



Департамент Здравоохранения города Москвы

**III МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С
МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ И
ДРУГИЕ НАРУШЕНИЯ ДВИЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ»**

**Посвященная 30-летию Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента
здравоохранения города Москвы**

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

31 октября - 1 ноября 2013 года

МОСКВА

Оглавление:

Агаркова Л.Г., Карева И.В., Мезенцева О.А., Польская А.В.....	10
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ВЕРДНИГА-ГОФФМАНА I ТИПА У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	
Антропова И. М.....	11
КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ СРЕДСТВАМИ ИППОТЕРАПИИ	
Ахадов Т.А., Семенова Н.А., Батышева Т.Т., Амчславская Е.В.....	11
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ	
Барсукова Н.В.....	12
КОГНИТИВНЫЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Батышева Т.Т., Ахадова Л.Я., Горина Т.П., Ларионова А.Н., Нанкина И.А., Молоткова У.В.	13
МРТ-ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННЫХ МЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Батышева Т.Т., Мусин С.Р., Климов Ю.А., Шерстиникина Н.С.....	13
ВОЗМОЖНОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП	
Батышева Т.Т., Полухина Н.В., Потапова Н.М., Пшемьская И.А., Слободчикова Н.С., Бачучина Д.А.	14
ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «БИОПТРОН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКУШЕРСКИХ ПАРЕЗОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	
Битова А.Л., Садовская Ю.Е.....	15
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В СИСТЕМЕ НЕЙРОАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ДЦП	
Боярская А.В., Буланова В.А., Павлова Е.П.....	15
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	
Бронников В. А., Кротова Л. Н.	16
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЦП	
Бронников В. А., Русских О. А., Зимина О. А.....	17
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Ризванова А.Р., Медетбекова Ж.А., Шакинов М.Ж.....	18
ОСОБЕННОСТИ РОБОТИЗИРОВАННОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ	
Булекбаева Ш.А., Мухаметжанов Х.М., Кусаинова К.К.....	18
ДААННЫЕ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА	

Вдовенко И.Ю., Матвеева И.А., Петрова О.А.....	19
ПРИМЕНЕНИЕ ЩАДЯЩИХ МЕТОДОВ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ	
Виноградов А.В.....	20
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ, ПОКАЗАНИЯ И МЕТОДИКА	
Виноградов А.В.....	20
ИЗУЧЕНИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КАРКАСА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ	
Виноградов А.В.....	21
ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	
Власенко С.В.....	21
СТРУКТУРНЫЕ НАРУШЕНИЯ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ)	
Голова И.И.....	22
НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ДЦП И НЕКОТОРЫЕ ПРИЕМЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ	
Голова И.И.....	23
ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНОГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СТРАДАЮЩИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Голова И. И., Кучерова Е. В.....	24
ЗАНЯТИЯ ОРИГАМИ КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ ВЕДУЩЕЙ РУКИ К ПИСЬМУ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Голова И.И., Сахарова Ж.А.....	25
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОПТИЧЕСКОЙ ДИСГРАФИИ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ ДЦП	
Гонтмахер А.В., Трубилина М.М.....	25
О ВЕДЕНИИ РЕГИСТРА ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ	
Гудилина О.Н.....	26
СПЕЦИФИКА ЛИЧНОСТНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В СВЯЗИ СО ВРЕМЕНЕМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ НАРУШЕНИЯ	
Гунченко М.М., Балканская С.В., Ногова Е.В., Тымчаковский И.М., Матвеева И.А.,.....	27
Турова М.Л. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕБЕНКА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ	
Гунченко М.М., Шиошвилли В.А., Матвеева И.А.....	28
ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНТЕНСИВНОГО КУРСА РЕАБИЛИТАЦИИ	
Данилина К.К., Тюшкевич С.А., Горбачевская Н.Л.....	29
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ	

ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ
СЦЕПЛЕННОЙ С ЛОМКОЙ ХРОМОСОМОЙ X

Дегонская Е.В., Евтушенко Л.Ф.....	29
ВЛИЯНИЕ ФОРМ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ НА ПРОЯВЛЕНИЯ ЭКГ-МАРКЕРОВ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА	
Дегонская Е.В., Евтушенко О.С., Евтушенко С.К.....	30
ОСОБЕННОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Декопов А.В., Шабалов В.А., Томский А.А., Салова Е.М., Гаевый И.А. ...	31
НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЕТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧАХ	
Диордиев А.В.....	31
ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ ПОВТОРНОЙ ПЛАСТИКЕ СПИННОМОЗГОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ	
Диордиев А.В.....	32
ПРИНЦИПЫ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Доброхотова Ю.Э, Хейдар Л.А, Джобава Э.М, Себко Т.В, Некрасова К.Р.....	32
АНАЛИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИН ДЕТСКОГО РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Дорофеева Е.В.....	33
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СКАЛЬПТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Дугина Е.А., Зобнина Ю.В.....	34
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕХАНОТЕРАПИИ ПРИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ	
Евтушенко О.С. Вовченко И.В. Евтушенко С.К.....	34
ЛЕЧЕБНОЕ КУРСОВОЕ КАТАНИЕ НА ЛОШАДЯХ В РЕФЛЕКТОРНО – НАГРУЗОЧНОМ КОСТЮМЕ «ГРАВИСТАТ» КАК ЭФФЕКТИВНАЯ МЕТОДОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Евтушенко С.К., Дубина С.П., Евтушенко О.С., Шаймурзин М.Р.....	35
ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С УТРАЧЕННЫМИ ФУНКЦИЯМИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ВСЛЕДСТВИЕ УДАЛЕНИЯ СПИННО- МОЗГОВОЙ ГРЫЖИ	
Евтушенко С.К. Евтушенко О.С., Яновская Н.В.	36
ИНТЕНСИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ЭТАПНОЙ МНОГОКУРСОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦП В УСЛОВИЯХ ДОНЕЦКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ	
Евтушенко С.К., Кутякова Е.И., Евтушенко О.С., Омельяненко А.А.....	36
ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ	
Евтушенко С.К., Сохань Д.А., Евтушенко Л.Ф., Евтушенко О.С., Савченко Е.А.....	37
СОЧЕТАННЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ МОЗГА И СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС	

Евтушенко С.К., Фомичева Е.М., Евтушенко О.С., Савченко Е.А.....	38
АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ И ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА В ГЕНЕЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р.....	39
ВОЗМОЖНОСТИ ЗАМЕДЛЕНИЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ МЫШЕЧНЫХ ДИСТРОФИЙ И АМИОТРОФИЙ У ДЕТЕЙ	
Евтушенко О.С., Яновская Н.В., Евтушенко С.К.....	40
ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА С ЗАДЕРЖКОЙ МОТОРНОГО И ПРЕДРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ, УГРОЖАЕМЫХ ПО РАЗВИТИЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ	
Жданов Д. М.....	41
ДЦП: СОЦИАЛЬНОЕ ИЖДИВЕНЧЕСТВО ИЛИ РАВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ	
Жучкова А.С.....	41
ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ	
Залазаева Е.А., Надеева Н.М., Пермьякова Н.Г.....	42
ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ РЕЧЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ	
Захарова О.В., Пиотровский С.М, Небожин А.И.....	42
ОСОБЕННОСТИ АБИЛИТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Ионова С.Н., Калашникова О.С.....	43
СЕНСОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ	
Исанова В. А.....	43
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	
Клещенко Е.И., Бочковский А.А., Голосеев К.Ф., Сапун О.И., Соколов М.Ю.,.....	45
Жданова И.А. ВЫБОР МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ С ЦЕЛЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ	
Климова С.В., Мирошкин Р.Б., Фисун Е.В.....	46
МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПУХОЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
Клиточенко Г.В., Тонконоженко Н.Л., Кривоножкина П.С.....	47
ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Клочкова О.А., Куренков А.Л., Намазова-Баранова Л.С., Мамедъяров А.М.....	47
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАЦИЕНТАМИ С ДЦП ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Клочкова О.А., Куренков А.Л., Намазова-Баранова Л.С., Мамедъяров А.М.....	48

ПАТТЕРНЫ СПАСТИЧНОСТИ МЫШЦ РУК У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Козьявкин В. И.....	49
ОСНОВЫ СИСТЕМЫ ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Козьявкин В.И., Качмар О.А., Волошин Т.Б., Абликowa И.В.....	49
РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ИГРОТЕРАПИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТАНЦЕВАЛЬНОГО КОВРИКА	
Козьявкин В. И., Лисович В.И., Гордиевич М.С., Владимиров А.А., Гурбич Е.А.....	50
Волошин Т.Б., Качмар О.А. ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА БОЛЬШИЕ МОТОРНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЦП	
Красовская Е.О., Щедркина И.О.....	51
ОСТЕОПАТИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДОПОЛНЕНИЕ К НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА	
Кувичинская Е.В., Матвеева И.А.....	51
ПРИМЕНЕНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	
Кусакин В.В.....	52
ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ	
Кусакин В.В., Виноградов А.В.....	53
ПАРАЛИТИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ	
Кутякова Е.И., Евтушенко О.С., Евтушенко С.К.....	53
ОСОБЕННОСТИ КУРАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И СОПУТСТВУЮЩИМ СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ	
Лазуренко С.Б., Мазурова Н.В., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И.,	54
Кузенкова Л.М., Геворкян А.К., Павлова Н.Н., Цапина С.Ю. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ СЛУЖБЫ В ПЕДИАТРИИ	
Ларионова А.Н., Кондакова О.Б., Симонова В.В.....	55
КЛИНИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТЕТРАСОМИИ ХРОМОСОМЫ 18p	
Левченкова В.Д., Батышева Т.Т., Матвеева И.А., Семёнова К.А.....	55
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Максимова Е.В.....	56
БРЮШНАЯ НЕРВНАЯ ЦЕПОЧКА И ОКОЛОГЛОТОЧНЫЙ ГАНГЛИЙ У ЧЕЛОВЕКА. ВОЗДЕЙСТВИЯ В ОБЛАСТИ СОЛНЕЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ И ДРУГИХ СПЛЕТЕНИЙ ЖИВОТА И ТЕЛА ВЫЗЫВАЮТ ОСЛАБЛЕНИЕ СПАСТИКИ РЕБЕНКА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Малахов О.О. Малахов О.А. Транковский С.Е.....	56
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ПОДРОСТКОВ СТРАДАЮЩИХ ДЦП	

Маркитанова Р.М., Простова М.В., Яковлева С.В., Акимова Е.А., Мамедъяров А.М.....	57
ИННОВАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ОБРАЗОВАНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	
Мартынюк В.Ю. Майструк О.А. Абраменко В.В.....	58
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Мезина Э.В.....	58
НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЦП В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	
Мерцалова Н.С., Гетьман Е.А., Акименкова Н.С.....	59
«АДАПТИВНАЯ ПЕДАГОГИКА» - ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНОЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ С ДЦП.	
Мирсаидова Н.А., Зиямухамедова Н.М., Ризаева Н.Т.....	59
ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА	
Михайлова О.В., Абкович А.Я., Семаго М.М.....	60
СОЦИАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПУТЕМ ВКЛЮЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАНИЕ	
Михайлова О.В., Максимова М.Е.....	61
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
Михайлова О.В., Субботина Е.И., Абкович А.Я.....	61
СЕНСОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ	
Морошек Е.А., Аронскинд Е.В., Львова О.А., Шершнева В.Н., Никифорова П.Ш.....	62
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА СПИРАЛЬНОЙ КИНЕЗИОТЕРАПИИ В НЕЙРО-ОРТОПЕДИЧЕСКОМ КОСТЮМЕ «EVA» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Надеева Н.М., Залазаева Е.А.....	63
СТРУКТУРА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ И ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Небожин А.И., Захарова О.В.....	63
СТРУКТУРА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Небожин А.И., Захарова О.В.....	64
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Новиков В.А., Барлова О.В.....	65
ПРИНЦИПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ВИДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Новиков В.И., Малахов О.А.....	65
КОРСЕТЫ-ВЕРТИКАЛИЗАТОРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	

