболеваемости рассеянным склерозом (РС) и омоложение контингента больных. Изучение особенностей детско-родительских отношений в семьях, имеющих детей и подростков с вариантами ДЦП и РС с сохранными интеллектуальными способностями и преобладанием нарушений опорно-двигательного аппарата без утраты возможности самообслуживания, позволит расширить диапазон психологической помощи не только больным детям, но и их семьям в целом.

Цель: Сравнение профиля детско-родительских отношений в семьях детей, больными церебральным параличом, и семьях детей, страдающих РС, и выявление взаимосвязи между заболеванием ребенка и его взаимоотношениями с родителями.

Материалы и методы: Опросник для родителей "Анализ семейных взаимоотношений" (АСВ, Э.Г.Эйдемиллер, В.В.Юстицкис), опросник "измерение родительских установок и реакций" (PARI), (Е.С.Шефер и Р.К. Белл, в адаптации Т.В. Нещерет), индивидуально-типологический опросник (ИТО, Л.Н.Собчик), анкета для матерей, опросник "Подростки о родителях" (ADOR), рисуночные методики, статистический анализ (SPSS, 16 версия). Выборку исследования составили 30 семей: 15 семей с детьми, больными ДЦП (10-16 лет, уровень IQ 72 – 94) и 15 семей с детьми, больными РС (10-16 лет, уровень IQ 73-97).

Результаты и обсуждение: Между детьми с ДЦП и детьми, страдающими рассеянным склерозом существуют достоверные различия, связанные с тем, что они по-разному воспринимают отношение к ним родителей. Так, дети с ДЦП склонны выделять в отношении с родителями позитивный интерес (61%), в то время как больные РС в качестве основной черты родителей указывают директивность (59%). В семьях, воспитывающих детей с церебральным параличом и семьях детей с РС, обнаруживаются достоверно различные аспекты родительского отношения к детям. В целом, родители детей с РС отличаются более высокими показателями подавления воли ребенка (77%), у них отмечается ориентация на родительский сверхавторитет (74%), чрезмерное вмешательство в жизнь ребенка (77%). При этом отношение родителей к детям, болеющим ДЦП, характеризуется значительно более развитым вербальным общением (76%), им свойственно чувство самопожертвования (77%) в сочетании с высокой раздражительностью (74%). У родителей с детьми, болеющими рассеянным склерозом отмечается повышенный уровень тревожности (64%), в то время как у родителей с детьми, страдающими ДЦП, наблюдается повышенный уровень эмоциональной лабильности (52%). В стиле воспитания детей с рассеянным склерозом доминирующей особенностью является фобия утраты ребенка (65%) в сочетании с недостаточностью требований (80%) и запретов (71%). По сравнению с ними, в группе родителей детей с диагнозом ДЦП отмечается более высокий уровень игнорирования потребностей ребенка (80%), чрезмерность требований-обязанностей (61%) и требований-запретов (65%), чрезмерность санкций (65%), а также вынесение конфликта между супругами в сферу

воспитания (72%). Однако при этом в обеих группах отмечается повышенный уровень протекции (РС 49% , ДЦП 52%).

Выводы: Выявленные особенности детско-родительских взаимоотношений указывают на различия взаимовосприятия поколений в семьях детей с неврологической инвалидизацией различного патогенеза. Детальное исследование психологического статуса семей с детьми, страдающими нарушениями опорно-двигательного аппарата, поможет в построении психологической программы реабилитации и психологической помощи этим семьям.

Комплексный подход к организации коррекционно-развивающего обучения детей дошкольного возраста с ДЦП в условиях реабилитационного центра

Бокова Л.Н., Землянкина С.И., Салтанова Л.Г., Сеницына Н.В.

ГКУ СО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Самара

Опыт специалистов реабилитационного центра по преодолению речевых нарушений, являющихся одним из существенных факторов, осложняющих обучение, коммуникацию и, в конечном итоге, интеграцию детей с ДЦП, составляет актуальность данной статьи.

Цель работы - возможность проследить эффективность комплексного воздействия команды специалистов по устранению или сглаживанию речевых нарушений при дизартрии.

Объектом работы являются дети с ДЦП в возрасте 3-8 лет, посещающие стационарные группы реабилитационного центра.

Команда специалистов использовала следующие методы: сбор анамнеза, наблюдение за ребенком во время общения с родителями и специалистами, обследование уровней моторного, эмоционального и интеллектуального развития, логопедический (зондовый) массаж по Новиковой, игротерапия, сенсорная терапия, система М.Монтессори, медикаментозная и физиотерапевтическая терапия, кинезотерапия.

В результате проведенной работы, мы смогли сформулировать основные принципы, определяющие последовательность и систему коррекционно-развивающего сопровождения в педагогической работе и медицинской реабилитации.

Практическим результатом проделанной работы можно считать тот факт, что на протяжении 2009-2012 гг., все наши воспитанники с ДЦП (19 человек) начали обучение по разным образовательным программам в школах города.

Успех медицинского воздействия и коррекционно-развивающего обучения при ДЦП напрямую зависит от активной позиции родителей и их тесного взаимодействия с командой специалистов. Поэтому врачи и педагоги значительное внимание уделяют повышению уровня родительской компетенции, стараются установить партнерские взаимоотношения с членами семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Применение селективной задней ризотомии в сочетании с хронической эпидуральной электростимуляцией спинного мозга при нижнем спастическом парапарезе у детей с ДЦП

Бриль А.Г., Декопов А.В., Виноградов А.В.

*НПД Детской психоневрологии ДЗ, г. Москва
НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН*

Среди различных форм детского церебрального паралича (ДЦП) чаще других встречаются спастические формы заболевания, ведущим синдромом при которых является нижний спастический парапарез. В комплексном лечении больных с данной патологией значительное место занимают методы функциональной нейрохирургии (стереотаксические операции на головном мозге, вмешательства на корешках спинного мозга и периферических нервах, хроническая эпидуральная электростимуляция спинного мозга (ХЭЭСМ), хроническая итратекальная инфузия баклофена с помощью имплантируемых помп и т.д.). Одним из эффективных и распространенных методов в настоящее время является селективная задняя ризотомия (СЗР). Однако деструктивный и необратимый характер данного вмешательства накладывают ограничение на использовании его при наличии элементов дистонии в нижних конечностях, так как ребенок с ДЦП использует спастическую походку для ходьбы.

Цель нашего исследования - изучить возможность применения селективной задней ризотомии в сочетании с ХЭЭСМ на уровне сегментов поясничного утолщения спинного мозга для лечения больных ДЦП с нижним спастическим парапарезом (синдром Литтля).

Объектом исследования было 5 больных с ДЦП в форме спастической диплегии от 3-х до 7-ми лет. У всех больных в клинике преобладал нижний спастический парапарез, были отчетливо выражены примитивные тонические рефлексy и синкинезии. Все дети не могли передвигаться самостоятельно без вспомогательных средств (3-4 уровень по шкале GMFCS). Особенностью клинической картины было наличие патологической позы при ортоградном положении с наличием перекреста на уровне бедер и опорой на передние отделы стоп, обусловленное влиянием примитивных тонических рефлексов. Однако при тестировании в горизонтальном положении спастичность аддукторов бедер и сгибателей голени достигала 3-4 баллов по Ashworth, тогда как уровень спастичности в трехглавой мышце голени был на уровне 2 баллов.

Оперативное вмешательство начинали с костнопластической ламинэктомии на уровне L1-L2 позвонков. Затем вскрывалась твердая мозговая оболочка, визуализировались и дифференцировались с помощью интраоперационной электродиагностики чувствительные корешки с L1 по LV. После их разделения на фасцикулы производилась их последовательная электростимуляция. Те фасцикулы, при электростимуляции которых возникали тетанические моторные ответы, коагулировались на протяжении и пересекались. При этом пересекалось до 50% фасцикул корешка (обычно для достижения хорошего клинического эффекта требуется пересечение до 75% корешка). Твердая мозговая оболочка зашивалась наглухо. Затем проводили имплантацию системы ХЭЭСМ модели Itrel 3 Medtronic. При этом цилиндрический четырехконтактный электрод Pисces-Quad под контролем ЭОП вводили в середину дорсального эпидурального пространства между позвонками Th9-Th12. Электрод после фиксации в заданном положении к апоневрозу, проводился в подкожном тоннеле и соединялся через коннектор со стимулятором, помещаемым под

кожу передней брюшной стенки. Костный лоскут, включающий в себя задние отделы дужек, устанавливался на место и фиксировался швами.

Для оценки результатов использовали видеорегистрацию, специфические для данной патологии клинические тесты; электронейромиографическую оценку и данные ЭЭГ.

Сроки наблюдения после операции составили от 6-ти до 14-ти мес. Параметры и кратность сеансов ХЭЭСМ подбирались индивидуально. В этот период больные получали комплексное консервативное лечение, включавшее медикаментозную терапию без применения миорелаксантов, физиотерапию, массаж, ЛФК.

Результаты и обсуждение. Предварительные результаты проведенных исследований позволяют говорить о достаточно отчетливой положительной динамике в виде снижения спастичности в мышцах нижних конечностей сравнимой с результатами после проведения СЗР по типичной методике. В частности у всех больных в значительной степени восстанавливалась вертикальная поза в виде уменьшения выраженности “тройного сгибания”, исчезновения или значительного снижения “перекреста” ног на уровне бедер или голени. При этом не отмечено нарастание слабости в трехглавых мышцах голени.

У всех больных через 3-6 месяцев после операции отмечалось возникновение и нарастание произвольной моторики, в виде появления возможности коррекции патологической спастической позы в ногах и увеличения объема произвольных движений. Таким образом наши предварительные результаты применения селективной задней ризотомии в сочетании с ХЭЭСМ на уровне сегментов поясничного утолщения спинного для лечения больных ДЦП с нижним спастическим парапарезом, свидетельствует о перспективности этого метода при соблюдении строгих показаний к его использованию.

Дофа-зависимые состояния в детском возрасте

Брин И.Л.

НЦ здоровья детей РАМН, г. Москва

Проблема нейрохимической организации движения остается актуальной как в изучении фундаментальных основ биологической жизни, так и в прикладном клиническом отношении. Особое значение катехоламинергических (КА) систем мозга в регуляции тонусно-рефлекторных процессов привлекает внимание к исследованию механизмов их становления в норме и патологии, генетических аспектов, роли перинатальных повреждений и реабилитационных мероприятий в развитии и восстановлении функций с использованием адекватных фармакологических воздействий.

С целью изучения поставленных вопросов проведено лонгитюдное исследование групп детей с различной двигательной патологией (детские церебральные параличи, наследственные заболевания, травмы нервной системы, пороки развития). Клиническая диагностика сопровождалась нейрохимическими, нейрофизиологическими, визуализационными и другими современными методами исследования.

Показано, что двигательные расстройства у детей любой этиологии сопровождаются дисфункцией нейротрансмиттерных систем, причем в КА системах по дефицитарному типу, что обусловлено как индивидуально-наследственными предпосылками, так и функциональными нарушениями регуляции ключевых ферментов синтеза КА медиаторов.

На основе полученных данных предлагаются рекомендации по применению промедиаторных средств в лечении различных контингентов больных.

Проблемы организации медико-психолого-социальной помощи детям с перинатальными поражениями нервной системы

Брин И.Л., Дунайкин М.Л.

НЦ здоровья детей РАМН, г. Москва

В настоящее время состояние здоровья детей в Российской Федерации вызывает серьезную обеспокоенность, а перинатальные поражения нервной системы представляют одно из самых распространенных патологических состояний в детском возрасте. Одавливающее большинство детей к завершению младенческого возраста имеют негрубые или минимальные повреждения нервной системы, однако проблемы их развития проявляются на отдаленных этапах нарушениями социальной адаптации и поведения, школьной неуспеваемостью, формированием невротоподобных и невротических расстройств, психосоматической патологией, риском репродуктивных дисфункций и т.п. Таким образом, необходима система действий, основанная на знании механизмов нарушения развития в детском возрасте, комплексной медицинской и психолого-педагогической помощи всем детям, раннем прогнозировании рисков дезадаптации и их профилактике.

В организации этой работы наиболее целесообразной представляется консилиумная форма ведения проблемного ребенка с анализом состояния нервной системы, нейропсихологической диагностикой когнитивных функций, эмоциональных, мотивационных и поведенческих механизмов сложной психической деятельности, оценкой нарушений развития. В заключении Консилиума должны быть отражены клинический диагноз, структура и степень нарушения развития, факторы, имеющие существенное значение для выбора тактики ведения и прогноза развития ребенка. На основе комплексной клинко-психолого-педагогической оценки создается индивидуальная лечебная и коррекционно-развивающая программа с внесением своевременных корректив при динамическом наблюдении, проводятся консультации родителей и специалистов. Необходимым условием успешности системы сопровождения развития ребенка является преемственность во взаимодействии учреждений (поликлиника – клиническая больница – санаторий, медицинские – образовательные – социальные службы), для чего требуется преодолеть ведомственную разобщенность.

Гидрореабилитация в системе адаптивной физической культуры и спорта у детей со спастическими формами церебральных параличей

Бронников В.А., Киселева Н.В.

*ГБОУ ВПО "Пермская государственная медицинская академия"
Физкультурно-оздоровительный центр "Движение Плюс", г. Пермь*

Целью работы стало изучение возможностей двигательного развития в воде у детей с церебральным поражением опорно-двигательного аппарата в процессе гидрореабилитации. В исследовании принимали участие 24 ребенка со спастическими формами церебральных параличей в возрасте от 3 до 18 лет. В процессе гидрореабилитации анализировались показатели регулярности дыхания (количество правильных вдохов и выдохов в воду), плавучести, лежа на спине, скольжения, лежа на груди, длительности плавания с задержкой дыхания, а также состояние психомоторных возможностей на суше. Занятия продолжительностью от 30 до 40 минут проводились 2-3 раза в неделю. Их общее количество составило от 24 до 72..

После гидрореабилитации получено достоверное ($p < 0,05$ по критерию Манна-Уитни) увеличение значений показателей в воде: регулярности дыхания (количество правильных вдохов и выдохов в воду); плавучести, лежа на спине, плавучести, лежа на груди; скольжения на груди, скольжения на спине; длительности плавания с работой ног на груди с задержкой дыхания; длительности плавания с работой ног на спине; длительности плавания на груди с работой рук и ног с задержкой дыхания; длительности плавания на спине с полной координацией движений; длительности плавания на груди с полной координацией движений. Кроме того, получено увеличение значений показателей на суше: стабилизации головы, лежа на спине; стабилизации головы, лежа на груди; показатель поворота со спины на живот; показатель перехода из положения, лежа на спине в сидение с прямыми ногами с; сидения с опущенными ногами; показатель вставания на четвереньки из положения лежа на животе; стойки на четвереньках с меньшей площадью опоры; показатель передвижения на четвереньках; стойки на коленях; ходьбы на коленях; выноса ноги вперед с целью перехода в вертикальное положение, стоя на коленях; вертикальной стойки; ходьбы; развития ребенка по оценке родителей. У всех детей родители отметили улучшение в повседневной деятельности, повышение уровня мотивации и увеличение новых социальных контактов. Таким образом, предварительные результаты дают основание рассматривать гидрореабилитацию как инновационные эффективное направление реабилитации детей церебральными параличами.

Социальные исходы у детей со спастическими формами церебральных параличей

Бронников В. А., Кравцов Ю.И., Надымова М.С.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная академия Минздравсоцразвития России»

Наблюдение в течение 10 лет за 130 пациентами со спастическими формами церебральных параличей различной степени тяжести дали возможность проследить их социальные исходы. Больные с легкой степенью ДЦП в 33,3% наблюдений получили образование в вузах, в средне-специальных учебных заведениях, ПТУ, из которых 8,3% начали работать. В 51,7 % случаев больные получили образование в массовой (40%), речевой (3,3%), адаптивной (3,3%) и вспомогательной (1,6%) школах или посещали массовое ДДУ (3,3%). Закончили общеобразовательную или вспомогательную школу, но не получили дальнейшего образования и не работали 5,0% и 1,7% больных соответственно. Больные со среднетяжелым ДЦП в 18,7% случаев обучались дистанционно в вузах (6,2%), ПТУ (6,2%) или имели самозанятость (6,2%). Получили образование в массовой школе 25% больных, в адаптивной – 18,7%, речевой – 12,5%, вспомогательной – 6,2%. Итого – 62,5%. Закончили массовые и вспомогательные школы, но не обучались дальше и не работали 6,2% и 6,2% больных соответственно. Из числа работающих 4 пациента с легкими (6,7%) и 1 со среднетяжелым (6,2%) ДЦП создали семью. Значительная часть детей с тяжелой степенью двигательных нарушений практически не обучались (35,5%). В 41,1% случаях больные закончили вспомогательную школу, но не продолжали обучение и не работали. Во вспомогательной школе обучалось 2 ребенка (5,9%) и 5 человек (14,7%) посещали ДДУ. Один ребенок был сдан родителями в интернат. Одиннадцать детей с очень тяжелой степенью ДЦП (50%) не обучались, двоих родители отдали в интернат (10%), и 8 детей (40%) умерли в возрасте после 7 лет.

В целом неблагоприятный, относительно благоприятный и благоприятный исходы определялись в 26,5 % 41,5% и 32,3% наблюдений соответственно. Выражено преобладание относительно благоприятных исходов, то есть дающих возможность максимально социально интегрироваться и получить не только соответствующее образование, но и рабочее место. Это констатирует факт состоятельности потенциальных возможностей инвалидов с ДЦП, получавших регулярные комплексные абилитационно-реабилитационные мероприятия и несостоятельность социально-политических, социально-правовых, социально-экономических, социально-культурных условий общества (среды), не дающих эффективно интегрироваться данной категории пациентов. Необходимо развитие не только медицинской, но и социальной модели реабилитации.

Организация «службы ЛФК и кинезотерапии» в условиях реабилитационного центра

Бронников В.А., Кротова Л.Н.

Краевое государственное автономное учреждение «Центр комплексной реабилитации инвалидов», г. Пермь

В настоящее время Центр включает 14 отделений медико-социальной реабилитации. В Центре выделяется практическое и научно-методическое направление деятельности Службы по двигательной реабилитации и проводится согласно Стандартам социального обслуживания населения Пермского края.

Целью деятельности специалистов ЛФК и массажа является увеличение мобильности, двигательной активности и физической независимости пациентов. Основные направления деятельности специалиста по двигательной реабилитации: диагностика, коррекция двигательных нарушений и оптимизация физического состояния пациентов, а также консультация пациентов по вопросам реабилитации и адаптации помещения под специфические нужды инвалида.

На этапе диагностики применяются тесты и оценочные таблицы, затем оцениваются результаты и составляется индивидуальный план физической реабилитации. Двигательная реабилитация пациентов проводится поэтапно с использованием классических форм ЛФК и нейрореабилитационных методов кинезотерапии: Войта-терапия (элементы), PNF (элементы), вертикализация пассивная вертикализация активная – тренировка в коленоподпоре, парасидиуме и имитроне, тренажерная гимнастика, биоуправление с обратной связью, методика нервно-мышечной активации (Neurac), метод динамической проприоцептивной коррекции в РПК «Атлант» и «Гравистат»

Для закрепления эффекта кинезотерапии, обязательное применение ортопедических изделий. На заключительном этапе проводится повторная диагностика и анализируется эффективность двигательной реабилитации.

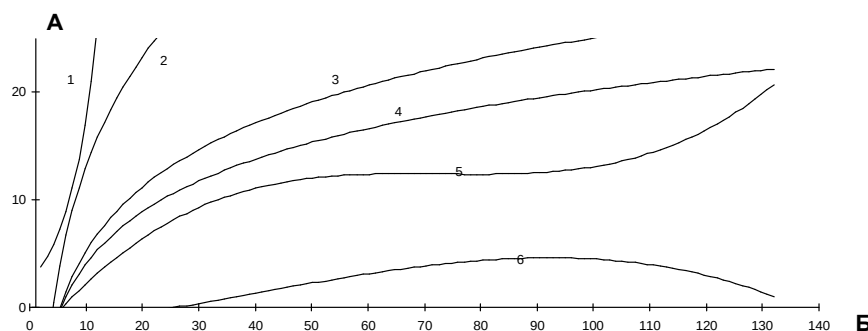
Анализ заболеваемости показал, что ведущее место в структуре детской заболеваемости приходится на прочие болезни – 31%, на втором месте – 21,5 % - ДЦП, на третьем месте – 20 % - органическое поражение ЦНС. У детей-инвалидов особенностью развития является наличие двигательных нарушений независимо от вида диагноза и степени тяжести заболевания, именно поэтому кинезотерапевтические методы в 100% назначаются при поступлении ребенка на реабилитационный курс.

Прогнозирование двигательного развития детей со спастическими формами церебральных параличей

Бронников В.А., Лебедева А.Ю., Залазаева Е.А.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная академия Минздравсоцразвития России»

Нами проанализировано двигательное развитие 157 больных спастическими формами ДЦП разной степени тяжести в возрасте от 1 года до 16 лет. Продолжительность наблюдения за больными составила от 7 до 10 лет (в среднем 8,7 лет). В ходе данного исследования были определены сроки формирования каждого статико-моторного навыка и осуществлена интегральная оценка качества выполнения основных статико-моторных навыков. Графическое изображение формирования вариантов двигательного развития у детей с церебральными параличами, а также у неврологически здоровых детей представлено на рис.



По шкале А обозначено качество выполнения движения в баллах, по шкале Б — возраст больных в месяцах. Первый (1) график показывает развитие здоровых детей, 2 — с легким, 3 — со среднетяжелым, 4 — с тяжелым, но самостоятельно передвигающихся, 5 — с тяжелым, но передвигающихся с поддержкой, 6 — с очень тяжелым ДЦП. В результате проведенного исследования разработан метод прогноза двигательного развития с использованием регрессионных математических моделей, дающих возможность прогнозировать развитие двигательных навыков у больных ДЦП. Полученные модели течения отражают процесс нейроонтогенеза двигательного анализатора и дают возможность прогнозировать разные исходы ДЦП. В соответствии с тяжестью поражения составляются долговременные индивидуальные программы реабилитации. Методика позволяет оценить уровень развития статико-моторных функций, спрогнозировать сроки появления новых движений и произвести оценку реабилитационного потенциала каждого пациента с ДЦП.

Магнитно-резонансная томография в диагностике ишемического повреждения головного мозга у новорожденных

Быченко В.Г., Никифоров Д.В., Курашвили Ю.Б., Буров А.А., Дегтярев Д.Н.

ФГУ «Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова»

Целью исследования было выявление ишемических повреждений головного мозга у доношенных и недоношенных детей на раннем этапе жизни и определение дальнейшего прогноза у этих детей.

Материалы и методы. Всего было обследовано 12 детей из которых 8 имели постконцептуальный возраст 38-40 недель, 4 - 28-34 недели. Первое исследование проводили на 1-4 день жизни с использованием МР-совместимого кювета и 8-ми канальной неонатальной катушки. Всем детям кроме рутинного исследования была выполнена мультивоксельная спектроскопия (multivoxel MRS) и DTI. В дальнейшем этим пациентам выполнялись контрольные исследования в различные сроки. Двое из обследованных детей имели аномалии развития мозга без признаков гипоксии, что позволили использовать их в качестве контрольной группы.

Результаты. У 5-и детей зоны ишемического повреждения головного мозга определялись на рутинных томограммах, при этом в трех случаях наблюдалось ограничение диффузии (diffusion restriction). На контрольных снимках ни в одном из трех случаев ограничение диффузии не сохранялось более 3-х суток. При проведении МРС у данной группы пациентов в зонах ишемии отмечалось значительное снижение уровня NAA и повышение уровня Lac. Соотношение NAA:Lac у этих пациентов варьировалось около 1:1. При выполнении DTI в зонах ишемии отсутствовал типичный рисунок проводящих путей. Кроме того, в прилежащем веществе мозга в одном случае было выявлено повышение уровня Lac с соотношением NAA:Lac 1:3. В дальнейшем, на контрольных томограммах, у этого ребенка зона повреждения мозга увеличилась. У остальных 5 детей изменения на рутинных томограммах, характерные для ишемического повреждения головного мозга, не выявлялись. При этом, в веществе мозга, определялись зоны с нарушением типичного рисунка проводящих путей. При проведении МРС в трех случаях в этих зонах соотношение NAA:Lac было 1:5 и выше, а в дальнейшем, в этих зонах сформировались участки глиоза и кистозной перестройки. У остальных детей участков нарушения рисунка проводящих путей выявлено не было, однако также определялся Lac, но соотношение NAA:Lac было меньше 1:5 и на томограммах, выполненных через 6 месяцев, изменения в веществе мозга не выявлялись. У всех недоношенных детей при МРС в первые сутки жизни определялся Lac в соотношении NAA:Lac менее 1:5, а при выполнении контрольного исследования на 10-14 сутки пик Lac на МРС отсутствовал.

Выводы. С учетом нашего опыта, использование DWI при ишемических повреждениях головного мозга у новорожденных не всегда информативно. С учетом особенностей головного мозга новорожденного, с нашей точки зрения для выявления зон погибшей мозговой ткани наиболее перспективным представляется использование DTI, а для оценки прогноза и выявления ишемии на ранней стадии – выполнение MRS с оценкой соотношения NAA:Lac. Возможно продолжение данного исследования позволит разработать более точные критерии степени ишемизации мозговой ткани.

Особенности биомеханической структуры ходьбы у детей с гемипаретической формой детского церебрального паралича

Витензон А.С., Петрушанская К.А., Матвеева И.А., Гриценко Г.П., Газалиева М.

ФБМСЭ, НЦЗД РАМН, НПЦ ДП ДЗ

Целью данной работы было исследование биомеханической структуры ходьбы у детей с гемипаретической формой ДЦП. Под наблюдением находились две группы детей различного возраста: 8-10 лет (8 детей) и 13-14 лет (12 детей). Посредством диагностического комплекса регистрировали биомеханические параметры ходьбы.

Ходьба детей I группы характеризовалась более высоким темпом, но меньшей длиной шага и меньшей скоростью. У больных II группы темп ходьбы был более низкий, но длина шага и скорость ходьбы были выше, чем в I группе. В обеих группах отмечалось уменьшение фазы переноса и увеличение фазы опоры на обеих сторонах. Резко увеличена двуопорная фаза, что свидетельствует о неустойчивости при передвижении, стремлении провести большую часть времени в фазе опоры.

Существенные отличия от нормы наблюдаются при движениях в голеностопных суставах (ГСС). Характер движений в ГСС отражает эквинусное положение стопы. Первое тыльное сгибание значительно ниже нормы. Второе подошвенное сгибание практически отсутствует при движениях в ГСС на более пораженной конечности. Изменен характер движений в обоих коленных суставах (КС). У детей 8-10 лет отмечается примерно одинаковое снижение основного сгибания в КС на обеих ногах, но с пораженной стороны оно выражено в большей степени. У больных 13-14 лет изменения носят более отчетливый характер, отмечается большая асимметрия в движениях в КС, основное сгибание в КС значительно отличается от нормы. Наименьшие изменения отмечаются в движениях в ТБС, на более пораженной стороне в обеих группах больных наблюдается снижение амплитуды движений.

Исследование динамических параметров ходьбы показывают, что у двух групп больных на пораженной конечности наблюдается уменьшение величины переднего и заднего толчков по обеим составляющим опорной реакции (ОР). На сохранившейся конечности кривая вертикальной составляющей (R_z) имеет статический характер; редуцируются экстремальные значения продольной составляющей (R_x).

Таким образом, при ходьбе данного контингента больных выявлено снижение основных параметров ходьбы, асимметрия временных и пространственных характеристик локомоции, ослабление опорной и толчковой функций нижних конечностей, причем у больных II группы изменения носят более выраженный характер.

Музыкальные занятия в помощь детям с ДЦП

Гаврикова Е.А.

НПЦ детской психоневрологии

Каждый человек музыкален. Будучи новорождённым, он хорошо знаком с ритмом, темпом, паузами и фразами. Девять месяцев ребёнок слышит ритм биения маминого сердца, её дыхание, голос и интонации, фразы, которая она произносит, ощущает ритмичные движения её тела. У мамы в животе малыш даже «танцевал» под музыку, доносившуюся до него из вне. Поэтому можно сказать, что артистические способности к танцам и музыке основаны на опыте, который ребёнок получил в утробе матери.

Особый метод помощи детям с различными видами нарушений, при котором используются инструменты – называется музыкальная терапия. Суть этого метода – совместное музицирование. Музыкальный педагог использует звуки, которые издает малыш, его ритмы, а так же звуки, которые он извлекает с помощью инструментов, и на этой основе строит взаимодействие и отношения с ребенком. Музыкальный педагог использует звуки малыша в качестве элементов музыки. Он отвечает малышу пропетыми мелодиями или играет её на музыкальном инструменте (пианино, скрипка) или просто на детских музыкальных инструментах. Звук приобретает значение навыка, а бесполезные звуки и сигналы, в полезные. Таким же образом стереотипным действиям (звукам и движениям, которые озвучены музыкальными инструментами) присваивают значение музыкальной фразы. Музыкальный диалог может стать длительным и искусным взаимодействием, на которое вообще способен ребёнок. Двигательные нарушения, проблемы с речью часто препятствуют обычному каждодневному общению с окружающими. Музыкальная терапия для такого ребёнка – это мостик из мира одиночества. Малыш понимает и осознаёт что звуки, которые произносит педагог, обращены именно к нему. Это даёт ему ощущение собственной значимости. Такой опыт общения крайне значим. Он стимулирует развитие малыша более эффективно. Дети получают огромное удовольствие от такого общения и мотивация на музыкальных занятиях очень сильна.

Таким образом, музыка может помочь ребёнку «организовать» движения, координировать движения (когда необходимо стучать в барабан). С другой стороны, музыка обладает эмоциональным воздействием. Она высвобождает чувства ребёнка, которые он иногда не может высказать иначе, позволяет ему выразить разочарование, уныние или радость. Она даёт ему возможность почувствовать себя понятным. Характерные для ребёнка звуки и их сочетание открывают музыкальному педагогу окно в его внутренний мир.

Клинические параллели состояния здоровья матери и психо-моторного развития доношенных детей

Гаджиев Г.И., Чебаненко Н.В., Батышева Т.Т., Быкова О.В., Пшемыская И.А., Максимова М.Е.

*НПЦ детской психоневрологии Департамента Здравоохранения, г. Москва
ФГБУ Научный центр здоровья детей РАМН*

Актуальность. Поиск значимых причин врождённой патологии нервной системы у доношенных детей остаётся актуальной проблемой медицины. Отмечена тенденция к увеличению количества врожденных заболеваний, обусловленных нарушениями в фетоплацентарной системе, прежде всего у матерей с хроническими экстрагенитальными заболеваниями и осложненным течением беременности.

Цель исследования. Выявить влияние ante-, intra-, неонатальных факторов риска на поражение нервной системы и нарушение психомоторного развития у доношенных детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 42 доношенных ребёнка с периода новорожденности до 2 лет. Проанализированы хронические заболевания матери до беременности, её акушерско-гинекологический анамнез, течение настоящей беременности, родов, состояние ребёнка при рождении, моторное и психическое развитие первых 2-х лет жизни.

Результаты. Возраст матерей колебался от 24 до 42 лет, средний возраст составил 30,6 лет. Хронические заболевания до беременности имели 10 матерей (23,8%). Это пиелонефрит – 2 случая, нарушение менструальной функции – 3 случая, анемия – 3 случая, гипертоническая болезнь – 2 случая. У 2 матерей (4,8%) было экстракорпоральное оплодотворение. Угроза прерывания настоящей беременности наблюдалась у 6 матерей (14,3%), острые респираторные вирусные инфекции в первом триместре – у 3-х (7,1%), нефропатия – у 12 (28,6%), хроническая плацентарная недостаточность – у 2-х матерей (4,8%), анемия – у 5 (11,9%), хроническая гипоксия плода у 5 матерей (11,9%). Внутриутробная инфекция имела место в 2 (4,8%) случаях. Кесарево сечение наблюдалось в 24 случаях (57,1%). Преждевременное излитие околоплодных вод – в 5 случаях (11,9%), острая асфиксия (обвитие пуповины) – в 3-х (7,1%). Масса тела новорожденных колебалась от 2250 г. до 4100 г. Средняя оценка по Апгар составила 6/7,3 баллов. На ИВЛ было переведено 13 детей (30,9%). В результате к двум годам у 16 детей (38,1%) сформировался детский церебральный паралич. У 13 детей (30,9%) наблюдались различные нарушения мышечного тонуса без парезов: гипотония, пирамидная недостаточность, дистония. У 7 детей (16,7%) наблюдалась темповая задержка моторного развития. Задержка психического и речевого развития наблюдалась у 6 детей (14,3%).

Выводы. Выявлена зависимость патологии нервной системы у доношенных детей от наличия у матери хронических заболеваний, нарушений развития плода в антенатальном периоде, тяжести состояния новорожденного в интра- и неонатальном периодах.

Результаты лечения тяжёлого спастического синдрома у детей с детским церебральным параличом с помощью селективной дорсальной ризотомии на поясничном уровне с использованием интраоперационного нейрофизиологического мониторинга

Гаевый И.О., Декопов А.В., Хить М.А., Салова Е.М., Шабалов В.А., Томский А.А.

ФГБУ НИИ нейрохирургии имени акад. Н.Н.Бурденко РАМН, г. Москва

Актуальность: эффект снижения спастичности после дорсальной ризотомии на поясничном уровне у больных с ДЦП может варьировать вследствие недостаточного или избыточного объёма пересечения корешков конского хвоста. Нейрофизиологический мониторинг – интраоперационная ЭМГ (ИЭМГ) позволяет выявлять корешковые фасцикулы, ответственные за формирование спастического тонуса мышц и, таким образом, определять оптимальный объём селективной дорсальной ризотомии (СДР).

Цель: оценка эффективности методики СДР с ИЭМГ в снижении тяжести спастического синдрома у пациентов с ДЦП.

Материалы и методы: у 29 пациентов возрасте от 3 до 10 лет с тяжёлым спастическим тетрапарезом выполнена СДР с ИЭМГ на поясничном уровне. Исходный уровень спастичности в мышцах ног составлял $4,24 \pm 0,57$ балла, в мышцах рук – $2,79 \pm 0,64$ балла (Ashworth). Локомоторный статус – $26,31 \pm 11,69\%$ (GMFM-88). Длительность катмнеза составила от 6 месяцев до 3 лет.

Результаты: снижение уровня спастичности в катмнезе достигло 1-3 баллов у всех пациентов. В одном наблюдении через 1,5 года был отмечен рецидив спастического синдрома. При последующем наблюдении у 28 пациентов клинический эффект оставался стабильным. Уровень спастичности в мышцах ног снижался до $1,91 \pm 0,59$ балла ($p < 0,01$), в мышцах рук – до $2,14 \pm 0,65$ балла ($p < 0,01$). Динамика локомоторного статуса оставалась на уровне $29,07 \pm 12,5\%$.