Ногова Е.В., Матвеева И.А., Пелля Е.И., Турова М.Л., Мельникова С.В.....	66
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ РАВНОУСКОРЕННОГО ТРЕНИНГА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Носко А.С., Зыков В.П.....	67
КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРСАЛИВАЦИИ В НЕЙРОПЕДИАТРИИ ПРЕПАРАТАМИ БОУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А	
Огородова И.И., Загороднева В.И., Огородов И. А., Белая Н.Н.....	67
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЫШЕЧНОГО АППАРАТА ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП	
Переверзева Д.С., Горбачевская Н.Л.....	68
ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО ОПОЗНАНИЯ И ЗРИТЕЛЬНО КОНТРОЛИРУЕМЫХ ДЕЙСТВИЙ У ДЕТЕЙ 3-7 ЛЕТ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	
Петрова О.А., Карпачева Н.Г., Вдовенко И.Ю., Чебаненко Н.В.....	69
СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМА ДАУНА И ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	
Петрова О.А., Чебаненко Н.В., Вдовенко И.Ю., Карпачева Н.Г.....	69
БОТУЛИНОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Петрушанская К.А., Матвеева И.А.....	70
ИЗМЕНЕНИЕ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ХОДЬБЫ У РЕБЁНКА С АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПОРНОЙ СТИМУЛЯЦИИ	
Петухова М.Л., Никитин С.Е.....	71
ОПТИМАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФОРМАЦИЙ СЕГМЕНТОВ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Подгорнова С.Ю.....	71
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ ДОШКОЛЬНИКОВ К ШКОЛЕ	
Подгорнова С.Ю.....	72
ДИЗАРТРИЯ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ДЦП	
Подгорнова С.Ю.....	73
МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ И ДЕТСКИЙ АУТИЗМ	
Подгорнова С.Ю., Чебаненко Н.В.....	73
РЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЦП	
Политова И.Я., Левченкова В.Д.....	74
ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ КОСТНО-СУСТАВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Полонская Н.М., Митюшников А.А., Шевцов М.А.....	75
ИСКУССТВЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ ДВИЖЕНИЯ МЕТОДОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ В ХОДЬБЕ В РАМКАХ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	

Потапова Г. В.....	75
ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ЛИТТЛА С ПОЗИЦИЙ СИСТЕМОГЕНЕЗА	
Пятакова Г. В., Барлова О.В.....	76
ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ И ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА У МАТЕРЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ ОРТОПЕДО-ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА	
Ризванова А.Р., Шакенов М.Ж., Отаров Ж.И., Адилов Ш.А.....	77
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ	
Рогов А.В., Нечаева Е.И., Левицкий Е.Ф., Пашков В.К.....	77
АДАПТИРОВАННЫЕ ТРЕНАЖЁРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЦП В ФОРМЕ СПАСТИЧЕСКОЙ ДИПЛЕГИИ	
Романов Ю.А., Тараканов О.П., Радаев С.М., Дугина Т.Н., Ряскина С.С.,.....	78
Смирнов В.Н., Зотова Н.С., Сухих Г.Т. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНЦЕНТРАТА ЯДРОСОДЕРЖАЩИХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЦП	
Рыжкова Л.В., Матвеева И.А.....	79
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРАХ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Рябова Е.П.....	79
РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Савельева Н.Н., Исаева И.А.....	80
ЛЕЧЕНИЕ СПАСТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Сажнева И.А., Евтушенко О.С., Евтушенко С.К.....	80
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВотоКА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПО ДАННЫМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ (ТКДГ)	
Самсонова Т.В., Малышкина А.И., Песикин О.Н., Васильева Т.П., Чаша Т.В.....	81
ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	
Сафоничева О.Г., Сафоничева М.А.....	81
ОТРАБОТКА МОДЕЛИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ВОПРОСАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
Сафоничева О.Г., Сафоничева М.А.....	82
ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛЬНЫХ КОРРЕКЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	
Сергеенко Е.Ю., Белых О.Ю., Фрадкина М.М.....	83
КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЦП	
Симашкова Н.В., Якупова Л.П., Ключник Т.П., Коваль-Зайцев А.А.....	84
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ, ПРОГНОЗ)	
Скляднева В.М., Акимова Е.А., Лазуренко С.Б., Павлова Н.Н., Чарыкова А.А., Черемисина М.А., Ключкова О.А.	84

ОВЛАДЕНИЕ ПРЕДМЕТНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ
С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС

Трепилец С.В., Трепилец В.М., Щедркина И.О.....	85
ЗНАЧЕНИЕ ПРОДОЛЖЕННОГО ЭЭГ ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ	
Трубилина М.М. Гончаренко Е.М. Томникова Ж.А.....	86
СЛУЧАЙ ОССИФИЦИРУЮЩЕЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ФИБРОДИСПЛАЗИИ У РЕБЕНКА 3-Х ЛЕТ	
Умнов В.В.....	87
НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ДЦП – ВАРИАНТЫ РАЗВИТИЯ И ЛЕЧЕНИЯ	
Умнов Д.В.....	87
КОРРИГИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МОБИЛЬНОЙ ФОРМЫ ЭКВИНО-ПЛАНО- ВАЛГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Умнов В.В., Звозиль А.В.....	88
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА РАДИОЧАСТОТНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СПАСТИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ	
Умханов Х.А., Ахмадов Т.З.....	88
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧЕЙ И ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ	
Федорова Т.Н.....	89
ВОЗМОЖНОСТИ ДЭНС-ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Цышкова О.Н., Кешишян Е.С., Жванский Е.С., Гришин А.А.....	90
ВЕЙВЛЕТ ПРЕОБРАЗОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЭЛЕКТРОМИОГРАММЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Чебаненко Н.В., Саржина М.Н.....	90
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Шалькевич Л.В., Яковлев А.Н.....	91
РОЛЬ МИОРЕЛАКСАНТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Шиошвили В.А.....	92
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Шиошвили В.А.....	92
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ «ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ+ТРЕНИРОВКА» У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ РОДОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ	
Шор Т.А., Саакян К.М., Горлов А.А., Вертянов В.В.....	93
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ДОРСАЛЬНОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ РИЗОТОМИИ	

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ВЕРДНИГА-ГОФФМАНА I ТИПА У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.

Агаркова Л.Г., Карева И.В., Мезенцева О.А., Польская А.В.

Городская детская больница г. Белгорода

Отделение №4 «Психоневрологическое для детей раннего возраста»

Введение. Спинальная мышечная атрофия (СМА) – группа наследственных заболеваний, протекающих с поражением/потерей мотонейронов передних рогов спинного мозга, вызванные мутациями, которые происходят в пятой хромосоме и наследуются по аутосомно-рецессивному типу. Мутация происходит в части ДНК, который производит белок SMN (делеция 7-8х экзонов), что вызывает снижение количества синтезируемого белка и, как следствие, поражение моторных нейронов.

Цель – показать значимость метода электронейромиографии (ЭНМГ) и генетического обследования в постановке диагноза: спинальная амиотрофия Вердника-Гоффмана I типа.

Актуальность: данное заболевание встречается с частотой 1:100000 населения. Клиника СМА схожа со многими наследственными заболеваниями нервной системы, связанными со снижением мышечного тонуса и нарушением двигательной активности.

Материалы: рассмотрен клинический случай ребенка 1 года 2 месяцев, проведено клиническое обследование, оценен генеалогический анамнез, изучены результаты дополнительных лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты и обсуждения: ребенок родился от II беременности (Беременность – ребенок здоров, 4 года), протекавшая с токсикозом первой половины, ЖДА. Роды II самостоятельные, вес при рождении – 3560 гр., рост – 54 см, закричала сразу, оценка по Апгар – 7-8 баллов. Ребенок выписан домой на 5е сутки с диагнозом – перинатальное поражение ЦНС, симптом тонусных нарушений. В возрасте 16 дней ребенок госпитализирован в отделение патологии новорожденных с тем же диагнозом. При поступлении – жалобы на низкую двигательную активность, слабое сосание, при осмотре неврологом отмечается: снижение рефлексов орального автоматизма, отсутствие рефлекса Робинсона, снижение хватательного рефлекса, слабый крик, слабое сосание, снижение рефлексов спинального автоматизма: рефлекс опоры (-), рефлекс защитный (±). Мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы с тенденцией к истощению. Гипермобильность всех суставов. При обследовании на ЭНМГ у ребенка выявлено поражение мотонейронов передних рогов спинного мозга нижних конечностей, рекомендован контроль через 1 месяц. Лабораторные исследования патологии не выявили. Проводилось лечение: сосудистыми, ноотропными, общеукрепляющими препаратами. Состояние ребенка улучшилось: увеличилась двигательная активность. От сдачи крови на генетическое подтверждение диагноза СМА мать отказалась. В 6 месяцев ребенок поступил в грудное отделение с диагнозом: острый бронхит, ДН 0 степени. С жалобами: кашель, насморк, высокую температуру, задержку статико-моторного развития. При осмотре невропатологом: ребенок вялый, двигательная активность снижена, положение «лягушки». Голову не удерживает, на бок не поворачивается, опора (±), быстро истощается. В вертикальном положении плечи провисают. Сухожильные рефлексы быстро истощаются. На повторной ЭНМГ на всем протяжении прослеживался «ритм частокола». Ребенок выписан домой. В возрасте 9 месяцев ребенок госпитализирован в реанимационное отделение инфекционной больницы с диагнозом: острая 2х сторонняя пневмония, ДН I-II степени. На 3 сутки ребенок переведен на ИВЛ. При осмотре невропатологом: ребенок вялый, отмечаются слабые движения кистей и стоп, общая мышечная гипотония, сухожильные рефлексы резко снижены и быстро истощаются. По клинической картине и предыдущим обследованиям ребенку выставлен диагноз: спинальная амиотрофия Вердника-Гоффмана I тип, раннего типа без генетического подтверждения. Впоследствии, в 1 год ребенку проведено исследование крови с генетическим подтверждением делеции экзонов 7 и 8 генов SMN-1 в гомозиготном состоянии. С 9 месяцев ребенок находился на ИВЛ в реанимационном отделении с прогрессированием межреберной атрофии. В 1 год 2 месяца ребенок умер.

Выводы: все дети с миотоническим синдромом, задержкой статико-моторного развития должны проходить углубленное обследование с обязательным проведением ЭНМГ и генетическим обследованием для исключения группы наследственных заболеваний, протекающих с поражением передних рогов спинного мозга.

КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ СРЕДСТВАМИ ИППОТЕРАПИИ

Антропова И. М.

НПЦ детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы

Актуальность: Иппотерапия – уникальный метод реабилитации детей с детским церебральным параличом (ДЦП), сочетающий в себе физическое воздействие и позитивный психотерапевтический эффект от общения ребенка с лошадью.

Цель: Изучить воздействие иппотерапии на формирование важнейших социальных навыков, способствующих успешной адаптации детей и подростков с ДЦП в обществе.

Материалы и методы: Под наблюдением находился 71 ребенок с ДЦП в возрасте от 2 до 16 лет. Из них 35 мальчиков и 18 девочек. Занятия иппотерапией проводились 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, психодиагностические методики. Проводилось анкетирование и беседы с родителями, педагогами и наблюдения за детьми в ходе занятий иппотерапией.

Результаты и обсуждение: В результате проводимых занятий иппотерапией отмечено значительное улучшение эмоционального состояния детей с ДЦП. Общение с животным на открытом воздухе улучшает эмоциональный фон ребенка, расширяет диапазон его знаний об окружающем мире. На фоне положительных эмоциональных переживаний происходит высокая концентрация сил и внимания ребенка, пробуждается активный интерес к жизни, стремление преодолеть недуг, осознание своих скрытых возможностей и человеческой полноценности. Дети проявляют способность реагировать на животных с неожиданным интересом, который в дальнейшем распространяется и на окружающих людей.

Выводы: Таким образом, для ребенка очень важен психологический момент, возникающий в процессе общения с животными. Ведь животному все равно, как ты выглядишь и какие у тебя дефекты. Дети воспринимают, запоминают, сопоставляют, анализируют, сравнивают и переносят вновь приобретенный опыт на схожие ситуации. Помимо уникального и разнообразного опыта, приобретенного ребенком на занятиях, и позитивных изменений в его самооценке, очень важно изменение отношения родителей к своим детям, когда они видят не немощное и полностью зависящее от них существо, а радостно возбужденного, смело и умело обращающегося с лошадью всадника, который на равных общается с окружающими.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Ахадов Т.А., Семенова Н.А., Батышева Т.Т., Амчеславская Е.В.

ГБУЗ НИИ НДХиТ, Москва

НПЦ ДПН, Москва

В последние годы в нейровизуализации появились новые технологии, изменившие наши знания о причинах резистивной эпилепсии. К таким технологиям отнесены различные методы магнитного резонанса (МР). Основным методом МР - магнитно-резонансная томография (МРТ) исходно играют большую роль в оценке состояния пациента. В настоящее время она метод выбора в оценке пациентов с эпилепсией, так как обеспечивает максимальную морфологическую информацию. Новые функциональные методы диагностики: МР спектроскопия, функциональная МРТ позволяют неинвазивно оценивать эпилептический субстрат, функциональный статус и нейрорецепторы. В этом сообщении мы осветим технологии МРТ, внедряемые в практику: диффузионно взвешенные изображения (DWI), магнитной восприимчивости взвешенные изображения (SWI), протонную и фосфорную спектроскопию (1H, 31P МРС) и функциональную МРТ (fMRI).

DWI основаны на способности обнаруживать подвижность воды (диффузия), а ее изменение по направлению градиента и силы магнитного поля - анизотропия по коэффициенту диффузии позволяет количественно оценивать изменения диффузии. Повреждение приводит к снижению диффузии, а соответственно и снижению анизотропии. Принцип DWI может быть использован в двух методах: обычный DWI и диффузионно-тензорной визуализации

(DTI). DTI используется как средство для выявления более тонких изменений головного мозга, которые могут отражать дисфункцию трактов белого вещества.

Проявление геморрагий в МРТ зависит от продуктов трансформации гемоглобина: дезоксигемоглобин и метгемоглобин. Спины в неоднородном магнитном поле прецессируют с разной скоростью и вызывают общую потерю сигнала на T2* -взвешенных изображениях. Мелкие сосудистые образования и микрогеморрагии особенно четко проявляются при технике SWI.

Химические маркеры повреждения обнаруживаются при МРС, даже когда мозг кажется нормальным на обычных структурных МРТ. МРС является мощным средством для идентификации химических соединений, основанный на определенных элементах, такие как фосфор или водород. МРС в настоящее время используется для предоперационной оценки эпилепсии и еще множество заболеваний. N-ацетил-аспартата (НАА) является основным метаболитом нейронов и аксонов. Поражение тканей обычно приводит к снижению уровня НАА, что может отражать гибель нейронов или дисфункции.

Прехирургическое планирование при эпилепсии включает в себя определение функциональной значимости коры, расположенной близко к поражению. Дефицитом. fMRI может предсказать возможные дефициты в языке, визуальных, двигательных и сенсорных функциях, которые могут возникнуть после хирургического вмешательства.

Новые методы МРТ помогают в понимании основной патологии, могут продемонстрировать функциональную активность головного мозга с высоким пространственным и временным разрешением.

КОГНИТИВНЫЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Барсукова Н.В.

ГБУ АО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Коррекция и развитие», Астрахань

Актуальность. В настоящее время проблема разнообразных заболеваний нервной системы у детей представляет собой одну из самых актуальных задач профилактики невропсихических нарушений. В связи с этим мы попытались обобщить и проанализировать особенности отдаленных последствий ранних поражений ЦНС у наших пациентов. При этом особое внимание уделялось когнитивным, нейропсихологическим, речевым и психическим нарушениям у детей с различными расстройствами ЦНС.

Цель. Цель работы состоит в максимально полном описании спектра психических, когнитивных, нейропсихологических и речевых расстройств, а также классификации возможных направлений и методов их профилактики и коррекции у детей с теми или иными заболеваниями ЦНС.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили отчеты о деятельности врача-психиатра, а также научная статья «Особенности речевых нарушений как отдалённые последствия перинатальной энцефалопатии у детей дошкольного возраста», опубликованная в научно-методическом журнале «Концепт» в 2013г. С целью определения уровня интеллектуального, психоэмоционального и личностного развития детей, использовались как традиционные методики: диагностические тесты Ермоловой Т.В., Стребелевой Е.А., Косиновой Е.М, Бендера Л. , Люшера М., прогрессивные матрицы Равена Д. , блисс-метод, так и аппаратные методы исследования: «Пульс-Антистресс» и «Активациометр», а также другие схемы исследования ВКФ.

Результаты. В результате изучения данного материала, мы сделали вывод о том, что в процессе нашей работы мы имеем дело с множественным разнообразием когнитивных, психических, нейропсихологических, речевых, эмоционально-волевых нарушений у детей, требующих постоянной комплексной реабилитации, которая должна осуществляться по трем направлениям: диагностическому, коррекционно-развивающему и консультативно-профилактическому.

Вывод. В процессе диагностической деятельности мы придерживаемся единой концепции, заключающейся в представлении о ребёнке, как о целостной, уникальной, развивающейся в своём индивидуальном темпе личности.

МРТ-ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННЫХ МЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Батышева Т.Т., Ахадова Л.Я., Горина Т.П., Ларионова А.Н., Нанкина И.А., Молоткова У.В.
Научно-практический центр детской психоневрологии, Москва

Введение: МРТ-диагностика наследственной патологии, сопровождающейся дистрофическими изменениями в скелетной мускулатуре, является относительно новым, развивающимся направлением. В западной литературе описаны несколько шкал, используемых для оценки степени дегенеративного процесса в мышцах (Mercuri, 2002; Kornblum, 2006; Fisher, 2008 и др.). С целью облегчения диагностического поиска разрабатываются критерии соответствия между локализацией наиболее пораженных мышц и генетическим дефектом. Также МРТ мышц позволяет определить наиболее подходящую для биопсии мышцу.

Материалы и методы: С 2013г. в НПЦ ДП применяется МРТ с целью диагностики первично мышечного поражения. Обследовано 6 детей с подозрением на наследственную патологию мышц, из них 4 девочки и 2 мальчика в возрасте 3-16 лет.

По данным анамнеза задержка моторного развития наблюдалась у троих детей.

В клинической картине у четырех пациентов имелась мышечная слабость разной степени выраженности, повышенная мышечная утомляемость, снижение или отсутствие сухожильных рефлексов, положительный симптом Говерса. Двое детей имели мышечные контрактуры. У всех пациентов выявлено повышение уровня КФК. У двух детей из исследуемой группы без клинических проявлений миопатии имелось двадцатикратное превышение нормального уровня КФК. По данным ЭНМГ у четверых обнаружен миопатический паттерн. МРТ-исследование выполнено на аппарате Panorama 1 тесла Phillips с использованием импульсных последовательностей T1 SE, T2 SE, T2 Spair. Срезы производились на протяжении верхне-средней трети плеча, бедра, голени с двух сторон толщиной 7 мм (около 10 срезов). У четырех пациентов выявлены дистрофические изменения мышечной ткани различной степени выраженности. У детей, имеющих двадцатикратное повышение уровня КФК без клинических признаков миопатии, изменений в мышцах не обнаружено.

Заключение: МРТ мышц является перспективным неинвазивным методом диагностики заболеваний, сопровождающихся дегенеративно-дистрофическими изменениями в мышцах, позволяющим определить степень поражения и оценить изменения в динамике.

**ВОЗМОЖНОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО
ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С
ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП**

Батышева Т.Т., Мусин С.Р., Климов Ю.А., Шерстеникина Н.С.

«Научно-практический центр детской психоневрологии» ДЗМ г. Москвы

Целью нашего исследования являлась оценка эффективности применения остеопатических методов лечения для коррекции двигательных нарушений у детей младшего школьного возраста с гемипаретической формой детского церебрального паралича.

Остеопатия (от др.-греч. остео — кость и патия — болезнь, заболевание) — система альтернативной медицины, рассматривающая в качестве первичной причины болезни нарушение структурно-анатомических соотношений между различными органами и частями тела. В нашей стране остеопатия появилась относительно недавно, но с каждым годом приобретает всё большую популярность, в связи с высокой эффективностью этого метода лечения. Детский церебральный паралич (ДЦП) — термин, объединяющий группу прогрессирующих заболеваний головного мозга, возникающих вследствие недоразвития или повреждения структур головного мозга в антенатальный, интранатальный и постнатальный периоды.

По данным НПЦДПН на 2012 год, удельный вес различных форм ДЦП выглядит следующим образом: спастическая диплегия составляет 69,84%, гемипаретическая форма — 16,09%, гиперкинетическая форма — 2,44%, атонически-астатическая форма — 8,98%, двойная гемиплегия — 2,18%, смешанная форма — 0,48%. Таким образом, гемипаретическая форма занимает второе место в структуре заболеваемости ДЦП.

Работа проводилась на базе Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы.

Нами было обследовано 46 пациентов с достоверным диагнозом ДЦП гемипаретическая форма. Пациенты находились на стационарном лечении. Из исследования были исключены пациенты с эндогенными психическими заболеваниями, расстройствами высших мозговых функций, соматическими заболеваниями в стадии субкомпенсации и декомпенсации. Средний возраст пациентов составлял $8 \pm 1,5$ года. Пациенты были рандомизированы на две группы: основная группа и группа контроля.

Лечебный комплекс основной группы состоял из электрофизиотерапевтических процедур, лечебной гимнастики, лечебного массажа, сосудисто-метаболической терапии, а также сеансов остеопатического лечения. Пациенты группы контроля получали аналогичное комплексное лечение за исключением остеопатических методик.

В ходе исследования было установлено, что включение остеопатических методик в комплексную систему реабилитации пациентов с гемипаретической формой ДЦП, способствует укреплению мышц туловища, уменьшению гипертонуса на поврежденной стороне, увеличению объема движений в тесте Лассега и Ванштейна, улучшению рисунка ходьбы. Пациенты стали более устойчивы, о чем свидетельствуют данные визуального осмотра и стабилотрии. Осанка более гармоничная, уменьшилось отклонение туловища от центральной оси, стали менее заметны развороты туловища по горизонтальной оси. Наблюдалось увеличение объема движений в крупных суставах пораженной стороны, выравнивание уровня лопаток и плеч. Стабилотрическое исследование показало уменьшение отклонения общего центра давления ($p < 0,05$), уменьшение площади статокинезиограммы ($p < 0,05$), улучшение показателей стабильности ($p < 0,05$).

В группе контроля так же отмечалась определенная положительная динамика состояния, однако, менее выраженная, чем у основной группы. Стабилотрическое исследование показывает уменьшение отклонения общего центра давления ($p > 0,05$), уменьшение площади статокинезиограммы ($p > 0,05$), улучшение показателей стабильности ($p > 0,05$).

Таким образом, включение остеопатических методик в систему комплексной коррекции двигательных нарушений у пациентов с гемипаретической формой ДЦП повышает терапевтическую значимость лечения. В основе терапевтического эффекта лежит выработка оптимальных двигательных реакций, вследствие увеличения силы мышц пораженных конечностей, а так же гармонизация нейротрофической регуляции процессов движения.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «БИОПТРОН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКУШЕРСКИХ ПАРЕЗОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Батышева Т.Т., Полухина Н.В., Потапова Н.М., Пшемыская И.А.,
Слободчикова Н.С., Бачучина Д.А.

НПЦ Детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Акушерские парезы- это нарушение функции верхней конечности вследствие повреждения плечевого сплетения в родах. Возникает надрыв или отрыв нервных стволов, что сопровождается развитием в месте травмы отека, нарушением передачи нервного импульса, развитием микроциркуляторных нарушений, возникновением болевого синдрома. В основе лечебного эффекта аппарата «Биоптрон» лежит биостимулирующее действие поляризованного света. Воздействуя на биологические мембраны поврежденных клеток, улучшается тканевое дыхание, ускоряются репаративные процессы, улучшается микроциркуляция крови, уменьшается отек, снимается боль и быстрее восстанавливается двигательная функция верхней конечности.

Прибор «Биоптрон» в нашем отделении (3 отделение новорожденных) для лечения акушерских парезов у новорожденных детей мы начали применять с 2012г. Этот метод терапии мы применили у 17 детей. Лечение начинается с первых дней поступления из роддома, т.е. на 5-7 сутки жизни, в отличие от других методов физиотерапевтического лечения, которые разрешено применять не ранее 14 суток жизни. Воздействие поляризованного света на область проекции плечевого сплетения проводится по 4 мин 2-3 раза в день курсом 10 дней. Помимо хорошего клинического эффекта в восстановлении двигательной функции руки, отмечается подтвержденная результатами электронейромиографии, которая проводилась в начале курса лечения и в конце, стойкая положительная динамика в виде нарастания амплитуды М-ответа, снижения терминальной латентности, увеличения скорости распространения возбуждения по периферическим нервам.

Таким образом, аппарат «Биоптрон» можно и нужно использовать для лечения акушерских парезов у новорожденных с первых дней жизни, а также рекомендовать его применение в роддомах в связи с высокой эффективностью этого метода лечения в восстановлении активных движений в пораженной конечности и хорошей переносимостью.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В СИСТЕМЕ НЕЙРОАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ДЦП

Битова А.Л., Садовская Ю.Е.

*РБОО Центр лечебной педагогики (ЦЛП), г. Москва
ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ, г. Москва*

Детский церебральный паралич можно определить как расстройство абберантного контроля регуляции движения и позы, возникающее в раннем возрасте, вторичное к повреждениям ЦНС или дисфункции, которая не является результатом известного прогрессирующего или дегенеративного заболевания мозга.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в ЦЛП находилось 28 пациентов с грубыми нарушениями статики IV-V уровня (GMFCS-E&R, 2007) в возрасте от 6 мес. до 7 лет; мальчиков 18 (64 %), девочек 10 (36 %). Спастическая двойная гемиплегия – 7 пациентов, спастическая диплегия – 13 пациентов, атонически-астатическая форма – 8.