Выводы: снижение уровня спастичности – значимый, длительный и статистически достоверный эффект СДР на поясничном уровне с ИЭМГ. Обращает внимание положительная динамика как в мышцах ног, так и рук после операции на поясничном уровне. Локомоторный статус оставался на исходном уровне, что обусловлено тяжестью состояния пациентов.

Содержание TNF- α у детей со спастическими формами детского церебрального паралича в исходе перивентрикулярной лейкомаляции

Гайнетдинова Д.Д., Гайсина Л.З.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань

Актуальность. В генезе детского церебрального паралича (ДЦП) большое значение придается перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ). Очаги ПВЛ могут возникать в разные сроки, в том числе и после рождения, возникают не одномоментно, протекают с включением аутоиммунных механизмов, поддерживающих патологические процессы. Среди маркеров нейродеструктивных и репаративных механизмов, исследуемых в последнее время у больных с гипоксически-ишемическими поражениями ЦНС и их последствиями, особое внимание уделяется цитокинам.

Цель исследования: выявить изменения показателей TNF- α при спастической диплегии в исходе ПВЛ.

Материалы и методы. Обследовано 65 детей от 1 до 4-х лет: 25 детей со спастической диплегией, 20 – с гемипаретической формой ДЦП и 20 здоровых детей. Количественное определение TNF- α в сыворотке крови и слюне изучалось методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием набора реактивов « α -ФНО-ИФА-Бест» (Россия). Статистическая обработка результатов: подсчет среднего арифметического значения, стандартного отклонения, t-критерия Стьюдента, U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. Анализ содержания TNF- α выявил достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня цитокина в сыворотке у детей с ДЦП по сравнению со здоровыми детьми ($8,17 \pm 6,99$ пг/мл и $0,74 \pm 0,87$ пг/мл, соответственно). У больных, перенесших ПВЛ, уровень TNF- α превышал содержание цитокина в группе детей без признаков ПВЛ как в сыворотке ($13,2 \pm 4,85$ пг/мл, $7,04 \pm 6,08$ пг/мл и $0,74 \pm 0,87$ пг/мл, соответственно; $p \leq 0,01$) так и в слюнной жидкости ($27,4 \pm 19,64$ пг/мл, $23,9 \pm 10,05$ пг/мл и $1,99 \pm 1,11$ пг/мл, соответственно; $p \leq 0,01$).

Выводы: у больных ДЦП выявлены иммунные нарушения, характеризующиеся увеличением содержания цитокина TNF- α в сыворотке крови и слюнной жидкости. Обнаружение у детей с ДЦП, перенесших ПВЛ, высокого содержания TNF- α может свидетельствовать о протекающих иммунопатологических процессах, формирующих иммунную недостаточность у этих пациентов и препятствующих восстановительной терапии.

Течение детского церебрального паралича при сопутствующей острой респираторной инфекции

Глазкова С.В., Лильин Е.Т.

ФГБУ «Российский реабилитационный центр «Детство» Минздравсоцразвития РФ

На сегодняшний день согласно статистическим данным по заболеваемости детским церебральным параличом (ДЦП) в России, опубликованным Министерством здравоохранения и социального развития на 2010 год, в стране насчитывается 71 429 детей с ДЦП в возрасте 0-14 лет и 13 655 детей с таким диагнозом в возрасте 15-17 лет. Заболеваемость ДЦП имеет тенденцию к увеличению и составляет 1,88 случаев на 1000 детей.

У каждого ребенка выраженность сопутствующих патологических явлений разная, но при этом каждый ребенок на своем жизненном пути соприкасается с острыми респираторными вирусными заболеваниями (ОРВИ).

ОРВИ - самое распространённое заболевание, в том числе у детей. Однако в большинстве случаев наиболее высокий уровень заболеваемости отмечают у детей от 3 до 14 лет. ОРВИ нередко протекают с осложнениями (присоединением воспалительных процессов в бронхах, лёгких, околоносовых пазухах и т.д.) и вызывают обострения хронических заболеваний. При высокой лихорадке и резко выраженной интоксикации при гриппе возможны общемозговые реакции, протекающие по типу менингеального и судорожного синдромов. Кроме того, отсутствие перекрёстного иммунитета, а также большое количество серотипов возбудителей ОРВИ способствуют развитию заболевания у одного и того же ребёнка несколько раз в год. Повторные ОРВИ приводят к снижению общей сопротивляемости организма, развитию транзиторных иммунодефицитных состояний, задержке физического и психомоторного развития, вызывают аллергизацию, повышают судорожную готовность головного мозга и тем самым способствуют риску развития эпилепсии, и т.д. Весьма значимы и экономические потери, обусловленные ОРВИ, - как прямые (лечение и реабилитация больного ребёнка), так и косвенные (связанные с нетрудоспособностью родителей).

Изучение проблемы влияния ОРВИ на течение ДЦП дает возможность в дальнейшем разработать научную концепцию по комплексным лечебным мероприятиям у таких детей и будет способствовать снижению и выраженности осложнений.

Нейровизуализация при ДЦП

Горина Т.П.

НПЦ Детской психоневрологии, г. Москва

Было проанализировано 126 МРТ исследований ГМ и 118 КТ исследование ГМ, всего 244 исследования с различными формами ДЦП, проведенных в отделении. При самой многочисленной спастической диплегии (всего 85 пациентов) наибольшую долю (59 %), составили изменения, характерные для постгипоксических ишемических и инфекционно-токсических процессов (как лейкомаляция, субатрофия и атрофия, подкорковых отделов, иногда с участками кистозной трансформации, или с наличием петрификатов, свидетельствующих о перенесенной нейроинфекции или мелких паренхиматозных кровоизлияниях во внутриутробном периоде, сочетающиеся с вентрикуломегалией, и смешанной гидроцефалией. Различные врожденные аномалии составили 23%. Случаи с врожденной окклюзионной гидроцефалией составили 3,2 %. Односторонние структурные изменения составили 6,5 %, среди которых единичные участки лейкомаляции, асимметрия боковых желудочков, порэнцефалия. В 6% патологических изменений не выявлено. При второй по численности гемипаретической форме (54 пациентов) наибольшую долю составили односторонние поражения головного мозга (73%), из них атрофического характера - 30,5%. Другие односторонние (или асимметричные) процессы составили

42,5 % (порэнцефалия и ассиметричная дилатация бокового желудочка, внутримозговые кисты, арахноидальные кисты, односторонние петрификаты, узловатая гетеротопия серого вещества, которую следует отнести к врожденным мальформациям). Диффузные атрофические изменения составили - 18 %. Норма составила 7%. При атоническо-астатической форме (36 пациентов) наибольшие доли изменений составили внутренняя (25%), смешанная (16,5 %) гидроцефалия и гипоплазия мозжечка (12,5 %), а также аномалия Денди-Уолкера (10%), включающая атрофию мозжечка и гидроцефалию. Из других изменений отмечались проявления атрофии (множественные очаги лейкомаляции, гипоплазия мозолистого тела), внутримозговые кисты, арахноидальные кисты. Норма составила 10 %. Наибольшее количество выявленных изменений при эпилепсии отражали ту или иную форму и степень атрофического процесса - 78,6%. У пациентов с гиперкинетической формой выявлялись полиморфные изменения, в том числе мелкие кисты в подкорковых отделах. При смешанных формах преобладали те или иные изменения, характерные для преобладающих симптомов. Таким образом, при ДЦП со спастической диплегией, гемипаретической или атонической формой в большинстве случаев выявлялись те или иные, характерные морфологические изменения в головном мозге при ДЦП. При ДЦП с эпилепсией или гиперкинезами выявлялись атрофические или другие полиморфные изменения.

Реабилитация детей с детским церебральным параличом в центральном административном округе города Москвы

Гунченко М.М.

НПЦ детской психоневрологии Департамента Здравоохранения г. Москвы

Частота перинатальной патологии в общей популяции детей первого года жизни составляет 15-20%. Одним из вариантов исхода последствий перинатального поражения нервной системы является детский церебральный паралич (ДЦП) примерно в 10% случаев.

Данная группа больных в центральном административном округе (ЦАО) наблюдается совместно неврологом по месту жительства и в научно-практическом центре детской психоневрологии (НПЦ ДП). В условиях поликлиники данная группа детей первого года жизни осматривается неврологом ежемесячно, с года до трех лет один раз в три месяца, после трех лет – один раз в полгода. Реабилитационная база во всех поликлиниках округа широкая. На фоне медикаментозного лечения всем таким детям округа проводятся комплексно или поэтапно массаж, физиотерапевтические методы, лечебно-физкультурные комплексы. При отсутствии противопоказаний 94% детей с данной патологией получают курсы лечебного плавания.

Из 1797 детей, наблюдаемых детскими неврологами ЦАО, 183 ребёнка страдают ДЦП, что составляет 0,18%. В среднем у 60% детей – ДЦП, спастическая диплегия; у 20% - ДЦП, гемипаретическая форма; у 10% - ДЦП, атонически – аstaticкая форма, у 10% - ДЦП, смешанная форма (сочетание с гиперкинезами).

У 110 детей легкая степень задержки психо – речевого развития, у 60 детей грубая задержка психо-речевого развития. У 13 детей заболевание осложнилось присоединением эпилептических приступов.

За период 2011 г. - сентябрь 2012 г. в НПЦ ДП 89% пациентов с ДЦП получили реабилитационное стационарное лечение. Из них 33 % детей после года получили комплексную плановую терапию в дневном стационаре данного учреждения. Трое детей получили хирургическое лечение в НПЦ ДП с целью коррекции сопутствующей ортопедической патологии. Так же на базе вышеуказанного лечебного учреждения 2 детям с ДЦП, спастической диплегией, проведена ботулотерапия по согласованию с главным неврологом города Москвы профессором Батышевой Т.Т. Был достигнут положительный эффект в виде вертикализации пациентов, устранении эквинуса и появлению возможности к самопередвижению. Весьма значителен тот факт, что реабилитацию эти дети через 2 недели получили в дневном стационаре НПЦ ДП, что пролонгированно повлияло на положительный эффект ботулинотерапии.

Помимо этого на территории ЦАО функционируют 3 центра восстановительного лечения для детей от 2 до 4 лет с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы, в том числе и с повреждением опорно-двигательного аппарата при отсутствии или наличии негрубых нарушений психо-речевого развития. На базе ЦВЛ №4 имеется возможность проведения помимо основных методов лечения (медикаментозное, массаж, логопедические и педагогические занятия) физиотерапевтическое лечение и возможность ночного пребывания.

Таким образом, все усилия по реабилитации дают возможность скомпенсировать детей, страдающих ДЦП, и улучшить их социальную адаптацию. В дальнейшем будет продолжено динамическое наблюдение за детьми, состоящими на диспансерном учете, с целью проведения всего комплекса реабилитационных мероприятий и по возможности наиболее полно обеспечить их социальную адаптацию.

Современные аспекты подготовки к обучению к школе детей с двигательной патологией в условиях инклюзии

Гусейнова А.А.

ГБОУ ВПО МГПУ, г. Москва

В последние годы вопросы дошкольной подготовки детей с двигательной патологией приобретает особую актуальность и рассматривается в двух направлениях: обеспечение всестороннего развития детей и формирование готовности к школьному обучению.

В связи с неоднородностью, различными вариантами и степенью выраженности нарушений развития детей с нарушением опорно-двигательного аппарата необходим дифференцированный подход к разработке организационных форм, видов и условий подготовки к обучению в школе детей данной категории.

Программа для дошкольников с двигательной патологией, имея в своей основе все те этапы, которые входят в программу для здоровых детей, должна включать дополнительные занятия, направленные на развитие речи, на тренировку движений рук, развитие мелкой моторики, развитие зрительно-пространственного восприятия:

Все дошкольники с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях обучения и воспитания и имеют особые образовательные потребности при формировании школьной готовности:

- ✓ В дошкольных учреждениях, где находятся дети с двигательными нарушениями, должны быть технические средства реабилитации
- ✓ Продолжительность занятий составляет от 15 до 35-40 минут, в зависимости состояния ребенка. На каждом занятии проводится 5-минутная физкультпауза с включением лечебно-коррекционных мероприятий;
- ✓ Подготовку к школе детей данной категории должны осуществлять специально подготовленные высококвалифицированные кадры
- ✓ Подготовка к школе детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы. Если ДООУ не имеет в штате медицинских кадров, то необходимо, чтобы его обучение и воспитание сочеталось с лечением на базе медицинского учреждения или реабилитационного центра.

Учет указанных аспектов позволит обеспечить эффективность коррекционно-развивающего воспитания и подготовки к школе детей с нарушением опорно-двигательного аппарата в условиях инклюзии.

Речевые нарушения и варианты развития зубочелюстной системы у детей со спастическими формами церебрального паралича

Данилова М.А., Бронников В.А., Залазаева Е.А.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России, г. Пермь

Актуальность. Стоматологам при осмотре детей с церебральными параличами чаще, чем врачам других специальностей, приходится сталкиваться с высоким уровнем частоты функциональных нарушений челюстно-лицевой области (ЧЛЮ), которые сочетаются с зубочелюстными аномалиями и деформациями (ЗЧАД).

Цель. Оценить речевые нарушения и варианты развития зубочелюстной системы (ЗЧС) у детей со спастическими формами церебрального паралича (СФ ДЦП).

Материалы и методы. Обследованы 45 пациентов со СФ ДЦП в возрасте от 3 года до 14 лет и распределены по трем группам в зависимости от формы и степени тяжести основного заболевания. Комплексное обследование детей включало оценку неврологического и стоматологического статусов.

Результаты. ЗЧАД диагностированы у 36 человек (80,0%), нейтральная окклюзия выявлена у 9 человек (20,0%). В структуре сформированных ЗЧАД из 36 человек (100%) аномалии зубов встречались в 5 случаях (13,9%), аномалии зубных рядов – в 6 случаях (16,7%), аномалии окклюзии зубных рядов – 7 (19,4%), отдельно были выделены сочетанные ЗЧАД – 18 (50,0%). При оценке функции речи у 28 (62,2%) пациентов наблюдались речевые расстройства, из которых у 24 человек (85,7%) в виде псевдобульбарной дизартрии, у 4 человек (14,3%) в виде анатрии. У 17 (37,8%) человек речевое развитие соответствовало возрасту. Наиболее тяжелую зубочелюстную патологию значительно чаще диагностировали у детей, имеющих речевые нарушения, а именно сочетанные ЗЧАД выявлены в 75,0% у детей с анатрией ($r=0,85$; $p<0,05$), а аномалии окклюзии в 31,3% случаев со спастико-паретической формой псевдобульбарной дизартрии ($r=0,4$; $p<0,05$), нейтральная окклюзия выявлена у 23,5% детей, речевое развитие которых соответствовало возрасту ($r=0,4$; $p=0,006$).

Вывод. Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают взаимосвязь и взаимовлияние патологии ЗЧС и речевых нарушений у детей со СФ ДЦП, которые проявляются взаимным отягощением.

Опыт применения фармакорексфлексотерапии у детей с задержкой психо-речевого и моторного развития в неврологическом отделении нижегородской областной детской клинической больницы

Данильцева Г.М, Баландина О.В.

*ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница»,
г. Нижний Новгород*

Перинатальные поражения ЦНС наиболее частый вид неврологической патологии у детей раннего возраста. Рано начатое лечение и реабилитация позволяют добиться более благоприятных исходов перинатальных поражений ЦНС. Известно, что рефлексотерапия создает мощный афферентный поток импульсов на различных уровнях центральной и периферической нервной системы, стимулирует процесс созревания соответствующих структур головного мозга, формирования новых рефлекторных путей для реализации двигательного акта. Фармакорексфлексотерапия - введение лекарственного вещества в точки воздействия.

Проанализированы истории болезни 180 детей с последствиями и исходами перинатальных поражений ЦНС в возрасте от 10 мес до 3-х лет, находившихся на лечении в неврологическом отделении с целью выявления эффективности применения рефлексотерапии и фармакорексфлексотерапии. По ведущему клиническому синдрому дети распределялись следующим образом: ДЦП - 127 детей, задержка психо-речевого развития у 21 ребенка, судорожный синдром в анамнезе у 6 чел., проявления «синдрома вялого ребенка» у 19 детей, последствия натальной травмы в виде монопарезов у 7 детей. Всем детям проводилось комплексное клиническое обследование, применялся Денверский тест развития (DDST).

В зависимости от вида рефлексотерапии выделено 3 группы детей: в 1 группе проводилось аккупунктурное воздействие – 96 детей, во 2 группе иглорефлексотерапия сочеталась с фармакорексфлексотерапией - 31 человек, 3 группа - 53 ребенка, не получавших рефлексотерапию. Все дети получали медикаментозную терапию (витамины В1, В6, пирацетам), физиотерапию (массаж, лечебная физкультура, парафиновые аппликации), занятия с логопедом, психологом, дефектологом, использовались костюмы «Гравистат». Для фармакорексфлексотерапии использовался препарат Кортексин.

Результаты: после одного курса комплексного лечения по шкале развития Денвера динамика показателей незначительная - подъем на 1-2 пункта всего у 23 детей (9.3%), выраженная в основном по оценке поведения- повышению интереса к окружающему, сосредоточению внимания, увеличение объема внимания, в сфере навыков умения и ухода за собой. После второго курса лечения, проведенного через 4-5 месяцев, выявлено увеличение объема двигательной активности, расширение объема двигательных навыков в первой группе у 71 ребенка (69.7%), во 2 группе у 26 детей (84.3%), в 3 группе у 30 детей (57.7%) Подъем по шкале развития Денвера по приближению к возрастной норме отмечен в 1 группе у 78 детей (75.5%), во 2 группе у 27 детей (86.3%), в 3 группе у 36 детей (67.1%). Улучшение показателей более выражено во 2 группе пациентов, где лечение включало применение фармакорексфлексотерапии.

Таким образом, использование фармакорексфлексотерапии с применением кортексина в комплексном лечении детей с двигательными и речевыми нарушениями перинатального генеза оказалось более эффективным. Включение фармакорексфлексотерапии с кортексином целесообразно в раннюю реабилитацию детей с двигательными и речевыми нарушениями.

Роль современных перинатальных технологий в профилактике органических поражений головного мозга и детского церебрального паралича

Дегтярев Д.Н.

ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова» Минздрава России, г. Москва

Патологические факторы, действующие на организм ребенка в анте- и интранатальном периодах, доминируют в структуре причин органических поражений головного мозга (ОПГМ) и детского церебрального паралича (ДЦП). На долю постнатальных факторов, способствующих развитию ДЦП, приходится не более 6-25%. Несмотря на то, что на протяжении нескольких десятилетий частота ДЦП в индустриально развитых странах находится в пределах 2 – 2,5 на 1000, в нашей стране наметилась тенденция к увеличению частоты этого заболевания вследствие перинатальных поражений ЦНС. Наиболее часто тяжелые заболевания ЦНС отмечаются у детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела (ОНМТ и ЭНМТ), а также у новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии. Современные медицинские технологии, направленные на профилактику невынашивания беременности и осложнений в родах, защиту мозга плода и новорожденного от неблагоприятного влияния гипо- и гипероксии, раннюю нейрореабилитацию и развивающий уход способствуют уменьшению частоты и тяжести ОПГМ и ДЦП.

ФГБУ «Научный Центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Минздрава России является ведущим медицинским учреждением в области перинатологии. В ФГБУ НЦ АГиП им. акад. В.И.Кулакова расширены показания к проведению операции кесарева сечения в интересах плода и новорожденного; выживаемость детей с ЭНМТ в последние годы достигла 80%. Такие результаты получены в первую очередь за счет улучшения качества профилактики и лечения синдрома дыхательных расстройств, быстрой стабилизации центральной и мозговой гемодинамики в раннем неонатальном периоде, рациональной нутритивной поддержке глубоко недоношенных детей, снижения риска ятрогенных осложнений. Оптимизация первичной реанимации и интенсивной терапии способствовали существенному снижению частоты тяжелых кровоизлияний в желудочки мозга у детей с ОНМТ и ЭНМТ. Внедрение в неонатологическую практику системной и краниocereбральной гипотермии служит уменьшению тяжести постгипоксических поражений ЦНС у доношенных новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии. На базе неонатологических отделений Центра начаты работы по изучению нейропротективных эффектов газообразных препаратов-анестетиков; проводятся фундаментальные исследования возможности использования полипотентных стволовых клеток фетального происхождения для ранней нейрореабилитации. Проводится катamnестическая оценка влияния вспомогательных репродуктивных и перинатальных технологий на развитие детей в течение первых 2-х лет жизни.

В настоящее время сотрудники Центра активно способствуют внедрению современных медицинских технологий по профилактике ОПГМ и ДЦП в деятельность многих региональных перинатальных центров Российской Федерации.

Изменения центральной гемодинамики у детей с церебральным параличом во время комбинированной анестезии

Диордиев А.В., Айзенберг В.Л.

*НПЦ детской психоневрологии Департамента здравоохранения, г. Москва
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России*

Контингент детей с церебральным параличом (ЦП) переносит больше хирургических вмешательств, чем неврологически здоровые больные такого же возраста. На сердечно-сосудистую систему детей с ЦП действует постоянная чрезмерная нагрузка, связанная с тяжёлым поражением мышечного аппарата, что во время операции проявляется тахикардией и артериальной гипотензией.

Цель исследования. Определить механизмы гемодинамических нарушений во время анестезии у детей больных церебральным параличом и оптимизировать анестезиологическое пособие для профилактики гемодинамических нарушений.

Материалы и методы. Исследования проведены у 70 больных в возрасте от 3 до 17 лет, с диагнозом: ЦП, тяжёлая спастическая диплегия, которые были оперированы в плановом порядке. Больные были разделены на две основные группы по виду обезболивания: группа общей анестезии (ОА) пропофол + фентанил + рокуроний - 22 ребёнка и группа комбинированной эпидуральной анестезии (КЭА) пропофол + фентанил + рокуроний + эпидурально нарופן - 48 детей. У всех детей изучены основные показатели центральной гемодинамики с помощью монитора “Диамант-М” на этапах индукции, разреза кожи, наиболее травматического момента и окончания операции.

Выводы.

1. Современные методики общей и комбинированной регионарной анестезии не позволяют обеспечить стабильные показатели центральной гемодинамики во время оперативных вмешательств у пациентов с ЦП в форме тяжёлой спастической диплегии.

2. Выявленные изменения в группах позволяют заключить, что на интраоперационную гемодинамику у пациентов с ЦП влияют факторы, связанные как с недостаточными адаптационно-компенсаторными возможностями системы кровообращения, так и непосредственное влияние на сердечно-сосудистую систему препаратов для анестезии.

3. Главная проблема у пациентов с ЦП – это исходная гиповолемия, которая усугубляется действием анестетиков, эпидуральной блокадой и постуральными реакциями.

Комплексный подход к реабилитации детей с двигательными нарушениями в Свердловской области

Дугина Е.А.

ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», г. Екатеринбург

Актуальность: Конечной целью медицинской реабилитации является восстановление или снижение тяжести органических и функциональных нарушений, профилактика развития неблагоприятных последствий, повышение качества жизни. Однако использование традиционных программ восстановительного лечения, включающих только консультативно-диагностическую и лечебную помощь, не способствует достижению заданной цели.

Цель: Разработка и внедрение программ и стандартов реабилитации детей с двигательными нарушениями с позиций международной классификации функционирования и здоровья – МКФ ВОЗ 2001г. и с учетом применения новых реабилитационных технологий в работу отделений восстановительного лечения.

Результаты: НПЦ «Бонум» является многопрофильным учреждением, осуществляющим специализированную медицинскую помощь детям с неврологическими заболеваниями, сопровождающимися двигательными нарушениями (в том числе ДЦП) и обладает наиболее полной в регионе базой данных о состоянии таких пациентов. Специализированные отделения восстановительного лечения больницы организованы с целью оказания детям комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи. Большую часть пациентов отделений составляют дети в возрасте от 6 мес. до 14 лет, имеющие различные формы ДЦП и дети, имеющие неврологический дефицит различной степени тяжести, в основном за счет парезов и параличей мышц конечностей и задержкой статико-моторного развития. В стандарты реабилитации детей с двигательными нарушениями, разработанные нами на основе принципах комплексности, индивидуальности, этапности, непрерывности, мультидисциплинарного подхода и учитывающие основные составляющие МКФ, помимо медикаментозной терапии и традиционных видов лечения, были включены методики БОС, кинезиотерапии, нейроортопедической коррекции, психолого-педагогической помощи. Внедренные в работу отделений стандарты позволили эффективно применять современные методы комплексной реабилитации, повысили доступность и качество оказания помощи данной категории пациентов.

Выводы: комплексный подход в разработке программ и стандартов реабилитации детей с двигательными нарушениями с позиций международной классификации функционирования и здоровья позволяют стабилизировать патологический процесс и сформировать правильные компенсаторные механизмы, максимально реализовать реабилитационный потенциал и обеспечить в перспективе трудоспособность.

Обоснование подходов к коррекционно-развивающей работе с детьми с церебральными параличами

Дунайкин М.Л., Брин И.Л.

НЦ здоровья детей РАМН, г. Москва

Показано, что ведущим синдромообразующим радикалом в структуре нарушений развития при детских церебральных параличах на всех этапах детства является дефицит энергетического обеспечения нервно-психических процессов. Своеобразие клинических проявлений при каждой форме заболевания зависит от степени его выраженности, уровня и стороны преимущественной мозговой дисфункции (М.Л. Дунайкин, 1999; М.Л. Дунайкин, И.Л. Брин, 2002). Следовательно, лечебная и коррекционно-развивающая работа с детьми, страдающими ДЦП, должна быть ориентирована на энергетические (нейродинамические) ресурсы ребенка, направлена на соблюдение онтогенетической последовательности развития в целом, а не на отдельные дефекты, иметь приоритет в развитии мотивационно-личностных и смысловых образований над операционно-техническими возможностями не только в контексте ведущих деятельностей, но и на уровне отдельных функций.

Основной целью абилитационного процесса является социализация и максимальная интеграция ребенка-инвалида в общество, что предполагает, наряду с индивидуальным подходом, групповые формы работы, начиная с дошкольного возраста.

Основные принципы работы с ребенком включают: 1) создание системы отношений и деятельностей, соответствующих уровню и этапу развития ребенка, определяемых комплексной психолого-педагогической оценкой; 2) индивидуальный подход, основанный на выделении в структуре нарушения развития ребенка формы и степени энергетического (нейродинамического) дефицита, сопутствующих частных дефектов, состояние и направленность ведущих мотивов, зоны актуального и ближайшего развития; 3) комплексное решение вопросов диагностики и коррекции с участием разных специалистов в работе с ребенком; 4) раннее начало, непрерывность и преемственность коррекционно-развивающего процесса с определением этапов и согласованности действий; 5) профилактическую направленность деятельности с целью предупреждения усугубления тяжести дефектов, формирования вторичных нарушений в эмоциональных и познавательных процессах, социальной дезадаптации.

Новые возможности терапии нервно-мышечных заболеваний, направленной на замедление их прогрессирования

Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р

*Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации,
Украина, г. Донецк*

Нейромышечные заболевания (НМЗ) относятся к группе прогрессирующих наследственно-дегенеративных заболеваний нервной системы. С 2001 по 2011 г. в Центре в базе данных зарегистрирован 191 ребенок с первичной нейромышечной патологией (46 детей из других областей Украины, стран ближнего и дальнего зарубежья): 98 детей с различными формами миодистрофий и миопатий; 58 детей с различными типами наследственных мотосенсорных полинейропатий; 33 пациента со спинальными амиотрофиями. Кратность прохождения курсов реабилитации в Центре чаще 2-х раз в год, из них 45% пациентов проходили курсы лечения 5 - 17 раз. На фоне динамических, комплексных клинико-инструментальных методов исследования назначается патогенетически и симптоматически обоснованное лечение. В комплекс лечения пневмопатий включены: синглетно-кислородная терапия, дыхательная гимнастика, массаж дыхательной мускулатуры.

Наличие остеопороза обуславливает назначение кальций содержащих препаратов длительностью до 3 мес. Наличие костно-суставных деформаций обуславливает назначение мануальной кровати, вакуум стимуляции мышечного корсета спины, ортезов, корсетов, туторов, ортопедической обуви, стелек. При доброкачественных формах проводится тендомиопластика. В связи с частыми ОРВИ назначаются препараты иммуностимулирующей направленности (бронхомунал П, рибомунил). Курсами до 3 месяцев 2 раз в год назначаются препараты, направленные на энергетическое обеспечение сохранной мышечной ткани (элькар, цитофлавин). При дилатационных кардиомиопатиях внутривенно вводится неотон. При когнитивных нарушениях курсами назначается кортексин, церебрум композитум в/м, с дальнейшим переходом на интраназальный прием семакса 0,1% чередуя с пероральным приемом когитума. Из новых современных технологий нами разработана методика внутривенного введения иммуноглобулина (Биовен–моно) на фоне перорального приема преднизона (преднизолона) у детей с миодистрофией Дюшенна, применение препарата конвулекс при спинальной амиотрофии II типа. Таким образом, патогенетически и симптоматически обоснованное лечение позволяет максимально замедлить прогрессирование патологического процесса, увеличивает способность к самостоятельному передвижению, улучшает качество жизни ребенка, его социальную адаптацию.

Субклинические нейрофизиологические предикторы прогрессии патологического процесса у детей с наследственными мотосенсорными полинейропатиями

Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р.

*Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации,
Украина, г. Донецк*

По данным WFNS частота НМСП составляет от 1:10000 до 1:2500. Низкая выявляемость субклинических симптомов заболевания, высокая частота ошибочного диагноза НМСП приводит к поздней диагностике НМСП и сопряжено с развитием ранней инвалидизации. Это послужило основанием для изучения особенностей нейрофизиологических параметров на различных стадиях НМСП. С 2001 по 2011 гг в Центре зарегистрировано 58 детей с различными типами НМСП. Для диагностики ранних проявлений и определения степени выраженности миелінопатического и аксонопатического поражения всем детям с НМСП, находящимся в реестре базы данных Донецкого областного детского клинического центра нейрореабилитации, на миографе «Нейро-МВП-микро» проводилась базисная электронейромиография и ЭНМГ-мониторинг (1 раз в 3-6 месяцев).

По данным ЭНМГ-мониторинга и балльной оценки тяжести клинического состояния по адаптированной международной шкале NIS LL у детей с НМСП 1 типа зафиксировано ухудшение на 9% по сравнению с исходными данными. В то же время ухудшение ЭНМГ-параметров составило до 40% по сравнению с начальными. Это позволило констатировать, что ЭНМГ-паттерн опережает клинический, что и явилось нейрофизиологическим предиктором преclinical прогрессии миелінопатии у детей с НМСП 1 типа. По данным многолетнего мониторинга и балльной оценки тяжести клинического состояния по адаптированной международной шкале NIS LL у детей с НМСП 2 типа зафиксировано ухудшение до 24,5% по сравнению с исходными данными. В то же время отрицательная динамика ЭНМГ-параметров составила 60% в сравнении с исходными, что позволило констатировать, что ЭНМГ-паттерн также опережает клинический, что и явилось специфическим нейрофизиологическим предиктором преclinical прогрессии аксонопатии у детей с НМСП 2 типа.

Таким образом, ранняя идентификация специфических маркеров миеліно-, аксонопатии, выявление в преclinical фазе ЭНМГ-предикторов, характеризующих прогрессию патологического процесса - является неотъемлемой составляющей рациональной лечебной тактики, направленной на замедление прогрессии заболевания и предупреждение ранней инвалидизации.

Метод микромоторной дифференциальной диагностики эпилепсии и эписиндромов при ДЦП

Ефимов А.П., Гимранов Р.Ф., Казицин А.В., Юнусов Ф.А.

*Московский государственный медико-стоматологический университет, г. Москва
Межрегиональный центр восстановительной медицины и реабилитации, г. Нижний
Новгород*

Судорожные синдромы у детей с ДЦП затрудняют диагностику, лечение, реабилитацию и прогноз. Информативное функциональное исследование головного мозга при ДЦП стало доступным с появлением метода исследования микромоторики и соответствующего ему компьютерного программно-аппаратного комплекса (КПАК) «Микромоторика». В частности разработан неинвазивный экспресс-метод функционально-топической диагностики очага судорог в ЦНС.

В результате микромоторных исследований более 8000 больных (из них 6000 с ДЦП) в возрасте 1-18 лет с сопутствующим диагнозом «эпилепсия» с использованием современных методов инструментальной диагностики позволило выявить у 90 % эписиндромы различного генеза, а не генетическую эпилепсию.

Выделены структуры головного мозга (психомоторные, корковые, лимбические, базально-ядерные, таламические, стволые, мозжечковые), а также спинного мозга и вегетативные центры (мышечно-тонические, мышечно-фазические, мышечно-резервные, сосудисто-дисциркуляторные, нейро-ишемические, нейро-дистрофические, нейро-деструктивные и смешанные многоочаговые варианты) как потенциальные очаги генерации судорог. При генетической эпилепсии доминируют корковые частоты, т. к. её источник – генетический сбой и патология коры, что встречается менее чем у 10 % больных. При ДЦП и эписиндромах выявлены нарушения подкорковых (лимбических, таламических, базально-ядерных, стволых), мозжечковых и спинальных центров, а также судорог сосудисто-ишемического и нейроишемического генеза.

Наиболее частая причина патологии – длительная внутримозговая тканевая гипертензия высоких степеней, что выявляется КПАК «Микромоторика» и новейшей модификацией – КПАК «Гипертензиометр К-01».

Выводы. Дифференциальная диагностика эпилепсии, эпилептических и судорожных синдромов при ДЦП позволяет дифференцированно подходить к лечебным и реабилитационным программам восстановления детей с ДЦП, открывает возможность фокусированного подбора эффективной противосудорожной терапии для конкретного очага судорог.

Лекарственный формуляр и повышение качества лечения детей-инвалидов

Жеведь Н.Л., Глазкова С.В.

ФГБУ «Российский реабилитационный центр «Детство» Минздравсоцразвития РФ

Актуальность: Разработка лекарственного формуляра обеспечила доступность лекарственных средств каждому ребенку, с ограниченными возможностями.

Цели: Роль формулярной системы в организации оказания медицинской помощи в реабилитационном учреждении. Повышение качества лечения с использованием безопасных и эффективных лекарственных средств и их рациональное использование при проведении комплексной реабилитации.