Наряду с классическим неврологическим обследованием, изучением анамнеза жизни, заболевания, мы всем детям исследовали сенсорное развитие, сенсорную историю с применением родительских опросников по сенсорному реагированию (адаптированный нами опросник сенсо-моторного развития), проводили психологическую и педагогическую диагностику.

Результаты. Нарушения сенсорной модуляции представлены различными вариантами – сенсорная защита 33%, сенсорный поиск 57%, отвращающий ответ на движение/перемещение – 40%, дефицит обратной связи проприоцептивного и вестибулярного сигнала по типу гипосенситивности от активных движений – 78% и, как следствие, недостаток физического напряжения и внимания. Для спастических форм характерным сенсорным паттерном оказалась гравитационная небезопасность – 75% случаев. Указанный сенсорный портрет позволял разрабатывать индивидуальную программу абилитации на основании индивидуальных сенсорных дефицитов с опорой на сохраняющиеся компоненты, что позволяет добиться повышения реабилитационного потенциала абилитации, адаптации и социализации. Наличие сенсорных дисфункций объясняет недостаток неспецифической мотивации к действиям, несформированную способность преодолевать препятствия, недостаток соматосенсорной связи.

Тонкая дифференцировка сенсорных симптомов затруднена в силу сочетанных расстройств зрительного анализатора, психического развития и приступной истории, но возможна. Нами апробированы и модифицированы приемы и критерии диагностики сенсорных дисфункций у пациентов с тяжелыми двигательными нарушениями.

Заключение. При первичном обследовании детей с тяжелыми нарушениями статики классифицирования типа церебрального паралича, в контексте диагностики ассоциированных состояний (расстройства речи, глотания/жевания, коммуникации, когниции) мы рекомендуем проводить оценку сенсорного развития, которая определяет стратегию нейроабилитации.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Боярская А.В., Буланова В.А., Павлова Е.П.

ГУЗ ЯО Детская поликлиника №3 г. Ярославль

ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, г.Ярославль

Актуальность. С учетом высокой распространенности отклонений в психо-моторном развитии детей, недостаточной информированности семьи о правилах «родительского сопровождения» двигательного и психо-речевого развития ребенка, внедрение в практику здравоохранения специальных «школ для родителей» является актуальным.

Цель: разработать и внедрить в работу городской детской поликлиники образовательную программу для родителей грудных детей, имеющих легкие двигательные нарушения, отклонения в состоянии мышечного тонуса или темповые задержки моторного и предречевого развития; оценить эффективность данной программы.

Материалы и методы. В рамках работы школы «Мать и дитя» внедрена образовательная программа, включавшая 6 занятий в «малых группах», состоящих из 3 – 4 матерей с детьми. Занятия, проводимые дважды в неделю, имели теоретическую и практическую часть, продолжительностью по 30 минут каждая. Теоретическая часть содержала лекции врачей-специалистов (неонатолога, невролога, ортопеда, хирурга, врача ЛФК) и логопеда. Практическая часть включала обучение матерей проведению гимнастики для формирования моторных навыков (с учетом возраста ребенка) и приемам стимуляции предречевого развития. За период с марта 2012г. по апрель 2013г. занятия посетили 101 пара «мать–ребенок», из них: с детьми в возрасте 3–4мес. – 35 пар, 6–7мес. – 41 пара, 8–9мес. – 25 пар. 84 ребенка имели легкую задержку моторного развития (ЗМР), у 17 детей без ЗМР отмечались нарушения мышечного тонуса (гипертонус у 9, гипотонус у 8).

Результаты. По истечении трех недель занятий у 61% детей констатирована нормализация психомоторного развития и состояния мышечного тонуса; у 27% отмечено улучшение; у 12% сохранялись двигательные нарушения, требующие дальнейшей медицинской реабилитации.

Выводы: Образовательная программа для родителей, включающая теоретическую и практическую часть, является эффективным способом реабилитации детей первого года жизни с легкими отклонениями в моторном и предречевом развитии и позволяет выделить группу детей, нуждающихся в интенсивной медицинской реабилитации.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЦП

Бронников В. А., Кротова Л. Н.

КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов» г. Пермь

ГБОУ ВПО «Пермская государственная академия имени ак. Е. А. Вагнера» МЗ РФ

В современной терапии все большая роль отводится использованию безмедикаментозных методов восстановительного и реабилитационного лечения. При лечебном воздействии на конкретную группу рецепторов, отвечающих за движение, идет их специфическая стимуляция, что ведет к перестройке механизмов патологически измененных функций в направлении их нормализации.

РПК «Атлант» зарегистрирован как новое медицинское техническое средство реабилитации. Нейрофизиологические свойства реабилитационного костюма - активизация ауторегуляции мышечного тонуса на спинальном уровне, в ответ на усиление афферентации, при аппроксимации мышечно-суставного и связочного аппарата с помощью натяжных устройств в костюме.

Целью исследования явилось изучение влияния устройства «Атлант» на восстановление моторных функций у пациентов с ДЦП.

Для тренинга были взяты 22 пациента в возрасте от 1.5 до 8 лет со спастической формой ДЦП в тяжёлом и средне - тяжёлом состоянии. В контрольной группе 22 ребёнка получали стандартный набор методик ЛФК. У всех пациентов отмечалось нарушение позотонического контроля (сохранение позы - сидя, стоя, самостоятельно или с опорой) и умение ходить (с опорой или самостоятельно), наличие нередуцированных тонических рефлексов (СШТ, Лабиринтный, АШТР). По основным двигательным признакам, обе группы были сопоставимы. В тренинге на восстановление позотонического контроля стоя и в ходьбе, с помощью РПК «Атлант» обращалось внимание на снижение тонических рефлексов и выпрямление осанки, переход к опоре на полную стопу, формирование умения самостоятельно удерживать позу, уменьшение асимметрии шага. Метод оценки моторных функций пациентов проводился по оригинальной шкале восьми - уровневой развития движения на момент поступления и через 21 день реабилитационного курса. Курс занятий состоял из 15-20 процедур, по 20-40 минут. Использование РПК «АТЛАНТ», его аппроксимирующие воздействия на мышечно-связочный и суставной аппарат, значительно усиливает импульсы проприорецепторов и улучшает функцию двигательных центров всех уровней ЦНС. Это позволяет даже при тяжёлых формах ДЦП (особенно в сочетании

нарушение интеллекта) добиваться удержания правильной позы и уменьшение выраженности тонических рефлексов в вертикальном положении. Для тренинга в костюме «Атлант» использовались 2 исходных положения, с удержанием позы:

- лёжа на спине – перекаат на бок и живот через опоры на верхнюю конечность (унилатеральная модель)

- стоя в ходунках различной модификации (с опорой на ладони, локти или фиксация в «манежке» -в зависимости от тяжести двигательных нарушений)

- ходьба с поддержкой (от максимальной до минимальной, в зависимости от выраженности двигательных нарушений)

Использование механотерапии и РПК «Атлант» повышало эффективность реабилитации, т.к. увеличение объема движения в суставе облегчает формирование двигательного навыка. Динамика показателей основной группы показала, улучшение от начального уровня (33-49 баллов) на 8-9 баллов для средне - тяжёлой степени ДЦП, и на 3-7 баллов для тяжёлой степени ДЦП. Динамика показателей в контрольной группе составила соответственно в средне – тяжёлой степени ДЦП 5-8 баллов, в тяжёлой 1 – 2 баллов.

Заключение. Применение РПК «Атлант» в двигательной реабилитации пациентов с ДЦП дает возможность повысить эффективность восстановления крупной моторики у инвалидов со значительными нарушениями движения.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Бронников В. А., Русских О. А., Зимина О. А.

КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов», г. Пермь

Актуальность. У детей с детским церебральным параличом помимо двигательных нарушений нередко наблюдаются нарушения, ведущие к трудностям социальной адаптации и препятствующие наиболее полной интеграции в общество.

Цель. Выявить основные нарушения у данной категории детей и проанализировать возможности их коррекции в дошкольном возрасте.

Материалы и методы. Был обследован 51 ребенок в возрасте 4 – 6 лет. Обследование включало в себя оценку высших психических функций, эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей и микросоциальной сферы у детей.

Результаты. По результатам первичной диагностики нарушения адаптации характерны для 82% детей, наличие повышенной тревожности и страхов наблюдается у 18%, неадекватные эмоциональные реакции встречаются у 35%. В когнитивной сфере нарушения пространственной ориентации выявлены у 72%, проблемы с восприятием формы и цвета имеют 51% детей, у 34% детей выявлены нарушения зрительной и слухоречевой памяти. Из обследованных детей 66% общаются только в кругу семьи и не имеют общения со сверстниками. В психолого-педагогической коррекции использовались индивидуальные и групповые формы работы с применением методов арт-терапии, песочной терапии, посещением сенсорной комнаты и др. Проводилась работа с родителями детей для их активного вовлечения в реабилитационный процесс. При повторной диагностике восприятие формы и цвета улучшилось у 50% детей, увеличение объема памяти диагностировано у 22%, показатели пространственной ориентации остались без изменений. Значительная положительная динамика диагностировалась в эмоционально-волевой сфере, тревога и страхи снизились у 100% детей, для 71% характерно уменьшение неадекватных эмоциональных реакций. Применение методов математико-статистического анализа (Т- критерия Стьюдента) на статистически значимом уровне так же подтверждает снижение тревожности ($t = -2,55$; $p = 0,01$) и уменьшение неадекватных эмоциональных реакций ($t = -4,87$; $p = 0$).

Выводы. Полученные результаты показывают психолого-педагогические нарушения у детей с ДЦП и возможности положительной динамики при их коррекции.

ОСОБЕННОСТИ РОБОТИЗИРОВАННОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Булекбаева Ш.А., Дарибаев Ж.Р., Ризванова А.Р., Медетбекова Ж.А., Шакинов М.Ж.
Республиканский детский реабилитационный центр, г. Астана, Казахстан

Актуальность. Заболевания нервной системы остаются главной причиной инвалидности детей и взрослых в Казахстане. Известно, что в течение первых 6-7 лет жизни восстановление функций нервной системы и опорно-двигательного аппарата происходит наиболее интенсивно.

Цель. Изучить эффективность роботизированной реабилитации ходьбы у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. Мы попытались оценить влияние комплексной реабилитации детей с ДЦП дошкольного возраста используя диагностические тесты комплекса «Локомот Про». Под наблюдением находилось 30 детей со спастической формой ДЦП в возрасте 3-5 лет. Дети соответствовали III или IV степени шкалы GMFCS. Все дети получали комплексную реабилитацию с включением роботизированной системы «Локомот Про».

Результаты. Улучшение всех тестов было у 24 детей (80 %). Ухудшение показателей всех тестов не отмечалось. По данным теста L-FORCE у 26 детей (87 %) со спастической формой ДЦП отмечалось увеличение мышечной силы. Снижение показателей теста измерения мышечной силы не отмечалось. Только у 4 пациентов (13 %) занятия роботизированной кинезотерапией оказались без эффекта. Измерение спастичности мышц с помощью теста L-STIFF дало следующие результаты: снижение спастичности наблюдалось у 24 (80 %) детей с ДЦП; без эффекта – 2 пациента (7 %); повышение спастичности мышц было в 4 случаях (13 %). Объем движений в нижних конечностях увеличился у 24 детей (80 %) и только в 6 случаях (20 %) эффекта не отмечалось. Случаев ухудшения зарегистрировано не было.

Выводы. Роботизированная кинезотерапия с помощью комплекса «Локомот Про» показала улучшение навыков ходьбы у детей со спастической формой ДЦП в возрасте 3-5 лет. Экстраполяция данных на других детей с ДЦП должна проводиться с осторожностью в связи с малой выборкой пациентов в данном исследовании.

ДААННЫЕ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Булекбаева Ш.А., Мухаметжанов Х.М., Кусаинова К.К.

*Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г. Астана, Казахстан
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана, Казахстан*

Цель: изучение данных электронейромиографии (ЭНМГ) у больных с позвоночно-спинномозговой травмой.

Материалы и методы: Под наблюдением были 182 больных с повреждениями груднопоясничного отделов позвоночника и спинного мозга. При поступлении у 67 (36,8%) больных отмечались неврологические нарушения и у 115 (63,2 %) – неосложненные повреждения позвоночника. По шкале Франкель было отмечено, что 134 (73,6%) больных относились к группе E; 10 (5,5 %) – к группе D; 19 (10,5%) – к группе C; 7 (3,9%) – группе B; и 11 (6%) больных – к группе A.