Материалы и методы: Рациональное назначение лекарственных средств основывалось на клинических рекомендациях и протоколах лечения заболеваний. Потребности учреждения определил формуляр, обеспечивающий эффективную и безопасную терапию. В основе формуляра лежат согласованные стандарты оказания медицинской помощи, основанные на доказательном подходе к проведению рациональной фармакотерапии. Стандартом для него послужил Российский национальный педиатрический формуляр, за основу взят действующий Перечень ЖНВЛС. Значительная часть препаратов стала недоступна для лекарственного формуляра учреждения по причине несоответствия дозировок детским. В ЛПУ разрешается использовать только ЛС, включенные в формулярный список. Однако в отдельных случаях могут потребоваться препараты, не включенные в больничный формуляр. Формулярный комитет должен регулярно анализировать все запросы на использование неформулярных препаратов и в случае необходимости заменять формулярные ЛС.

Результаты: Формуляр позволил оптимально использовать средства на закупку лекарственных препаратов за счет снижения количества наименований; исключить применение средств, эффективность которых не установлена. Таким образом, выявлена необходимость в систематической корректировке и анализе формулярных препаратов.

Заключение: Анализ экономических аспектов лекарственной терапии должен включать выявление, расчет и сравнение всех затрат и последствий (как позитивных, так и негативных) при применении ЛС. Подобные затраты являются частью общих расходов ЛПУ, поэтому должны учитываться при составлении формуляра. Такой анализ особенно необходим в связи с оптимизацией расходов бюджетных средств на здравоохранение и повышением стоимости терапии.

Современные подходы в комплексной физической реабилитации детей с двигательной патологией

Жеребцова В.А., Моськина Л.А., Шилина С.А.

ГУЗ ТО «Тульская областная детская психоневрологическая больница», г. Тула

На протяжении последних лет в структуре детской инвалидности одно из ведущих мест принадлежит болезням нервной системы, в т.ч. церебральному параличу (ЦП) и другим паралитическим синдромам. В связи с тем, что клинические проявления заболеваний этих групп достаточно многообразны, для них не может существовать единых «жестких» схем реабилитационных программ. В каждом отдельном случае составляется комплексная ИПР, в которой значительная роль принадлежит физическим методам воздействия. При всем многообразии медицинских технологий, имеющих в арсенале больницы, особое место занимает гидрореабилитация (ГР).

В ОВЛ больницы применяется методика ГР детей с двигательными нарушениями различной степени тяжести в специально оборудованных бассейнах в индивидуальной форме продолжительностью 30-40 минут, курсом, в среднем, 10 процедур с периодичностью 2-3 раза в год. В программу занятий включены упражнения в тренажере «Гросса» и с различными поддерживающими приспособлениями (плавательные доски, круги «академии плавания Фреда», нудлы). В процессе реабилитации приобретаются новые двигательные навыки, уверенное удержание равновесия, опороспособность, развиваются ручные манипуляции, приобретаются навыки не только свободного удержания на воде, но и самостоятельного плавания. За последние 2 года соответствующие курсы лечения получили 327 детей с ДЦП и другими паралитическими синдромами.

С внедрением в практику работы больницы функциональной иммобилизации полимерными материалами (ФИПМ) специалисты больницы получили возможность сочетания ГР с ФИПМ. В полимерных повязках обеспечивается равномерное распределение давления на мягкие ткани, что создает нормальные условия для кровообращения и поддержания мышечного тонуса, тем самым в них не формируются контрактуры, а имеющиеся становятся «мягче». Эта современная технология создана как альтернатива гипсовым повязкам и обладает рядом преимуществ: легкость, воздухо- и влагопроницаемость, водостойкость, что важно при работе с детьми, особенно во время занятий ЛФК в воде (для отработки различных локомоций).

По нашим наблюдениям, сочетание ГР и ФИПМ значительно повышает эффективность восстановительных мероприятий, что подтверждается результатами оценки клинического, инструментального анализа состояния здоровья ребенка (шкалы GMFCS, Эшфорта, карта оценки двигательной активности, видеодокументирование). Таким образом, данный метод можно рекомендовать к широкому практическому применению в комплексной физической реабилитации детей с двигательными нарушениями.

Влияние операции и анестезии на когнитивные функции у больных с детским церебральным параличом

Загубера А.В., Филиппова Н.Е., Диордиев А.В., Айзенберг В.Л.

Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ, г. Москва

Под когнитивными функциями понимают способность мозговых центров к получению, переработке и анализу информации. У больных с ДЦП эти функции нарушены и дополнительно страдают при хирургической реабилитации в связи с операционной травмой и действием препаратов для общей анестезии.

Целью работы является исследование когнитивных дисфункций у больных церебральным параличом, перенесших ортопедические операции под комбинированной регионарной анестезией.

Материал и методы исследований. Нами обследована группа из 47 детей от 3 до 12 лет, поступивших на оперативное лечение в НПЦ с диагнозом ДЦП, спастическая диплегия. У 62% пациентов выявлена когнитивная дисфункция от 20% до 52 %, составляя в среднем 27,3%. с преимущественным нарушением внимания, конструктивного праксиса и мышления – 37,6%, 30,4%, 26,5%. Нарушения памяти и эмоционального уровня были снижены в меньшей степени - 20,2% и 10,2% соответственно. Повторно больные были обследованы психологами к концу первых суток, на третий и седьмой день после оперативного вмешательства.

Обсуждение результатов. К концу первых суток нарушения когнитивных функций возросли в среднем до 50,6%. Соотношение исследованных функций выглядело так же, как и до операции, но было больше выражено: дефицит внимания в среднем составлял 58,1 %, конструктивного праксиса – 53,7%, мышления – 45,3%. Нарушения памяти - и эмоционального уровня увеличились до 41,8% и 33,7%.- соответственно. На третьи сутки у 75% больных нарушения уменьшились до 28,8% и достоверно не отличались от исходных данных. Выраженные нарушения имели место к третьим суткам лишь у 25 % детей. К 7 суткам у всех больных состояние когнитивного статуса соответствовало исходным данным, полученным при поступлении в НПЦ, за исключением одного ребенка, у которого нарушения сохранились и носили продленный характер сроком до 1 месяца.

Выводы: У больных ДЦП на фоне имеющихся фоновых нарушений когнитивного статуса под влиянием общей анестезии и операции возникают выраженные дополнительные нарушения высших психических функций. У 75% оперированных детей, выявленные кратковременные дополнительные когнитивные нарушения исчезают к третьим суткам послеоперационного периода.

Эффективность применения «Locomat» в комплексной реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом

Измайлова А.Р., Глазкова С.В.

ФГБУ «Российский реабилитационный центр «Детство» Минздрава России РФ

Актуальность: Основное место в реабилитационном процессе занимают различные кинезотерапевтические методики, начиная от простого многократного повторения изолированных движений, заканчивая использованием специальных роботизированных устройств.

Цель: оценить эффективность применения «Locomat» в комплексной реабилитации детей страдающих детским церебральным параличом.

Материалы и методы: объектом исследования стали 20 детей с ДЦП, из них спастическая диплегия - 10, спастическая диплегия с правосторонним акцентом – 3, с левосторонним акцентом – 2, спастический тетрапарез - 5. В контрольной группе детей комплекс восстановительного лечения, включал стандартную медикаментозную терапию, массаж, кинезотерапию, физиотерапевтические процедуры. В основной группе дети кроме вышеперечисленных процедур получали курс занятий на «Locomat», который состоял, из 8-10 ежедневных процедур, продолжительностью от 30 до 45 минут. Одним из методов оценки была поверхностная ЭМГ мышц нижних конечностей.

Результаты: в основной группе при проведении повторного ЭМГ - обследования выявлено повышение биоэлектрической активности мышц-антагонистов и понижение биоэлектрической активности спастичных мышц. Положительная динамика у больных, занимавшихся на «Locomat», по сравнению с контрольной группой была более выражена. Увеличение объема активных и пассивных движений, снижение уровня спастичности в основной группе: значительно у 3-х пациентов, умеренно у 6-ти пациентов, не изменился у 1-го. В контрольной группе снизился значительно у 1 пациента, умеренно у 5-ти пациентов, не изменился у 4-х пациентов.

Выводы: Роботизированная система «Locomat» значительно увеличивает эффективность комплексной реабилитации, позволяет реализовать весь двигательный потенциал больного ребёнка.

Психологические факторы социализации ребенка с поражением ЦНС

Ильина Е.С., Фисун Е.В., Березкина О.В., Климова С.В., Фарих Е.Н., Микаэлян Л.Л.

Российская Детская Клиническая Больница, г. Москва

Актуальность данной работы обеспечена возрастающей проблемой социализации детей с особенностями развития вообще и поражением ЦНС в частности. Примером озабоченности государства вопросами социализации данной категории детей является принятая и начинающая реализовываться концепция инклюзивного образования.

Одной из целей нашей деятельности в ПНО является работа, направленная на социализацию не только ребенка, с особенностями развития вообще и поражением ЦНС в частности, но и на социализацию всей семьи такого ребенка. Семья, являясь ближайшей и важнейшей зоной развития ребенка, способна дать пример адаптивного поведения в социуме, помочь овладеть доступными навыками для жизни в обществе, обеспечить стимул для социализации.

В качестве методов мы использовали индивидуальную и групповую психологическую работу. Наблюдения, сделанные нами в процессе работы с данной категорией семей, позволили сделать выводы о факторах, затрудняющих социализацию, и факторах, способствующих адаптации в обществе "особых" детей и их семей.

Исходя из сделанных выводов, для формирования или укрепления факторов, способствующих адаптации и социализации в обществе "особых" детей и их семей, были определены задачи психологической работы с данными семьями. Задачами работы являются: поиск адаптивных и психологических ресурсов; психологическое сопровождение горевания; деконструкция вины; формирование адекватной функциональной позиции родителей; информирование о деятельности сообществ семей с "особыми" детьми; обсуждение вариантов включения ребенка в семейную жизнь, наделения его обязанностями; налаживание семейных отношений; преодоление эмоциональной изоляции между ребенком и другими членами семьи.

Особенности эмоционального реагирования родителей детей с поражениями ЦНС на этапе стационарного лечения

Ильина Е.С., Фисун Е.В., Фарих Е.Н., Березкина О.В., Микаэлян Л.Л., Климова С.В.

*Российская Детская Клиническая Больница, г. Москва
НОЧУ ВПО «Институт Практической Психологии и Психоанализа», г. Москва*

Актуальность данной работы обеспечена потребностями как родителей детей, находящихся в стационаре ПНО №2 РДКБ, так и потребностями врачей, сталкивающимися с различными эмоциональными реакциями родителей, затрудняющими выполнение последними необходимых медицинских процедур и рекомендаций врачей.

Целью сотрудничества психологов и врачей отделения является создание более эффективного рабочего альянса родителей пациентов отделения с лечащими врачами.

Методы работы: индивидуальная и групповая психологическая работа с родителями; обсуждение с врачами, как индивидуальных случаев, так и общих закономерностей переживания родителями заболевания ребенка; выработка конкретных рекомендаций с целью более эффективного взаимодействия с родителем, с учетом текущего эмоционального статуса последнего.

При анализе данных, полученных в результате консультирования родителей на базе ПНО-2, выяснилось, что наиболее часто наблюдаемыми проявлениями переживания ситуации болезни являются состояния отрицания и гнева. Эти реакции связаны с процессом адаптации человека к стрессовому событию.

Однако, обе эти реакции (отрицание и гнев) оказывают негативное влияние на коммуникативный процесс между родителями и лечащими специалистами. Полезным в данной ситуации является выработка стабильной схемы общения врача и родителя. Психолог может выступать в роли медиатора коммуникации: помогать родителям в отреагировании негативных эмоций и в четком формулировании вопросов по поводу лечения. Эти меры помогают вернуть врачам реальный статус, а не сформированный родителями под влиянием агрессивных тенденций в своем представлении, что в свою очередь способствует эффективному сотрудничеству врачей и родителей пациентов и является залогом успешного получения медицинской помощи.

Влияние детско-родительских отношений на эффективность логопедической работы с дошкольниками в условиях стационара НПЦ детской психоневрологии

Ионова С.В., Калашникова О.С.

НПЦ Детской психоневрологии, г. Москва

Основным контингентом детей с перинатальным поражением центральной нервной системы, находящихся на стационарном лечении в НПЦ Детской психоневрологии, являются дети с детским церебральным параличом. При госпитализации у абсолютного большинства маленьких пациентов логопедами диагностируется задержка психического и речевого развития.

Работа логопеда не сводится к исключительно речевой работе с ребенком: тип установившихся внутрисемейных отношений, степень готовности родителей принять и участвовать в коррекции отклонений в развитии малыша требует тщательной и продуманной работы логопеда со всей семьей.

На начальных этапах в работе логопеда с родителями детей, госпитализированных в НПЦ Детской психоневрологии, можно условно выделить следующие составляющие: создание доверительных отношений с родителями ребенка, подготовка их к совместному сотрудничеству, разъяснение характера, степени и возможных причин диагностированной речевой патологии; кроме того, обязательно определение прогноза психоречевого развития ребенка с обязательным объяснением огромной роли, которую играет участие членов семьи в проводимой коррекционной работе. Далее совместно с родителями логопед планирует график последующих индивидуальных занятий и приступает непосредственно к коррекционно-логопедической работе. На протяжении всего срока госпитализации дошкольника логопед постоянно держит родителей в курсе успехов и затруднений ребенка, характеризует динамику его речевого развития и обязательно дает задания и рекомендации для самостоятельной работы.

Эффективность коррекционно-логопедической работы напрямую зависит от успешности взаимодействия родителей и логопеда. В том случае если родители готовы к сотрудничеству со специалистом и доверяют его рекомендациям, охотно поддерживают обратную связь с логопедом, то даже при серьезной задержке психоречевого развития ребенка и его тяжелом двигательном состоянии, возможно достижение выраженной динамики развития речи.

Система реабилитации по восстановлению двигательной функции

Исанова В.А.

*Кафедра неврологии и нейрохирургии ФПК И ППС
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»*

Восстановление жизненно важных функций при повреждении ЦНС, даже в случаях стойких анатомо-морфологических дефектов, возможно путем реорганизации структурно - функциональных связей головного мозга, на основе адаптивных компенсаторных механизмов различными «резервными» возможностями ЦНС, что особенно относится к коре головного мозга. В литературе уделено внимание данным томографических исследований головного мозга (1,2,3), которые показали, что функциональное выздоровление после ишемических нарушений связано с процессами значительной реорганизации церебральной активности. В этой связи нами использовался метод «Кинезотерапия в медико-кондуктивной реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями» (№ФС-2006/135, разработан на основе метода PNF) в комплексе с нейро-ортопедическим устройством «Атлант».

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния метода кинезотерапии (отечественного аналога PNF) и устройства «Атлант» в методе на восстановление ходьбы у неврологических больных на расстояния от пятидесяти и более метров, симметрии походки и ускорение шага.

Для тренинга были взяты больные в резидуальном периоде болезни, после ОНМК от одного до трех месяцев - 13 пациентов, в возрасте от 50 до 70 лет (мужчин-10, женщин-3) и 20 пациентов с различными формами ДЦП в возрасте старше 16 лет. Все больные имели трудности ходить самостоятельно до 50 метров, имели нарушения в симметрии шага и скорости передвижения. Реабилитация больных в зависимости от тяжести двигательных нарушений проводилась от двух недель до трёх месяцев в условиях стационарного и амбулаторного режима реабилитационных учреждений соцзащиты. Для всех пациентов акцент в тренинге делался на позо-тонический контроль, умение ходить, совершать повороты, начинать и останавливать движение, приблизить походку к физиологическому двигательному стереотипу через симметрию и скорость шага. В этих целях выборочно использовались отдельные тесты по Боханнон, Брадстатера.

Результаты тренинга оценивались по FAS-категории независимости в ходьбе, а также по показателям скорости шага, длины шага, его амплитуды, и длительности пройденного расстояния.

Рис. 5. Показатели категорий функционального передвижения в динамике тренинга. Курс А1 и А2 – применение метода NTD и нейро-ортопедического костюма. Курс тренировок В– традиционная схема ЛФК и физиотерапии.

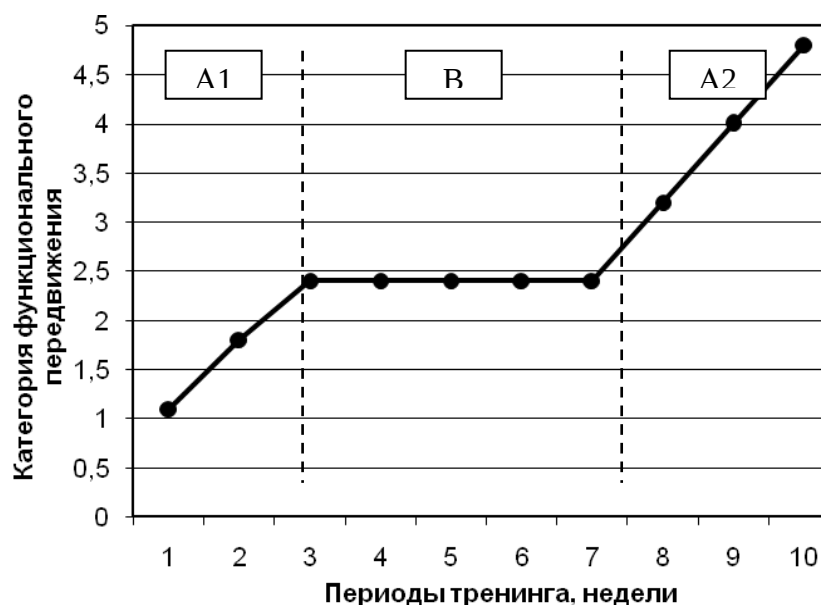
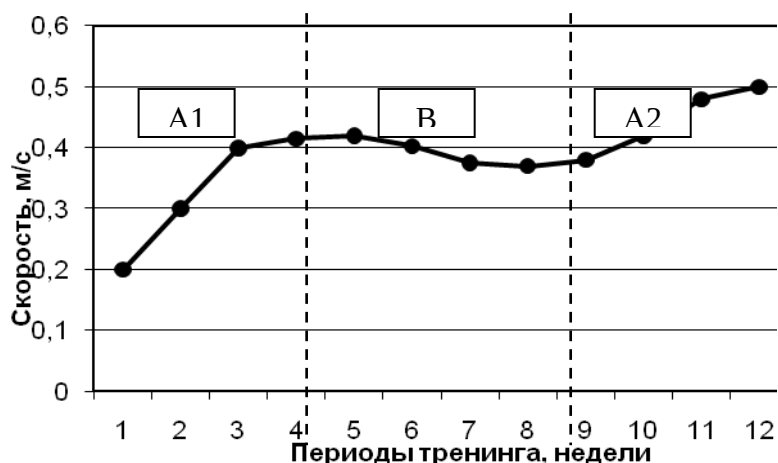


Рис. 6. Скорость ходьбы. Курс А1 и А2 – применение метода NTD и нейро-ортопедического костюма. Курс тренировок В – традиционная схема ЛФК и физиотерапии.



Выводы:

1. Тренинг пациентов имеющих нарушения двигательных функций методом кинезотерапии и нейро-ортопедического устройства «Атлант» позволяет достичь высокого уровня их реабилитации, восстановить функциональную независимость и ускорить социально-трудовую реадaptацию больных.

2. Постоянные и последовательные тренировки больных с двигательными нарушениями способны восстановить правильную ходьбу у 24% наблюдавшихся больных, физиологичный двигательный стереотип - у 23%, увеличение скорости ходьбы имелось у всех наблюдавшихся пациентов основной группы.

Физические методы коррекции миофасциальной болевой дисфункции у больных спастическими формами ДЦП

Канукова З.В.

Кафедра медицинской реабилитации ГБОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, г. Владикавказ

Одним из тяжелых клинических проявлений спастических форм ДЦП является синдром миофасциальной болевой дисфункции (МФБС), закономерно формирующийся в условиях длительного гипертонуса мышц и порочного двигательного стереотипа. Хронически рецидивирующее течение МФБС значительно усугубляет тяжесть заболевания и снижает эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

Целью исследования являлось научное обоснование и разработка новой методологии восстановительного лечения спастических форм ДЦП, основанной на комплексном применении дифференцированной мануальной терапии и лечебной глины тереклит Северной Осетии. Проведено обследование и лечение 120 детям в возрасте от 3-х до 17 лет, страдающих спастическими формами ДЦП. Для диагностики миофасциальной болевой дисфункции использовались основные и дополнительные критерии (Дж. Тревелл и Д. Симонс, 1989), поверхностная ЭМГ, реовазография. При мануальном тестировании у всех больных был выявлен МФБС различной степени выраженности. В зависимости от выбранного лечебного комплекса все больные были разделены на три рандомизированные группы: I группе (40 чел.) в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий была включена дифференцированная мануальная терапия (МТ) с преимущественным применением мягких техник; II группе больных (40 чел) проводилась МТ и аппликации лечебной глины тереклит. Больные III группы (40 чел) получали традиционную восстановительную терапию и составили контрольную группу по отношению к первым двум. Сопоставление полученных результатов лечения в исследуемых группах выявило наиболее высокую терапевтическую активность лечебного комплекса, включающего дифференцированные методики мануальной терапии и аппликаций глины тереклит. Значительное улучшение отмечено у 11 (27,7%), улучшение у 21 (52,3%) больных. У 34 (85,0%) больных II группы отмечено снижение мышечного тонуса, миофасциальный болевой синдром устранен у 32 (80,0%). Предложенный метод лечения безболезнен, экономичен и доступен, оптимально сочетается с другими физическими факторами, что позволяет качественно улучшить сложный рутинный процесс реабилитации детей с ограниченными возможностями по месту их проживания.

Хронологические параметры формирования туалетных навыков у детей в Москве

Каркашадзе Г.А., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И.,
Клочкова У.Н., Лазуренко С.Б.

НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения ФГБУ «НЦЗД»

Актуальность. Своевременное формирование основных санитарно-гигиенических навыков является важнейшим показателем развития ребёнка: с одной стороны этот процесс базируется на психо-физиологическом комплексе готовности, с другой – является показателем психической и социальной зрелости ребёнка. До последнего времени среди педиатров, психологов и родителей сохраняется разночтения относительно времени начала и методологии обучения детей навыкам туалета. В нашей стране исследований по данной проблематике не проводилось.

Цель исследования. Ретроспективное изучение основных аспектов формирования туалетных навыков у детей Московского региона.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись семьи с детьми в возрасте от 2 до 5 лет, проживающие в городе Москве и в ближнем Подмосковье. Методом исследования являлся выборочный опрос 1087 респондентов (родителей) о формировании туалетных навыков у их детей с регистрацией полученной информации в специально разработанной анкете. В исследование не включались дети, страдающие задержками психического и/или речевого развития, а также хроническими инвалидизирующими заболеваниями.

Результаты и обсуждение. Средний возраст ребёнка к началу обучения туалетным навыкам составил $15,17 \pm 0,23$ мес. В возрасте до 1 года начинают процесс обучения более четверти - почти 28,5% семей москвичей, до 18 месяцев начинают обучение туалетным навыкам 60% семей, а после 18 месяцев – лишь 40%. В среднем полное овладение туалетными навыками у детей Московского региона происходит в интервале от 26 до 28 мес. (то есть, от 2 лет 2 мес. до 2 лет 4 мес.). Однако, в связи с большим разбросом показателей, более нагляден частотный анализ, согласно которому до 2,5 лет туалетные навыки мочеиспускания и дефекации осваивает соответственно 73,1% и 76% московских детей, а до 2 лет – 38,2% и 40%. Средняя продолжительность обучения туалетным навыкам от самых первых попыток обучения до полного освоения туалетных навыков составила $12,88 \pm 0,41$ мес.

Выводы: Как показало сравнение с зарубежными данными, в московских семьях дети начинают обучаться навыкам туалета существенно раньше, чем в странах северной Америки, западной Европы, и в Турции.

Выбор тактики хирургического лечения в сложных случаях нестабильности тазобедренного сустава у детей с ДЦП

Кенис В.М.

ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Росздрава, г. Санкт-Петербург

Актуальность. На сегодняшний день хирургическое лечение прогрессирующей нестабильности тазобедренного сустава у детей с ДЦП является общепринятым подходом, несмотря на объем и тяжесть вмешательств. На ранних этапах формирования нестабильности целесообразно выполнение превентивных мягкотканых вмешательств, а при более выраженных степенях – реконструктивных операций на тазобедренном суставе. Тем не менее, в ряде случаев возникает необходимость отсроченного выполнения реконструктивных операций, либо тяжесть основного и сопутствующих заболеваний ограничивает возможность применения стандартных вмешательств.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 22 пациента с ДЦП с нестабильностью тазобедренного сустава, у которых выполнение стандартных реконструктивных вмешательств было затруднено технически или тактически. У 8 пациентов с прогрессирующей нестабильностью при индексе миграции более 70% в связи с тяжестью основного заболевания были выполнены мягкотканые вмешательства. В 15 случаях у пациентов на фоне значительного мышечного гипертонуса первым этапом выполнялась селективная дорзальная ризотомия, после чего производили реконструктивные вмешательства в необходимом объеме. У 4 пациентов выполнялись паллиативные операции, направленные на ликвидацию болевого синдрома.

Результаты: улучшение центрации после мягкотканых вмешательств было достигнуто во всех случаях, удовлетворительная стабилизация сустава - в 75% случаев. У детей с тяжелым генерализованным мышечным гипертонусом показала свою целесообразность тактика с предварительными тонуспонижающими вмешательствами (селективной дорзальной ризотомией). Паллиативные операции обеспечивают удовлетворительную стабильность сустава и способствуют ликвидации болевого синдрома.

Выводы: реконструктивные операции являются основным методом выбора при нестабильности тазобедренного сустава у детей с ДЦП, однако применение альтернативной тактики в сложных случаях позволяет достигать удовлетворительных результатов и улучшить конечный результат лечения.

Лечение эквино-каво-варусных деформаций стоп у детей с ДЦП

Кенис В.М., Иванов С.В., Сапоговский А.В., Степанова Ю.А.

ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Росздрава, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Эквино-каво-варусные деформации являются одним из наиболее частых вариантов многоплоскостных деформаций стоп у детей с ДЦП. Наиболее характерны они для гемипаретической формы заболевания. Тактика их лечения до настоящего времени не унифицирована. Нами предлагается систематический подход к лечению данного варианта деформаций в соответствии с возрастом, характером деформации и ее тяжестью.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 55 пациентов с ДЦП с эквино-каво-варусными деформациями стоп. Консервативное лечение (инъекции ботулотоксина, этапные гипсовые коррекции) получали 20 детей. Показанием к проведению консервативного лечения были нефиксированные контрактуры и мобильные деформации. Хирургическое лечение в различном объеме проведено 35 пациентам. Показания к оперативному лечению ставились в соответствии с разработанным алгоритмом, учитывающим многофакторный характер как общих, так и локальных нарушений. В зависимости от возраста ребенка и тяжести деформации выполнялись соответствующие вмешательства (сухожильная пластика, селективная невротомия ветвей большеберцового нерва, остеотомия пяточной кости, трехсуставной артротомии).

Результаты лечения прослежены в сроки от 1 года до 7 лет. Консервативное лечение дает оптимальные результаты в возрасте 2-7 лет. Своевременное плановое применение ботулотоксинов в комбинации с этапными гипсовыми коррекциями (в том числе с применением принципов методики Понсети) позволяют достигать долгосрочных клинических результатов. Результаты оперативного лечения оценивались клинически и рентгенологически. Оценивалась опорность стопы, амплитуда пассивных и активных движений, а также ангулометрические параметры на рентгенограммах стоп. Изменения данных параметров показали улучшение основных показателей (большеберцово-таранного, таранно-пяточного, таранно-плюсневых углов), которые определяют положительную клиническую динамику.

Выводы: лечение эквино-каво-варусных деформаций стоп у детей с ДЦП требует систематического подхода в соответствии с возрастом, характером деформации и ее тяжестью. Преимущество консервативного и оперативного лечения позволяет избежать преждевременных и неоправданных вмешательств, а также уменьшить вероятность последующих рецидивов.

Опыт хирургического лечения детей с деформациями стоп при нейромышечных заболеваниях

Кенис В.М., Лахина О.Л., Степанова Ю.А.

ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Росздрава, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Прогрессирующие нейромышечные заболевания относятся к сфере совместных интересов детских неврологов, реабилитологов и ортопедов вследствие сложного множественного характера поражения нервной системы с вторичным вовлечением опорно-двигательного аппарата. Ортопедическое лечение этих пациентов традиционно сводится к профилактике прогрессирования деформаций, и активная хирургическая тактика применяется редко. Тем не менее, несмотря на первичный характер неврологических нарушений, деформации стоп на определенном этапе развития становятся причиной ограничения двигательных возможностей пациента.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением за 20010-12 год находилось 14 пациентов с прогрессирующими нервно-мышечными заболеваниями, которым проводилось оперативное лечение по поводу деформаций стоп. Среди них было 8 детей с болезнью Шарко-Мари, 3 пациента с врожденной миопатией, по 1 пациенту с миопатией Беккера, спинальной амиотрофией, и ААА-синдром. Основной ортопедической проблемой были деформации стоп (как правило – эквинусные или эквино-каво-варусные). У детей младших возрастных групп с эквино-каво-варусными деформациями стоп в 5 случаях нами применялась методика Понсети. В 3 случаях была достигнута полная коррекция деформации, в 2 случаях было получено существенное уменьшение деформации и сокращение объема оперативного вмешательства. Подкожные тенотомии ахиллова сухожилия без предварительного гипсования в качестве метода выбора использовались нами в 2 случаях при изолированных контрактурах (у пациента с миопатией Беккера и спинальной амиотрофией). У детей старше 12 лет при тяжелых эквино-каво-варусных деформациях стоп операциями выбора были артродезы суставов предплюсны с сухожильно-мышечной пластикой.

Результаты: во всех случаях были получены положительные локальные результаты (улучшение формы стопы и ее опорности, восстановление мышечного баланса). У большинства детей достигнуто улучшение общей моторики. Стойкие положительные результаты прослежены в сроки не менее 1,5 лет.

Выводы: хирургическое лечение деформаций стоп у детей с нейромышечными заболеваниями является эффективным средством их коррекции и позволяет достигать как восстановления анатомии и функции стоп, так и общих двигательных улучшений.

Высокодозная химиотерапия с трансплантацией аутологичными гемопоэтическими стволовыми клетками у детей с вторично-прогрессирующим рассеянным склерозом

Киргизов К.И., Бембеева Р.Ц., Скоробогатова Е.В., Волкова Э.Ю., Пилия С.В.,
Масчан А.А., Бологов А.А., Шульга С.Ю., Пристанкова Е.А.

ФГБУ «Российская детская клиническая больница» МЗРФ, ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии

им. Д.Рогачева» МЗРФ

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» МЗРФ, г. Москва

Актуальность. Несмотря на успехи иммуномодулирующей терапии при РС у детей, вопрос о лечении больных с тяжелыми рефрактерными формами остается открытым. Одним из признанных в мировой практике методов терапии подобных форм РС является высокодозная иммуноаблативная химиотерапия с последующей поддержкой гемопоэтическими стволовыми клетками.

Цель. Оценка эффективности метода высокодозной химиотерапии с последующей поддержкой гемопоэтическими стволовыми клетками в терапии детей с крайне тяжелым течением вторично-прогрессирующего РС (ВПРС).

Материалы и методы. Представлены данные о результатах лечения 6 пациентов с быстро прогрессирующим (злокачественным) течением РС. Средний возраст пациентов - $16,4 \pm 0,4$ лет. Длительность заболевания - $3,2 \pm 0,3$ года. Средняя оценка EDSS на момент начала терапии - $6.0 \pm 0,2$ балла. Терапия – циклофосфамид в сочетании с антитимоцитарным глобулином с последующей трансплантацией аутологичными гемопоэтическими стволовыми клетками (Ауто-ТГСК).

Результаты. Период наблюдения после химиотерапии составляет 2 - 32 месяцев. Средняя оценка по шкале EDSS составляет $3.5 \pm 0,3$ балла. Все пациенты находятся в клинико-рентгенологической ремиссии.

Вывод. Основной эффект проведенной терапии обусловлен действием иммуноаблативных препаратов. Применение гемопоэтических стволовых клеток определяется необходимостью сокращения периода аплазии кроветворения. Метод является эффективным средством купирования аутоиммунной воспалительной реакции. Проведение своевременной Ауто-ТГСК способствует минимизации уровня инвалидизации и значительно улучшает качество жизни пациентов. Данный метод терапии может являться жизнесохраняющим.

Некоторые аспекты проведения коррекционно-развивающего обучения в компенсирующем классе

Киселева Ю.Б.

ГКУЗ ЦМСР ДЦП ДЗМ, г. Москва

Необходимость всестороннего и целостного изучения личности школьника с интеллектуальной недостаточностью, а также комплексного воздействия на все структурные компоненты его психики – одна из актуальных задач современной дефектологии. Но в центре внимания продолжает оставаться интеллектуальное развитие таких детей, тогда как понимание педагогом особенностей эмоционального отношения учащегося к тем или иным сторонам окружающей действительности является важным условием эффективности коррекционного воздействия.

Успешность обучения детей, конечно, зависит от таких факторов как биологический возраст, состояние здоровья, школьная зрелость ребенка, уровень сформированности мышления, которое в младшем школьном возрасте становится доминирующей функцией. Коррекционное обучение - это не просто добавка к общеразвивающей работе с детьми. Оно выступает как условие преодоления или сглаживания некоторых трудностей, возникающих вследствие биологического нарушения, но, что, особенно ценно, оно лежит в основе формирования личности, имеющей то или иное отклонение в развитии. Школьная программа рассчитана на определенный уровень развития функциональных возможностей организма, и ребенок не может начать усваивать знания до тех пор, пока его организм, и в первую очередь ЦНС, функционально не будут готовы к этому процессу. Опираясь на разное содержание специального коррекционного обучения школьников с нарушениями интеллекта, изучали действие некоторых факторов, которые значительно обогащают процесс формирования личности. При одном и том же объеме и содержании коррекционного воздействия, формирующем в ребенка нравственные, эстетические, творческие способности, динамика личностного развития оказывается более заметной, чем результат развития психических функций. На основе анализа литературных источников, опыта работы педагогов можно выделить некоторые конкретные условия создания положительного эмоционального заряда в учебной деятельности школьников: необходимо положительное отношение ребенка к школе в целом; очень важно учить детей культуре чувств, понимание душевного состояния другого человека; наполнение учения положительными переживаниями, связанными с осознанием каждым ребенком своих возможностей в достижении успехов в работе; положительные эмоциональные переживания должна вызывать встреча с новым учебным материалом, новыми способами учебной работы, самостоятельными наблюдениями, исследованиями; в процессе обучения также должны присутствовать и эмоции с «отрицательной» модальностью, должно присутствовать и чувство преодоления трудности. Ребенок должен получать удовлетворение от самостоятельного преодоления трудностей. Все эти условия создают атмосферу эмоционального комфорта в процессе учения, без чего невозможно его успешное осуществление.