Результаты и обсуждение: ЭНМГ проведена 88 (48,3%) больным, из них у 61 (69,3%) выявлены изменения ЭНМГ. У больных с измененными данными ЭНМГ - у 17 (27,9%) - отмечалось сдавление спинного мозга, у 15 (24,6%) – ушиб конуса и корешков конского хвоста, у одного (1,6%) - ушиб спинного мозга. Клиника частичного нарушения проводимости спинного мозга наблюдалась у 18 (29,5%), полного нарушения проводимости спинного мозга – у 12 (19,7%), корешковый синдром у 4 (6,5%) больных. Нижняя вялая параплегия отмечалась у 13 (21,3%), выраженный парез – у 10 (16,4%), умеренный – у 4 (6,5%) и легкий – у двух (3,3%) пострадавших. У 30 (49,2%) выявлены нарушения функции тазовых органов. Из 61 больных с измененными ЭНМГ биоэлектрическое молчание выявлено у 14 (22,9%), снижение биоэлектрической активности мышц – у 38 (62,3%), увеличение биоэлектрической активности мышц – у 3 (4,9%) и снижение амплитуды М ответа и Н рефлекса – у 6 (9,9%) пострадавших.

Сопоставление клинического проявления травмы спинного мозга с данными ЭНМГ показало, что биоэлектрическое молчание, как правило, наблюдается при наличии синдрома полного или

частичного повреждения спинного мозга. Снижение биоэлектрической активности мышц чаще отмечается при синдроме частичного нарушения проводимости спинного мозга. Таким образом, ЭНМГ позволяет выработать тактику лечения и осуществлять контроль за динамикой восстановления нарушенных функций и эффективностью проводимых лечебных мероприятий.

ПРИМЕНЕНИЕ ЩАДЯЩИХ МЕТОДОВ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ

Вдовенко И.Ю., Матвеева И.А., Петрова О.А.

НПЦ Детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Щадящие методики рефлексотерапии (РТ), которые не дают выраженных болевых ощущений, успешно применяются для повышения адаптационных возможностей соматически ослабленных, а также часто и длительно болеющих детей раннего и дошкольного возраста. Данных об их использовании у детей с церебральным параличом (ДЦП) и последствиями перинатального поражения нервной системы (ППНС), угрожаемых по развитию ДЦП, крайне мало.

Целью проведенного исследования было оценить результаты применения комбинации щадящих методик РТ в комплексном лечении детей раннего и дошкольного возраста с ППНС и ДЦП.

Материалы и методы. Всего в условиях специализированного неврологического стационара было пролечено 32 ребенка (18 мальчиков и 14 девочек). Детей в возрасте до 3-х лет было 17, от 3-х до 6 – 15. Из них у 18 (56,2%) была выявлена спастическая диплегия (СД), у 11 (34,4%) – гемипаретическая форма ДЦП, у троих (9,4%) детей с последствиями ППНС была угроза формирования ДЦП. Уровень двигательного развития по шкале GMFCS у 2-х детей (6,3%) был 4-ый, у 17 (53,1%) - 3-й и у 13 (40,6%) – 2-й.

Из щадящих методик РТ применяли микроиглотерапию, аурикулотерапию, поверхностную иглорефлексотерапию, акупрессуру, термомпунктуру, электропунктуру (аппарат AcuPen) и суджок РТ в различных комбинациях. Классическая корпоральная РТ использовалась для воздействия только на 1 точку общего действия, оказывающую рефлекторное влияние на функциональное состояние центральной нервной системы и организма в целом, которая всегда присутствовала в рецепте. Индивидуальный рецепт акупунктуры составлялся с учётом топике ведущих клинических проявлений, соматического благополучия ребенка, данных электроэнцефалографии и объема других видов лечения (физиотерапия, ЛФК). Курс РТ состоял в среднем из 10 процедур. Оценивали данные неврологического и логопедического обследования в динамике.

Результаты. Для детей со спастическими формами ДЦП оптимальным в большинстве случаев оказалось сочетание термомпунктуры с электропунктурой и суджок РТ. Для соматически ослабленных и эмоционально лабильных пациентов более подходило сочетание электропунктуры и акупрессуры. 13 (40,6%) детей качественно улучшили один навык в пределах своего уровня двигательного развития, а 18 (56,2 %) – два навыка. 1 ребёнок с ППНС улучшил три двигательных навыка. Во всех случаях отмечалось снижение влияния тонических рефлексов и мышечного тонуса. У 26 (81,2%) детей улучшилась фонетико-фонематическая и лексическая структура речи. Все дети оставались соматически здоровыми на протяжении времени госпитализации.

Выводы. Применение индивидуально подобранной комбинации щадящих методов РТ у детей раннего и дошкольного возраста с ППНС и ДЦП повышает их иммунореактивность, предупреждает невротизацию, улучшает адаптацию к проводимым процедурам и способствует повышению эффективности проводимого комплексного лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ, ПОКАЗАНИЯ И МЕТОДИКА

Виноградов А.В.

НПЦ детской психоневрологии, г. Москва

Актуальность. В современной литературе нет четких показаний к хирургическому лечению воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) у детей с учетом данных функциональных методов обследования и изучения психологического статуса пациента. Многие из предложенных операций высоко травматичны и тяжело переносятся больными.

Цель исследования. Определение показаний к хирургическому лечению ВДГК у детей, разработка новых малотравматичных методов оперативной коррекции ВДГК.

Пациенты и методы. Психологическое обследование детей с ВДГК выявило, что большинство пациентов страдают в той или иной степени комплексом неполноценности. Недовольство внешним видом грудной клетки проявляется у пациентов не только в старшем возрасте, но и у дошкольников. Выраженность нарушений в психологическом статусе детей находится в прямой зависимости от степени выраженности деформации грудной клетки. При изучении отдаленных результатов после оперативного лечения ВДГК выявлено, что большинство отклонений в психологическом статусе детей и подростков исчезают. Разработана новая методика хирургического лечения ВДГК "стернохондродистракция", обладающая минимальной травматичностью и позволяющая надежно корригировать деформацию с хорошим функциональным и косметическим результатом.

Результаты. Разработанные показания к хирургической коррекции ВДГК и новые методы оперативного лечения позволили улучшить функциональные и косметические результаты.

Заключение. Современный подход к лечению воронкообразной деформации грудной клетки у детей должен включать создание не только функционально, но и косметически полноценной грудной клетки, уменьшение травматичности операций, длительную иммобилизацию грудино-реберного каркаса после операции, применение внутренних фиксаторов (пластин). Показания к лечению должны строиться на основе данных функционального и психологического обследования ребенка.

ИЗУЧЕНИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КАРКАСА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Виноградов А.В.

НПЦ детской психоневрологии, г. Москва

Цель: разработать методику контроля восстановления грудины и ребер после операций по поводу деформаций грудной клетки.

Методы: обследовано 20 детей в возрасте от 3 до 16 лет, оперированных по поводу воронкообразных деформаций грудной клетки (ВДГК). У всех пациентов выполнялась резекция 2-6 реберных хрящей и поперечная клиновидная стернотомия. Контроль за восстановлением костно-хрящевых структур осуществлялся с помощью ультразвукового исследования (УЗИ). Обследование выполняли до операции, на 3-5 день после нее и в последующем один раз в месяц в течение всего периода до удаления пластины методом полипозиционного сканирования в продольных и поперечных плоскостях.

Результаты: до операции визуализировались грудина, хрящевая и костные части ребер. На 3-5 сутки после операции в месте удаленных реберных хрящей и стернотомии выявлялись признаки организующейся гематомы. По данным УЗИ восстановление хрящевой ткани начиналось с 2-3 недели, закрытие зоны стернотомии - через 3-5 месяцев, а полное восстановление костно-хрящевого каркаса грудной клетки - через 7-12 месяцев после операции. У двух детей наблюдалось нарушение восстановления реберных хрящей. При сканировании через 1 год на месте резецированных хрящей определялись структуры, сходные по строению с рубцовой тканью.

Выводы: восстановление реберных хрящей происходит через 7-12 месяцев после операции; ультразвуковое исследование позволяет объективно контролировать процессы репарации грудины и ребер и индивидуально определять длительность фиксации костно-хрящевых структур грудной клетки.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Виноградов А.В.

НПЦ детской психоневрологии, г. Москва

Материалы и методы. Проведено психологическое тестирование 120 детей и подростков с воронкообразной деформацией грудной клетки (ВДГК) 1-4 степени в возрасте от 3 до 17 лет. При сборе анамнеза особое внимание уделяли субъективным жалобам детей и их родителей. Оценивали отношение ребенка к патологии, способность общения со сверстниками, адекватность поведения дома и в детских учреждениях, сферу интересов.

Результаты. При оценке данных психологического обследования выявлено, что большинство пациентов с ВДГК страдают в той или иной степени комплексом неполноценности. С возрастом нарастают следующие неблагоприятно влияющие на развитие ребенка показатели: апатия в поведении, застенчивость и отчужденность в отношениях со сверстниками, негативизм и равнодушие в отношениях с родителями. Недовольство внешним видом грудной клетки в основном проявляется у пациентов в старшем возрасте, но даже дети дошкольного возраста обращают внимание на отличие формы своей груди от других детей. Около половины больных школьного возраста проявляют безразличие к учебе и полученным оценкам. И подавляющее большинство подростков испытывают трудности в общении со сверстниками противоположного пола. Выраженность нарушений в психическом статусе детей находится в прямой зависимости от степени деформации грудной клетки. Тем не менее, необходимо отметить, что даже 1 и 2 степени ВДГК вызывали у ряда больных серьезные отклонения в поведении, эмоциональной сфере и социальной адаптации. При изучении отдаленных результатов после оперативного лечения ВДГК выявлено, что большинство отклонений в психологическом статусе детей и подростков исчезают, пациенты возвращаются к полноценной социальной жизни.

Таким образом, при сборе анамнеза и обследовании детей с ВДГК необходимо уделять большое внимание психологическому статусу пациента. Показания к оперативному лечению ВДГК должны включать желание самого пациента, даже при наличии малых степеней деформации. Хирурги, оперирующие детей с ВДГК, должны стремиться к созданию не только функционально, но и косметически полноценной грудной клетки.

СТРУКТУРНЫЕ НАРУШЕНИЯ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ)

Власенко С.В.

*Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий
Министерства Обороны Украины, г. Евпатория*

Актуальность. В настоящее время в диагностике неврологических, ортопедических и др. синдромов у больных с ДЦП используются различные методики. По-видимому, с целью повышения качества диагностики и эффективности лечебных мероприятий, специалистам необходима более объективная оценка состояния двигательных возможностей ребенка, готовности его основных структур, обеспечивающих формирование движения к выполнению поставленных задач.

Целью данного исследования стало изучение структуры мышечной ткани у больных ДЦП, форма спастическая диплегия. Разработка алгоритмов реабилитации с учетом выявленных изменений.

Материал и методы. Проведено УЗ-исследование мышц у 196 детей ДЦП, форма спастическая диплегия. Контрольные группы составили 17 детей (первая группа), рожденных с аномалией развития центральной нервной системы: спинномозговой грыжей. Вторую контрольную группу составили 40 детей, проходивших курс санаторно-курортной реабилитации по поводу частых простудных заболеваний.

Всем проводилось ультразвуковое исследование икроножной мышцы голени, в отделении функциональной диагностики санатория, кабинете ультразвуковой диагностики. Аппаратное обеспечение: УЗС «SSD-1700» («Аloка», Япония).

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты исследований автоматически обрабатывались с помощью специально разработанной компьютерной программы. Результаты компьютерного анализа сонограмм представлены в таблице (M±m).

Группы больных	Ультразвуковые показатели		
	ТФФ	СИ	ССХИ
Первая контрольная группа (n=17)	11,59±0,12 ^{ΔΔ}	2,78±0,06 ^{ΔΔ}	495,39±5,43 ^{ΔΔ}
Больные ДЦП (n=196)	14,17±0,61	1,97±0,13	688,63±10,20
Вторая контрольная группа (n=40)	9,53±0,28 ^{*■}	3,21±0,11 ^{*■}	449,83±25,70 ^{*■}

Примечание: достоверность отличий между показателями первой и второй контрольными группами: * - p<0,05; ** - p<0,01; между показателями первой контрольной группы и группы больных ДЦП: ^Δ - p<0,05, ^{ΔΔ} - p<0,01; между показателями второй контрольной группы и группы больных ДЦП: [■] - p<0,05; ^{■■} - p<0,01.