Подводя итоги, необходимо подчеркнуть, что важным фактором в формировании личности аномального ребенка играет не просто комплексное воспитание, а организация педагогического воздействия по принципу целостной системы специального обучения.

Эпидемиологические особенности детского церебрального паралича (дцп) в Смоленской области

Кислякова Е.А.

ГБОУ ВПО СГМА, кафедра неврологии и нейрохирургии, г. Смоленск

Актуальность. Важность изучения проблемы ДЦП определяется увеличивающейся распространенностью и социальной значимостью заболевания.

Цель: выявить эпидемиологические особенности детского церебрального паралича в Смоленской области в период с 2000-2011год.

Результат. Болезни нервной системы в Смоленской области занимают в структуре заболеваемости 6 место и составляют 2,2 % от всех заболеваний у детей 0-14 лет. Данные показатели почти в 2 раза ниже, чем в РФ и ЦФО (3,9%). За последние 10 лет отмечается рост общей (на 11%) и первичной (на 30,1%) заболеваемости болезнями нервной системы у детей 0-14 лет. Не смотря на уменьшение абсолютного числа детей-инвалидов, связанного со снижением общего количества детей в популяции уровень инвалидности вследствие болезней нервной системы в Смоленской области увеличился с 22,5 в 1999г. до 31,8 в 2011г. на 10000 детского населения. Среди инвалидизирующих заболеваний нервной системы преобладает ДЦП- 59,9% (1999 г.)- 77,2% (2011 г.), что составляет 9,2% (1999 г.)- 14,7% (2011 г.) в общем контингенте детей-инвалидов.. С 1999 по 2011 гг. заболеваемость ДЦП увеличилась в 1,2 раза и в 2011 году составила 340,1 на 100.000 детского населения, а инвалидность увеличилась в 1,8 раза и в 2011 году составила 24,5 на 10.000 детского населения. В структуре инвалидности вследствие ДЦП по возрасту преобладают инвалиды в возрасте 5-9 лет, удельный вес их колеблется в пределах 35% от общего числа. При оценке возрастных особенностей постановки диагноза ДЦП у пациентов выявлено, что эта патология на первом году жизни была диагностирована только у 34,0% больных, причем, в основном при тяжелой форме заболевания. Инвалидность на первом году жизни была оформлена лишь у 24,5% и также, в основном, при тяжелой форме ДЦП - 43,5%. У подавляющего большинства пациентов (66,0%) диагноз ДЦП был выставлен после 12-ти месяцев жизни, а у 6,4% детей - после 5-летнего возраста.

Выводы: за последние десятилетие в Смоленской области наблюдается выраженная тенденция к постоянному увеличению уровня заболеваемости и инвалидности ДЦП, который не только относится к наиболее распространенной патологии ЦНС у детей, но и занимает ведущее место среди заболеваний, приводящих к инвалидности.

Очаговые изменения на электроэнцефалограмме детей с ДЦП

Клиточенко Г.В., Тонконоженко Н.Л., Долженко Т.С., Кривоножкина П.С.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

При ДЦП отмечаются изменения в головном мозге, которые могут проявляться на электроэнцефалограмме в виде очагов эпилептического и неэпилептического характера.

Цель работы: изучить частоту встречаемости и локализацию очагов эпилептического и неэпилептического характера, а также выявить зависимость локализации очагов от формы ДЦП.

Были исследованы электроэнцефалограммы 95 детей с диагнозом ДЦП. Проведен анализ ЭЭГ с использованием возможностей программного обеспечения прибора "Энцефалан" (г. Таганрог).

В результате распределение больных детей по локализации очагов эпилептического и неэпилептического характера выглядело следующим образом. Очаговые изменения неэпилептического характера в правом полушарии (88,8%) встречаются значительно чаще, чем в левом (11,2%). Очаги эпилептической активности отмечались в обоих полушариях с примерно одинаковой частотой – в левом 46,4 % и в правом – 53,6 %, были локализованы преимущественно в левой височной (26,6%) и правой центральной (20%) областях. Очаги неэпилептического характера чаще встречаются в правой лобно-височной (28,5%), правой височной (20%), правой центральной (14,2%), правой задне-височной (8,5%) областях. Больше всего очагов характерно для следующих форм ДЦП: спастической тетраплегии (25 %) и левостороннего гемипареза (16,8%). Очаги локализуются преимущественно в правой лобно-височной доле (30,8%), правой центральной (23%), левой височной (15,4 %). С одинаковой частотой встречаются очаги в правой лобно-центральной, правой передне-височной, правой теменно-височной и правой височной долях (по 7,7 %). Эпилептические очаги наиболее характерны для спастической тетраплегии (25,1%).

Таким образом, выраженность очаговых изменений при различных формах ДЦП коррелирует с тяжестью формы заболевания и, в большинстве случаев, соответствует характеру двигательных изменений. При этом анализ полученных данных позволяют предположить более высокую эпилептогенность очаговых изменений в левом полушарии при детском церебральном параличе.

Ранний опыт применения ботулинотерапии у детей со спастическими формами ДЦП с поражением верхних конечностей

Клочкова О.А., Куренков А.Л., Намазова-Баранова Л.С., Мамедъяров А.М.

ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, г. Москва, Россия

Актуальность: эффективным способом лечения локальной спастичности при ДЦП признано применение ботулинического токсина типа А (БТА). Уменьшение спастичности в верхних конечностях с помощью инъекций БТА в сочетании с традиционной комплексной реабилитацией не только облегчает обучение и социальную адаптацию, но и повышает качество жизни детей с ДЦП.

Цель: изучить эффективность применения ботулинотерапии в комплексной реабилитации детей со спастическими формами ДЦП с поражением рук.

Пациенты и методы: в исследование включено 23 ребёнка (14 мальчиков и 9 девочек) от 2 до 14 лет 7 мес (медиана возраста 52 мес). 10 детей – с гемипарезом, 9 — с диплегией, 4 — со спастическим тетрапарезом (по МКБ-10). Для объективной оценки результатов лечения использовались международные шкалы: модифицированная шкала Ashworth, шкала мышечной слабости, GMFCS и GMFMS-88, MACS. Всем детям проводились инъекции БТА (препарат Диспорт) в спастичные мышцы рук и, при наличии показаний, в мышцы ног. Суммарная доза препарата составила от 3,1 до 35 Ед/кг, доза для мышц рук (с учётом больших грудных мышц) – от 1,7 до 24 Ед/кг в зависимости от числа и размера мышц, возраста и веса пациентов, выраженности спастичности. После инъекций БТА дети начинали комплексную реабилитацию. Ближайшие результаты оценивались, в среднем, через 14 дней после инъекции.

Результаты: у всех детей отмечено снижение спастичности в инъецированных мышцах (в среднем, на 1 балл по шкале Ashworth, в 3 случаях - на 2 балла). Большого снижения мышечного тонуса удавалось достичь у детей младшего возраста. Значимого уменьшения силы в инъецированных мышцах не отмечалось. Изменение класса по шкале MACS достигнуто у 3 пациентов с тетрапарезом. Изменений по шкалам GMFCS и GMFMS-88 в ближайшем периоде наблюдения зарегистрировано не было.

Выводы: после инъекций БТА и начала комплексной реабилитации уже в ближайшие сроки удаётся снизить спастичность без значимой потери силы в мышцах верхних конечностей и достичь объективного улучшения функции. Для оценки отдалённых результатов инъекций БТА при реабилитации верхних конечностей у детей с ДЦП планируется катamnестическое наблюдение за пациентами.

Оценка изменений мышечного тонуса у пациентов с церебральными параличами

Козьявкин В.И., Волошин Т.Б., Гордиевич М.С., Качмар О.А.

Международная клиника восстановительного лечения, г. Трускавец, Украина.

Спастичность является важным симптомом центральных параличей, существенно нарушающим двигательные и функциональные возможности пациента. Применение системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации у детей со спастическими формами церебрального паралича позволяет добиться значительного снижения мышечного тонуса, что является существенным критерием эффективности лечения.

Целью данного пилотного исследования была оценка изменений мышечного тонуса у пациентов с церебральным параличом после одной биомеханической коррекции позвоночника, а также после двухнедельного курса реабилитации за системой интенсивной нейрофизиологической реабилитации. Исследование проводилось на группе из 28 пациентов со спастическими формами ДЦП, возрастом от 7 до 18 лет, которые проходили курс лечения в Международной клинике восстановительного лечения.

Проведение этого исследования стало возможным благодаря применению устройства «Нейрофлексор», разработанного и апробированного в Каролинска Институте (Швеция), и дающего возможность количественной оценки спастичности. Рука пациента фиксируется в устройстве, которое осуществляет серию пассивных сгибаний-разгибаний в запястном суставе с разной скоростью и измеряет при этом силу сопротивления. Используя разработанную математическую модель, количественно определяются разные составляющие силы сопротивления пассивному движению: инерционный компонент, эластический, вязкий и собственно невральный, который является эквивалентом спастичности.

После однократного проведения биомеханической коррекции позвоночника снижение неврального компонента (т.е. спастичности) отмечалось в 84% случаев, при этом средние показатели компонента снизились с 8,32 до 6,50 ньютона. В конце двухнедельного курса отмечалось дальнейшее снижение показателя до 4,68 ньютона.

Полученные данные подтверждают эффективность системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации для снижения спастичности у пациентов с детским церебральным параличом.

Основы системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации

Козьявкин В.И., Качмар О.А.

Международная клиника восстановительного лечения, г. Трускавец, Украина

Детский церебральный паралич является одной из самых распространенных причин детской инвалидности. Большинство существующих подходов к лечению этого заболевания недооценивает значение патологического влияния со стороны суставно-мышечного аппарата и, особенно, структур позвоночника, на дальнейшее моторное и психическое развитие ребенка.

При церебральных параличах все структуры позвоночника, особенно суставы, подвергаются вторичным изменениям, нарушаются их двигательные функции, формируются функциональные блокады позвоночно двигательных сегментов (другое название - вертебральные сублюкации). Согласно определению ВОЗ, принятом в 2005 году, вертебральная сублюкация - это повреждение или дисфункция сустава или двигательного сегмента, при котором изменяется сопоставления поверхностей сустава, целостность движения и физиологическая функция, но контакт между суставными поверхностями остается непораженными.

Восстановление подвижности суставов позвоночника способствует устранению вертебральных сублюкаций и ликвидирует оказываемые ими негативные влияния. В организме ребенка формируется новое функциональное состояние, которое сопровождается нормализацией мышечного тонуса, кровообращения, обмена веществ, трофики тканей и открывает новые функциональные возможности для дальнейшего моторного и психо-речевого развития ребенка. На этих принципах построена Система интенсивной нейрофизиологической реабилитации.

Основной комплекс лечебных мероприятий включает в себя наряду с биомеханической коррекцией позвоночника также мобилизацию суставов конечностей, рефлексотерапию, мобилизующую гимнастику, специальную систему массажа, ритмическую гимнастику, апитерапию и механотерапию.

Более 70 тысяч пациентов из 60 стран мира прошли курс реабилитации по Системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации. Многочисленные научные исследования подтверждают эффективность этой системы.

Интернет система домашней игровой тренировки двигательных нарушений. Пилотное исследование

Козьявкин В.И., Качмар О.А., Абликова И.В., Маркелов В.Е, Качмар Б.О.

Международная клиника восстановительного лечения, г. Трускавец, Украина

Для повышения мотивации пациента и эмоционального вовлечения его в процесс лечения создана Интернет система домашней игровой реабилитации двигательных нарушений. Выполняя упражнения, пациент в то же время играет в компьютерную игру, которая мотивирует его, способствует развитию скорости реакции, координации движений и равновесия. Проведение домашних тренировок не требует специализированного дорогостоящего оборудования. Необходим лишь компьютер с доступом в Интернет и балансировочная доска Nintendo – недорогой игровой контроллер, имеющий датчики давления в каждом углу. Информация о смещении центра тяжести тела пациента, стоящего на доске, передается на компьютер по беспроводной связи Bluetooth и используется в специально разработанных играх.

Для предварительной оценки эффективности применения Интернет системы домашней игровой тренировки двигательных нарушений был проведен анализ данных шести пациентов с детским церебральным параличом, в возрасте от 5 до 11 лет. Эти дети на протяжении двух недель (12 игровых сессий) ежедневно проводили игровые тренировки продолжительностью по 30 минут.

Все дети обследовались до и после курса лечения, оценка результатов проводилась на основании анализа данных стабилотрии и детской шкалы равновесия (Pediatric Balance Scale).

После курса домашних тренировок отмечалось снижение обоих показателей стабильности (средней скорости перемещения центра масс тела и площади стабильности) у пяти детей из шести, указывающее на улучшение функции равновесия. Повышение показателей детской шкалы равновесия на один или два бала отмечалось у 5 из 6 обследованных детей, что также является положительным результатом.

Таким образом, предварительные данные об улучшении функции равновесия у пациентов с ДЦП после курса домашних игровых тренировок указывает на перспективность применения компьютерных игровых технологий в реабилитации двигательных нарушений. Необходимы дальнейшие исследования.

Адаптационно-регуляторный подход к реабилитационно-абилитационным мероприятиям у детей с церебральными параличами

Кравцов Ю.И., Бронников В.А.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная академия Минздравсоцразвития России»

На основании результатов лонгитюдного исследования 157 детей со спастическими формами церебральных параличей нами установлено, что повреждение на ранних этапах нейроонтогенеза неспецифических систем мозга в постнатальном онтогенезе проявляется различными синдромами дезинтеграции, которые через измененные адаптационно-энергетические, нейродинамические, иммунно-регуляторные механизмы формируют устойчивые патологические и детерминантные системы, поддерживающие постнатальный дизнейроонтогенез. В данных условиях при проведении абилитационно-реабилитационных мероприятий афферентная стимуляция, не сопровождается необходимым регуляторным паттерном активации коркового уровня интеграции, и не приводит к формированию новой функциональной системы (ФС). Кроме того перенапряжение или недостаточное функционирование механизмов вегетативной регуляции, не адекватно обеспечивает развитие статико-моторных и психо-речевых функций, а не сформированность в морфо-функциональном отношении иммунологических систем, сопровождается развитием нейрогенного вторичного иммунодефицита.

В процессе проведения реабилитационных мероприятий необходима коррекция функционального состояния неспецифических систем мозга, и уменьшение внутри- и межсистемной дезинтеграции. При этом создаются: нейродинамические сегментарные и надсегментарные регуляторные предпосылки - нейродинамическое обеспечение, эмоционально-мотивационные предпосылки - эмоционально-мотивационное обеспечение; адаптационно-энергетические предпосылки - вегетативное обеспечение, адаптационно-иммунорегуляторные предпосылки – иммунологическое обеспечение формирования новых функциональных систем мозга. Совокупность данных обеспечивающих механизмов является важной составляющей частью реабилитационного потенциала, от функциональной сохранности которых зависит его уровень и эффективность абилитационно-реабилитационных мероприятий. Вышеизложенные положения составляют основные идеи адаптационно-регуляторного подхода в нейрореабилитации, которые продолжают нами развиваться в практическом и теоретическом направлениях.

Инновационные технологии в реабилитации детей-инвалидов с двигательными нарушениями

Кротова Л.Н., Зиновьев А.М., Бронников В.А.

Краевое государственное автономное учреждение «Центр комплексной реабилитации инвалидов», г. Пермь

Функциональное восстановление организма невозможно при нарушении двигательных функций, именно поэтому кинезотерапия (ЛФК) – составляет основное звено медицинской реабилитации, и в последнее время рассматривается как самостоятельное направление двигательной (физической) реабилитации.

Двигательная реабилитация пациентов с ДЦП в нашем отделении проводится поэтапно с использованием классических форм ЛФК: лечение положением, дыхательная гимнастика, гимнастические приемы расслабления спастических мышц, активная и пассивная лечебная гимнастика, механотерапия, массаж и нейрореабилитационных методов кинезотерапии включающих: систему рефлекторных упражнений, Войта-терапия (элементы), PNF (элементы), вертикализация пассивная - тренировка ортостатической устойчивости, опороспособности, вертикализация активная – тренировка в коленопоре, параподиуме и ходунках, тренажерная гимнастика, метод динамической проприоцептивной коррекции в РПК «Атлант» и «Гравистат».

В качестве дополнительных методов используется криотерапия и электростимуляция нервно-мышечного аппарата. Применение сочетания этих методов у одного пациента повышает эффективность реабилитации по срокам восстановления (развития) навыка и его качества. Для закрепления эффекта кинезотерапии обязательное применение ортопедических изделий.

Существующие и практикуемые в ЛФК общепринятые схемы лечения больных с двигательным дефицитом малоэффективны при средне-тяжелых и тяжелых формах двигательных нарушений, именно поэтому возрастает роль нейрореабилитационных методик.

Использование в 2011 году новых нейрореабилитационных технологий, таких как активная вертикализация в параподиуме, применение костюмов Атлант и Гравистат позволили почти в 2 раза улучшить эффективность двигательной реабилитации. Таким образом, применение инновационных технологий в двигательной реабилитации дает возможность повысить эффективность восстановления двигательных функций у детей-инвалидов, имеющих значительные двигательные расстройства.

Изобразительная деятельность как средство интеграции детей с двигательной патологией в коллектив здоровых сверстников

Кузнецова Г.В.

МГГУ им. М.А. Шолохова, г. Москва

В настоящее время социальная интеграция лиц с нарушениями развития рассматривается в качестве приоритетного направления социальной политики России. При этом, под интеграцией понимается полное, равноправное включение личности, развивающейся в условиях недостаточности, во все возможные и необходимые сферы жизни социума, достойный социальный статус, достижение высокого качества жизни и самореализации в обществе. В рамках такой модели социальной интеграции люди с ограниченными возможностями жизнедеятельности и трудоспособности не приспособливаются, а активно включаются в жизнь общества, которое учитывает и понимает потребности каждого индивида.

Создание оптимальной модели интегрированного учреждения является актуальной проблемой современной специальной педагогики и психологии. В Институте коррекционной педагогики РАО были разработаны различные модели интегрированного обучения: комбинированная, частичная, временная и полная. Оптимальным является подход, когда интеграция не противопоставляется системе специального образования, а выступает как одна из альтернативных форм организации обучения. Такие условия созданы в комбинированных образовательных учреждениях.

В условиях учреждения со смешанным контингентом воспитанников, где вместе с обычными детьми находятся дети, нуждающиеся в коррекционно-развивающем обучении, возникает возможность создания таких видов совместной деятельности, в которых каждый из участников образовательного процесса (и ребенок с нарушениями развития, и его нормально развивающийся сверстник, и педагог, и члены семей) может реализовать себя в полной мере.

В содержании образовательных программ дошкольных учреждений занятия изобразительной деятельностью занимают важное место. Изобразительная деятельность, как никакая другая, позволяет реализовывать принципы интегрированного обучения.

Занятия изобразительной деятельностью предоставляют реальную возможность оптимизации совместной деятельности детей с нарушениями развития и их нормально развивающихся сверстников. Приобретение опыта социального взаимодействия при выполнении коллективных работ, в процессе совместной творческой деятельности, благотворно влияет на социально-психологическое развитие дошкольников, способствует формированию необходимых личностных качеств.

Изобразительная деятельность позволяет осуществлять коррекцию нарушений двигательной, познавательной сферы, формировать у детей пространственные представления, все формы восприятия, речевые функции, совершенствовать эмоционально-волевую сферу воспитанников.

Однако эффективность занятий изобразительной деятельностью может быть достигнута при условии правильной организации: создания определенной системы занятий, последовательного и систематического обучения детей. Занятия должны быть включены в единую систему работы, способствовать созданию единого образовательного пространства, оптимального для интеграции детей с двигательной патологией в социум. Должна учитываться взаимосвязь с другими направлениями педагогического воздействия, а именно, логопедическим, психологическим, дефектологическим и воспитательным. При этом необходимо учитывать возраст детей, уровень психического развития, двигательные возможности, особенности речевого развития.

Элементный состав волос детей дошкольного возраста с церебральным параличом

Ларионова А.Н.

НПЦ Детской психоневрологии, г. Москва

Макро- и микроэлементы (цинк, магний, медь, селен и другие) являются необходимыми компонентами, обеспечивающими функционирование нервной системы. Такие металлы как свинец, ртуть, кадмий способны вызывать нарушения в работе нервных клеток, оказывая непосредственное токсическое действие или конкурентно взаимодействуя с рецепторами и вызывая снижение содержания уровня эссенциальных элементов. Содержание металлов в волосах является интегральным показателем элементного гомеостаза организма.

Методом атомно-адсорбционной спектрометрии исследованы волосы 16 детей дошкольного возраста, постоянно проживающих в Москве и Московской области, страдающих церебральным параличом. Анализ результатов проводился путем сравнения полученных данных с содержанием элементов в волосах здоровых дошкольников центрального региона России (Скальный, 2000).

Выявлены существенные отклонения в элементном гомеостазе детей с церебральным параличом: снижение содержания эссенциальных элементов: цинка (у 75% обследованных), кальция (50%), магния (37,5%), селена (100%), кобальта (100%), повышение концентрации свинца (50%), никеля (75%), хрома (37,5%).

Изменение содержания элементов в организме обследуемых может являться дополнительным фактором, усугубляющим нарушение функционирования нервной системы, костно-суставного аппарата, мышечной ткани и других органов и систем у детей с церебральным параличом. Необходимо проведение корректирующих мероприятий, направленных на нормализацию содержания в организме эссенциальных макро- и микроэлементов, выведение токсичных металлов, а также разработка индивидуального рациона питания с увеличением количества продуктов с повышенным содержанием недостающих элементов.

Детский церебральный паралич как смешанный вариант психического дизонтогенеза

Левченко И.Ю.

МГГУ им. М.А. Шолохова, г. Москва

За последнее десятилетие научные представления об особенностях развития детей с детским церебральным параличом расширились и уточнились.

Выявление и накопление новых фактов связано с тем, что дошкольное и школьное образование стали получать дети с тяжелыми проявлениями заболеваний, которые до середины 90-х годов XX в. считались необучаемыми.

В научных исследованиях 60-х-90-х годов XX в. широко представлены работы изучения познавательных, речевых, личностных особенностей детей и подростков с легкими проявлениями заболевания (Е.Ф. Архипова, Э.С. Калижнюк, И.И. Панченко, М.В. Ипполитова, Е.М. Мастюкова и др.). На основании анализа вышеуказанных источников В.В. Лебединский (1988) отнес ДЦП к дефицитарному варианту дизонтогенеза, при этом речевые нарушения у этих детей трактовались как речедвигательные, а нарушения зрения, как обусловленные поражениями мышц - глазодвигателей. Эта точка зрения прочно утвердилась в специальной и детской клинической психологии и повторена многими авторами. Результаты научных исследований последнего десятилетия заставляют по-новому взглянуть на эту проблему.

В России уже более 10 лет функционируют школы для детей с тяжелыми двигательными нарушениями, дошкольники с тяжелыми проявлениями заболевания посещают группы кратковременного пребывания в ДОО комплектованного вида, лекотеки, реабилитационные центры. Анализ клинических диагнозов учащихся образовательных учреждений для детей с тяжелыми двигательными нарушениями показывает, что по неврологической симптоматике их состав существенно отличается от контингента традиционного образовательного учреждения для детей с двигательными нарушениями. У 80% воспитанников диагноз ДЦП был поставлен до 1 года, что свидетельствует о тяжести клинической симптоматики уже на ранних этапах развития.

Критериями отнесения к тяжелой степени проявления заболевания является отсутствие самостоятельной ходьбы, самообслуживания, тяжелое поражение рук, затрудняющее манипулятивную деятельность. Такие дети теперь составляют основной контингент учащихся школы-интерната и лекотек.

Помимо тяжелых двигательных нарушений большинство детей имеют сопутствующие заболевания: соматические заболевания, вегетососудистые дистонии, эписиндром, неврозы.

Почти все учащиеся имеют речевые нарушения в виде дизартрии различной этиологии и степени выраженности. При этом у всех детей ограничен лексический словарь, нарушен лексико-грамматический строй речи, фонематический слух, темп и ритм речи. Выявлены множественные и достаточно тяжелые недостатки речевого развития, связанные, в основном, с нарушениями мышечного тонуса в артикуляционной аппаратуре.

У детей отмечается нарушения речедвигательного анализатора, которые выражаются в нарушении мышечного тонуса лицевой мускулатуры, губ, языка, трудностями навыков жевания и глотания.

Патология зрения, слуха приводит к нарушению координированной цельности различных анализаторных сил. Результаты изучения детей с тяжелыми двигательными

нарушениями вследствие ДЦП, представленные в работах А.А. Гусейновой, В.И. Николаенко, Т.Н. Симоновой и др. показывают, что особенности развития детей данной группы следует отнести к смешанному варианту дизонтогенеза, при котором сочетаются симптомы дефицитарного развития с симптомами недоразвития или задержанного развития. Более 70% детей с тяжелыми проявлениями ДЦП могут рассматриваться как дети со сложными (комплексными) нарушениями развития, при которых сочетаются два и более первичных нарушения. Наиболее часто встречаются сочетания двигательных нарушений с органической задержкой психического развития (до 50%) в дошкольном возрасте или с умственной отсталостью разной степени тяжести (около 25%). Гиперкинетическая форма ДЦП часто сочетается с нарушением слуха. Разные нарушения зрения в сочетании с двигательными нарушениями представлены также достаточно часто. К сожалению, программы, учебный план, технологии коррекционно-развивающей работы для детей с сочетанием двигательных и сенсорных нарушений разработаны недостаточно. Эти дети часто оказываются вне образовательного пространства, хотя как это показывает опыт, обучение таких детей может быть успешным при наличии необходимости образовательных условий. Гораздо меньше мы знаем об особенностях и возможностях детей с ДЦП, которых можно отнести к группе детей с множественными дефектами: у них двигательные и сенсорные нарушения сочетаются с умственной отсталостью.

Одной из актуальных проблем современной коррекционной педагогики является разработка специальных образовательных условий и технологий социализации детей и подростков с тяжелыми двигательными нарушениями в сочетании с сенсорными и интеллектуальными дефектами.

Социальные проблемы реабилитации детей с ограниченными возможностями

Лильин Е.Т.

*Российская медицинская академия последиplomного образования
«Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ», г. Москва*

Рост детской инвалидности, отмечающийся в последнее время, ставит перед нами проблемы развития и совершенствования основных реабилитационных мероприятий в стране (таблица 1).

Таблица 1

Основные проблемы совершенствования реабилитации детей-инвалидов
1. Отсутствие этапности и преемственности в работе учреждений различной ведомственной принадлежности. 2. Отсутствие единого концептуального подхода к решению проблем комплексной реабилитации детей-инвалидов (восстановительное лечение, психологическая, педагогическая и социальная работы). 3. Создание федеральных окружных и региональных центров реабилитации 4. Подготовка кадров специалистов-реабилитологов. 5. Введение специальности «врач-реабилитолог», «педагог-реабилитолог» и т.д. 6. Разработка основ национального плана действий по профилактике рождения и комплексной реабилитации детей-инвалидов (врожденного и наследственного генезов). 7. Внедрение интерактивной (взаимодействие инвалида и общества) модели реабилитации. 8. Активное участие средств массовой информации в решении проблем детей и взрослых лиц с ограниченными возможностями.

Решение данных проблем, на наш взгляд, почти не потребует серьезных материальных вложений. Прежде всего необходимо начать с создания в регионах реабилитационных центров на базе аналогичных отделений областных больниц, что потребует лишь обучения кадров и небольших затрат на закупку реабилитационного оборудования. Крайне необходимы для роддомов и родителей краткие листовки при рождении ребенка-инвалида, издание специального журнала для родителей детей с ограниченными возможностями, телевизионное время на государственных и частных каналах о жизни, проблемах детей-инвалидов и путях их решения, включая социально-юридические и семейные проблемы. Прекратить или, во всяком случае, подумать о необходимости лицензирования сотен и тысяч, так называемых, благотворительных фондов и реабилитационных центров, весьма часто наносящих непоправимый вред здоровью детей с «ограниченными возможностями». Наконец, последнее – введение инклюзивного образования детей-инвалидов и проблема «буллинга», к которой мы абсолютно не готовы.

Подводя итог, отметим, что в основе успешности конкретной, большой и весьма нелегкой работы по профилактике рождения детей-инвалидов и их дальнейшей комплексной реабилитации лежит действительное, а не декларируемое пробуждение социальной совести нации.

Социальные проблемы роста детской инвалидности

Лильин Е.Т.

*Российская медицинская академия последипломного образования
«Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ», г. Москва*

Рост детской инвалидности наблюдается во всех развитых странах и в настоящее время достигает 5-6%. Сказанное является, с одной стороны, платой за техногенное развитие общества, с другой – результатом развития новых медицинских технологий, позволяющих выхаживать маловесных детей и детей с врожденной и наследственной патологией, которые ранее самостоятельной элиминировались из общества.

В соответствии с этим, по нашим оперативным данным, число детей-инвалидов в России составляет не менее 1,5 миллионов человек, половина из которых страдает морфо-функциональными нарушениями (включая хромосомные болезни), а половина – умственными проблемами (умственная отсталость различной степени выраженности, аутизм, ранняя детская шизофрения и т.д.). К сожалению, по тем или иным причинам, большинство этих детей впоследствии остаются без попечения родителей и оказываются в интернатных учреждениях разного типа (дом ребенка, детский дом, школа-интернат). Общее количество таких детей достигает более 190 тысяч человек.

Естественно, не все дети в этих учреждениях - дети-инвалиды, но все они, по сути, оказываются детьми с «ограниченными возможностями» в силу серьезнейших проблем, связанных с так называемым «госпитализмом», подразумевающим под собой: монотонный образ жизни, ограниченность связей с внешним миром, бедность впечатлений, скученность, недостаток жизненного пространства, скудность выбора занятий, зависимость от персонала, отсутствие интимного уюта, регламентированность деятельности учреждения.

Очевидно, что, выходя в большую жизнь и не имея достаточных навыков и умений самостоятельного существования, они становятся весьма серьезным источником анти социального поведения (воровства, алкоголизма и наркомании), поскольку социум, не подготовленный к их восприятию, с готовностью накладывает на них те или иные ограничения: физическое ограничение и изоляция, трудовая сегрегация, малообеспеченность, информационный барьер, эмоциональный барьер, ограничение создания семейной среды и др.

Вот почему раннее выявление инвалидности, ее профилактика даже в дородовом периоде, информированность родителей о причинах инвалидности, перспективах комплексной реабилитации больного ребенка, его дальнейшего жизненного пути, борьба с «табуированностью» мышления ребенка и родителей о его образовательном цензе и профессиональном выборе приобретают первостепенное значение.

Применение авторских разработок «Развитие грамматических категорий у детей раннего и дошкольного возраста в логопедической практике в восстановительном лечении детей»

Лукина Н.А., Борисенко М.Г., Юрьева Р.Г.

СПб ГКУЗ «Городской центр восстановительного лечения детей с психоневрологическими нарушениями», г. Санкт-Петербург

Вопрос интеграции детей-инвалидов является в настоящее время актуальным в дефектологии и логопедии. Социализация является одним из важнейших средств для самостоятельной будущей жизни ребенка. Одним из аспектов социализации ребенка является правильно развитая речь. Из опыта работы СПб ГКУЗ «Городской центр восстановительного лечения детей с психоневрологическими нарушениями», обеспечивающего восстановительным лечением и различными видами реабилитации детей, имеющих преимущественно церебральные нарушения (ДЦП), важной составляющей медицинской деятельности является взаимодействие всех специалистов и служб центра для социализации и интеграции ребенка и его семьи в общество, способствовать повышению качества жизни. Дети с ДЦП в центре составляют до 70 человек, 80% из них имеют различные речевые нарушения, что является показательной моделью для понимания патологического формирования грамматического строя речи.

Нами проведены исследования на 40 детях 3-его года жизни и 40 детях дошкольного возраста (2009-2011г.) имеющих нарушения речи при ДЦП. Для проведения эффективной работы разработаны схемы диагностики грамматических категорий у детей с ДЦП, в которую входили таблицы по словоизменениям, словообразованиям и лексике по каждому возрастному периоду (2-3 года, 3-4 года, 4-5 лет, 5-6 лет, 6-7 лет). Таблицы дают четкое и наглядное представление, на каком уровне развития грамматических категорий находится ребенок. Такой подход к коррекционной работе построен на основных педагогических и нозологических принципах подхода к развитию ребенка, и является индивидуально-ориентировочной моделью для проведения коррекционной работы с каждым ребенком. Данная модель учитывает: индивидуальные особенности ребенка, причины затруднения усвоения заданного материала, позволяет наметить и реализовать индивидуальный реабилитационный маршрут для каждого ребенка по развитию грамматических категорий. Авторский материал по развитию грамматических категорий построен по принципу лексических тем, соответствующих типовой «Программе воспитания и обучения в детском саду» под редакцией М.А.Васильевой М. 2004г.

Специальная работа по формированию грамматических категорий является оптимизирующим фактором, позволяющим повысить результативность всего реабилитационного процесса. Авторами (Лукиной Н.А., Борисенко М.Г.) наработан, опробирован и опубликован практический материал для формирования грамматических категорий у детей раннего и дошкольного возраста. В предложенной серии книг «Грамматика в играх и картинках» (31 книга) авторы предлагают использовать специальные приемы, формирующие нужные для ребенка грамматические категории: исправление ошибок, многократные упражнения в игровой форме, подчеркивание голосом нужной части слова и т.д. Заниматься с играми по развитию грамматических категорий следует непродолжительное время, так как грамматический материал для восприятия ребенка с ДЦП порой бывает сложен. Играм и упражнениям стоит отводить 5-10 минут. Они могут проводиться как индивидуально, так же могут входить частью в занятие. Применение Авторских разработок по развитию грамматических категорий у

детей раннего и дошкольного возраста помогает решить следующие задачи: выявить уровень развития грамматических категорий, определить уровень отставания развития грамматических категорий у ребенка от показателей его паспортного возраста дает возможность составить индивидуальный план коррекционной работы в соответствии с потребностями каждого ребенка, при проведении повторного реабилитационного курса дает возможность учитывать результаты работы предыдущего курса, помогает отработать четкие рекомендации для проведения дальнейшей коррекционной работы, помогает социализации ребенка в речевой среде.

Применение методики «Over head» в лечении пациентов с высоким вывихом бедра

Малахов О.А., Транковский С.Е.

ФГБУ НЦЗД РАМН, г. Москва

Актуальность: Лечение пациентов с высоким врождённым вывихом бедра остаётся по настоящее время сложной задачей. Неудачи при попытке вправить вывихи гипсовыми повязками заставляет ортопедов расширять показания к открытому вправлению бедра.

Цель: Повысить эффективность лечения больных с высоким врождённым вывихом бедра в частности в группе с сопутствующим поражением ЦНС.