На основании полученных результатов все больные были распределены на реабилитационные группы. Отсутствие патологических изменений в мышцах и выраженных контрактур в сегментах конечностей, не превышающих 4-5 степени у ребенка является показанием к проведению сугубо консервативных методов лечения (первая группа). Наличие соединительнотканного перерождения мышцы при сохранности ее поперечнополосатой исчерченности и отсутствии контрактур 4-5 степени ограничений движений так же является показанием к проведению консервативных методов реабилитации (вторая реабилитационная группа). Однако снижение спастичности ботулотоксином в данном случае не целесообразно. Акценты в реабилитации необходимо расставить в сторону активизации метаболически-трофических процессов в мышце. Выраженные контрактуры являются показанием к хирургическому лечению, направленному на их устранение (третья группа).

Таким образом, метод УЗ диагностики состояния мышечной системы является наиболее объективным, доступным в определении тактики и стратегии реабилитации больных ДЦП. Объективизация структурных особенностей мышц позволяет сформировать комплекс необходимых лечебных мероприятий в каждом конкретном случае, избежать применения бесполезных с точки зрения их эффективности методов лечения, тем самым оптимизировать затраты.

Выводы.

1. Перед проведением реабилитации двигательных навыков у больных ДЦП необходима всесторонняя объективная оценка возможностей ребенка.
2. Рутинное клинично-неврологическое исследование не позволяет оценить наличие и выраженность структурных изменений в мышцах у больных ДЦП.
3. Изучены структурные особенности мышц в группах детей ДЦП и проведено сравнение с аналогичными показателями в группах здоровых детей и группы пациентов с аномалией развития спинного мозга.
4. Разработанная в санатории методика УЗ-диагностики позволяет объективно оценить структурные особенности мышц и сформировать на основании полученных данных реабилитационную тактику.
5. На основе полученных результатов УЗ-исследования у больных ДЦП все пациенты включенные в исследование распределены на реабилитационные группы, которым должна применяться определенная стратегия восстановительного лечения

НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ДЦП И НЕКОТОРЫЕ ПРИЕМЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ

Голова И.И.

НИИ Детской психоневрологии, Москва

У детей, страдающих церебральным параличом, отмечаются разнообразные формы речевой патологии. Одно из основных нарушений - это дизартрия. Дизартрия - это нарушение произносительной стороны речи в результате недостаточной иннервации речевой

мускулатуры за счет поражения ЦНС. Произносительная сторона речи включает в себя дыхательные, голосовые и произносительные возможности человека. В процессе онтогенеза голос ребенка развивается вместе с дыхательной системой и звукопроизношением, т.е. неотделимо от становления речи в целом. Вне речи голос функционирует как крик, кашель смех. Тяжесть нарушения голоса зависит от тяжести дизартрии. Форма дизартрии влияет на особенности голосовых нарушений. У детей со спастико-паретической формой дизартрии голос слабый, назализованный, истощающийся к концу фразы. Поверхностный вдох, быстрый выдох затрудняют функционирование голоса. Голосовые модуляции отсутствуют. Речь детей с гиперкинетической формой дизартрии зависит от степени проявления гиперкинеза. Голос ребенка напряженный, прерывистый, вибрирующий, изменяющийся по высоте и силе. При легкой и средней степени дизартрии прослушиваются голосовые модуляции. Отличительными признаками атактической дизартрии является скандированность, монотонность и замедленный темп. Работа над коррекцией голоса (его продолжительностью, силой, высотой и интонацией) начинается с выбора комфортной для ребенка позы и релаксации. Расслабляющие мероприятия включают массаж оральной мускулатуры, шеи и упражнения на сопротивление мышц языка и нижней челюсти. Работать над продолжительностью звучания голоса надо начинать с развития грудно-брюшного дыхания, которое обеспечивает глубокий вдох и плавный длительный выдох. На начальном этапе мы учим детей тянуть гласные звуки, потом их чередовать по 2-4 звука на одном выдохе. Затем переходим к слогам. Если пациенту не удастся произнести гласные звуки, то возможно протяжное произношение - «мычание с сомкнутыми губами». Для развития силы голоса желательно предложить ребенку петь гласные звуки на одном выдохе и увеличивать силу голоса, а затем постепенно уменьшать его звучание. Упражнение на чередования восходящих и нисходящих модуляций голоса развивает способности ребенка интонационно оформлять фразы. Для работы над звонкостью голоса предлагаются упражнения на активизацию мягкого нёба и устранение назализации (спастико-паретическая и атактическая дизартрия). Рекомендуется пропевать слоги с заднеязычными согласными в сочетании с лабиализованными гласными (ку, ко, гу, го). Также можно предложить для формирования высоты и звонкости голоса пропевание гаммы под аккомпанемент металлофона или пианино. С каждым занятием диапазон пропеваемых звуков расширяется. Работа над расширением диапазона звучания строится на пропевании нот в нисходящем порядке. Различные виды интонации можно развивать и закреплять на материале потешек, стихов, разыгрывании сенок и чтении сказок. Вся коррекционная работа проводится с опорой на акустический контроль и сознательные усилия пациента.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНОГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СТРАДАЮЩИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Голова И.И.

НПЦ Детской психоневрологии, Москва

В нашем отделении ежегодно проходят лечение пациенты с умственной отсталостью, страдающие ДЦП. Возраст детей от семи до двенадцати лет. Большая часть этих детей имеет системное недоразвитие речи. Своеобразие речевой патологии данной группы больных проявляется в очень ограниченном экспрессивном и импрессивном словаре, что связано с поздними сроками начала говорения, ограниченными возможностями манипулирования предметами, слабостью слухового и зрительного анализаторов. Речь детей представлена конкретными существенными и часто встречающимися в бытовых ситуациях глаголами. Имена прилагательные, абстрактные существительные, наречия детьми практически не используются. Словообразовательные модели у данной группы больных находятся на начальном этапе формирования. Легче и быстрее дети образуют новые слова с помощью суффиксов. Образование прилагательных от имен существительных, использование приставок в процессе образования глаголов идет медленнее и сталкивается с трудностями понимания полноты и значения вновь образованных слов. Фразовая речь больных характеризуется несформированностью предложно-падежных отношений. Отсутствие или неправильное употребление предлогов говорит о наличии у детей пространственных нарушений. Трудности передвижения ребенка с ДЦП также замедляет процесс усвоения

значения предлогов, так как ребенок не видит расположение предметов относительно друг друга. Морфологические формы словоизменения усваиваются детьми неравномерно. Наибольшие трудности испытывают больные, употребляя творительный и предложный падежи. Использование остальных падежей отличается меньшим количеством ошибок. Самостоятельная связная речь у умственно отсталых детей практически не развита. Они не могут соединить несколько предложений в один рассказ. Помощь взрослых в виде наводящих вопросов используется многими пациентами достаточно охотно. Дети предпочитают диалогическую форму речи. Трудности формирования самостоятельного высказывания обусловлены задержкой созревания планирующей функции речи, слабостью речевой активности. Достижения в развитии речи опираются на успехи в коррекции психических процессов и двигательной патологии. Развитие зрительно-моторной координации, формирование акустического и зрительного внимания способствует развитию словарного запаса ребенка. Формируя его лексикон, нужно знакомить ребенка, как с номинативной, так и с предикативной лексикой. Это будет стимулировать развития фразы. Преодолевая ограниченность движения, желательно сосредоточиться на коррекции пространственных нарушений. Хорошая ориентировка в пространстве поможет ребенку усвоить значение предлогов. Развитие фонематического слуха и слухового внимания даст возможность развиваться языковым обобщениям, что будет способствовать уменьшению аграмматизмов в детской речи. Коррекционная работа должна проводиться систематически, постепенно усложняясь. Необходимо многократное предъявление образца, постоянная тренировка для создания нужного навыка, так как условные рефлексы у умственно отсталых детей формируются достаточно долго.

ЗАНЯТИЯ ОРИГАМИ КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ ВЕДУЩЕЙ РУКИ К ПИСЬМУ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Голова И. И., Кучерова Е. В.

НПЦ Детской психоневрологии, Москва

Для проведения эксперимента было отобрано 25 детей дошкольного возраста с церебральным параличом: 7 человек с атонически - астатической формой, 10 человек с гиперкинетической формой, 8 человек с правосторонним гемипарезом. Каждый ребенок посетил 20-25 занятий оригами. В процессе занятий дети были ориентированы на конечный результат своего труда, поэтому они занимались с удовольствием. Все дети умели держать в руке карандаш. В начале эксперимента детям предлагали рисуночные пробы: провести несколько линий в разных направлениях по пунктирным точкам, самостоятельно провести несколько любых линий без опоры на пунктирные точки, заштриховать геометрические фигуры. Ребятам предлагалось работать с тонкой и более плотной бумагой разных размеров, что дает возможность детям не привыкать к шаблонам, варьировать свои двигательные возможности. В процессе создания оригами пациентами использовались приемы сгибания, перевертывания, надавливания и разглаживания квадрата бумаги. Все эти движения требуют разной силы и разной группировки пальцев, развития мышечно-суставного чувства. Занятия строились по принципу от простого к сложному. У детей была разная степени самостоятельности при выполнении заданий. Все дети охотно и адекватно использовали помощь. На последнем занятии детям вновь было предложено выполнить те пробы, которые они делали в начале эксперимента.

Путем сравнения были получены следующие результаты:

- а) улучшилась фиксация пальцев, удерживающих карандаш;
- б) более разнообразной стала траектория, увеличилась амплитуда движений руки;
- в) появился нажим - линии стали более четкими;
- г) укрепились тенденции к самостоятельному проведению линий, штрихованию, т.е. к произвольному формированию идеомоторного акта.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОПТИЧЕСКОЙ ДИСГРАФИИ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ ДЦП

Голова И.И., Сахарова Ж.А.

НПЦ Детской психоневрологии, Москва

Причиной возникновения нарушений письма у детей является недостаточная сформированность зрительно-пространственного гнозиса и латералиты. Акт письма мы понимаем как способ фиксации устной речи графическими знаками. Нарушение письма -это замены и искажения графического образа букв. Коррекционная работа по предупреждению дисграфии проходит две ступени и следует онтогенетическому принципу развития психических функций. На 1-ой ступени коррекционная работа протекает на сенсорно - моторном уровне и преследует цель формирования зрительных ощущений и зрительного восприятия предмета в статике и динамике. На 2-ой ступени помощь ребенку развертывается на гностико - практическом уровне. Целью этого уровня является продолжение формирования зрительно – пространственного восприятия и представления, а также развитие ведущей руки ребенка. В этот момент ребенок учится ориентироваться в собственном теле, дифференцировать правые и левые части тела, ориентироваться в окружающем пространстве и на листе бумаги. Анализируя ошибки детей мы пришли к выводу, что центральное место в работе должны занимать операции по формированию зрительно - пространственного анализа и синтеза. Эта часть коррекционной работы основывается на учении П.Л. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий. Особое внимание со всеми детьми следует уделить второму и третьему этапам работы, которая строится на реализации действия в материализованном виде, а, затем уже переходит в форму развернутой громкой речи. Более длительная работа на этих этапах служит основой предупреждения оптической дисграфии. Дальнейший процесс свертывания операций, т.е. формирования умственных действий у всех детей индивидуален. Вся работа по профилактике оптической дисграфии строится с учетом усложнения заданий (предмет, реалистический рисунок, контуры рисунка, схемы, буквы).

О ВЕДЕНИИ РЕГИСТРА ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Гонтмахер А.В., Трубилина М.М.

ГБУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации», Краснодар

ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Краснодар

Актуальность: Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает значительное место среди инвалидизирующих заболеваний детей и подростков как у нас в стране, так и за рубежом. Распространенность заболевания в Краснодарском крае в группе детей от 0 до 14 лет включительно выросла с 3,1 на 1000 населения соответствующего возраста в 2001 году до 3,42 на 1000 в 2012. На рост распространенности влияет много факторов, в том числе и уровень развития неонатальной службы. Данные цифры коррелируют с показателями в целом по стране. Это обуславливает рост потребности в оказании реабилитационной помощи.