Материал и методы: Исследование проводилось на 6 пациентах в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет с высоким врожденным вывихом бедра в период с 2011 по 2012 г. По этиологии вывихи делились на: паралитические- 3 (Врождённая спинномозговая грыжа с нижним вялым парапарезом), спастический -1(ДЦП спастический тетрапарез), диспластические- 2 (Врождённый вывих бедра). Клинически у всех пациентов отмечались характерные симптомы вывиха бедра: относительное укорочение нижних конечностей, сгибательные и приводящие контрактуры в тазобедренных суставах. При наличии поражения ЦНС проявлялись симптомы характерные для данного типа поражения ЦНС. Рентгенологически определялись высокие подвздошные вывихи одно или двусторонние. Всем детям проводилось вытяжение на балканской раме, по стандартной методике. Вправление бедра достигнуто во всех случаях, в дальнейшем проводили фиксацию нижних конечностей в гипсовых повязках.

Результаты: Применяя методику «over head» нам удалось выполнить закрытое вправления вывихов бёдер во всех случаях. Данная тактика позволила добиться хорошего клинического и рентгенологического результата. В ряде случаев у пациентов остаются вторичные подвывихи бедра, исправить которые возможно внесуставными видами операций.

Выводы: Применение методики «over head» позволяет консервативно вправить вывих бедра, последующая фиксация в гипсовых повязках с переводом в процессе роста на отводящую шину удерживает головку бедра во впадине. Динамика развития ацетабулярного индекса зависит в первую очередь от возраста пациента, а не от сопутствующего поражения ЦНС.

Опыт работы Украинского медицинского центра реабилитации детей с органическим поражением нервной системы МЗ Украины

Мартынюк В.Ю., Здвижкова В.Н., Майструк О.А.

Украинский медицинский центр реабилитации детей с органическим поражением нервной системы МЗ Украины, г. Киев, Украина

Цель работы: изучить эффективность реабилитационных мероприятий в Украинском медицинском центре реабилитации детей с органическим поражением нервной системы МЗ Украины.

В течение 1996 – 2011гг. в Центре проведено 159 курсов реабилитации по модели «Тандем- партнерство», «Ребенок - семья – специалист», на которых пролечено 8738 детей со всех регионов Украины.

Использовались следующие методики медицинской реабилитации: Бобат-терапия, Войта-терапия, лечебная физкультура (лечебная гимнастика, лечебный массаж, формирование паттерна ходьбы на тредбане, вестибулярная тренировка, механотерапия, лечение положением), мануальная терапия, рефлексотерапия, методика интегральной проприоцептивной нейро-мышечной кинезиотерпии и скальппунктуры, метод динамической проприоцептивной коррекции с использованием рефелекторно-нагрузочного устройства «Гравитон» по методу К.Семеновой, физиотерапевтические методики (магнитолазерная терапия, биомеханическая стимуляция мышц, теплолечение), гидрокинезиотерапия, консервативная нейроортопедическая помощь (этапное гипсование, миорелаксирующие блокады мышечной спастики – ботулинистическим токсином, ортезирование), сенсорная интеграция, технические и вспомогательные средства.

Социально-педагогическая реабилитация включала: психологическую коррекцию, психопатологическую коррекцию, социально-психологическую коррекцию, логопедическую коррекцию, социальную терапию, Монтессори-терапию, тифлопедагогику и пр.

На курсе лечения каждого ребенка разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации, которая включала одну из основных медицинских методик или комбинацию нескольких и социально-педагогическую реабилитацию, например: Бобат-терапия – массаж – ЛФК – коррекция вскармливания – тифлопедагогика – сенсорная стимуляция – коррекционная и психотерапевтическая работа с родителями ребенка; Войта-терапия – Бобат-терапия – орофациальный массаж (Castillo-Morales) – коррекционная и психотерапевтическая работа с родителями ребенка; рефлексотерапия – массаж – ЛФК – мануальная терапия – механотерапия – сенсорная интеграция – холдинг-терапия – дифференцированный логопедический массаж и артикуляционная гимнастика и пр.). Комбинация методик проводилась с учетом возраста ребенка, степени нарушений физического и психологического развития, диагноза.

Дети с церебральным параличом составляли большинство – 65,9%; с двигательными и психоречевыми нарушениями, впоследствии перенесенной патологии нервной системы в перинатальном периоде – 14,9%; врожденные пороки развития нервной системы, деформации и хромосомной аномалии – 3,1%; акушерский паралич – 2,7%; минимальная мозговая дисфункция – 4,1%; последствия перенесенных постнатальных острых нарушений мозгового кровообращения – 1,8%; последствия воспалительных заболеваний ЦНС – 1,7%; наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы – 1,4%; гидроцефалия – 0,7%; другие – 6,4%.

Для оценки эффективности реабилитации используется анонимное анкетирование родителей пациентов, Войта-диагностика для детей первого года жизни, модифицированная шкала Ashworth для оценки мышечного тонуса, гониометрия, шкала оценки больших моторных функций (GMFCS). Было начато использование опросника для родителей оценки качества жизни детей с церебральным параличом – PedsQL. По результатам анонимного анкетирования родителей, эффективность реабилитации отмечается у более чем 93% опрошенных.

Выводы: используемый в Центре комплекс методов медико – социальной реабилитации детей с органическим поражением нервной системы и профессиональный опыт сотрудников позволяет более качественно сформировать индивидуальную программу реабилитации.

Применение препарата «Киндинорм» у детей раннего возраста с церебральными параличами и задержкой речевого и познавательного развития

Матвеева И.А., Назарова Н.А., Полушкина Н.В., Ильина З.И., Колесник А.С.

НПЦ ДПН ДЗ г. Москвы

Актуальность. Логопедическая помощь детям раннего возраста с церебральными параличами (ДЦП) и задержкой речевого и познавательного развития (ЗПРР) занимает важное место в комплексной системе их реабилитации. Поиск эффективных и безопасных лекарственных средств, способствующих адаптации детей к занятиям и повышению их обучаемости, остаётся актуальным. Ранее уже была показана возможность применения с этой целью гомеопатических лекарственных средств (ГЛС) из группы монопрепаратов. Препарат «Киндинорм» (Kindinorm) относится к фармакотерапевтической группе комплексных ГЛС. Показаниями к применению, указанными производителем, являются повышенная возбудимость, неусидчивость, нарушение концентрации внимания и расстройство сна. В то же время, анализ патогенезов компонентов препарата позволяет предположить более широкий спектр его эффектов.

Цель. Изучить возможность применения препарата «Киндинорм» у детей раннего возраста с различными формами ДЦП и ЗПРР различной степени выраженности.

Материалы и методы. Всего «Киндинорм» был применён у 48 детей в возрасте от 1г. 2мес. до 3-х лет с диплегической (35 детей), гемипаретической (7 детей) и атонически-астатической (6 детей) формами ДЦП. Из них: у 8 детей имелась выраженная ЗПРР, а у 40 средней степени. Однократно госпитализировалось 26 детей, 22 – повторно. Логопедическое обследование проводилось при поступлении и выписке из стационара.

Результаты. У всех детей отмечалось улучшение контакта с логопедом и повышение концентрации внимания после 1-й недели приёма препарата. Умеренно выраженная положительная динамика в виде улучшения познавательной деятельности и стимуляции речевой активности выявлена у 36 детей. Выраженная положительная динамика, когда отмечалось развитие познавательной деятельности по возрасту и улучшение речевой активности до степени её лёгкой задержки – у 8; у 4 детей динамика была минимальной.

Выводы. Препарат «Киндинорм» повышает работоспособность детей с ЗПРР при проведении логопедических занятий, что способствует повышению их эффективности.

Стабилографическая оценка эффективности применения опорной стимуляции у детей с церебральными параличами

Матвеева И.А., Фадеева Ю.В.

Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Актуальность: тяжесть двигательных проявлений детского церебрального паралича (ДЦП) и высокий процент инвалидизации детей, несмотря на применение различных средств реабилитации, диктуют необходимость поиска новых, патогенетически обоснованных восстановительных методик и объективной оценки их эффективности.

Цель работы: определить возможность применения стабилотрии для объективизации эффективности метода опорной стимуляции (ОС) в лечении двигательных нарушений у детей с различными формами ДЦП.

Пациенты и методы: 19 детей в возрасте от 2 до 13 лет, больных ДЦП: 12 – в форме спастической диплегии и 7 человек с гемипаретической формой. ОС проводилась при помощи подошвенного имитатора опорной нагрузки (модель «Корвит»). Стабилографическое исследование выполнялось на диагностическом комплексе «МБН Стабило». Для статистической обработки использовался парный критерий Стьюдента.

Результаты: после применения ОС у больных ДЦП в форме спастической диплегии наибольшие изменения произошли со среднеквадратичным отклонением общего центра давления (ОЦД) во фронтальной и сагиттальной плоскостях при стоянии с открытыми глазами – с 58 мм до 100 мм и с 37 мм до 56 мм ($p = 0,022$ и $p=0,080$), соответственно. Остальные показатели (коэффициент Ромберга, скорость перемещения ОЦД, площадь статокинезиограммы, показатель устойчивости при стоянии с открытыми и закрытыми глазами) достоверно не изменились. Вероятно, такие результаты обусловлены изначально большей вертикальной устойчивостью детей с ДЦП, обусловленной повышенным мышечным тонусом, ортопедической патологией суставов нижних конечностей и недостаточностью регуляторных систем. ОС позволила модифицировать сложившийся патологический двигательный стереотип, одновременно уменьшив вертикальную устойчивость.

Выводы: опорная стимуляция достоверно изменяет стабилографические характеристики вертикальной устойчивости детей с ДЦП, благодаря модификации патологического двигательного стереотипа.

Влияние приема комплексного гомеопатического лекарственного средства «авиа-море» на стабилографические характеристики вертикальной позы у детей с патологией ЦНС и соединительной ткани

Матвеева И.А., Фадеева Ю.В., Пасхин А.А.

НПЦ детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Актуальность: благодаря своей безопасности, гомеопатические препараты заняли прочное место в практике детского врача; их эффективность, а также механизм действия у детей с патологией ЦНС и опорно-двигательного аппарата нуждаются в дополнительном изучении при помощи современного диагностического оборудования.

Цель работы: оценить влияние приема гомеопатического препарата «Авиа-море» на стабилографические характеристики вертикальной позы у детей с патологией ЦНС и соединительной ткани.

Пациенты и методы: обследован 31 ребенок в возрасте от 4 до 17 лет с детским церебральным параличом (ДЦП) в форме спастической диплегии (14 человек), с гемипаретической (14 человек) и атонически-астатической (1 человек) формами ДЦП, рассеянным склерозом (1 человек) и недифференцированной формой дисплазии соединительной ткани (1 человек). Стабилографическое исследование проводилось на диагностическом комплексе «МБН Стабило» до приёма препарата и сразу после него. 24 больным было проведено дополнительное стабилографическое исследование с интервалом от 2 до 14 дней после приема препарата. Для статистической обработки использовался парный критерий Стьюдента.

Результаты: сразу после приема препарат «Авиа-море» достоверно уменьшался коэффициент Ромберга (с 233 до 136, $p = 0,05$) за счет увеличения площади статокинезиограммы при стоянии с открытыми глазами (с 400 до 629, $p = 0,05$). Показатель устойчивости уменьшался (с 87,8 до 83,7, $p = 0,003$). Отсроченное исследование не выявило изменений стабилографических показателей по сравнению с исходными значениями.

Выводы: гомеопатическое средство «Авиа-море» достоверно повышает устойчивость вестибулярного аппарата к сенсорным воздействиям, что позволяет применять его при патологии функциональной системы антигравитации. Механизм действия препарата у пациентов с ДЦП и его эффективность нуждается в дополнительном изучении.

Влияние аллергенспецифической иммунотерапии на когнитивные функции детей с поллинозом

Мурадова О.И., Намазова-Баранова Л.С., Торшхоева Р.М., Каркашадзе Г.А., Маслова О.И., Томилова А.Ю.

*НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения ФГБУ «НЦЗД»
РАМН, г. Москва*

Актуальность. В настоящее время одним из новых и перспективных направлений современной науки о детях является когнитивная педиатрия, исследующая познавательные функции и их изменения при различных патологических состояниях. Однако, у детей с аллергическими болезнями имеются лишь единичные исследования, описывающие их когнитивные функции (КФ).

Цель исследования: выявить влияние ранее проведенной аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) на когнитивные функции детей с поллинозом.

Материалы и методы: Проведена комплексная оценка состояния КФ у 97 детей в возрасте от 8 до 17 лет, с клинически верифицированным диагнозом «Поллиноз» в периоде ремиссии. Все дети были разделены на группы сопоставимых по возрасту, первая группа - 54 ребенка не получавшие аллергенспецифической терапии ранее, вторая группа - 43 ребенка получавшие АСИТ до начала исследования. Методом оценки КФ ребенка явилась усовершенствованная версия прибора КПФК-99 «Психомат».

Результаты. Исследование показало, что дети страдающие поллинозом и не получающие ранее АСИТ имеют снижение когнитивных функций в 61,5% случаев, а дети получающие ранее АСИТ лишь в 18,6% случаев имеют снижения КФ в период ремиссии заболевания. При этом доказано, что сопутствующее заболевание в виде бронхиальной астмы (53%) и сезонной бронхиальной астмы (54%) в рамках поллиноза не вызывает более выраженного снижения КФ нежели просто не осложненного течения поллиноза (51%). А присоединение круглогодичного аллергического ринита в значительной степени депривирует КФ более чем у 77 % обследуемых пациентов. Назначение АСИТ достоверно улучшает КФ у детей с поллинозом в 91 % случаев, тогда как прерывание курса иммунотерапии, более чем на год, вновь приводит к ухудшению когнитивной деятельности.

Выводы: У детей страдающих поллинозом выявлено снижение когнитивных функций. Показано положительное влияние АСИТ на когнитивную сферу больных с поллинозом. Доказано влияние сопутствующего круглогодичного аллергического ринита на когнитивную сферу детей.

Эпилептиформная активность на ЭЭГ у детей с детскими церебральными параличами при отсутствии эпилепсии: факторы прогноза и возможность реабилитации

Мухин К.Ю., Кузьмич Г.В.

*Институт детской неврологии и эпилепсии имени Святителя Луки, Москва
Государственное казенное учреждение здравоохранения научно-практический центр
психического здоровья детей и подростков департамента здравоохранения г. Москвы.*

Одной из актуальнейших проблем в детской неврологии является сочетание таких заболеваний как детский церебральный паралич (ДЦП) и эпилепсия. Эпилептические приступы часто возникают у детей с церебральными параличами, что, с одной стороны, само по себе ухудшает уже имеющиеся моторные и психические функции, а с другой стороны, значительно снижает возможность проведения адекватной реабилитации. Еще более актуальной проблемой является наличие эпилептиформных разрядов у детей с церебральными параличами при отсутствии эпилепсии.

Целью настоящего исследования было выявление характера эпилептиформной активности у детей с ДЦП, риска развития эпилепсии, а также разработка объективных критериев для возможности и объема проведения реабилитационных мероприятий.

В исследовании участвовало 209 пациентов с диагнозом ДЦП и отсутствием эпилепсии. Эпилептиформная активность на ЭЭГ была выявлена у 44,5% пациентов.

Пациенты с зарегистрированной на ЭЭГ эпилептиформной активностью были разделены на три группы: 1 – дети с сохранением активной реабилитации с применением ноотропной терапии и физиотерапевтического лечения (52 пациента); 2 – дети с исключением из реабилитации физиотерапевтического лечения (19 пациентов); 3 – дети с исключением из реабилитации ноотропных лекарственных средств (за исключением пантотеновой кислоты, учитывая доказанное отсутствие влияния данного лекарственного средства на риск развития эпилепсии) – 22 пациента.

Анализ морфологических характеристик зарегистрированной эпилептиформной активности выявил высокую частоту встречаемости доброкачественных эпилептиформных паттернов детства (ДЭПД). При анализе рутинных ЭЭГ-обследований типичная для ДЭПД морфология выявлена у 28% детей (из всех пациентов с зарегистрированной эпилептиформной активностью); однако ЭЭГ-мониторинг с записью сна у тех же пациентов выявил ДЭПД в 48% случаев. Хронологические изменения эпилептиформной активности с усилением ее в периоде сна были выявлены у 92,5% детей.

Всего за время катамнеза эпилепсия дебютировала у 10 детей, что составило 4,8% из всех детей находящихся в исследовании. В группе детей с выявленной эпилептиформной активностью эпилептические приступы возникли у 9 детей – 9,7%; в группе детей без эпилептиформной активности – у 1 пациента (0,9%), который до дебюта эпилепсии получал ноотропную терапию и физиотерапевтическое лечение. Средний возраст дебюта эпилепсии составил 4г.7 мес., при разбросе в отдельных случаях от 3,3 до 6,5 лет. У большинства пациентов эпилепсия характеризовалась редкими приступами (не чаще 3 приступов в месяц) – 80% пациентов; наличием фокальных (преобладали фокальные моторные приступы и фокальные приступы, исходящие из затылочной коры) и вторично-генерализованных приступов – 90% пациентов; достижением ремиссии при применении монотерапии базовыми антиэпилептическими препаратами (вальпроаты,

топирамат) – 80%; и сохранением на ЭЭГ эпилептиформной активности после достижения ремиссии – 60% пациентов.

Анализ характеристик эпилептиформной активности, фоновой биоэлектрической активности, особенностей течения эпилепсии и ответа на антиэпилептические препараты позволил диагностировать фокальную эпилепсию детского возраста со структурными изменениями в мозге и доброкачественными эпилептиформными паттернами детства на ЭЭГ (ФЭДСИМ-ДЭПД) у 60% детей. В двух случаях (20%), с учетом данных ЭЭГ (устойчивая регистрация эпилептиформной активности в одной области на протяжении всех ЭЭГ-исследований в катамнезе), нейровизуализации (совпадение фокуса регистрируемой эпилептиформной активности с локальными структурными изменениями с вовлечением кортикальных структур) и данными по течению эпилепсии – позволил диагностировать симптоматическую фокальную эпилепсию. У двух пациентов (20%) диагностирована криптогенная фокальная эпилепсия (учитывая отсутствие корреляции между данными нейровизуализации и ЭЭГ, а также отсутствие типичной для ДЭПД морфологии регистрируемой эпилептиформной активности).

Анализ различных факторов риска у детей с регистрируемой эпилептиформной активности выявил достоверное влияние на частоту развития эпилепсии наличия на ЭЭГ мультирегиональных разрядов (33,3% детей с эпилепсией, против 9,5% без эпилепсии); а также наличие в анамнезе неонатальных приступов (соответственно 33,3% против 11,9%). Исследование влияния на риск развития эпилепсии проводимых реабилитационных мероприятий выявило следующие закономерности. Из пациентов 1 группы эпилепсия дебютировала у 6 детей, что составило 60% из всех детей с эпилепсией; отсутствие эпилептических приступов – у 47 детей (53% из всех детей с зарегистрированной эпилептиформной активностью и отсутствием дебюта эпилепсии – n=84). Среди пациентов 2-ой группы эпилепсия дебютировала у 2 детей (22%); отсутствие эпилептических приступов у 17 детей (20%). У пациентов третьей группы эпилептические приступы возникли у 2 детей (22%); отсутствие эпилепсии у 20 детей (24%).

Таким образом, выявлено, что факторами риска развития эпилепсии у детей с ДЦП и эпилептиформной активностью являются данные ЭЭГ (наличие мультирегиональных эпилептиформных разрядов) и анамнеза (наличие неонатальных приступов). Также выявлено, что проведение реабилитационных мероприятий с применением ноотропной терапии и физиотерапевтических методов лечения не оказывает достоверного влияния на риск развития эпилепсии. Кроме определения факторов риска развития эпилепсии, настоящее исследование выявило высокую частоту встречаемости синдрома ФЭДСИМ-ДЭПД у детей с ДЦП. Необходимы дальнейшие исследования по данному вопросу с включением большей группы пациентов.

Организация ортопедической помощи детям с нарушениями двигательных функций и профилактика деформаций сегментов опорно-двигательного аппарата у детей больных ДЦП

Никитин С.Е.

ФГУП «ЦИТО» МЗ РФ

Лондонский врач Вильям Джон Литтл в 1843 году впервые опубликовал клиническое описание синдрома настолько подробно и точно, что он до недавнего времени назывался болезнью Литтля, и только в 1889 году Вильям Ослер впервые предложил термин Детского Церебрального Паралича.

Больным детям необходимо создавать комплексное обследование, диагностику, лечение и реабилитацию одновременно в специализированных реабилитационных центрах, где должна работать группа специалистов: педиатр, детский невропатолог, детский ортопед, ортопед-ортезист, физиотерапевт, психолог, социальный работник и родители.

Ортезирование – это применение внешнего приспособления, используемого для модификации структуральных и функциональных характеристик нервно-мышечной и костной систем, а так же выработки стереотипов правильных движений и сохранения физиологии опорно-двигательной системы. Ортезирование в центрах лечения детей с ДЦП практически отсутствует из-за недостатка специалистов ортопедов-ортезистов и невозможности обеспечения финансирования этой медицинской помощи.

Нами в г.Ульяновске на базе Государственного учреждения здравоохранения Детская больница восстановительного лечения № 2 организован преемственный подход к пациентам с ДЦП. Мощность учреждения- 110 коек, из которых 30 коек круглосуточного пребывания и 80 дневного. Около 30 % детей, проходящих лечение в ЛПУ - дети с ДЦП. На территории ГУЗ ДБВЛ №2 организован протезно-ортопедический участок, где изготавливаются простые ортезы и снимаются слепки с последующим изготовлением сложных ортопедических аппаратов в специализированном подразделении ФГУП «ЦИТО» МЗ РФ г.Москва.

При оценке пациентов и планировании лечения важными являются функциональные классификации. Нами используется система классификации моторных функций - *Gross Motor Function Classification System (GMFCS)*. Так же для оценки динамики восстановительного лечения и оптимизации выбора индивидуального протезно-ортопедического изделия для пациента мы используем международные шкалы для оценки крупных моторных функций GMFM-66 и GMFM-88.

В состав врачебной комиссии ЛПУ входит медико-техническая подкомиссия, в полномочия которой входит назначение и обеспечение пациента необходимыми ПОИ (протезно-ортопедическими изделиями), в том числе и обувью.

Важным является то, что полный цикл от обследования моторных функций до ортезотерапии пациент проходит в одном ЛПУ. Данные пациента сохраняются в базе ЛПУ и при последующих госпитализациях шкалы GMFM-66 и GMFM-88 позволяют отследить динамику, скорректировать терапию и вести статистический учет пациентов с ДЦП.

Ортезирование детей с последствиями ДЦП и другими нарушениями движений в системе комплексной реабилитации

Новиков В.И., Малахов О.А.

*Протезно-ортопедическое малое предприятие «ОРТЕЗ», г. Москва
Научный центр здоровья детей РАМН, г. Москва*

Актуальность: Ортопедические аппараты на нижние и верхние конечности, туторы и другие ортезы, применяемые как один из компонентов комплексной реабилитации весьма разнообразны по способам применения, степени фиксации, методам изготовления и другим характеристикам. Выявление их специфики во взаимосвязи с нарушениями в опорно-двигательной системе ребенка, выбор изделий способных наиболее полно осуществить необходимую по медицинским показаниям коррекцию, фиксацию, разгрузку сегментов конечностей у детей с последствиями ДЦП является весьма актуальной проблемой.

Целью исследования являлось выявление характерных особенностей ортезов, специфики ортопедических поражений опорно-двигательной системы у детей и определение наиболее функциональных средств ортезирования.

Пациентами являлись дети с последствиями ДЦП и другими поражениями опорно-двигательной системы, разбитые на группы в соответствии со степенью и уровнем поражений. Больные наблюдались до, в процессе ортезирования, в отдаленном периоде. Проведен анализ поражений с позиций биомеханики. Во взаимосвязи с характеристиками ортезов рассматривалось их влияние на амплитуду движений, степени свободы, моменты сил, расположение суставов. Выявлены основные виды ортезов по степени их воздействия на опорно-двигательную систему, методам изготовления, способам применения.

На основании полученных подходов проведены инновационные разработки, в ходе которых получены оригинальные конструкции, наиболее соответствующие медико-техническим требованиям к ортезам и обеспечивающие необходимую функциональность. При этом получен ряд ортезов с гильзами из композиционных материалов на основе углепластика. Они отличаются легкостью, воздухопроницаемостью, гигиеничностью. Гильзы разработанных ортезов термопластичны и позволяют проводить их подформовку по мере изменения медицинских показаний. Тонкостенность, повышенная надежность, обеспечение в гильзах разнопрочных участков позволяют гильзам влиять на функциональность всего ортеза.

Ортезирование более 1 000 детей показало высокую эффективность применения композиционных материалов на основе углепласта. Выявлено улучшение биомеханических характеристик, а также повышение функциональных показателей.

Результаты работы: разработанные ортезы могут быть использованы в практической работе в реабилитационных центрах, стационарах специализированных больниц, а также при проведении научно-практических работ.

Применение комплексного протокола осмотра детей со спастическими и дистоническими формами детского церебрального паралича (ДЦП) для проведения инъекций ботулинического токсина

Носко А.С., Lucinda Carr, Lesley Katchburian, Stephanie Cawker, Josephine Scerri

*ФГБУ РРЦ «Детство», Московская область
Great Ormond Street Hospital for Children, NHS, London, UK*

Актуальность: Выбор протокола для оценки функционального моторного статуса пациентов детского возраста с двигательными нарушениями неврологического генеза, является залогом подбора адекватного по методологической наполняемости курса реабилитации, достоверной оценки динамики на фоне проведенного лечения, определения реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза.

Цель: Определение и внедрение протокола выбора мышц-мишеней для введения ботулинического токсина типа А (БТ-А) и оценки динамики на фоне лечения для пациентов детского возраста со спастическими и дистоническими формами ДЦП.

Материалы и методы: Протокол обследования разработан исследовательской группой Клиники ботулинотерапии Центра неврологической инвалидности им.Вулфсона (г.Лондон). Включает в себя: шкалы функционирования GMFCS и MACS, оценка неврологического статуса, видеорегистрация. Одной из центральных составляющих протокола является оценка объема движений в различных группах суставов (M.Walsh, 2007). Данная система позволяет оценить степень вовлечения различных мышечных групп в формирование патологической позы и двигательного стереотипа, определить влияние спастического и дистонического компонентов на ограничение движений, выбрать наиболее корректную схему введения БТ-А и, в сочетании с видеорегистрацией и GMFM шкалой, достоверно оценить динамику на фоне лечения. Сроки осмотра: до проведения инъекции БТ-А, через 3 и 18 недель после. С 2007 года по данному протоколу на базе Больницы улицы Грейт Ормонд в г.Лондон, было обследовано более 200 пациентов с ДЦП в возрасте от 2 до 17 лет. С III квартала 2012 года внедрение данного протокола начато на базе ФГБУ РРЦ «Детство».

Результаты: Применение данного протокола для определения мышц мишеней для введения БТ-А после повторного цикла инъекций привело к достоверному улучшению общего уровня функционирования по шкале GMFM – на 16,7%, по сравнению с контрольной группой - на 12,5% ($p=0,001$).

Выводы: Применение корректного и достаточного протокола, содержащего шкалы функционирования GMFSC, FMFM, MACS, гониометрию, по системе M.Walsh, и видеорегистрацию для выбора мышц-мишеней для инъекций БТ-А и оценки динамики достоверно повышает эффективность проведенного лечения и улучшает уровень овладения моторными навыками у детей с ДЦП.

Пневмокомбинезон «Фаэтон» в реабилитации детей с ДЦП

Пелля Е.И., Турова М.Л., Ногова Е.В.

НПЦ детской психоневрологии

Цель исследования – эффективность использования пневмокомбинезонов нового поколения в реабилитации детей с ДЦП.

Материалы и методы. С ноября 2012 г., проходит апробацию нейроортопедический комбинезон «Фаэтон». Исследуемый метод лечения применялся у детей с разными формами ДЦП, в возрасте от 3-х до 12-ти лет. За курс лечения ребенок получал от 8-ми до 20-ти процедур, с учетом возраста, формы заболевания и физической выносливости. Время занятий колебалось от 15-ти минут (в начале курса) до 40-ка минут (в конце курса). Апробирование нового метода прошли 70-ть человек.

Результаты. Конструктивные особенности нейроортопедического комбинезона позволяют исключить дополнительную осевую нагрузку на опорно-двигательный аппарат, что расширяет возможности применения данного метода при нестабильности тазобедренных суставов. Реабилитационный комбинезон «Фаэтон» лучше переносится детьми, т.к. одевается достаточно быстро (в течении 5-ти минут). Конструкция костюма позволяет уменьшить влияние тонических рефлексов на верхние конечности, уменьшить их сгибательно-пронаторные установки. Наличие в устройстве фиксаторов для нижних конечностей позволяет использовать его у детей с выраженной рекурвацией коленных суставов. При этом более эффективно тренируются сгибатели голеней, физиологично присгибается колено. У детей с атаксией, после лечения повышалась статическая устойчивость в позе Ромберга, уменьшалась площадь опоры при ходьбе. У 35-ти человек с ДЦП, со спастической диплегией, отмечалась положительная динамика в виде улучшения удержания вертикальной позы без опоры. После проведенного курса занятий у детей улучшились осанка и опорность нижних конечностей, уменьшились фронтальные колебания туловища при ходьбе. Дети увереннее держат равновесие, формируют схему своего тела в пространстве. Так же получена положительная динамика и у детей с гемипаретической формой ДЦП: уменьшились пронаторно-сгибательная установка пораженной верхней конечности, перекос таза.

Выводы. Тренировка в нейроортопедическом комбинезоне «Фаэтон» способствует формированию правильной позы и более физиологичного стереотипа ходьбы, уменьшает влияние патологических тонических рефлексов (особенно на верхние конечности) и такую сложноподдающуюся лечению нестабильность коленного сустава, как рекурвация; повышает опороспособность нижних конечностей и физическую выносливость пациента, улучшает умение держать равновесие и формировать схему тела в пространстве.

Организация системы реабилитации детей с ДЦП в Краснодарском крае

Перепелкина Т.Н., Гонтмахер А.В., Тупиченко Л.А., Ефремова Л.В.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр
восстановительной медицины и реабилитации» Департамента здравоохранения
Краснодарского края, г. Краснодар, Россия*

В Краснодарском крае на 01.01.2012г. общее количество детей до 14 лет, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП) составило 3232 ребёнка, что на 498 человек больше, чем в 2008 году. Такая тенденция определяет медико-социальную значимость проблемы реабилитации данной категории больных.

Ведущим государственным бюджетным учреждением здравоохранения Краснодарского края, оказывающим реабилитационную помощь детям с ДЦП и другими двигательными нарушениями, является ГБУЗ “Центр восстановительной медицины и реабилитации” департамента здравоохранения Краснодарского края, принимающий ежегодно около 1,5 тыс. детей. Общий стаж работы учреждения составляет 42 года. Центр рассчитан на 200 коек. В своём составе имеет стационар круглосуточного пребывания и амбулаторно-поликлиническое отделение с дневным стационаром.

Комплексная реабилитация детей включает в себя медицинскую реабилитацию: медикаментозную терапию; массаж; ЛФК; применение ортопедических аппаратов, туторов, лонгет, ортопедических стульев, технических средств реабилитации; физиотерапевтическое лечение с применением лазерной, магнитной терапии, рефлексотерапии, электрофореза, СМТ-терапии, тепловой терапии, криотерапии, транскраниальной и трансвертебральной микрополяризации; метод биологической обратной связи (БОС); с 2012 г. использование нового уникального роботизированного реабилитационного комплекса «Локомат - про» в педиатрической версии и социально-педагогическую реабилитацию: педагогические методы реабилитации с привлечением психологов, дефектологов, логопедов, активно использующих метод кондуктивной стимуляции; комплекс сенсорных психо-коррекционных тренажеров; логопедический массаж.

Выводы: успешность реабилитации больных ДЦП зависит от ранних сроков начала лечения, непрерывности комплексной реабилитации, направленной на восстановление двигательных, речевых и психических функций, что позволяет добиться (по статистическим данным годового отчёта Центра за 2011г.) положительной динамики моторного, речевого и психического развития у детей с различными формами церебральных параличей (до 80%) и у детей с редкими заболеваниями непрогредиентного характера (до 40%).

Роль ЭМГ в выборе оптимальной тактики инъекций препарата ботулинического токсина типа А у детей с ДЦП

Петрова С.А., Куренков А.Л., Кузенкова Л.М., Бурсагова Б.И.

ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, г. Москва

Актуальность: Введение препаратов ботулинического токсина типа А (БТА) в спастические мышцы широко используется при ДЦП. При кажущейся однотипности проявлений у каждого ребенка с ДЦП имеется большое число индивидуальных проявлений двигательного стереотипа (выраженность и распределение спастичности в разных группах мышц, степень пареза мышц, выраженность патологических тонических рефлексов, выраженность патологических синергий и синкинезий, степень нарушения реципрокных взаимоотношений мышц синергистов-антагонистов и многое другое), которые зачастую и определяют ответ на лечение. Для получения оптимального результата от лечения препаратами БТА необходимо правильно выбрать пациента и мышцы-мишени, что является одним из самых сложных моментов лечения.

Цель: Определить характеристики ЭМГ, позволяющие более точно устанавливать наиболее пораженные мышцы и выбирать мышцы-мишени для инъекций БТА.

Пациенты и методы: 96 детей в возрасте от 2 до 9 лет – со спастической диплегией (77 детей) и гемипаретической формой (19 детей) ДЦП. Для коррекции походки и шаговых движений в зависимости от превалирующего патологического синдрома преимущественно проводились инъекции препарата БТА (Диспорт) в приводящие мышцы бедра, сгибатели голени, икроножную и/или камбаловидную мышцы, заднюю большеберцовую мышцу, переднюю большеберцовую мышцу, малоберцовые мышцы.

Результаты: Достоверно снижалась степень спастичности по шкале Эшворта; степень выраженности эквинусной деформации уменьшалась, что проявлялось в достоверном изменении угла в голеностопном суставе при пассивном разгибании в положении лежа на спине с выпрямленными ногами и при вертикализации.

Выводы: Наилучшие результаты ботулинотерапии были получены у детей со следующими изменениями на ЭМГ: патологическая синкинетическая активность при выполнении произвольных движений была выражена минимально (коэффициент синергической активности не превышал 0,5), нарушение взаимодействия мышц синергистов и антагонистов выражено умеренно (коэффициент реципрокности не был выше 0,4); амплитуда ЭМГ при произвольном мышечном сокращении не ниже 150 мкВ.

Эффективность ботулинотерапии при спастических формах детского церебрального паралича у детей дошкольного возраста

Петрова О.А., Чебаненко Н.В., Вдовенко И.Ю.

НПЦ детской психоневрологии Департамента Здравоохранения г. Москвы, Россия

Актуальность. Несвоевременная редукция тонических рефлексов и повышение мышечного тонуса препятствуют своевременному формированию двигательных навыков прямохождения при спастических формах детского церебрального паралича (ДЦП). Кроме того традиционную медикаментозную антиспастическую терапию нежелательно использовать при регионарной спастичности.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексной реабилитации с применением ботулинотерапии у детей со спастическими формами ДЦП.

Материалы и методы. Обследовано в динамике 35 детей 2-7 лет: 25 детей со спастической диплегией, 7 – с тяжёлой спастической диплегией и 3 – с гемипаретической формой. Критерии эффективности ботулинотерапии (Диспорт) оценивались с помощью диагностических тестов: наличие и степень выраженности тонических рефлексов, хамстринг-тест, трицепс-тест, аддукторный-тест, объём активных движений в суставах, шкала спастичности по Ashworth и шкала Gross Motor Functional Classification System. Статистическая обработка результатов проводилась на ПЭВМ с помощью пакета программы Exel 7 Microsoft.

Результаты. Тонические рефлексy определялись у 28 (80%) детей, из них симметричный шейный тонический рефлекс (СШТР) у 16 (45,7%) детей, лабиринтный тонический рефлекс у 9 (25,7%), асимметричный шейный тонический рефлекс у 3 (8,6%) детей. Больным с СШТР дополнительно ботулинтоксиn вводился в большие грудные мышцы. Регионарная спастичность наблюдалась у 5 (14,3%) детей. Диагностические тесты до и через неделю после введения ботулинтоксиn достоверно отличались в 94,3% случаев. Объём движений в суставах значительно увеличился, уменьшилось влияние тонических рефлексов. При обследовании через 4 месяца у 17 (48,6%) детей сохранился достигнутый уровень объёма движений в суставах. Более эффективная динамика отмечена у пациентов с тяжёлой спастической диплегией.

Выводы. Введение ботулинического токсина достоверно приводит к уменьшению спастического мышечного тонуса, увеличению объёма активных движений в суставах, уменьшению влияния тонических рефлексов. При устранении эквинусных установок становится возможной опора на пятку, что приводит к стимуляции зон роста пяточной кости. Всё это будет способствовать предотвращению развития контрактур, эффективному повышению уровня двигательной активности детей дошкольного возраста с ДЦП.

Изодеятельность в коррекционной работе с детьми, страдающими ДЦП

Писарева И.Б.

Научно-практический центр детской психоневрологии, г. Москва

У многих детей, больных ДЦП, отмечаются глубокие нарушения познавательной деятельности. Многочисленные расстройства – двигательные, речевые, сенсорные приводят к большим затруднениям в их познавательной деятельности.

Наблюдения за ребенком, страдающим ДЦП, помогают накопить данные о личности и деятельности больного ребенка. Знания этих особенностей позволяют более точно планировать коррекционно-воспитательную работу по изодеятельности.

Обучение детей рисованию, лепке, аппликации является одним из важных коррекционных средств. На занятиях воспитатель руководствуется техникой от простого к сложному. Для детей, испытывающих сильные затруднения при выполнении задания в связи с гиперкинезами, применяются такие методы, как фиксирование карандаша к кисти, закрепление в статичном положении ног и туловища.

На занятиях по рисованию особое внимание уделяется работе с трафаретом и штриховке изображенного на рисунке предмета. Штриховка должна выполняться с определенной амплитудой и определенной силой нажима на карандаш, в результате чего развиваются умения владеть рукой, подчинять ее контролю, что создает благоприятные условия для развития навыков письма. Особое предпочтение дети отдают рисованию красками. Для маленьких детей используются пальчиковые краски. Также дети учатся рисовать гуашью, акварелью. Занятия проводятся по декоративному, тематическому рисованию, рисованию с натуры и по памяти.

На занятиях по лепке, кроме пластилина, широко применяются соленое тесто, которое потом можно расписать красками.

Занятия по аппликации строятся по такому же методу: от простого, к сложному. Кто-то из детей учится наклеивать отдельные детали, кто-то уже работает ножницами, а кто-то из детей выполняет работы в технике квиллинг, торцевание.

Таким образом, на занятиях по изодеятельности у детей развиваются наблюдательность, воображение, зрительная память, что является важным фактором познания окружающего мира. Изодеятельность находится в тесном взаимодействии с общим развитием ребенка, служит одним из средств социальной и трудовой адаптации детей, больных ДЦП.

Оценка эффективности лечения методом комплексной стимуляции статико-моторного развития у детей раннего возраста

Подоляк И.А.

ГБУЗСО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», Россия, г. Екатеринбург

Разработка эффективных методов лечения нарушений статикомоторного и психоречевого развития, как мера профилактики инвалидизации в детском возрасте, является основной задачей педиатрической неврологии. Комплекс реабилитационных мероприятий должен иметь четкую локальную проекцию, т.е. направленность на патологически измененный отдел мозга.

Цель исследования – оценка эффективности применения метамерного обкалывания в микродозах по методике И.А. Скворцова у детей раннего возраста с нижним спастическим парапарезом.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 40 пациентов с двигательными нарушениями в виде нижнего спастического парапареза средней и тяжелой степени тяжести (по системе Семеновой К.А.), в возрасте от 1 до 4 лет, находившиеся на лечении в отделении восстановительного лечения №3 ГБУЗ ДКБВЛ НПЦ «Бонум». Первую группу составили 20 детей, в лечении которых наряду с традиционными методами (физиолечение, гидрокинезиотерапия, ЛФК) применялось метамерное обкалывание в микродозах по методике И.А. Скворцова (группа 1, n=20). Вторая группа - 20 детей, получавших реабилитационное лечение традиционными методами (группа 2, n=20). Период наблюдения составил 2,5 года.

Результаты исследования. У пациентов 1 группы в 80% случаев (n=16) отмечались тяжелые формы двигательных нарушений. По окончании лечения только у 15% (n=3) сохранилась тяжелая форма заболевания. Во 2 группе из 45% детей с тяжелыми формами (n=9) у большинства (n=6) тяжесть сохранилась ($p<0,05$). Обобщая выделенные диагностические критерии тяжести двигательных нарушений, нами показано, что из 1 группы по окончании лечения улучшение сформировалось, в среднем, на 2 подуровня, а во 2 группе – только на 0,85 подуровней ($p<0,05$).

Заключение Применение метамерного обкалывания в микродозах по методике И.А. Скворцова в комплексной реабилитации детей раннего возраста с нижним спастическим парапарезом существенно снижает тяжесть заболевания и предупреждает формирование стойкой двигательной недостаточности.

Общие подходы к диагностике и лечению сочетанной патологии в клинике детского церебрального паралича

Политова И.Я.

ФГБУ НЦЗД РАМН, г. Москва

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) – это генетически гетерогенная группа заболеваний мультифакториальной природы, нередко ассоциированная с развитием хронической соматической патологии (Т.И. Кадурина).

Большое практическое значение приобретает изучение состояния нервной системы у больных с НДСТ, а также совершенствование диагностики и своевременная коррекция нарушений, вызванных наличием НДСТ при сочетанной патологии. Следует учитывать, что любая ассоциированная патология имеет свои особенности течения заболевания. В клинике детского церебрального паралича значительную часть больных (46%) составляют дети с сочетанной патологией, включающей не только неврологические нарушения, но и изменения со стороны костно-мышечной системы и внутренних органов. Достаточно часто выявляются нарушения сосудисто-тромбоцитарного звена гомеостаза, снижение активности фактора Виллебранда. Диагностика этих состояний должна осуществляться в раннем возрасте. Лечебные мероприятия, направленные на купирование и профилактику геморрагического синдрома, следует рассматривать как важную составляющую в комплексе лечения детей с патологией соединительной ткани (К.И. Пшеничная).

Наиболее распространённым является синдром вегетативной дисфункции, чаще связанный с повышением тонуса или реактивности симпатической нервной системы. При обследовании детей с сочетанной патологией часто диагностируется варикозная болезнь, в основе которой лежит наследственная слабость венозной стенки, нарушение структуры и функции венозных клапанов. В этих случаях требуется терапия венотониками, консультации сосудистого хирурга.

Согласно российским рекомендациям по наследственным нарушениям соединительной ткани, общие подходы к диагностике этой патологии должны быть основаны на комплексном анализе результатов клинических, генеалогических, лабораторно-инструментальных и молекулярно-генетических исследований.

Пациентам с признаками наследственных нарушений соединительной ткани рекомендуется приём основных групп препаратов, воздействующих на метаболизм: стимуляторы коллагенообразования, кондропротекторы, стабилизаторы минерального обмена. Таким пациентам необходимо более тщательное диспансерное наблюдение.

Роль методов анализа движений в реабилитации детей с ДЦП

Полонская Н.М.

ФГБУ Российский реабилитационный центр «Детство», МЗРФ

Двигательные нарушения являются ведущими в клинике ДЦП. Причины нарушения походки могут быть первичными (например, слабость, спастичность мышц), вторичными (например, контрагирование суставов) и компенсаторными. Необходимо различать уровни нарушения при формировании основных направлений двигательной реабилитации. Компенсаторные симптомы должны быть дифференцированы, воздействие на них должно осуществляться только опосредованно, путем воздействия на первичные звенья (Витензон, 2005, Perry, 2010).

Существуют различные методы анализа походки – клиническое исследование, видеорегистрация ходьбы в сагиттальной и фронтальной плоскости, контактное биомеханическое обследование и бесконтактный 2-х или 3-х мерный видеоанализ походки (Gait Analysis) с синхронной регистрацией ЭМГ и кинематических характеристик движений.

Данные кинетических, кинематических характеристик движений в суставах, пространственно-временные характеристики цикла ходьбы, комплексные числовые характеристики (например, Gillette Gait Index – GGI) используются для объективной стандартизированной инструментальной оценки нарушений локомоции. Их использование является мировым стандартом оценки эффективности лечения нарушений движения при ДЦП и других нарушений моторного развития. Так на основании анализа положения суставов нижней конечности в основной стойке (фаза опоры двухшагового цикла ходьбы) разработана Амстердамская классификация походки (5 типов). Современное ортезирование использует данную классификацию для разработки функциональных ортопедических изделий для каждого вида нарушений, анализ походки позволяет оценить их эффективность в каждом конкретном случае. Разрабатываются алгоритмы отбора больных на хирургическое лечение на основании данных анализа движений.

Система поэтапной психолого-педагогической помощи детям с церебральным параличом

Приходько О.Г.

ГБОУ ВПО МГПУ, г. Москва

Детский церебральный паралич – тяжелое заболевание, получившее широкое распространение в последнее время. Двигательные нарушения, формирующие зависимость ребенка от окружающих, влияют на весь ход психического и речевого развития этих детей. Разнообразные моторные, перцептивные, когнитивные, аффективные и речевые расстройства, как правило, сложные, иногда изолированные, но чаще сочетанные, требуют комплексной медико-психолого-педагогической коррекции.

С целью реализации прав детей-инвалидов с двигательными нарушениями одной из важнейших задач общества является изменение отношений его граждан к таким детям, создание благоприятных предпосылок и условий для их дальнейшей социальной адаптации как полноправных членов общества, обеспечение комплексной медико-психолого-педагогической помощи.

В современных условиях разработка проблемы обучения и коррекции нарушений развития детей с церебральным параличом реализуется в двух направлениях: совершенствование и дифференциация существующей сети специальных учреждений, создание новых реабилитационных служб помощи детям и развитие моделей интегрированного и инклюзивного обучения. Признание нового полифункционального подхода к реабилитации детей с церебральным параличом определяет необходимость создания образовательных структур иного типа. Позитивное развитие учреждений для детей с двигательными и речевыми нарушениями связано с поиском такого типа образовательного учреждения, которое могло бы «вести» ребенка с особыми образовательными потребностями по жизни, способствовать его полноценному включению в социум, формировать активную жизненную позицию, стимулировать к самостоятельной деятельности. Таким типом образовательного учреждения должно являться многопрофильное образовательное учреждение, осуществляющее образовательную, воспитательную, коррекционно-развивающую и предпрофессиональную подготовку детей с церебральным параличом.

Поиск эффективных путей обучения, воспитания, коррекции нарушений развития детей с двигательной патологией обуславливает необходимость решения таких задач как: обеспечение комплексной системы медико-психолого-педагогического воздействия при коррекции двигательных, речевых расстройств, отклонений психического развития в сложном синдроме данного вида дизонтогенеза; построение процесса коррекционно-развивающего обучения в соответствии с психофизическими особенностями детей, уровнем их речевого и интеллектуального развития; создание возможности выбора образовательного маршрута; преодоление социальной изоляции детей; разработка и внедрение альтернативных невербальных средств общения, способствующих развитию языковой компетенции «безречевых» детей с тяжелыми двигательными нарушениями, вхождению их в мир свободно общающихся людей. Решая поставленные задачи, следует помнить, что выраженная двигательная патология в сочетании с сенсорными и речевыми нарушениями может приводить к недоразвитию познавательной деятельности, снижать учебную мотивацию.

Полиморфизм нарушений у детей с церебральным параличом определяет трудности их социально-психологического сопровождения в образовательном процессе.

Основным принципом деятельности социально-психологического сопровождения должен являться принцип ориентации на потенциальные возможности ребенка, определяющими качество и количество взаимодействий, пережитых ребенком, и значимых для его социального, эмоционального и когнитивного развития.

Компьютерные технологии как средство социализации детей школьного возраста с детским церебральным параличом

Простова М.В., Лазуренко С.Б., Стребелева Е.А.

НИИ ПП и ВЛ ФГБУ НЦЗД РАМН, лаборатория специальной психологии и коррекционного обучения, г. Москва

Актуальность: в соответствии с законом РФ «Об образовании», дистанционное обучение является одной из современных форм учебного процесса. Интерактивный способ передачи знаний от преподавателя учащемуся предполагает наличие у них умения пользоваться компьютером. Однако число методических руководств и обучающих программ по формированию навыков работы на компьютере у школьников с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (в т.ч. с детским церебральным параличом) крайне ограничено, что определяет актуальность данного исследования.

Цель: изучить актуальный уровень познавательного развития, качество усвоения программного материала и индивидуальные психологические особенности детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (в т.ч. с детским церебральным параличом); определить показатели учебной готовности и двигательные возможности 25-ти школьников от 10 до 16 лет с заболеваниями опорно-двигательного аппарата на примере детского церебрального паралича к овладению начальными навыками работы на компьютере для повышения их социальной компетентности.

Задачи: выявить актуальный уровень представлений детей о функциональных возможностях и назначении компьютера; изучить особенности движений кистей и пальцев рук школьников с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (в т.ч. с детским церебральным параличом); определить методы и приёмы по формированию у школьников с детским церебральным параличом моторных навыков работы с клавиатурой; установить оптимальный режим работы на компьютере для школьников с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (в т.ч. с детским церебральным параличом); выявить педагогические условия обучения работе на компьютере в соответствии с физическими и психическими возможностями школьников с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (в т.ч. с детским церебральным параличом).

Методы: диагностический (тест Д.Векслера, моторные пробы, комплекс психофизиологических приборов компьютерный многофункциональный "Психомат"); структурированная беседа с родителями и ребенком для изучения социальной ситуации его развития; анкетирование; обучающий эксперимент; анализ; статистическая обработка полученных данных (с применением программного продукта «Microsoft Excel», статистического пакета SPSS 14.0., использование критерия Стьюдента).

Результаты: раскрыты основные принципы, цели и задачи использования компьютерных технологий в обучении школьников с детским церебральным параличом как одного из средств их социализации. Выявлено, что педагогические условия обучения и режим работы на компьютере зависят от физических особенностей и актуального уровня познавательного развития школьников с заболеваниями опорно-двигательного аппарата на примере детского церебрального паралича. Разработаны содержание, методы и приемы обучения работе с клавиатурой, пользованию компьютерными программами школьников с детским церебральным параличом в зависимости от характера, структуры и степени тяжести поражения ЦНС. Определены подходы к разработке индивидуальных программ обучения работе на компьютере школьников с заболеваниями опорно-двигательного аппарата на примере детского церебрального паралича. Педагогические технологии формирования навыков работы на компьютере у школьников с заболеваниями опорно-двигательного

аппарата на примере детского церебрального паралича могут быть использованы родителями в домашнем обучении.

Выводы: овладение навыками работы на компьютере повышает мотивацию и интерес к обучению, а также качество усвоения образовательных программ, что подтверждено данными статистики. Раннее обучение школьников с детским церебральным параличом работе на компьютере позволяет им своевременно включиться в интерактивное образовательное пространство и получить доступ к различным источникам информации. Компьютер как средство коммуникации расширяет круг социального общения, самостоятельность и социальную компетентность детей с ограниченными возможностями здоровья.

Развитие речи у детей с детским церебральным параличом

Родина Н.Е.

ГКУЗ ЦМСР ДЦП ДЗМ, г. Москва

Детский церебральный паралич - тяжелое заболевание центральной нервной системы. При этом заболевании имеет место раннее (обычно в период внутриутробного развития) поражение головного мозга. Воспитание детей с церебральным параличом предполагает необходимость создания условий, стимулирующих и обеспечивающих речевую активность детей: в процессе выполнения режима дня, в быту, на занятиях, в игре, на прогулке, в домашних условиях. Дети с ДЦП, в подавляющем большинстве, имеют различные нарушения и отклонения в развитии речи, которые проявляются в лексике, фонетике, грамматике. Особенности речевого развития детей отмечаются в различных видах речевой деятельности: в процессе слушания и восприятия речи, в процессе говорения. Коррекция дефектов речевого развития пронизывает весь учебно-воспитательный процесс. Овладение при этом различными сторонами речевой действительности (словарным запасом, грамматическим строем, элементами связной речи, коммуникативной речью) происходит в ходе различных видов детской деятельности.

Целенаправленное решение коррекционных задач осуществляется на специальных занятиях по развитию речи, проводимых логопедом. При этом необходимо, чтобы речь обеспечивала выполнение конкретного действия в зависимости от его цели, содержания и способов выполнения. Занятия по развитию речи предусматривают, что дети должны освоить определенные знания об окружающем и соответствующий объем словаря, речевые умения и навыки, которые нужны на данном возрастном этапе и при подготовке к школе. Логопедические занятия имеют цель - совершенствование собственных речевых умений и навыков, развитие связной речи, активизация коммуникативной стороны речи. Оценка речевых нарушений ребенка проводится с учетом особенностей двигательных расстройств и психического развития в целом. Эта взаимосвязь кладется в основу работы по развитию речи и это необходимо, т.к. существует тесная взаимосвязь между развитием речи, моторики и интеллекта как в норме, так и в условиях патологии.

Терапевтический потенциал клеток пуповинной крови в лечении спастических форм детского церебрального паралича

Романов Ю.А., Тараканов О.П., Радаев С.М., Дугина Т.Н., Ряскина С.С.,
Даревская А.Н., Смирнов В.Н., Зотова Н.С., Сухих Г.Т.

ООО «КриоЦентр»; ФГБУ «НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова МЗиСР РФ»

В ходе предшествующих клинических исследований, организованных Банком стволовых клеток «КриоЦентр» и проведенных на базе Российского нейрохирургического института им. А.Л.Поленова (г. Санкт-Петербург), была доказана безопасность и эффективность внутривенной инфузии концентрата ядросодержащих клеток пуповинной/плацентарной крови (ПК) в комплексном лечении пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) и сопутствующей церебральной патологией. Пострегистрационные исследования медицинской технологии «Использование концентрата ядросодержащих клеток пуповинной/плацентарной крови в лечении и реабилитации пациентов с нейродегенеративными заболеваниями, травматическими и перинатальными поражениями головного мозга» (Разрешение Росздравнадзора № 2009/387 от 23.11.2009 г.) были продолжены на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова (г. Москва).

Под наблюдением находились 29 пациентов в возрасте 1-12 лет с установленным диагнозом ДЦП. Основными клиническими проявлениями заболевания являлись: спастический гемипарез (n=1), спастический тетрапарез (n=10), спастическая диплегия (n=16), атоническая-астатическая форма (n=2). В качестве терапевтического средства использовался отмытый от криопротектора концентрат аллогенных АВ0/Rh-идентичных клеток ПК. После комплексного неврологического обследования и письменного информированного согласия пациентам было проведено однократное (n=3), двукратное (n=17), трехкратное (n=8) или четырехкратное (n=1) внутривенное введение концентрата в дозе 250 ± 10 млн. клеток на введение (повторные введения проводились с интервалом в 2-4 недели). Побочных негативных явлений, выходящих за пределы защитно-приспособительных реакций, или отдаленных нежелательных реакций не было выявлено ни у одного пациента.

При контрольном обследовании через 3 месяца положительная динамика выявлена у 18 из 22 пациентов (81.8%), явившихся на обследование. Отрицательной динамики не выявлено ни у одного из пациентов. У 4 пациентов (наиболее тяжелых по форме заболевания) динамики не отмечено. Положительная динамика характеризовалась снижением тонуса мышц (n=8), частоты гиперкинезов (n=1), увеличением объема активных и пассивных движений (n=2), снижением частоты эпилептических приступов на фоне неизменной дозы получаемых противосудорожных препаратов (n=4), улучшением психо-эмоциональной сферы, повышением внимания, памяти и скорости реакций (n=6). Достоверное улучшение выявлено по показателям силы кисти (на 36.9%), количеству приседаний и шагов, выполняемых в единицу времени (в 2 раза и на 20%, соответственно). Лучшие результаты были достигнуты у пациентов, получивших 2 и более инфузии концентрата, а также у детей младшего возраста (от 1 до 6 лет).

В целом, данное исследование подтверждает, что внутривенное введение концентрата ядросодержащих клеток ПК является безопасной процедурой, способствующей в сочетании с последующей физической реабилитацией эффективному снижению степени неврологического дефицита у пациентов с ДЦП и сопутствующими патологическими состояниями.

Кинезиотейпирование в составе комплексного лечения детей с ДЦП

Саакян К.М., Шор Т.А., Горлов А.А.

Марфо-Мариинский медицинский центр «Милосердие», г. Москва

В последние годы увеличился процент детей с диагнозом: «Детский церебральный паралич» в структуре неврологической нозологии с сопутствующей ортопедической патологией в виде эквино-варусной установки стоп, плоско-вальгусной деформации стоп, а также такой симптоматики как, рекурвация коленных и локтевых суставов.

Поэтому появилась необходимость в решении вышеперечисленных проблем с минимальным дискомфортом для ребенка. Кинезиотейпирование позволяет решать задачи, которые ранее выполнялись путем гипсования и использования сложных ортопедических изделий (туторов, лонгет и т.д.) и мешали гармоничному развитию и социализации ребенка.

Кинезиотейпирование – использование специальных клейких лент или эластичных бинтов для фиксации суставов, мышц, сухожилий и восстановления нарушенной функции посредством правильной, с учетом знания анатомии пораженного участка тела. В качестве материала используются специальные тканые тейпы, представляющие собой эластичные клейкие ленты, выполненные из 100% хлопка и покрытые клеящим слоем на акриловой основе или шелковый пластырь. Основопологающим моментом метода является моделирование мышечно-фасциального сегмента с помощью определенного натяжения и направления при наклеивании тейпов. При этом воздействию подвергаются кожа, подкожная клетчатка, фасциальные образования, мышцы, связки. Существует несколько видов наложения тейпов: мышечно-фасциальный и корригирующий.

В нашем центре в течение года метод кинезиотейпирования применялось у 112 детей с гемипаретической формой ДЦП и спастической диплегией. Данный метод использовался в комплексе с физической реабилитацией (ЛФК, массаж), физиотерапией и рефлексотерапией с последующим тейпированием. Нами было отмечено увеличение амплитуды активных и пассивных движений в голеностопном суставе, при вертикализации появления опоры на всю стопу, стабилизация походки и улучшение рисунка ходьбы, а также уменьшение выраженности нарушений осанки.

Таким образом, кинезиотейпирование, хотя и не заменяет используемые в настоящее время методы (гипсование и ортезирование), но имеет ряд преимуществ: индивидуальное использование и ежедневная плавная коррекция, не создает дискомфорта для ребенка и позволяет не ограничивать социальную активность ребенка.

Рекомендации по развитию зрительно-моторной координации у детей дошкольного возраста

Савельева Т.Н., логопед; Суворова С.А., логопед

Научно-практический центр Детской психоневрологии, г. Москва

Статистические данные последних лет свидетельствуют об ухудшении основных показателей физического и двигательного развития детей дошкольного и младшего школьного возраста, что в свою очередь снижает уровень их психо-речевого развития.

В Научно-практическом центре Детской психоневрологии г. Москвы на лечении находятся дети с заболеваниями, одной из общих черт которых является различная степень выраженности нарушений зрительно-моторной координации и оптико-пространственного ориентирования. Немаловажным фактом является и то, что более 20% детей имеют сниженное зрение. Своевременная коррекция указанных процессов способствует стимуляции психоречевого развития детей.

Специалисты (логопеды, воспитатели, психологи, дефектологи), занимающиеся развитием высших психических функций, стремятся максимально заинтересовать ребенка, используя принцип ИГРАЯ - ЛЕЧИМСЯ. Занятия проводятся по специальным методикам, позволяющим стимулировать и активизировать зрительно-моторное (осознание, развитие движений пальцев и кистей рук), оптико-пространственное и психоречевое развитие. Все дидактические игры и задания подбираются индивидуально, в зависимости от возможностей ребенка. Так у детей формируется фрагментарное восприятие образа предмета, развивается способность к дополнению образа до целого по догадке.

Родителям необходимо постоянно поддерживать интерес ребенка к занятиям, которые весьма продолжительны и помнить, что:

1. Дети неправильно понимают слова, так как слабо соотносят их с реальными объектами, поэтому им необходима квалифицированная логопедическая помощь.
2. Нужно обращать внимание детей на разнообразные звуки: как шумит машина, работает холодильник, течет вода, шумит ветер и т. п.
3. Обучая ребенка какому-либо действию, необходимо многократно повторять его рука в руку, вырабатывая автоматизм. Особенно это важно для слепых и слабовидящих детей.
4. Полученные навыки важно поддерживать постоянно.
5. Для детей с косоглазием и амблиопией огромное значение имеет развитие стереоскопического зрения.
6. Необходимо своевременно выполнять упражнения для глаз; упражнения для зрительно-двигательной ориентации; упражнения для снятия усталости глаз.

Выполнение вышеперечисленных рекомендаций позволит оптимизировать процесс коррекции и развития речи, качественно подготовить ребенка к школьному обучению, избежать нарушений письменной речи.

Связь двигательного и психоречевого развития у детей

Савельева Т.Н., логопед; Суворова С.А., логопед

Научно-практический центр Детской психоневрологии, г. Москва

В связи с ростом патологий со стороны речи, моторики и интеллекта нами обследована группа из 150 детей с различным неврологическим и речевым статусом.

Материалы и методы: на базе НПЦ Детской психоневрологии в подгруппе из 50 детей от 11 мес. до 15 лет в 96 % случаев выявлены дизартрии, сочетающиеся с ишемически-гипоксическими поражениями мозга. При этом: 1) 100% обследованных детей имеют двигательные и речевые нарушения; 2) уровень развития речи коррелирует более со степенью развития мелкой моторики, чем со степенью выраженности нарушений общей моторики.

В подгруппе из 50 детей от 2 до 15 лет с первично нарушенной речью у 52% выявлены дизартрии, часто сочетающиеся с незрелостью коры головного мозга. При этом: 1) у 100% имеются первичные речевые нарушения; 2) у 52% имеются задержки моторного развития; 3) степень выраженности речевых нарушений тяжелее двигательных.

В подгруппе из 50 детей, поступивших в 1-й класс массовой школы, у 70% имеются речевые нарушения. При этом: 1) у 42% речевые нарушения сочетаются с задержками моторного развития; 2) у 30% детей с нормальным развитием речи выявлены задержки моторного развития в возрасте до 1 г., что у 28% обусловило незрелость звукового анализа и синтеза, провоцирующую трудности школьного обучения.

Результаты: обследование показало, что нарушения моторной сферы на ранних этапах свидетельствуют о последствиях органического поражения ЦНС и доказывают задержку в дальнейшем психоречевого развития. Поэтому мы внесли в свою логопедическую работу методы, нацеленные на: 1) активизацию сенсорного развития с опорой на тактильный анализатор; 2) обучение ориентированию в собственном теле; 3) обучение ориентированию в пространстве; 4) формирование и коррекцию двигательных кинестезий. Это позволило нам в 95% случаев оптимизировать процесс формирования речевой коммуникации детей. Считаем также необходимым: 1) участие логопеда в диспансеризации детей с 1 года; 2) контроль развития речи детей, отстающих в физическом и моторном развитии; 3) при коррекции психоречевого развития – стимуляцию психомоторной деятельности и развития личности ребенка в целом.

Выводы: только «раннее выявление речевой патологии, своевременная, качественная коррекция с учетом компенсаторных возможностей ребенка позволяют надеяться на благоприятный прогноз и свести к минимуму рецидивы»

Опорная афферентация – физиологическая роль в системе моторного контроля

Саенко И.В., Козловская И.Б.

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Государственный научный центр Российской Федерации – Институт медико-биологических проблем Российской академии наук, г. Москва

В России, согласно неофициальной статистике, ежегодно более полумиллиону детей ставится диагноз ДЦП. Свыше 70% больных ДЦП — тяжелые инвалиды, требующие значительных финансовых затрат на лечение, содержание и социальную помощь. Поэтому, очень важна работа, направленная на создание средств и методов реабилитации, способствующих, прежде всего, снизить уровень инвалидизации ребенка, а это значит, повысить его социальную и физическую адаптацию в обществе.

В настоящее время идет активный поиск новых технологий, направленных на совершенствование и повышение эффективности реабилитационных процессов при ДЦП. Исследования в интересах космической медицины, показали, что центральным механизмом запуска изменений в деятельности опорно-двигательного аппарата в условиях микрогравитации является снижение активности опорной афферентации (Григорьев А.И., Козловская И.Б. и др. 2004 г.). Именно этот механизм лежит в основе быстро развивающейся атрофии тонических мышечных волокон, деминерализации костей, снижения уровня энергетических процессов организма, изменения активности нервных регуляторных систем.

Благодаря появлению новых структурных и функциональных методов нейровизуализации в последние годы получены убедительные доказательства, что под влиянием опорной афферентации происходит отчетливая стимуляция нейропластичности в ЦНС.

Проведенные клинические исследования оценки функциональной перестройки сенсомоторной коры головного мозга у больных с поражением ЦНС с использованием фМРТ показали, что при стимуляции опорной афферентации отмечается распространенная активация зон коры головного мозга, ответственных за локомоции - первичной сенсомоторной коры (зона SM1 симметрично в обоих полушариях большого мозга); вторичной моторной (зона SMA симметрично в обоих полушариях, РМС — преимущественно слева) и сенсорной коры (зона IPL в обоих полушариях с количественным преобладанием слева). При этом паттерн активации супраспинальных систем контроля локомоции формируется в зависимости от локализации поражения и периода заболевания.

Применение динамической крючковой системы LSZ в лечении паралитических сколиозов у детей с ДЦП

Сампиев М.Т., Лака А.А., Кусакин В.В., Лягин А.С.

НПЦ Детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Наиболее сложной и актуальной проблемой хирургии позвоночника является коррекция сколиоза у детей. Активный рост позвоночника делает трудновыполнимой применение стабилизирующих конструкций позвоночника, поскольку чреват развитием синдрома коленчатого вала в послеоперационном периоде, либо диспропорциональным развитием туловища. Выбор многоэтапной схемы хирургического лечения сопровождается большим количеством осложнений и тяжело переносится пациентами. Нами изобретен и внедрен в клиническую практику динамический инструментарий LSZ. Данный инструментарий может быть применен при активно растущем позвоночнике ребенка без применения спондилодеза и не ограничивает рост позвоночника в послеоперационном периоде.

Цель исследования. Оценить эффективность коррекции сколиотической деформации на фоне ДЦП динамическим инструментарием LSZ (Лака-Сампиева-Загороднего).

Методы. Нами проанализированы данные хирургического лечения и послеоперационного наблюдения 45 пациентов с сколиозами 4 степени на фоне ДЦП, прооперированных нами с 2006 по 2009 гг. в ДПНБ№18, а также в ДКБ№38. Возраст пациентов составил от 8 до 11 лет. Средний возраст составил 11,6 года. Минимальный срок послеоперационного наблюдения составил 2 года. Все пациенты были прооперированы с использованием динамического LSZ-инструментария. Оценка результатов коррекции производилась по данным рентгенографического исследования позвоночника в раннем и позднем послеоперационных периодах.

Результаты. Среднее значение исходной грудной дуги составило 56° (35-113°). Среднее значение инструментированных позвонков составило 9,6. Непосредственно после операции были получены следующие результаты: средняя фронтальная коррекция основной дуги искривления составила 76,5%. Нормализация грудного кифоза была отмечена у 78% пациентов, среднее значение после операции составило 41° (25°-38°). Коррекция ротационного компонента оставила в среднем 37,57%. Среднее время операции 60-80 мин, кровопотеря в среднем составила 200-300 мл. Время с момента операции до активизации больного – 3-4 дня. Никаких средств внешней иммобилизации в послеоперационном периоде не применялись. При оценке результатов коррекции через два года после операции потери коррекции, не выявлено ни в одном случае. Средняя прибавка в росте составила 5,3 см. Неврологических, сосудистых осложнений не было ни в одном случае. В данной группе пациентов отмечалась улучшение фронтальной коррекции грудной дуги и ротации апикального позвонка.

Выводы. Динамическая конструкция LSZ может успешно применяться в условиях активного роста позвоночника, в случаях паралитических сколиозов, когда применение стабильных систем затруднительно. Методика позволяет достичь высокой коррекции сколиотической деформации в трех плоскостях, и сохранить ее в послеоперационном периоде. При завершение роста инструментарий может быть легко демонтирован и заменён на любую стабильную винтовую или гибридную систему. Метод безопасен, мало травматичен и легко переносится детьми.

Развитие воображения младших школьников с детским церебральным параличом

Сатари В.В.

ГБОУ ЦПМСС «Раменки», г. Москва

Коррекционные занятия по программе «Развиваем воображение» ставят своей целью: на основе создания организованной особым образом среды дать ребенку с ДЦП младшего школьного возраста возможность развивать свой творческий потенциал и оптимизирует его психическое развитие.

Достижение указанной цели предусматривает решения ряда задач, из которых первостепенными являются: обогащение чувственного познавательного опыта на основе умений выделять объекты, наблюдать, сравнивать, выявлять существенные признаки предметов и явлений; умение отражать их в речи; развитие и совершенствование таких необходимых для воображения психических процессов, как память, мышление и речь.