Цель: изучить с помощью регистра распространенность форм ДЦП, тяжести заболевания, частоты оперативных вмешательств для обоснования унифицированной системы реабилитации данного контингента в крае

Материалы и методы: использовались анкеты-вкладыши в амбулаторную карту, разработанные самостоятельно и служившие основой информации для программной обработки, где в разрезе территорий учитывались формы, степень тяжести, объем лечения, сохранность интеллекта, наличие сопутствующих заболеваний и т.п

Результаты: на сегодняшний день в регистре состоит 3759 детей в возрасте до 15 лет. Из них спастическая диплегия 78 % (2932 ребенка), гемипаретическая форма 13,2%(496 детей), атонически-атактическая форма 2,55%(96 детей), смешанная форма 6,25%(235 человек). По степени тяжести – легкая степень-13%; средняя степень- 47%; тяжелая степень- 40%. Амбулаторная реабилитация 100% детям, в стационаре – 80%, в реабилитационных центрах (соц. защита) – 69%, в санаториях и ЦВМиР – 33%

Выводы: объективная информация в разрезе территории о распространенности и тяжести заболевания, объеме возможных реабилитационных мероприятий является первым и

наиболее важным шагом в создании унифицированной программы реабилитации и системы оценки эффективности реабилитационных мероприятий в крае.

СПЕЦИФИКА ЛИЧНОСТНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В СВЯЗИ СО ВРЕМЕНЕМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ НАРУШЕНИЯ

Гудилина О.Н

Научно практический центр детской психоневрологии, г. Москва

ГБОУ ВПО Московский городской психолого-педагогический университет, г. Москва

Актуальность: Для построения индивидуальной программы реабилитации и оценки эффективности реабилитационного процесса целесообразно учитывать понятие реабилитационного потенциала, а в контексте психологической реабилитации - психологического реабилитационного потенциала и, в частности, личностного реабилитационного потенциала. В данной работе мы рассмотрим личностный реабилитационный потенциал (ЛРП), который нами понимается как система личностных характеристик реабилитанта, позволяющих ему активно и эффективно участвовать в процессе комплексной реабилитации, с последующей адаптацией его в изменяющихся условиях среды.

Цель: Выявление специфики реабилитационного потенциала личности подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата (далее ОДА) различного генеза.

Материалы и методы исследования: Исследование проходило на базе детской психоневрологической больницы № 18 (НПЦ ПН) и реабилитационного центра «Преодоление». В исследовании приняли участие 60 человек. Испытуемые были разделены на группы в зависимости от времени приобретения нарушения, и степени тяжести нарушения. В нашем исследовании принимали участие подростки только с тяжелыми и легкими двигательными нарушениями. Исследуемые группы имели сохранный интеллект. Исследование заключалось в проведении комплексной диагностики, мотивационной, смысловой сфер личности, временной перспективы личности, жизнестойкости, и отношения к нарушению, как компонентов Личностного реабилитационного потенциала. Форма проведения диагностики – индивидуальная, с учетом особенностей нарушения опорно-двигательного аппарата.

Результаты и обсуждение: 1) Степень тяжести нарушения ОДА связана с ЛРП. У подростков с тяжелыми приобретенными нарушениями ОДА ЛРП ниже, т.к выявляются субдепрессивные, дисфорические черты, жизнестойкость и вовлеченность снижены, чего не наблюдается при легких нарушениях ОДА. В то же время у подростков с тяжелыми врожденными нарушениями ОДА ЛРП выше: они считают свою жизнь более осмысленной, у них есть четкие цели в жизни, но отношение с нарушением ОДА у них не такое гармоничное, как у подростков с легкими врожденными нарушениями ОДА.

2) Время приобретения нарушения ОДА также значимо для ЛРП. По сравнению с подростками с легкими врожденными нарушениями ОДА у подростков с приобретенными легкими нарушениями ОДА более высокий ЛРП. У данной группы (с приобретенными нарушениями) высока мотивация к восстановлению функций. Подростки с тяжелыми врожденными нарушениями ОДА сильнее вовлечены в происходящее вокруг, чем подростки с тяжелыми приобретенными нарушениями ОДА которые переживают резкую смену жизненной ситуации и направлены в более благополучное прошлое.

3) Среди выделенных нами групп, наиболее высоким ЛРП обладает группа подростков с приобретенными легкими нарушениями ОДА. Для остальных категорий необходима дополнительная психологическая помощь для актуализации ЛРП

Выводы. Выявление специфики ЛРП в зависимости от времени возникновения нарушения и степени тяжести нарушения ОДА. Позволяет нам говорить о необходимости создания дифференцированных программ психологической реабилитации для исследованных групп. В дальнейшем предполагается разработка программ, направленных на актуализацию ЛРП у пациентов с нарушениями ОДА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕБЕНКА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ
НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ
Гунченко М.М., Балканская С.В., Ногова Е.В., Тымчаковский И.М., Матвеева И.А.,
Турова М.Л.

Научно-практический центр детской психоневрологии, Москва

С ноября 2012 года в НПЦ стартовала научно-практическая программа по разработке оптимальной модели реабилитации детей с ДЦП. Программа предусматривает 4 этапа:

- 1) реабилитация в Международной клинике восстановительного лечения по методу профессора Козьякина. Срок реабилитации две недели.
- 2) домашняя реабилитация (родители получают индивидуальный план занятий на дому).
- 3) интенсивный двухнедельный курс лечения в НПЦ детской психоневрологии.
- 4) курс реабилитации в центре социальной защиты по месту жительства.

Программа лечения определяется индивидуально медицинской комиссией, в которую входят: заведующий отделением, невролог, ортопед, врач ЛФК, заведующий отделением восстановительного лечения, заведующий физиотерапевтическим отделением.

Критериями отбора пациентов являются:

- Возрастная группа от 2-х до 6-ти лет;
- Информированное согласие, подписанное родителями;
- Оценка неврологического статуса;
- Оценка психического статуса;
- Оценка ортопедического статуса;
- Учет результатов обследований:
 - ЭЭГ;
 - Рентгенография шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях;
 - Рентгенография тазобедренных суставов в прямой проекции;
 - Оценка по шкалам: GMFCS, MACS.

Противопоказаниями для интенсивной реабилитации являются:

- Неопластические процессы;
- Инфекционно-воспалительные заболевания костей и суставов;
- Остео-, спондилопатии; спондилолистез выше II степени;
- Повреждения позвоночника, костей и суставов в остром периоде грыжа межпозвоночного диска с секвестрацией пульпозного ядра, компрессией спинного мозга;
- Состояние после операции на позвоночнике (давностью до одного года);
- Гидроцефалия в стадии декомпенсации;
- Эпилепсия с частыми, тяжелыми приступами и изменением личности;
- Выраженные сколиотические деформации позвоночника, выше II степени;
- Синдром врожденного или приобретенного иммунодефицита.

Клинический случай: Ребенок Н., 3 года. Диагноз: Детский церебральный паралич, спастическая диплегия (G.80.1). Задержка психического и речевого развития. Спастическая нестабильность тазобедренных суставов. Частичная атрофия зрительных нервов. Двигательные нарушения IV уровня по GMFCS.

Анамнез: ребёнок от 1 беременности, осложненной токсикозом 1, 2 половины беременности, угрозой прерывания во 2 половине беременности, тяжелым гестозом в 3 триместре. Роды преждевременные на 34 неделе, оперативные, экстренные. Девочка – первая из двойни, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов, вес 1620 гр, рост 43 см. Состояние при рождении тяжелое. ИВЛ - 2 суток. Интенсивная терапия - 7 суток.

При поступлении в НПЦ ДПН: Кратковременно сидит по-турецки и вытянув ноги вперед с тотальным кифозом при пассивной посадке. Голову удерживает кратковременно. Переворачивается непостоянно со спины на живот и обратно, хуже вправо, поворот блоком. Нет попытки ползания по-пластунски. При пассивной вертикализации единичные шаговые движения с перекрестом на уровне нижней трети голени, опора на передний отдел стоп. Руки в сгибательно-пронаторной установке, правая кисть сжата в кулак. Выраженные СШТР, ЛТР. Мышечный гипертонус в ногах по спастическому типу 2 балла по Ashforth, в руках - дистония. Может переключать предметы из одной руки в другую.

Учитывая беспокойный ночной сон ребенка, повышенную возбудимость проведена контрольная ЭЭГ бодрствования - отмечены резко выраженные мультирегиональные

эпилептиформные очаги в подкорково-диэнцефально-стволовых структурах, генерализация эпилептиформности.

ЭЭГ сна – на фоне выраженных диффузных изменений БЭА мозга отмечаются признаки значительной задержки нейроэктогенеза, диффузные признаки раздражения и усиления синхронизирующих влияний со стороны подкорково-диэнцефально-стволовых структур. Отчетливые грубые мультирегиональные и эпилептиформные очаги в описанных ниже отделах. По сравнению с предыдущей ЭЭГ бодрствования отмечается дополнительный эпиочаг в правых затылочно-теменно-задне-височных отделах, усугубление эпилептиформных изменений в правой лобно-центрально-височной области и учащения генерализации эпилептиформности.

Был проведен врачебный консилиум. Принято решение оставить ребёнка на научной программе с ограничением стимулирующей терапии и продолжить лечение ребенка с назначением умеренных процедур ЛФК, активных психолого-логопедических занятий, оптимизировать противосудорожную терапию введением леветирацетама в суточной дозе 500 мг в сутки, в два приема (45 мг на 1 кг).

Получала лечение: массаж, ЛФК (эволюционная гимнастика, с укладками на гашение тонических рефлексов), биоптрон-компакт №8, вертикализатор, занятия с логопедом и психологом, медикаментозное лечение (включая гомеопатическое), бассейн.

При выписке: Улучшилась стабилизация головы. Лучше группируется при тракции за руки, уверенно удерживает позу сидя «по-турецки» с опорой на руки. Пытается сидеть со свешенными ногами. Окрепили мышцы туловища. Удерживает позу на четвереньках с опорой на выпрямленные руки. Уменьшилось влияние тонических рефлексов при вертикализации. Шаговые движения при поддержке за плечи без перекреста. Уменьшилась спастичность в ногах до 1 балла по Ashforth. Исчезла сгибательная установка в коленных суставах. Девочка стала мотивированна, понимает и пытается правильно реагировать на команды.

Таким образом, динамика оценена как умеренно выраженная, положительная.

Вывод: данный клинический случай показывает необходимость продолжения лечения по индивидуальной программе, рекомендованной мультидисциплинарной комиссией.

ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНТЕНСИВНОГО КУРСА РЕАБИЛИТАЦИИ

Гунченко М.М., Шиошвилли В.А., Матвеева И.А.

Научно-практический центр детской психоневрологии, Москва

Актуальность. Среди болезней нервной системы у детей главной причиной инвалидности является детский церебральный паралич (ДЦП).

В Научно-практическом центре детской психоневрологии разрабатывается научная программа поиска оптимальной модели комплексной реабилитации детей с ДЦП. Программа предусматривает 4 этапа: реабилитация в Международной клинике восстановительного лечения по методу профессора Козьякина; домашняя реабилитация (родители получают индивидуальный план занятий на дому); интенсивный двухнедельный курс лечения в НПЦ детской психоневрологии; курс реабилитации в центре социальной защиты по месту жительства. Для ДЦП характерно множественное, многоуровневое и продолжительное во времени поражение не только центральной нервной системы, но и всех сопряженных с ней органов и систем, в том числе - иммунной системы. У детей с ДЦП частота заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) выше, чем в популяции.

Цель исследования: оценить значимость предложенного нами комплексного метода профилактики ОРВИ у детей с ДЦП во время интенсивной реабилитации на базе НПЦ детской психоневрологии.

Материалы и методы. С целью предотвращения прерывания интенсивного курса реабилитации из-за ОРВИ 149 детям с ДЦП, находящимся на лечении по научной программе, проводились противовирусная профилактика гомеопатическими препаратами и светотерапия аппаратом БИОПТРОН № 10.

Результаты. В результате полный курс интенсивной реабилитации по научной программе с улучшением в двигательном статусе прошли 140 детей (93,96%). Не завершили лечение по причине заболевания ОРВИ 5 детей (3,36%), при этом двое из них были в группе часто болеющих детей. 4 ребёнка (2,68%) были досрочно выписаны из-за карантина.

Вывод. Интенсивную реабилитацию детей с ДЦП стоит проводить на фоне предложенного нами комплексного метода профилактики ОРВИ, который включает в себя светотерапию аппаратом БИОПТРОН и приём противовирусных гомеопатических препаратов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ СЦЕПЛЕННОЙ С ЛОМКОЙ ХРОМОСОМОЙ X

Данилина К.К., Тюшкевич С.А., Горбачевская Н.Л.

МГППУ НОЦ «Нейробиологическая диагностика наследственных психических заболеваний детей и подростков», Москва

НПЦ Детской Психоневрологии, Москва

Синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X (Fragile X Syndrome, FRAXA) - моногенное наследственное заболевание, характеризующееся нарушением когнитивного развития и проявлением расстройств аутистического спектра. Частота встречаемости среди лиц мужского пола составляет от 1:4000 до 1:2500. FRAXA развивается в результате мутации гена *FMR1* в хромосоме X. Современные молекулярно-биологические данные дают полное описание патогенеза заболевания: обычно при полной мутации гена *FMR1* срабатывает механизм запрета считывания информации с гена из-за того, что метильные группы (CH₃) изменяют конфигурацию промотора и транскрипция гена *FMR1* практически прекращается.