Программа содержит восемь разделов: развитие моторики; развитие и совершенствование зрительно-пространственного восприятия; восприятие формы, величины, цвета; конструирование предметов; наблюдательность и фантазия; речь и фантазия (словесно-логическое мышление); эмоции и фантазия; фантазия и творческое мышление. Все разделы программы взаимосвязаны, на каждом занятии из класса в класс происходит усложнение материала. Познакомиться подробно с программой можно в журнале «Коррекционная педагогика» № 6 (42), 2010. Планомерное целенаправленное развитие воображения у детей с ДЦП достигается только в результате усилий всей системы воспитательно-образовательной работы. Структура занятий предусматривает сочетание разных видов деятельности: изобразительной, конструктивной, игровой, музыкальной, экскурсионной. И только благодаря такому единению могут быть решены задачи развития процесса воображения детей с ДЦП младшего школьного возраста.

Опыт выполненного нами трехлетнего обучения младших школьников с ДЦП по указанной выше программе подтверждает возможность достижения высокого уровня развития процесса воображения.

Особенности патогенетической терапии детского церебрального паралича, обусловленные характером патогенеза каждой из трёх стадий этого заболевания

Семёнова К.А., Левченкова В.Д.

ФГБУ НЦЗД РАМН, г. Москва

Клиника детского церебрального паралича (ДЦП) позволяет выделить три стадии его течения: раннюю, хроническую и резидуальную.

Ранняя стадия ДЦП характеризуется дисбалансом рефлекторной сферы, отсутствием или задержкой развития установочных рефлексов, являющихся клиническим проявлением функциональной системы антигравитации (ФСА), и патологической активностью врождённых тонических рефлексов. Этот рефлекторный дисбаланс определяет в дальнейшем характер патологического двигательного и речевого стереотипов. Рефлекторный дисбаланс в этой стадии болезни связан с нарушением вестибулярной системы, прежде всего – подсистемы отолитов и задержкой развития подсистемы лабиринтов, являющихся центральным звеном ФСА.

У детей с ДЦП, с первых дней жизни и в течении нескольких последующих лет циркулируют антитела (АТ) к различным структурам мозга и постепенно, у части детей с ДЦП, формируется аутоиммунное, вялотекущее воспаление, что подтверждается и патоморфологическими исследованиями, проведёнными у умерших детей. При гистологическом исследовании выявлены лимфоидноклеточные периваскулярные инфильтраты в веществе мозга, очаговое перивентрикулярное воспаление или перивентрикулярная лейкомаляция, значительные дистрофические изменения нейронов и нервных волокон с очаговой демиелинизацией, что характерно для аутоиммунного воспаления. Эти данные совпадают с данными литературы о том, что у детей с ДЦП, с периода новорождённости и затем в течение ряда лет может протекать активный аутоиммунный процесс в перивентрикулярной области, распространяющийся затем на структуры подкорковой области и на кору больших полушарий мозга.

В ранней стадии ДЦП, исходя из факторов патогенеза, применяется специальный массаж, ЛФК, пассивная вестибулярная тренировка, адекватные фармакологические препараты, включая иммуномодуляторы.

Хроническая стадия ДЦП характеризуется окончательным формированием патологического двигательного стереотипа, появлением и закреплением функциональных блокад, формирующихся в суставах позвоночника, плечевого и, особенно, тазового поясов на основе вторичных изменений мышц и суставов в связи с развивающейся в них тканевой гипоксией, вызванной спастичностью паравертебральных и околоуставных мышц (В.И. Козьявкин).

Развитие вторичных изменений в мышцах – замещение актиномиозинового сократительного комплекса жировой и соединительной тканью, наряду с нарушением экспрессии генов продуцирующих миелин, и, отсюда, нарушением миелинообразования может быть обусловлено и гипогравитацией.

Для нормализации двигательных нарушений у детей с хронической стадией ДЦП используются устройства, корригирующие патологию проприоцептивного потока и гипогравитации (ЛК «Гравистат», «Гравитон»), снижающие, а также предупреждающие возобновление появления вторичного развития функциональных блокад в суставах позвоночника и суставах плечевого и тазового поясов, а также обычно используются специальные методы лечебной физкультуры и массажа, различные тренажёры.

Решающее значение для прекращения вторичных изменений в этих суставах может иметь метод В.И. Козьявкина, под влиянием которого значительно быстрее улучшается моторика. Для закрепления этих улучшений необходимы постоянные занятия специальной ЛФК.

Восстановительное лечение ДЦП процесс трудный, многолетний и далеко не всегда эффективный. До настоящего времени происходит лечение ДЦП независимо от стадии заболевания, т.е. без учёта того, какие нарушения развития мозга могут иметь место у больного ребёнка. Назначаются различные фармакологические препараты, но они же назначаются и на этапах более позднего течения заболевания. ЛФК проводится с учётом распространённости и характера параличей без учёта тех изменений, которые отмечаются в самих мышцах и суставах. Возможно, именно с таким подходом к восстановительному лечению связаны и недостаточная его эффективность, и рецидивы: через 2-4 месяца возвращается спастичность, контрактуры и т.д.

Десятки лет наблюдений за детьми с ДЦП с первых недель их жизни и до 20-40 лет, позволяют подойти к лечению этого заболевания с иной стороны – с учётом патогенеза каждой его стадии. На основании всего изложенного можно полагать, что ДЦП не всегда является резидуальным заболеванием, по крайней мере, в двух первых стадиях болезни. Третья резидуальная стадия заболевания характеризуется развитием дистрофических и атрофических процессов в ЦНС и опорно-двигательном аппарате, лечение может быть только симптоматическим.

Применение роботизированной «системы локомоторной терапии» роботизированного комплекса «Армео» у детей с нарушениями функции движения

Сергеенко Е.Ю., Белых О.Ю.

*ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра реабилитологии и
физиотерапии ФУВ,
ФГУ РДКБ Минздрава России, г. Москва*

В докладе будет рассматриваться программа коррекции двигательных нарушений у детей (двигательный дефицит, координаторные нарушения) на основе пилотного использования «Системы локомоторной терапии» (СЛТ), представляющей собой комплекс, разработанный российскими авторами, разрешенный к применению в России и являющийся аналогом роботизированного аппарата «Локомат». СЛТ имеет ряд особенностей, в частности в том, что усилиями роботизированной системы нижняя конечность тянется, что является принципиальным отличием от зарубежных аналогов и является более физиологичным с точки зрения биомеханики движения и соответствует принципам мануальной локомоторной терапии, которая в течение последних двух десятилетий проводится в США усилиями 3-4 инструкторов по лечебной физкультуре. Также принципиальным отличием является возможность кратковременного отдыха пациента во время процедуры.

На основе использования роботизированного комплекса «Армео», особенностью которого является поддержка верхней конечности в комбинации с обратной связью, которая облегчает процесс обучения, нами изучалась возможность улучшения функциональных способностей верхних конечностей у детей данной категории.

На основании анализа результатов, полученных в основной группе (дети со спастическими параличами 12-16 лет), где реабилитационный комплекс включал индивидуальные занятия ЛФК, процедуры электроимпульсной высокотоковой терапии, тренинг с использованием «Системы локомоторной терапии» и занятия на роботизированном комплексе «Армео» в сравнении с контрольной группой, где вместо тренинга на СЛТ использовался роботизированный аппарат «Тера витал», показано, что на фоне проводимого лечения изменяется поструральная устойчивость, выражено изменяется баланс поструральных мышц, что способствует формированию более физиологичного паттерна ходьбы, улучшаются функциональные возможности верхних и нижних конечностей, в том числе за счет увеличения объема движений во всех суставах, показатели координаторных проб изменяются в сторону улучшения.

Комплексная реабилитация с применением роботизированного комплекса «Армео» у детей со спастическими формами ДЦП

Сергеенко Е.Ю., Фрадкина М.М., Ковалева М.Ю., Белых О.Ю., Труханов А.И.

*ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва,
кафедра реабилитологии и физиотерапии ФУВ*

Актуальность: Заболеваемость ДЦП составляет от 1,9 до 2,3 случая на 1000 детей, что соответствует частоте встречаемости заболевания в странах мира. Коррекция функции верхних конечностей является важной составляющей реабилитационного процесса.

Цель: научное обоснование целесообразности включения тренинга с использованием роботизированного аппарата «Армео» в комплексное восстановительное лечение детей со спастическими формами ДЦП.

Материалы и методы: в основную группу было включено 20 детей со спастическими формами ДЦП в возрасте от 6 до 16 лет. Лечебный комплекс включал онтогенетическую гимнастику, процедуры электроимпульсной терапии от аппарата HiTop и тренинг с использованием роботизированного комплекса «Армео». Эффективность лечения оценивалась с помощью шкалы спастичности Ашфорта, теста функциональной возможности руки Френчай, оценки изменений объема активных движений и улучшения координации рук на роботизированном комплексе «Армео».

Результаты: в конце курса реабилитации наблюдалось значительное улучшение функционального состояния верхних конечностей: снижение мышечного тонуса в среднем на 1,1 балла в верхних конечностях, увеличение функциональных возможностей руки в среднем в 2,1 раза (по Френчай-тесту). На роботизированном комплексе «Армео»: расширение «рабочего пространства» руки по 3-м плоскостям в 1,2-1,8 раза. В группе сравнения (25 чел.) наблюдалось достоверное снижение мышечного тонуса и не достоверное увеличение функциональных возможностей руки.

Выводы: впервые предлагаемая методика реабилитации с включением тренинга на роботизированном аппарате «Армео» у детей со спастическими формами ДЦП позволяет добиться значительных результатов после проведения одного курса реабилитации, что чрезвычайно важно не только с точки зрения медицинского аспекта, но и играет важную роль при оценке экономической составляющей реабилитационного процесса.

Тяжелые формы расстройств аутистического спектра с моторными нарушениями: мультидисциплинарный подход

Симашкова Н.В., Якупова Л.П., Коваль-Зайцев А.А.

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, г. Москва

При тяжёлых формах расстройств аутистического спектра (РАС) наблюдаются двигательные нарушения. По фенотипической картине они близки к нарушениям движений при ДЦП, что приводит к определённым трудностям в диагностике.

Цель работы. С использованием мультидисциплинарного клинико-биологического подхода исследовать особенности атипичного детского психоза (АДП).

Материалы и методы. Клинико-динамическим, нейрофизиологическим и патопсихологическим методами обследовано 38 больных в возрасте от 3 до 12 лет с АДП (F84.1 по МКБ-10, 1994), проходивших лечение в отделе по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма НЦПЗ РАМН в 2006-2012гг.

Результаты. Для больных с АДП, переносивших регрессивно-кататонические приступы, характерна утрата ранее приобретенных навыков, речи, тяжёлый аутизм; кататонические нарушения (КН), которые сохраняются в форме двигательных подкорковых стереотипий на протяжении болезни. На высоте психоза калейдоскоп двигательных стереотипий (рубро-спинального, стрио-палидарного уровня) столь велик, что поведенческие фенотипы часто меняются и неотличимы при разных нозологиях.

АДП имеет нейрофизиологические маркеры в виде значительной представленности в ЭЭГ ритмической тета-активности, выраженность которой коррелирует с тяжестью регрессивных нарушений. В тех случаях, когда тета-ритм сочетается с усиленной дельта-активностью, в клинической картине отмечаются «псевдоневрологические» знаки – преходящий тремор, атаксия походки, моторная неуклюжесть.

При АДП выявляются также патопсихологические маркеры в виде когнитивного дизонтогенеза с выраженной диссоциированной ретардацией в развитии разных сфер психической деятельности. Наибольшее отставание отмечается в сферах «мелкой моторики» и «зрительно-двигательной координации». Также наблюдается отставание в развитии крупной моторики.

Полученные данные обсуждаются в плане их важности для точной диагностики и создания четких дифференцированных алгоритмов абилитации, основанных на принципах доказательной медицины.

Синдром изолированной амиотрофии плечевого пояса: клинический случай

Смирнова А.А., Лобов
М.А., Лапочкин О.Л., Шаховская Н.И.

*ГКУЗ МО «Детская психоневрологическая больница», г. Москва
Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского, г. Москва*

Амиотрофии плечевого пояса и рук встречаются в детской неврологической практике редко и вызывают значительные трудности в диагностике. В МО ДПНБ поступил юноша, 1994 г.р., с жалобами на ограничение движений в левом плечевом суставе, которое развилось в течение полугода, после начала занятий боксом. МРТ: начальные признаки хондроза шейного отдела позвоночника. При поступлении: гипомимия лица, «поперечная» улыбка. Ограничен наклон головы и туловища вперед. Гипотрофии трапецевидной, надостной, подостной, большой грудной мышц, фиксаторов лопатки, мышц плеча слева, высокое стояние левой лопатки. Поднимает левую руку выше уровня плеча при включении в движение дополнительных мышечных групп. Мышечный тонус снижен в левой руке. Сила мышц 4 – 4,5 б. в проксимальном отделе левой руки. Сухожильные рефлексы живые S>=D. Проводился дифференциальный диагноз между плечевой плексопатией, синдромом Персонейдж-Тернера, дебютом спинальной амиотрофии, миодистрофией Ландузи-Дежерина, БАС, патологией щитовидной железы, синдромом Панкоста. R-графия органов грудной клетки и шейного отдела позвоночника, УЗИ щитовидной железы: без патологии. ЭМНГ: не получено ответов при стимуляции в точке Эрба слева, что не исключает нейро-аксональный характер поражения п. Axillaris sin. F-волны в пределах допустимых значений, снижения СПВ нет. ЭМГ игольчатая: II стадия денервационно-реиннервационного поражения. Биохимический анализ крови, анализ крови на гормоны щитовидной железы, общие анализы крови и мочи: без патологии. По данным ЭНМГ можно было думать о невропатии подмышечного нерва, но после проведения игольчатой ЭМГ стало понятно - процесс носит первично-мышечный характер, что позволило установить диагноз: миодистрофия Ландузи-Дежерина. На фоне лечения отмечалась положительная динамика: возросла мышечная сила в атрофированных мышцах, легче стал поднимать левую руку выше горизонтального уровня. Правильно установленный диагноз дал возможность разработать правильную тактику ведения больного, а также установить прогноз дальнейшего течения заболевания.

Использование искусственной локальной контрастотермии для коррекции речевых нарушений у подростков и взрослых с ДЦП в поздней резидуальной стадии

Снегирев А.Ю., Кочегарова С.В., Москаленко Е.В.

*Государственное казенное учреждение здравоохранения города Москвы
Центр медицинской и социальной реабилитации с отделением постоянного проживания
для подростков и взрослых инвалидов с тяжелыми формами детского церебрального
паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих Департамента
здравоохранения Москвы (ГКУЗ ЦМСР ДЦП ДЗМ), г. Москва*

Восстановительное лечение и социальная интеграция больных детским церебральным параличом (ДЦП) – важная и одна из наиболее сложных проблем практической реабилитологии. Значимым её аспектом является становление речевых навыков и мелкой моторики, чему в значительной мере препятствуют мышечный гипертонус, патологические синкинезии, синергии и гиперкинетическая активность. Преодоление хоть в какой-то степени упомянутых двигательных расстройств создает условия для выработки адекватных навыков артикуляции. Существует много способов воздействия на мышечный гипертонус и гиперкинезы: медикаментозное воздействие, массаж, элементы тренинга. В Центре медицинской и социальной реабилитации для подростков и взрослых инвалидов с детским церебральным параличом (ЦМСР ДЦП) применяется также методика искусственной локальной контрастотермии (ИЛК).

В основе методики лежит контрастотермальный эффект, вызывающий сначала гипобиотическое, а затем контрастное гипербиотическое состояние мышцы и её рецепторного аппарата. Контрастотермическое воздействие на рецепторную систему артикуляционного аппарата способствует формированию перехода артикуляционных мышц на более высокий уровень двигательной активности.

Анатомическая близость корковых зон иннервации артикуляционного аппарата с зонами иннервации мышц руки, особенно кисти и большого пальца, а также нейрофизиологические данные о значении манипулятивной деятельности для стимуляции речевого развития обуславливают необходимость одновременного контрастотермального воздействия на правую (для правой) верхнюю конечность и параоральную зону.

Процедура сводится к воздействию на мышцы правой верхней конечности и лица низкотемпературных (ледяная крошка) и высокотемпературных (горячая вода) агентов, с постепенно возрастающим временем экспозиции. При проведении процедуры учитывается анатомическая близость слюнных желез и лимфатических узлов.

Противопоказанием считаются острые интеркуррентные инфекции и холодовая аллергия, а также индивидуальная непереносимость. Курсы ИЛК были проведены больным ДЦП со спастико- гиперкинетической формой дизартрии различной степени тяжести.

Оценка степени поражения и динамики на фоне лечения проводилась по специально разработанной шкале с учетом состояния лицевой мускулатуры артикуляционного аппарата и двигательной функции верхней конечности. У всей группы больных отмечены улучшения речевой функции с 5- 7 процедуры, что выразилось в следующем:

- расширился объём произвольных мимических движений, уменьшилась спастичность лицевых мышц и проявление гиперкинезов;

- увеличился объём движений языка, губ при выполнении артикуляторных проб, снизился латентный период включения в речевую деятельность;
- уменьшилась спастичность в мышцах языка, губ, гиперкинезы языка в покое и при попытке к речи;
- отмечалось уменьшение спастичности синергистов и гиперкинезов в правой верхней конечности

Достигнутый положительный эффект закреплялся на индивидуальных логопедических занятиях по выработке новых речедвигательных навыков. Результаты проведенного исследования свидетельствуют в пользу целесообразности применения ИЛК в комплексе мероприятий по становлению речевых функций и мелкой моторики у больных ДЦП в поздней резидуальной стадии при наличии спастических расстройств и гиперкинетической активности.

Применение средств невербальной коммуникации для преодоления нарушений речи у пациентов с ДЦП

Снегирев А.Ю., Чижикова М.В.

*ГКУЗ города Москвы Центр медицинской и социальной реабилитации с отделением постоянного проживания для подростков и взрослых инвалидов с тяжелыми формами детского церебрального паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих
Департамента здравоохранения Москвы (ГКУЗ ЦМСР ДЦП ДЗМ), г. Москва*

Как показывает многолетний опыт пациенты с детским церебральным параличом (ДЦП) страдают не только нарушениями опорно-двигательного аппарата, но и зачастую и различными речевыми нарушениями как-то: дизартрия, анартрия, заикание. Поражения, выявляемые при обследовании, постановке диагноза и медико-педагогической коррекции, обуславливают необходимость использования эффективных приемов логопедического воздействия. В настоящее время эффективной методикой служит применение средств невербальной коммуникации для развития речевых и психических функций пациента.

Речевая терапия применяется в комплексе с лечебными мероприятиями, нацеленными на положительную динамику двигательных и речевых функций, поэтому для пациента с ДЦП необходима комплексная программа с участием невролога, логопеда-дефектолога, специалиста ЛФК, врачей ФТО.

Степень речевого развития больного, определяемая его сохранными функциями, должна служить ориентиром для поэтапного логопедического воздействия, и дополнительной формой работы являются занятия с применением средств невербальной коммуникации (СНК). Содержание СНК определено коммуникативными потребностями и включает в себя использование набора жестов и пиктограмм, которые заменяют слово или предложение и являются иконическими знаками, т.е. имеют общую зрительно-смысловую основу с обозначаемыми предметами, действиями, понятиями. Формирование навыка общения должно осуществляться целенаправленно и последовательно. Курс логопедических занятий с применением СНК должен быть основан на идее поэтапного усложнения заданий. При этом обязательным условием обучения является постоянное, последовательное “оречевление” невербальных изображений и действий. Стоит подчеркнуть, что применение средств невербальной коммуникации в совокупности с другими видами логопедической работы нацелено на более эффективное преодоление нарушений речи у пациентов с ДЦП. Использование такого комплексного систематического подхода, приводит к значительному улучшению речи большинства из них.

Использование креативно-художественной и телесно-ориентированной практики в развитии мелкой моторики рук у подростков с детским церебральным параличом

Снегирев А.Ю., Ющенко Е.Б.

ГКУЗ города Москвы Центр медицинской и социальной реабилитации с отделением постоянного проживания для подростков и взрослых инвалидов с тяжелыми формами детского церебрального паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих Департамента здравоохранения Москвы (ГКУЗ ЦМСР ДЦП ДЗМ), г. Москва

Детский церебральный паралич (ДЦП) - тяжелое заболевание центральной нервной системы. Особенно страдают те мозговые функции, при помощи которых осуществляются произвольные движения. Систематическая работа по тренировке тонких движений пальцев рук является мощным средством повышения работоспособности коры головного мозга: у подростков улучшаются внимание, память, мышление, слух и зрение.

Материалы и методы: для стимуляции мелкой моторики рук в программу реабилитационных мероприятий были введены занятия, на которых подросткам предлагалась лепка из соленого теста.

Были подобраны комплексы упражнений для разработки мелкой моторики: массаж кистей рук, пальчиковая гимнастика, пальчиковый игротренинг, лепка из соленого теста. Занятия проводились пять раз в неделю, продолжительностью по 30 минут. Перед занятием - массаж кистей и пальцев по 2 - 3 минуты и гимнастика в пассивной форме. Далее подростки осваивали основные приемы работы с тестом:

1. Развивающие ладонный захват: разминание теста, катание шариков – «колобков», «колбасок», «бревнышек для домика».

2. Приемы, развивающие «щепотной» и "пинцетный" захват - разрывание "колбаски" на мелкие кусочки ("детали машины"), сворачивание "колбаски" в спираль, втыкание палочек, держа их щепотью ("дом", "забор"), прищипывание краев изделия ("пирожок", "цветок"), нанесение стекой вмятин в тесте ("глаза животного").

Для решения поставленных задач была проведена первичная диагностика 159 подростков. В ее ходе определялись уровень развития ладонного, "щепотного" и "пинцетного" захватов, умение выполнять цепочку последовательных действий.

На момент исследования все испытуемые имели различный уровень развития мелкой моторики: у 59 (37,1%) подростков возраст ручной умелости не соответствовал норме, у 39 (24,5%) пациентов отсутствовала какая-либо форма захвата, умение выполнять последовательность действий отсутствовало у 61 (38,4%) подростка.

Результаты: после проведения коррекционно - развивающих занятий с использованием массажа рук, пальчиковой гимнастики, лепки из соленого теста (всего 512 занятий) появилась положительная динамика в развитии мелкой моторики. Ладонный захват появился у 44 (27,7%) подростков, умение выполнять последовательность действий у 59 (37,1%) подростков, возраст ручной умелости повысился у 56 (35,2%) подростков.

Таким образом, показатели развития мелкой моторики уже за достаточно небольшой период (56 дней) значительно улучшились: возраст ручной моторики стал выше на 33%; форма захвата на 38%; умение выполнять последовательность действий на 29%.

Предполагается, что данная работа по разработке комплекса реабилитационных мероприятий для развития мелкой моторики с включением лепки из соленого теста должна быть продолжена. В настоящее время продолжается разработка программы развития и коррекции мелкой моторики у подростков с ДЦП с использованием данной методики.

Коррекционно-логопедическая работа с детьми-дизартриками с заиканием

Суворова С.А., Гиленкова С.В.

Научно-практический центр Детской психоневрологии, г. Москва

Патологические процессы в центральной нервной системе при дизартриях могут создать способствовать возникновению заикания. Заикание у детей при дизартриях начинается в большинстве случаев постепенно и выявляется главным образом, в период становления речи. Основным симптомом являются судороги, возникающие в паретических мышцах артикуляционного, голосообразовательного и дыхательного аппаратов. У детей с дизартрией, страдающих заиканием отмечается большое количество сопутствующих движений: гиперкинезов, тиков, миоклонусов, как в артикуляционном аппарате, так и во всех двигательных мышцах. Двигательные расстройства проявляются не только в момент речи, но и вне речевой деятельности.

У большинства детей с дизартрией, осложнённой заиканием, отмечается нарушение голоса по типу дисфонии. Выявляется асинхронность в работе артикуляционной и голосообразовательной мускулатуры. Для детей-дизартриков с заиканием раннего возраста особенно характерны эмоциональные реакции, которые проявляются в изменении поведения. Одни замкнуты, плаксивы, молчаливы, другие моторно беспокойны, аффективны, впечатлительны. Во время речи волнуются, что способствует увеличению судорог. Преодоление заикания у детей-дизартриков в условиях стационара, когда ребёнок находится на определённом курсе (30-40 дней) несёт функцию реабилитации, оказание помощи, с обучающим моментом.

В первую очередь - это комплексное воздействие:

1. Медикаментозное лечение включает в себя общеукрепляющие процедуры, стимулирующие и активизирующие развитие нервной системы;
2. Логопедические занятия.

Содержание занятий на разных этапах логопедической работы включает в себя:

1. Обследование - оно проводится в начале первой недели ребёнка в стационаре (наблюдаем, находим контакт с ребёнком, выявляем структуру речевого нарушения, поведения, личностные характеристики детей).
2. Ограничение речи. На первой неделе используется шепотная речь. На этом этапе идет развитие у детей общей произвольной моторики и мышц лица путём использования расслабляющих упражнений, артикуляционной гимнастики, логопедической ритмики.

Речевой материал усваивается в процессе прохождения этапов шепотной, сопряженной, отраженной речи, когда образцом поведения речи служит детям логопед, родители.

Отраженная речь - 2 неделя. Работа над фразой и просодическими компонентами речи (дыханием, голосом, слитностью, темпом, ритмом). Вопросно-ответная речь, диалогическая речь, воспитание навыков спокойного, неторопливого, полного ответа на вопрос. Самостоятельная речь - 4-5 недели - обучение дословному пересказыванию событий с учётом приобретённых навыков. Речевой материал хорошо усваивается в форме игр.

Особенности логопедической работы с детьми со спинальной травмой в условиях стационара

Суворова С.А., Гиленкова С.В.

Научно-практический центр Детской психоневрологии, г. Москва

Особую группу в хирургическом отделении НПЦ ДП составляют так называемые спинальные больные. Это дети, страдающие болезнями центральной нервной системы на почве инфекций и после интоксикаций, последствий травм головного мозга, спинного мозга и его оболочек. Возрастные анатомические и физиологические особенности позвоночника и спинного мозга оказывают огромное влияние на характер травмирования и клинические проявления травмы.

Актуальность проблемы реабилитации спинальных больных обусловлена большой распространенностью позвоночно-спинномозговой и черепно-мозговой травмы и высокими показателями инвалидизации. Ограничивать двигательные возможности таких детей и затруднять их реабилитацию могут многочисленные сопутствующие заболевания и осложнения спинальной травмы: контрактуры суставов конечностей, пролежневые раны, урологические осложнения. У детей со спинно-мозговой травмой в результате нарушения двигательной функции отмечаются психологические изменения, личностные эмоционально-волевые нарушения: снижается мотивация к целенаправленным волевым действиям, концентрация внимания, происходит быстрая утомляемость. Спинно-мозговая травма приводит к речевым нарушениям - страдает голосовая функция, физиологическое и речевое дыхание, может нарушаться тонус артикуляторного аппарата.

За последние 3 года в 6 нейрохирургическом отделении НПЦ ДП всё чаще поступают дети и подростки со спинно-мозговыми травмами. С такими детьми логопедическая работа имеет свои особенности. Перед началом занятий систематизируются и обобщаются данные клинического, психолого-педагогического и логопедического обследования. Совместно с психологом используется индивидуальный подход к таким детям с учетом его возраста, течения заболевания (тяжесть заболевания), особенностями личности ребенка. В работе с такими детьми и подростками обязательно проводится активная и пассивная артикуляционная гимнастика для выработки четкости, правильности движений всех частей артикуляционного аппарата. Дифференцированный массаж артикуляционной и мимической мускулатуры - раздражение кожи лица повышает тонус голосовых мышц. Постановка речевого дыхания с акцентом на удлинённый выдох. В тяжелых случаях нарушения фонации часто используется шепотная речь. Работа начинается с согласных звуков («М», «В», «Б», «П»). Далее эти звуки закрепляются в слогах, словах, фразах. Подводя итог, необходимо ещё раз отметить важность ранней комплексной коррекционной работы с детьми и подростками, учитывая особенность развития детского мозга, его пластичности к компенсированию нарушенной функции.

Роль психологической помощи родителям, имеющих детей с поражением ЦНС и нарушениями опорно-двигательного аппарата

Хохлова Т.В.

НПЦ Детской психоневрологии, г. Москва

Болезни во все времена пугали людей. За века люди научились побеждать многие недуги, однако на уровне отдельного человека и его семьи психологическое отношение к болезням мало изменилось. Как пройти это испытание и сохранить не только жизнь и здоровье, но и себя как личность? Для этого необходимы две составляющие: адекватное лечение самой болезни и душевная, психологическая поддержка.

Успехи в лечении позволили продлевать жизнь детей с различной патологией нервной системы и нарушениями опорно-двигательного аппарата. Но ведь положительный психологический настрой намного облегчают течение болезни, процесс лечения и адаптации. В связи с этим всё настойчивее выдвигаются требования повышения роли психологической поддержки, психической реабилитации в комплексном лечении детей с нарушениями ЦНС. В последние годы к работе с такими больными стали привлекаться клинические психологи. Эти специалисты подключаются к работе как в кризисные периоды (постановка диагноза, рецидив болезни), так и при явной психологической декомпенсации у ребенка или родителей.

Знание психологии больного, его личностных особенностей и возможностей повышает эффективность медицинской и психологической помощи.

Инвалидность ребенка, чаще всего, становится причиной глубокой и продолжительной социальной дезадаптации всей семьи. Семья оказывается в психологически сложной ситуации. К сожалению, далеко не все мамы и папы проблемных детей приходят к правильному решению, обретая жизненную перспективу и смысл жизни. Многие это самостоятельно сделать не могут. В результате нарушается способность приспособления к социальным условиям жизни. На семью с ребенком-инвалидом накладываются медицинские, экономические и социально-психологические проблемы, которые приводят к ухудшению качества ее жизни, возникновению семейных и личных проблем.

В связи с этим становится насущной разработка таких форм психологической и психокоррекционной работы, с помощью которых можно преодолевать многие внутриличностные конфликты и проблемы родителей, создавать благоприятные предпосылки для формирования в их сознании новых установок, позволяющих успешно решать проблемы их детей.

- В качестве основных целей психологической работы для родителей мы предлагаем:
- Переструктурирование жизненного стереотипа и ценностных установок родителей детей с заболеваниями ЦНС и опорно-двигательного аппарата
- Создание благоприятного психоэмоционального климата в семьях детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата
- Психокоррекционный процесс направлен на решение следующих задач:
- Реконструкцию детско-родительских взаимоотношений
- Оптимизацию супружеских и внутрисемейных взаимоотношений
- Гармонизацию межличностных отношений между диадой мать с больным ребенком и членами семьи
- Коррекцию неадекватных поведенческих и эмоциональных реакций родителей больного ребенка

- Развитие коммуникативных форм поведения, способствующих самоактуализации и самоутверждению
- Формирование навыков адекватного общения с социумом

Психокоррекционная работа представлена двумя формами – индивидуальной и групповой. Индивидуальная форма представляет собой беседу, а также последующие индивидуальные занятия психолога с матерью и больным ребенком. При групповой форме работы психокоррекционное воздействие осуществляется не только со стороны психолога, но и внутри группы при взаимодействии участников. Родители должны понимать, что жизнь не останавливается с рождением ребёнка-инвалида, она продолжается, и надо жить дальше, воспитывать ребёнка, любить его таким, какой он есть. Да, лучше бы не иметь такого опыта. Но если все же болезнь случилась, мы все не только должны бороться с ней, но и можем стать лучше и человечнее.

Влияние факторов риска на степень тяжести двигательной недостаточности при детском церебральном параличе

Чебаненко Н.В., Молоткова У.В., Батышева Т.Т., Быкова О.В., Пшемьская И.А.

НПЦ детской психоневрологии Департамента Здравоохранения, г. Москва

Актуальность. Полиэтиологичность, мультифакториальность, специфичность патогенеза, взаимовлияние и кумулятивный эффект клинических проявлений при детском церебральном параличе (ДЦП) повышает значимость поиска прогностических факторов, влияющих на степень тяжести двигательных нарушений у детей.

Цель исследования. Выявить корреляционную зависимость факторов риска со степенью тяжести двигательной недостаточности при различных клинических формах ДЦП для уточнения вклада каждого фактора.

Материалы и методы. В исследование было включено 111 детей с ДЦП. Из них 43 ребёнка со спастической диплегией, 7 – с тяжёлой спастической диплегией, 38 детей – с двойной гемиплегией, 11 – с гемипаретической формой, 12 детей – с атонически-астатической формой. Динамическое обследование детей проводили с рождения до 2-х лет. Для объективной оценки степени тяжести двигательных нарушений применяли шкалу Gross Motor Function Classification System. Кроме того проведён анализ обменных карт беременных и историй болезни матерей. Статистическая обработка результатов проводилась на ПЭВМ с помощью пакета программы Exel 7 Microsoft.

Результаты. Возраст матерей на момент родов колебался от 20 до 43 лет, средний возраст составил 31,4 года. Самая большая прямая корреляционная зависимость со степенью двигательной недостаточности у детей выявлена с такими материнскими факторами риска как акушерско-гинекологический анамнез ($r=0,69$) (медицинские аборт, привычное невынашивание, бесплодие), экстракорпоральное оплодотворение ($r=0,65$), внутриутробная инфекция ($r=0,61$), хроническая плацентарная недостаточность ($r=0,57$) и преждевременная отслойка плаценты ($r=0,49$). В период новорожденности наибольшую корреляцию имели следующие факторы: длительность ИВЛ ($r=0,71$), неонатальные судороги ($r=0,68$), церебральная ишемия 3 степени ($r=0,66$), перивентрикулярная лейкомаляция ($r=0,57$), внутрижелудочковое кровоизлияние ($r=0,55$), асфиксия ($r=0,48$). Корреляция со степенью тяжести двигательной недостаточности отсутствовала с такими факторами как Кесарево сечение ($r=0,08$) и токсикоз ($r=0,09$).

Выводы. Представлены наиболее значимые факторы риска развития двигательной недостаточности и формирования ДЦП. Это медицинские аборт, привычное невынашивание, длительное бесплодие, экстракорпоральное оплодотворение, внутриутробная инфекция, хроническая плацентарная недостаточность, преждевременная отслойка плаценты, длительная ИВЛ, неонатальные судороги, церебральная ишемия 3 степени, перивентрикулярная лейкомаляция, внутрижелудочковое кровоизлияние, асфиксия. Учитывая данные неблагоприятные факторы необходимо прогнозировать течение неонатальной адаптации и выделять группы новорожденных, угрожаемых по развитию различных степеней тяжести двигательной недостаточности и формированию ДЦП с целью назначения своевременной терапии.

Использование обучающих и развивающих компьютерных программ в восстановление речи у детей с афазией

Чивелева Ю.А.

*Государственное казенное учреждение здравоохранения Московской области
«Психоневрологическая больница для детей с поражением ЦНС с нарушением психики»*

Актуальность данной работы показать как применение обучающих и развивающих компьютерных программ оптимизирует работу логопеда в детской больнице, предоставляет дополнительные возможности в работе.

Цель работы: Предположить, что сочетание традиционных логопедических приемов с использованием обучающих и развивающих компьютерных программ повысит эффективность работы логопеда при восстановлении речи у детей с афазией, проходящих лечение в детской больнице.

Методики по восстановлению речи при моторной афазии; Логопедический тренажер «ДЭЛЬФА- 142», компьютерные игры ЗАО «Бука софт».

По результатам работы можно сказать, что использование компьютерных программ помогает оптимизировать работу логопеда по восстановлению речи у детей с афазией в более сжатые сроки: это проведение диагностики речевых нарушений на компьютере, быстрое начало логопедической помощи, создание дополнительных мотивационных установок у детей, осознанное включение ребенка в реабилитационный процесс; многократный повтор заданий и упражнений, контроль ошибок, повышение адаптационных и творческих возможностей детей.

Изучение особенностей восприятия цвета дошкольниками с детским церебральным параличом

Шалиманова С.В.

Научно-практический центр детской психоневрологии, г. Москва

Актуальность: Для детей, страдающих детским церебральным параличом, характерно своеобразие психического развития, проявляющееся в замедленном темпе и неравномерном характере формирования познавательных функций. Эти особенности наблюдаются уже с первых лет жизни ребенка. Одним из таких психических процессов, формирование которого оказывается нарушенным, является зрительное восприятие. Эта проблема имеет важное значение, так как полноценное восприятие окружающего мира, возможно благодаря накоплению представления о существующих в мире предметах и явлениях, о цвете, форме, величине этих предметов и т.д.

Цель: В связи с этим, нами было проведено исследование, целью которого явилось изучение уровня сформированности представления о цвете у дошкольников с детским церебральным параличом (ДЦП). В исследовании приняли участие 20 детей в возрасте 4-х лет с диагнозом детский церебральный паралич в форме спастической диплегии и задержкой психического развития, которые находились на лечении во втором ортопедическом отделении

Материалы и методы: Научно-практического центра детской психоневрологии г. Москвы. По результатам обследования детей офтальмологом у 11 из них патологии зрения было в норме, у 9 детей выявлено косоглазие (у 7 детей – сходящееся, у 2 – расходящееся). Изучение уровня сформированности представления о цвете у исследуемой группы детей проводилось в условиях индивидуальных занятий и занятий малыми группами (с 2 – 3 детьми). Для изучения уровня сформированности представления о цвете использовались 6 цветов: красный, синий, зеленый, желтый, оранжевый, фиолетовый. Детям предлагались 3 блока заданий:

1-й блок заданий предполагал показывание детьми предметов соответствующего цвета, при назывании цвета дефектологом (изучение пассивного словаря). Для этого использовались однотонные игрушки и предметы разного цвета. 2-ой блок заданий был направлен на называние цвета детьми (изучение активного словаря). Детям предлагались карточки и различные предметы заданных цветов, которые им необходимо было назвать. 3-й блок заданий – задания на соотнесение и группировку предметов по цвету.

Результаты и обсуждение: Анализ выполнения заданий детьми позволил выявить следующее. Более высокие результаты были получены при выполнении заданий, где детям было необходимо показать предмет соответствующего цвета при назывании цвета дефектологом. При выполнении заданий первого блока 9 детей смогли показать четыре основных цвета (красный, желтый, синий, зеленый) и 3-е из них показали также оранжевый и фиолетовый цвета. 7 детей смогли показать меньше половины цветов. Остальные 4 ребенка не справились с заданием, т.к. не смогли показать ни одного цвета. При выполнении заданий на изучение активного словаря (второй блок заданий) только 5 детей назвали все цвета и 10 детей назвали половину или меньшее количество цветов. Остальные 5 детей не знали названий предложенных цветов. При анализе выполнения заданий на соотнесение и группировку предметов по цвету (третий блок заданий) были получены следующие результаты: 8 детей исследуемой группы справились с заданиями без ошибок и самостоятельно, 7 детей выполнили задание с разной степенью помощи (использование обучающей помощи повышало результативность выполнения заданий детьми) и 5 детей с заданиями не справились даже с помощью.

Выводы: Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о более низком уровне сформированности представления о цвете у исследуемой группы детей, по сравнению с их здоровыми сверстниками (Т.В. Башаева, О.М. Дьяченко, Т.В. Лаврентьева). При выполнении заданий детям, участвовавшим в исследовании, требовалась помощь, дополнительные объяснения. Больше всего трудностей при этом вызывали задания на называние цветов. Также трудности вызывали и задания на соотнесение и группировку предметов по цвету. Успешнее всего выполнялись задания на изучение пассивного словаря, т.е. задания, предполагавшее показ ребенком предмета соответствующего цвета по слову взрослого. Такие результаты позволяют говорить о том, что без специально организованной работы по формированию представления о цвете данная система сенсорных эталонов у дошкольников с ДЦП самостоятельно не формируется.

Развитие артикуляционной моторики в системе логопедической работы с детьми раннего возраста, страдающими детским церебральным параличом

Шахмурадова Т.А.

Научно-практический центр детской психоневрологии, г. Москва

Четвертое психоневрологическое отделение НПЦ ДП оказывает медицинскую и педагогическую помощь детям, страдающим ДЦП, в возрасте от 1 до 3-х лет. Ежегодно в отделении проходят курс лечения до 500 детей. Все пациенты отделения обследуются логопедом. В 2011 году в результате проведенной диагностики были выявлены следующие речевые нарушения: задержка психического и речевого развития в сочетании с дизартрией или ее ранними проявлениями – 90,5 %; задержка психического и речевого развития – 5,1 %; прочие нарушения – 1,4%; речевое развитие по возрасту – 3,0%. Необходимость ранней коррекционной работы при ДЦП вытекает из особенностей детского мозга: его пластичности и универсальной способности к компенсированию нарушенных функций. Возраст от 1 до 3 лет является сенситивным для созревания речевой функциональной системы. На этапе диагностики логопед тесно сотрудничает с неврологом, психиатром, медицинским психологом.

Логопедическое обследование детей с ДЦП проходит поэтапно:

1. Изучение медицинской документации и анамнестических данных.
2. Наблюдение за ребенком в свободном общении, во время игры, приёма пищи.
3. Собственно логопедическое обследование. Логопед оценивает: особенности контакта, эмоционально-волевой сферы; уровень моторики рук и зрительно-моторной координации; характер игры, познавательные возможности ребенка; состояние высших психических функций – внимания, памяти; речевое развитие, наличие речевых или доречевых нарушений; особенности произносительной стороны речи и просодии; строение и функцию артикуляционного аппарата; наличие расстройств глотания, сосания, жевания.

Для нормализации функции артикуляционного аппарата мы используем следующие методы: дифференцированный логопедический массаж (расслабляющий или стимулирующий, перекрестный, зондовый); пассивную и активную артикуляционную гимнастику; искусственную локальную гипо- и гипертермию; новокаиновые аппликации при гиперкинезах языка.

Массаж артикуляционной мускулатуры проводится в положении пациента сидя или лежа с соблюдением требований рефлекс-запрещающих позиций. Продолжительность первых сеансов массажа - от одной до пяти минут.

Курс из 10-15 занятий у 97% детей приводит к положительным изменениям: уменьшение затруднений при жевании, глотании, снижение гиперсаливации; активизация мимической мускулатуры; увеличение объема движений губ, языка; появление или активизация лепета, в первую очередь губно-губных и заднеязычных звуков, лепетных слов, у некоторых детей – короткой фразы.

Выводы:

1. Раннее выявление отклонений психического и речевого развития, своевременное коррекционное логопедическое воздействие позволяет уменьшить, а в некоторых случаях - исключить психо-речевые нарушения в более старшем возрасте.

2. Применение различных методов массажа, артикуляционной гимнастики, локальной гипо- и гипертермии позволяет преодолеть или значительно уменьшить нарушения орально-моторных и речевых функций ребенка с ДЦП.

3. Работа логопеда с ребенком раннего возраста с ДЦП создает необходимую психическую и физиологическую базу для дальнейшей коррекции нарушений речи в дошкольном возрасте.

Социализация, обучение и развитие детей-инвалидов в рамках лечебного учреждения

Шенбергер Е.Б.

*Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента Здравоохранения,
г. Москва*

Актуальность: Человек с ограниченными возможностями, так или иначе, обдумывает проблемы реабилитации, социальной интеграции, социальной адаптации и т.д. Никому из этой категории людей не удастся решать эти проблемы в той или иной форме самостоятельно. Детям это особенно сложно. И им необходима помощь не только со стороны родителей, но и со стороны всего общества в целом.

Цель: Создание условий на базе лечебного учреждения для полноценного личностного развития детей с ДЦП в ходе реализации мер психолого-педагогической реабилитации и социальной адаптации с последующей интеграцией их в современное общество.

Материалы и методы: Организация жизнедеятельности и проведение коррекционно – развивающей работы с детьми на основе их индивидуальных особенностей и специфики. Проводить мероприятия, способствующие их психофизическому развитию, работу по профилактике отклоняющегося поведения, вредных привычек, трудовую реабилитацию, мероприятия по социально бытовой адаптации, обучение социальному поведению, социально – культурную реабилитацию, индивидуальную реабилитацию.

Результаты и обсуждения: Дети учатся преодолевать свои слабости, комплексы, быть всегда бодрыми, веселыми, сохранять интерес к жизни, по возможности исправлять свои недостатки. У детей с ДЦП формируются навыки труда и культуры поведения, умения жить в обществе, способность к самостоятельной социально – бытовой адаптации, социально – средовой ориентации и общественной интеграции.

Выводы: Социальная адаптация – это не излечение от недугов детей с нарушением развития с последующим включением их в уже ставший привычным для нас ритм жизни. Это создание очагов социальной жизни, где люди с ограниченными возможностями могли бы вести полноценную, достойную человека жизнь. Дети-инвалиды проводят не мало времени в стенах различных лечебных учреждениях. В нашем обществе должны быть созданы все условия, при которых учитываются это своеобразие физических, интеллектуальных и эмоционально – волевых особенностей детей.

Социальная работа с детьми с ограниченными возможностями

Шенбергер Е.Б.

*Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента Здравоохранения,
г. Москва*

Актуальность: восстановление детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательной и общественной жизни общества. Современное общество ставит перед собой целью обеспечить достойное качество жизни каждому члену социума. Осознание своей неполноценности детьми - инвалидами делает их более уязвимыми и беззащитными. Поэтому одной из важнейших задач социальной работы с детьми - инвалидами является их не только социальная, но и медико-психологическая реабилитация.

Цель: раскрыть и проанализировать технологии социальной работы с детьми с ограниченными возможностями, для дальнейшего изучения и повышения их эффективности. Изучение особенностей социальной работы с детьми - инвалидами в сфере здравоохранения.

Материалы и методы: изучение законодательства и литературы по данной проблеме, анализ документов, непосредственная работа с детьми и их родителями в стенах учреждения здравоохранения.

Результаты и обсуждения: основными направлениями деятельности социального работника с детьми - инвалидами в учреждении здравоохранения являются профилактика и реабилитация. Работая в этих направлениях, социальный работник учреждения здравоохранения выявляет детей - инвалидов, находящейся в ведении данного учреждения, осуществляет патронаж семей, в которых воспитываются дети - инвалиды, проводит диагностику социальных проблем детей - инвалидов и их семей, организует сотрудничество различных субъектов социальной работы в оказании помощи детям - инвалидам и их семьям, проводит просветительскую работу.

Выводы: ребенок, имеющий инвалидность - часть и член общества, он хочет, должен и может участвовать во всей многогранной жизни. Отмечая государственное внимание к детям с ограниченными возможностями, успешное развитие отдельных медицинских и учебно-воспитательных учреждений можно сказать, что уровень помощи в обслуживании детей этой категории практически соответствует потребностям, так как решаются проблемы их социальной реабилитации и адаптации в будущем.

Применение методики «электростимуляция+тренировка» у больных с поражениями периферической нервной системы

Шиошвили В.А.

НПЦ Детской психоневрологии, г. Москва

Актуальность. В настоящее время в связи с ростом детского травматизма продолжает оставаться актуальной задача восстановления двигательных функций у детей и подростков с поражениями периферической нервной системы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 10 человек (8 мальчиков и 2 девочки) в возрасте от 3 до 16 лет, имеющие в анамнезе различные по тяжести поражения периферических нервов (n.peroneus – 7 чел., n.tibialis – 1 чел. и n.radialis – 2 чел.) со сроком давности получения травм от 1 до 6 месяцев. В соответствии с тяжестью поражения все пациенты были разделены нами на 2 группы: первая – с частичной потерей соответствующей активной двигательной функции (уменьшена величина амплитуды соответствующего движения) и со снижением значений параметров М-ответа, регистрируемых при проведении стимуляционной ЭНМГ; вторая – с отсутствием соответствующей активной двигательной функции и основных параметров М-ответа. При этом у всех больных объем соответствующих пассивных движений был сохранен.

Все пациенты на фоне традиционного комплексного консервативного лечения получали курс предложенной нами методики сочетанного применения электростимуляции и тренировки, модифицированной под данную патологию. При проведении процедур мы использовали электростимулятор «Амплипульс-5». Количество повторных курсов варьировало от 1 до 8 в зависимости от тяжести поражения и сроков давности получения травм. Курс лечения состоял из 30 процедур, проводимых ежедневно, длительность одной процедуры 15-20 минут. Пациенты первой группы начинали терапию с этапа “электростимуляция + пассивно-активная тренировка”, второй группы - с этапа “электростимуляция + пассивная тренировка”.

Выводы: На фоне проведенных курсов комплексного консервативного лечения с использованием предложенной нами методики “электростимуляция+тренировка” у всех 10 больных отмечалось восстановление значений амплитуды соответствующего активного движения до нормальных значений. При проведении контрольного стимуляционного ЭНМГ-исследования, регистрируемый М-ответ у пациентов: первой группы существенно и достоверно не отличался от нормальных значений ($p < 0,05$), что позволяет говорить о полном восстановлении пораженного нерва; второй группы – М-ответ не регистрировался, что при восстановлении утраченной активной двигательной функции может указывать на активацию коллатеральных иннервационных путей.

Как показали проведенные исследования, применение предложенной нами методики «электростимуляция+тренировка» в составе традиционного комплексного консервативного лечения у детей и подростков с поражениями периферических нервов позволяет восстановить утраченную двигательную функцию.

Реабилитация детей с последствиями родового повреждения плечевого сплетения

Шиошвили В.А.

НПЦ Детской психоневрологии, г. Москва

Актуальность. Реабилитация детей с последствиями родового повреждения плечевого сплетения представляет в настоящее время несомненный интерес в связи с частотой встречаемости данного заболевания и сложностью восстановления двигательной функции у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 8 человек (5 мальчиков и 3 девочки) в возрасте от 2 до 5 лет, не имеющие активных двигательных функций верхней конечности – тотальный паралич (правой руки – 4 чел., левой – 4 чел.), находящиеся на стационарном лечении в НПЦ ДП. У всех больных объем пассивных движений в суставах исследуемой верхней конечности был сохранен.

Все пациенты на фоне традиционного консервативного лечения дополнительно получали курс предложенной нами методики сочетанного применения электростимуляции и тренировки, представляющей собою последовательно проводимые 3 этапа: электростимуляция + пассивная тренировка, электростимуляция + пассивно-активная тренировка, электростимуляция + активная тренировка. Длительность каждого этапа зависит от достигаемого пациентом уровня функциональных возможностей. Переход к этапам, включающим активную тренировку, также связан с ростом сознательности ребенка, что отмечается примерно при достижении им 4-х летнего возраста.

При проведении процедур мы использовали электростимулятор «Амплипульс-5». Курс состоял из 20 процедур, проводимых ежедневно. Длительность процедуры 15-20 мин. Количество повторных курсов от 9 до 15 (3-4 курса в год).

Для объективной регистрации полученных результатов лечения мы использовали ангулометрическое исследование и данные стимуляционной ЭНМГ.

Результаты. На фоне проведенных повторных курсов терапии с применением предложенной нами методики «электростимуляция+тренировка» мы регистрировали существенный и достоверный прирост (зависящий от количества проведенных повторных курсов) как основных параметров стимуляционной ЭНМГ (скорости проведения и амплитуды М-ответа), так и объема активных движений в суставах верхней конечности ($p < 0,05$).

Результаты проведенных нами исследований показали перспективность применения методики «электростимуляция+тренировка» в составе комплексной терапии в процессе восстановления двигательных функций верхней конечности у детей дошкольного возраста с последствиями родового повреждения плечевого сплетения.

Динамика кровотока по средней мозговой артерии при оперативном лечении больных с врожденными аномалиями развития конечностей

Щуров В.А.

ФГБУ «РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика Г.А. Илизарова»

Трудности, возникающие при ортопедическом лечении больных с врожденными аномалиями развития (ВАР) конечностей связывают с особенностями состояния тканей, их иннервации, кровоснабжения, не учитывая изменения в состоянии центров головного мозга. Исследована скорость кровотока по артериям мозга у 6 больных с врожденной задержкой роста и развития одной из конечностей до и во время ортопедического лечения и у 6 больных с переломами костей одной из конечностей в условиях лечения по Илизарову. Обнаружено, что у больных с переломами костей одной из нижних конечностей скорость кровотока по средней мозговой артерии контрлатеральной стороны ускорена (табл. 1). При последствиях травм это ускорение становится менее выраженным. При ВАР скорость кровотока на контрлатеральной стороне снижена, а на интактной стороне - соответственно повышена. Ортопедическое удлинение отстающей в росте конечности приводит к уменьшению степени превалирования показателя кровотока мозга на оперированной стороне.

Таблица 1 Скорость кровотока по средней мозговой артерии (см/с)

Сторона	Переломы костей	Последствия травм	Аномалии развития	Больные с ВАР при лечении
Повреждения	75 ±11	78 ±10	123 ±9	78 ±8
Контрлатеральная	133 ±7	96 ±7	77 ±5	70 ±12
Контр./Поврежд.	178%*	123%	63%*	89%

Выводы. У пациентов без ортопедической патологии при острой травме одной из конечностей происходит избирательное перераспределение скорости мозгового кровотока, направленное на усиление кровоснабжения структур на контрлатеральной стороне. Этот феномен можно использовать для стимуляции кровотока при лечении больных с последствиями инсульта. При врожденном отставании конечности в росте выравнивание показателей кровотока мозга осуществляется за счет снижения его скорости на стороне ортопедического вмешательства.

Исследование механизма компенсации отставания в росте тела у детей с патологией опорно-двигательной системы

Щуров В.А., Сафонова А.В.

*ФГБУ РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия» им. ак. Г.А. Илизарова
МУ Курганская городская больница №2*

Исследование динамики компенсации отставания в росте тела у различных групп больных позволяет понять механизм её развития и предвидеть причину срыва этого процесса. Нами проанализирована динамика роста 437 здоровых детей, 95 недоношенных детей, 235 детей с отставанием в росте одной конечности и 117 детей с детским церебральным параличом (ДЦП). Обнаружено, что у недоношенных детей без ДЦП при увеличении продольных размеров тела от 30 до 50 см масса тела возрастала со скоростью 0,10 кг на каждые см роста, а масса больных со спастической диплегией – с темпом 0,064 кг/см. У доношенных больных с ДЦП и у здоровых новорожденных продольные размеры тела были практически одинаковыми.

К дошкольному возрасту недоношенные дети по антропометрическим показателям не отличались от здоровых сверстников. Больные с ДЦП были несущественно ниже. К 10-летнему возрасту у них практически отсутствовало отставания в росте тела. Однако к периоду полового созревания дефицит массы тела у больных с ДЦП вновь возрастал и достигал 5 кг.

Для детей с односторонним отставанием в росте одной из нижних конечностей в 8-13 лет характерно появление системной артериальной гипертензии, которая является фактором, способствующим нормализации продольного роста тела. При ДЦП АД не только не повышено, но наблюдалось его возрастающее отставание, среднее систолическое АД у них составило $89\% \pm 0,9$ от уровня нормы. У здоровых школьников возрастная динамика систолического давления описывалась уравнением регрессии вида: $P_1 = 70,7 + 3,33 \cdot t$; ($R^2 = 0,971$), а у больных с ДЦП: $P_2 = 73,5 + 1,88 \cdot t$; ($R^2 = 0,689$).

Таким образом, если у недоношенных детей при сохранившихся нормальных темпах роста мозга и сердца отставание в росте тела компенсируется в первые годы после рождения, у больных с отставанием в росте одной из конечностей – в период естественного продольного роста, в том числе за счет стимуляции функции сердечно-сосудистой системы, то при ДЦП – за счет перераспределения структурных резервов адаптации, в частности – отставания возрастного прироста массы тела.

Организация работы медико-психологической службы специализированного реабилитационного центра

Юрьева Р.Г., Ковбас Е.Ю., Фуксман Ж.Б., Пукшанская С.М.

*Государственное казённое учреждение здравоохранения «Городской центр
восстановительного лечения детей с психоневрологическими нарушениями»,
г. Санкт-Петербург*

Одним из важнейших комплексных подходов в организации помощи детям с ограниченными возможностями является медико-психологическая помощь, так как она объединяет не только специалистов различных по профилю, но и родителей, с участием которых достигается важнейший принцип в реабилитации «Доверие» = специалист – пациент – родители (семья). По статистическим данным в Санкт-Петербурге за последние 5-7 лет установилась тенденция в превалировании психических заболеваний у детей в общей структуре нозологических форм инвалидизации: 2005г. – 23,5%; 2007г. – 25,0%; 2011г. – 27% на втором месте заболевания нервной системы – 21,3, 60% которых занимают детские церебральные параличи. По данным МИАЦ (2009 – 2011гг.) в распределении детей – инвалидов по ведущему ограничению жизнедеятельности – ограничение способности адекватно вести себя (осознание, интерпретация и реакция на внешние события, память, способность к приобретению знаний и т.д.) составили около 53%, общаться с окружающими – 16,1%, причем возрастной период от 0 до 9 лет составляет до 40%. В связи с чем организация помощи детям на всех этапах в ЛПУ здравоохранения имеет важное и превалирующее значение.

СПб ГУЗ «ГЦВЛДПН» - является этапным звеном в общей системе помощи детям с психоневрологическими нарушениями не относясь к учреждениям объединения «Детская психиатрия» несет роль связующего «мостика», тесно сотрудничая с профильными специалистами. У 80% детей Центра отмечаются нарушения психического и физического развития, речи. Значительная часть детей имеет интеллектуальную недостаточность от легких степеней задержки до выраженной умственной отсталости. Поэтому лечебно-коррекционная работа с ними имеет свою специфику. В то же время пациентам присущ весь спектр психологических проблем, свойственных их здоровым сверстникам. Сочетание этих факторов приводит к многообразию проблем и требует индивидуального и в то же время междисциплинарного подхода к их решению. Родители таких детей зачастую сами нуждаются в психотерапевтической помощи. Учитывая это, работа с такими детьми и их семьями осуществляется командой специалистов медико-психологической службы, включающей психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, нейропсихолога, логопеда, лечебного педагога, социального работника, средний медицинский персонал.

Опыт показал, что эффективность оказания помощи таким пациентам повышается, если первичные приемы осуществляют совместно врач-психиатр и медицинский психолог, при чём врач сочетает работу психиатра и психотерапевта. Данная методика совместной работы разработана в СПб МАПО, на кафедре детской, подростковой психотерапии (Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В.) В своей работе мы изыскиваем возможности применения новых направлений и методик для психокоррекции нарушений развития детей с использованием психотерапевтических методов в условиях медицинского учреждения. Специалисты медико-психологического отделения принимают активное участие в организации и проведении на базе Центра совместно с ГАООРДИ праздников для детей.

Основная цель такой социальной работы – показать семьям их ресурсные возможности, актуализировать их, чтобы люди могли помочь себе сами. При этом использовался ряд методик и техник, которые помогали пациентам и членам их семей изменить способы взаимодействия между собой. Эта работа также имела и специфическую педагогическую направленность, предлагая или демонстрируя способы разрешения конкретных проблем воспитания ребенка. Многолетний опыт работы медико-психологического отделения Центра показал эффективность описанного комплексного подхода в осуществлении лечебно-реабилитационных мероприятий.

Компьютерный видеоанализ движений в оценке эффективности использования ботулинического токсина типа А («ДИСПОРТ®») у детей со спастическими формами ДЦП

Яковлев А.Н., Шалькевич Л.В., Тришина Ю.В.

*Минский городской центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями, г. Минск, Республика Беларусь
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Республика Беларусь*

Актуальность. Выбор стратегии и тактики реабилитации больного с двигательным дефицитом, должен базироваться на объективизации особенностей патологического двигательного стереотипа и четких качественных и количественных критериях эффективности терапии.

Цель. Оптимизировать проведение реабилитационных мероприятий с использованием БТА («Диспорт®») у детей с различными вариантами патологических мышечных синергий при спастических формах ДЦП на основании компьютерного видеоанализа движений.

Материал и методы исследования. Объектом исследования был 61 ребенок с двигательными нарушениями, обусловленных спастической диплегией. Рассматривалась плоская модель тела человека, в соответствии с которой на кожу крепились легкие маркеры из светоотражающего материала. Ребенок двигался босиком по плоской поверхности, на ограниченное расстояние. Ходьба записывалась на цифровую видеокамеру (до, через 2 недели и через 2 месяца после инъекций БТА («Диспорт®») с использованием аппаратно-программного комплекса «Нейро-КМ».

Результаты. Программная обработка видеозаписи дала возможность получить объективные временные и кинематические параметры, характеризующие двойной шаговый цикл, произвести сравнительный анализ результатов исследования одного испытуемого в разные периоды времени. После окончания курса реабилитации у 58 (95,1%) детей была зарегистрирована положительная динамика кинематических параметров в виде увеличения амплитуды сгибания-разгибания в суставах до 20% от исходного. При наличии рекурвации коленных суставов проведение курса реабилитации привело к уменьшению амплитуды разгибания сустава в период опоры до 30% от исходного. Длительность периода переноса и периода опоры имели тенденцию к нормализации до 50%.

Выводы. Использование компьютерного видеоанализа движений позволяет количественно выразить результативность реабилитационных мероприятий, что способствует выбору оптимальной тактики ведения детей со спастическими формами ДЦП.

Список авторов

Абдурахманова Л.А. 10
Абликова И.В. 86
Абрамов К.В. 11 12
Айзенберг В.Л. 59 67
Алборов О.И. 13
Алборова И.Л. 13
Амирханова Д.Ю. 14
Антропова Е.А. 17
Антропова И.М. 15 16
Аркуша Л.М. 16 35
Артемяева С.В. 18
Ахмадов Т.З. 19
Бакуменко В.И. 20
Балакирева А.И. 21
Балакирева Е.А. 21
Баландина О.В. 57
Балканская С.В. 21 25
Батышева Т.Т. 13 16 23 25 26 27 29 30 35 49 143
Белоусов В.Ю. 31
Белых О.Ю. 131 132
Бембеева Р.Ц. 79
Березкина О.В. 69 70
Бобылова М.Ю. 32 33 34
Бойко А.Н. 35
Бойко Е.А. 35
Бокова Л.Н. 37
Бологов А.А. 79
Борисенко М.Г. 95
Бриль А.Г. 38
Брин И.Л. 40 41 61
Бронников В.А. 31 42 43 44 45 56 87 88
Буров А.А. 46
Бурсагова Б.И. 111
Быкова О.В. 23 26 27 35 49 143
Быченко В.Г. 46
Вдовенко И.Ю. 22 112
Вильдеман А.В. 31
Виноградов А.В. 26 38
Витензон А.С. 47
Волкова Э.Ю. 79
Волошин Т.Б. 84
Гаврикова Е.А. 48
Гаевый И.О. 50
Гаджиев Г.И. 23 49
Газалиева М. 47
Гайнетдинова Д.Д. 51
Гайсина Л.З. 51
Гиленкова С.В. 139 140

Гимранов Р.Ф. 64
Глазкова С. В. 52 65 68
Гордиевич М.С. 84
Горина Т.П. 53
Горлов А.А. 123
Гонтмахер А.В. 110
Гриценко Г.П. 47
Гунченко М.М. 54
Гусейнова А.А. 55
Данилова М.А. 56
Данильцева Г.М. 57
Даревская А.Н. 122
Дегтярева А.В. 14
Дегтярев Д.Н. 46 58
Декопов А.В. 38 50
Диордиев А. В. 59 67
Долженко Т.С. 82
Домонова Э.А. 29
Дугина Е.А. 60
Дугина Т.Н. 122
Дунайкин М.Л. 41 61
Евтушенко С.К. 62 63
Ефимов А.П. 64
Ефремова Л.В. 110
Жеведь Н. Л. 65
Жеребцова В.А. 66
Загубера А.В. 67
Здвижкова В.Н. 98
Зайцев К.А. 26
Залазаева Е.А. 45 56
Землянкина С.И. 37
Зиновьев А. М. 88
Зотова Н.С. 14 122
Иванов С.В. 77
Измайлова А. Р. 68
Ильина Е.С. 69 70
Ильина З.И. 100
Ионова С.В. 71
Исанова В.А. 72
Казицин А.В. 64
Калашникова О.С. 71
Каркашадзе Г. А. 75 103
Канукова З.В. 74
Каск Л.Н. 23
Качмар Б.О. 86
Качмар О.А. 84 85 86
Кенис В.М. 76 77 78
Киргизов К.И. 79
Киселева Н.В. 42
Киселева Ю.Б. 80
Кислякова Е.А. 81
Климова С.В. 69 70
Клиточенко Г.В. 82

Клочкова О.А. 83
Клочкова У. Н. 75
Ковалева М.Ю. 132
Коваль-Зайцев А.А. 133
Ковбас Е.Ю. 155
Козловская И.Б. 25 126
Козьявкин В.И. 84 85 86
Колесник А.С. 100
Кочегарова С.В. 135
Кравцов Ю.И. 31 43 87
Кривоножкина П.С. 82
Кротова Л.Н. 44 88
Кузенкова Л.М. 111
Кузнецова Г.В. 89
Кузьмич Г.В. 104
Курашвили Ю.Б. 46
Куренков А.Л. 83 111
Кусакин В.В. 127
Лазуренко С.Б. 75 119
Лака А.А. 127
Лапочкин О.Л. 134
Ларионова А.Н. 90
Лахина О.Л. 78
Левченко И.Ю. 91
Левченкова В.Д. 129
Лильин Е. Т. 52 93 94
Лебедева А.Ю. 45
Лобов М.А. 134
Лукина Н.А. 95
Лягин А.С. 127
Майструк О.А. 98
Максимова М.Е. 49
Малахов О.А. 13 97 107
Мамедъяров А.М. 83
Маркелов В.Е 86
Мартынюк В.Ю. 98
Маслова О. И. 75 103
Масчан А.А. 79
Матвеева И.А. 22 25 47 100 101 102
Мельникова С.В. 25
Микаэлян Л.Л. 69 70
Миронов М.Б. 34
Молоткова У.В. 143
Москаленко Е.В. 135
Моськина Л.А. 66
Мурадова О.И. 103
Мухин К.Ю. 104
Надымова М.С. 43
Назарова Н.А. 100
Намазова-Баранова Л.С. 75 83 103
Никитин С.Е. 106
Никифоров Д.В. 46
Новиков В.И. 107

Ногова Е.В. 109
Носко А.С. 108
Пасхин А.А. 102
Пасхина И.Н. 29
Пелля Е.И. 109
Петрова О.А. 22 112
Петрова С.А. 111
Петрушанская К.А. 25 47
Перепелкина Т.Н. 110
Пилия С.В. 79
Писарева И.Б. 113
Платонова А.Н. 26 27
Подольяк И.А. 114
Политова И.Я. 115
Полонская Н.М. 34 116
Полунин В.С. 11 12
Полухина Н.В. 29 30
Полушкина Н.В. 100
Пристанскова Е.А. 79
Приходько О.Г. 117
Простова М.В. 119
Пукшанская С.М. 155
Пшемьская И.А. 23 29 30 49 143
Радаев С.М. 122
Родина Н.Е. 121
Романов Ю.А. 122
Рудницкая Л.М. 17
Ряскина С.С. 122
Саакян К.М. 123
Савельева Т.Н. 124 125
Садовникова А.В. 11 12
Саенко И.В. 126
Салова Е.М. 50
Салтанова Л.Г. 37
Сампиев М.Т. 127
Сапоговский А.В. 77
Сатари В.В. 128
Сафонова А.В. 154
Семёнова К.А. 25 129
Сергеенко Е.Ю. 131 132
Сильвейстрова О.Ю. 29
Симашкова Н.В. 133
Синицына Н.В. 37
Скоробогатова Е.В. 79
Слободчикова Н.С. 29 30
Смирнова А.А. 134
Смирнов В.Н. 122
Снегирев А.Ю. 135 137 138
Степанова Ю.А. 77 78
Стребелева Е.А. 119
Суворова С.А. 124 125 139 140
Сухих Г.Т. 122
Сухоруков В.С. 18

Тараканов О.П. 122
Томский А.А. 50
Томилова А.Ю. 103
Тонконоженко Н.Л. 82
Торшхоева Р.М. 103
Транковский С.Е. 97
Тришина Ю.В. 157
Труханов А.И. 132
Тупиченко Л.А. 110
Турова М.Л. 109
Фадеева Ю.В. 25 101 102
Фарих Е.Н. 69 70
Филатова Н.Б. 13
Филиппова Н.Е. 67
Фисун Е.В. 69 70
Фрадкина М.М. 132
Фуксман Ж.Б. 155
Харламов Д.А. 18
Хить М.А. 50
Хохлова Т.В. 141
Чебаненко Н.В. 16 23 27 49 112 143
Чивелева Ю.А. 144
Чижикова М.В. 137
Чочиев Г.М. 13
Шабалов В.А. 50
Шаймурзин М.Р. 62 63
Шалиманова С.В. 145
Шалькевич Л.В. 157
Шахмурадова Т.А. 147
Шаховская Н.И. 134
Шенбергер Е.Б. 149 150
Шилина С.А. 66
Шиошвили В.А. 151 152
Шор Т.А. 123
Шульга С.Ю. 79
Щукина И.Г. 21
Щуров В.А. 153 154
Юнусов Ф.А. 64
Юрьева Р.Г. 95 155
Ющенко Е.Б. 138
Яковлев А.Н. 157
Якупова Л.П. 133
Josephine Scerri 108
Lesley Katchburian 108
Lucinda Carr 108
Stephanie Cawker 108