Белок FMRP (продукт гена *FMR1*) является РНК-связывающим и транспортным белком, регулирующим трансляцию многих посредников, важных для синаптической пластичности, нейрональной миграции и нейрогенеза.

Научное сообщество пытается на основе патогенеза заболевания разработать адекватную медикаментозную терапию. В настоящее время опубликованы результаты второго этапа масштабного исследования по клиническим испытаниям препарата Arbaclofen, являющимся агонистом ГАМК. Было показано значительное улучшение социального взаимодействия у этих больных.

Нами были получены предварительные данные по оценке эффективности патогенетической терапии у детей с FRAXA. На первом этапе приняло участие 3 мальчика в возрасте 15-17 лет с генетически подтвержденным синдромом FRAXA. Оказалось, что на фоне медикаментозной терапии (продолжительность курса составляла 1 месяц приема Arbaclofen) улучшился показатель «Социализация» шкалы адаптивного поведения Вайнленда (Vineland Adaptive Behavior Scale) у всех испытуемых. В картине ЭЭГ также была зафиксирована позитивная динамика биоэлектрической активности головного мозга в виде снижения тета-ритма в теменно-центральных отведениях и увеличении альфа-ритма в затылочных областях коры головного мозга. Динамическое обследование с помощью когнитивных тестов (тест интеллекта КАВС-II) не выявило изменений. Таким образом, полученные первые предварительные данные на выборке российских детей подтверждаются данными зарубежных исследований о положительном эффекте Arbaclofen на улучшение социального взаимодействия при данной синдромальной патологии. Необходимы дальнейшие исследования в данном направлении с привлечением большего количества испытуемых разных возрастов для получения статистически достоверных результатов.

Полноценная эффективная коррекционно-развивающая работа не возможна без медикаментозной терапии, целью которой является восстановление и создание биологических предпосылок для успешного усвоения и закрепления приобретаемых знаний и навыков.

ВЛИЯНИЕ ФОРМ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ НА ПРОЯВЛЕНИЯ ЭКГ-МАРКЕРОВ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

Дегонская Е.В., Евтушенко Л.Ф.

Донецкий областной детский центр нейрореабилитации, Украина

Патология сердечно-сосудистой системы у детей с поражением нервной системы влияет на физическую активность ребенка и усугубляет тяжесть инвалидизации при ДЦП, ограничивает возможности реабилитации и остается малоизученной проблемой педиатрии.

Целью нашего исследования являлось выявление закономерностей ЭКГ- проявлений малых аномалий развития сердца у детей при разных формах ДЦП.

Нами обследовано 247 детей с ДЦП в возрасте от 6 мес. до 18 лет (мальчиков 132 чел., девочек – 115 чел.), из них диагностирована гемиплегическая форма – 78 чел. (31,6%), двойная гемиплегическая – 82 чел. (33,2%), диплегическая- 54 чел. (21,8%), атонически-атактическая – 22 чел. (8,9%), смешанная – 11 чел (4,5%). У обследованных детей на ЭХОКГ выявлены МАРС: ООО, ПМК I –II ст., аномальнорасположенные хорды. По данным ЭКГ обследований выявлены нарушения в виде синусовой тахикардии у 84 чел. (34%), синусовой брадикардии у 18 чел. (7,3%). Синусовая брадикардия отмечалась чаще у детей с гемиплегической и диплегической формами (в 72%) , а синусовая тахикардия – при двойной гемиплегической (в 87%) . Снижение вольтажа ЭКГ зафиксировано у 92 чел.(37,2%), чаще – у детей с двойной гемиплегической формой, при скомпроментированном внутриутробном развитии плода и у детей младшей возрастной группы – до 3-х лет. Укорочение ав – проводимости отмечено у 143 больных (57,8%), что было более характерно при гемиплегической и двойной гемиплегической формах. Ав-блокада I степени наблюдалась у 10 чел. (4,0%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 68 чел.(27,5%), неполная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса – 4 чел. (1,6%). Дистрофические изменения в миокарде зафиксированы у 116 чел.(46,9%), с максимальной частотой при двойной гемиплегической форме (85%). Нарушение процессов реполяризации желудочков отмечено у 67 чел.(21,1%), увеличение электрической активности левого желудочка - у 39 чел.(15,8%), желудочковая экстрасистолия у 7 больных(2,8%).

Таким образом, несмотря на разнообразие ЭКГ-изменений у детей с церебральным параличом, имеются признаки наиболее характерные для определенных его форм, что вероятно связано с особенностями периода нейроонтогенеза, вовлечением в патологический процесс сердечной и дыхательной мускулатуры, вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы и обменных процессов и требует дополнительного своевременного применения медикаментозных и немедикаментозных методов терапии.

ОСОБЕННОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Дегонская Е.В., Евтушенко О.С., Евтушенко С.К.

Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации, Украина

Перинатальное поражение нервной системы, приводящее в результате ликвородинамических и сосудистых нарушений к вегетативной дисфункции формирует вегетосоматическую патологию и нейрогенный иммунодефицит у детей (С.К. Евтушенко, 1984 г.). Особенности функционирования органов и систем при церебральном параличе, частые противопоказания для специфических методов иммунопрофилактики определяют необходимость индивидуализации подходов к предупреждению заболеваемости для получения детьми полноценного курса реабилитации.

Целью исследования было выделение наиболее приемлемых для данной группы больных методов и средств неспецифической иммунопрофилактики.

На первом этапе важен отбор больных с определением объема оздоровительных мероприятий, выявление иммунологического статуса, раннее выявление и лечение TORCH-инфекций. На этапе стационарного лечения важны организационные мероприятия: совместное пребывание в стационаре матери и ребенка, рациональное вскармливание и режим дня, реконструкция палат по типу полубоксов, разделение потоков больных, внедрение методик «Школы матерей» по уходу и воспитанию детей с ДЦП. Эффективно используется местная сочетанная и индивидуальная элиминационная терапия: солевой душ полости носа и миндалин в сочетании с обработкой раствором йода биологически – активных точек лица, кистей и стоп с последующим их массажем, «Биоптрон»-терапией рефлексогенных зон, арома- и ионотерапия, синглентно-кислородная терапия на фоне приема витаминно- и омега 3-препаратов. При бронхо-легочной дисплазии эффективна небулайзерная терапия с интерфероном, топическими кортикостероидами, аминокaproновой кислотой, декасаном, ингаляции фитонцидов. Из пероральных препаратов хорошо зарекомендовали себя бронхомунал П, лаферобион, производные протеклазида.

Клинически эффективность проведенных мероприятий выразилась в снижении заболеваемости у детей с церебральным параличом ОРВИ в 1,3 раза, ринитами в 2 раза, бронхитами на 26%, ларинготрахеитами на 30%, что позволило им полностью получить оптимальный реабилитационный курс с наилучшими результатами.

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЕТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧАХ

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

НИИ нейрохирургии им. Бурденко РАМН

Двигательные расстройства при детских церебральных параличах представляют собой серьезную проблему. Они являются причиной формирования контрактур и деформаций опорно-двигательного аппарата, создают существенные препятствия для реабилитационного лечения. Ограниченные возможности консервативного лечения таких больных заставляют прибегать в ряде случаев к нейрохирургическому лечению. На сегодняшний день с этой целью применяются две группы нейрохирургических операций: деструктивные и нейромодуляционные. В основе деструктивных вмешательств лежит принцип разрушения структур, участвующих в проведении и поддержании патологической двигательной активности. К этим вмешательствам относят заднюю селективную ризотомию на поясничном и шейном уровне, селективную невротомию, стереотаксические деструкции подкорковых структур головного мозга. В основе нейромодуляционных операций лежит принцип подавления патологической активности нервных структур за счет воздействия высокочастотного электрического тока или подачи фармакологического агента. К этим операциям относятся хроническая электростимуляция спинного мозга и глубоких структур головного мозга, хроническая интратекальная инфузия баклофена. Каждая операция имеет определенные показания в зависимости от формы и тяжести двигательных нарушений.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ ПОВТОРНОЙ ПЛАСТИКЕ СПИННОМОЗГОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

Диордиев А.В.

НПЦ детской психоневрологии, г. Москва

Актуальность. Проведение повторных операций, направленных на мобилизацию каудальных отделов спинного мозга, связано с длительным афизиологичным для больного положением на животе, травмой спинного мозга и его корешков, миграцией содержимого позвоночного канала в краниальном направлении на фоне нарушенного ликворопассажа.

Цель исследования. Оптимизация методов центральной анальгезии при повторных пластиках спинномозговой грыжи у детей.

Пациенты и методы. Данная работа основана на анализе анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств при операциях повторной пластики врожденной спинномозговой грыжи у 51 пациента в возрасте от 3 до 14 лет. Использовалась анестезия на основе либо мидазолама, либо пропофола. Для объективной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы применялся комплекс неинвазивных методов исследования кровообращения. Ударный и минутный объем сердца определяли аппаратом NCCOM-3 - R7 "ВоMED", также регистрировали среднее артериальное давление, частоту сердечных сокращений, уровень гликемии.

Результаты. Внутривенная анестезия пропофолом и фентанилом позволяет селективно управлять анальгетическим и гипнотическим компонентами анестезиологического пособия. У детей старшего возраста не наблюдается отрицательных гемодинамических эффектов при проведении анестезии во время операции повторной пластики врожденной спинномозговой грыжи у детей.

Выраженные гемодинамические изменения, при операциях повторной пластики спинномозговой грыжи, отмечаются у детей младшего возраста, вследствие интраоперационной ликвореи и постуральных реакций кровообращения на фоне инфузионной поддержки менее 15 мл/кг массы тела.

Использование пропофола в качестве гипнотического компонента анестезии обеспечивает

гладкий период пробуждения с возможностью быстрого послеоперационного неврологического обследования. Применение флумазенила нивелирует разницу в длительности пробуждения при использовании мидазолама.

ПРИНЦИПЫ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Диордиев А.В.

НПЦ детской психоневрологии, г. Москва

Анестезиологическое пособие неврологически больным детям проводится и при многочисленных исследованиях: МРТ, КТ и артрографиях, а также как средство борьбы со спастическими состояниями, консервативном лечении контрактур, при проведении перевязок и болезненных процедур и лечении методами ЛФК. Необходимо знать и учитывать многочисленные особенности в соматическом состоянии пациентов, возникающие в условиях неврологического дефицита при детском церебральном параличе и являющиеся нередко причиной анестезиологических осложнений. Квалификация анестезиолога проявляется, прежде всего, в умении предупреждать и преодолевать эти осложнения. Основным принципом выбора анестезии у неврологически больных детей является предупреждение возникновения или усиления когнитивных расстройств под влиянием анестезиологических препаратов в послеоперационном периоде. На современном этапе развития обезболивание осуществляется по принципу многокомпонентности или мультимодальности. Для того чтобы поддержать адекватную анестезию и выполнить принцип многокомпонентности, в современной анестезиологии используются различные фармакологические средства, соответствующие тем или иным основным компонентам анестезии - гипнотики, анальгетики, общие и местные анестетики, мышечные релаксанты и т.д.

Анестезиологическое обеспечение операций у детей с ЦП складывается, во-первых, из гипнотического компонента. Требования к препаратам, используемым для выключения сознания следующие: они должны вызывать быструю индукцию на фоне нейровегетативной стабильности, быть управляемыми и не усиливать судорожной активности. Второй компонент - это интраоперационная анальгезия, которая может осуществляться, как использованием центральных анальгетиков, так и применением методов регионарной анестезии.

Необходимо отметить принципиально важный момент. Любое обезбоживание у детей с ДЦП, в независимости от выбранной методики анестезии, должно протекать с выключением сознания. Это связано с тем, что коммуникативные трудности и интеллектуальный дефицит в большинстве случаев не позволяют достигнуть вербального контакта анестезиолога с больным ребенком. Также сказывается негативный опыт пациентов, вызывающий страх перед предстоящей манипуляцией.

АНАЛИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИН ДЕТСКОГО РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Доброхотова Ю.Э., Хейдар Л.А., Джобава Э.М., Себко Т.В., Некрасова К.Р.

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

В настоящее время остается актуальной проблема родового травматизма и оптимизация мероприятий по его снижению. Известно, что родовые травмы приводят к перинатальным поражениям, влекущим за собой отставание в физическом и психическом развитии новорожденного, требующие длительного лечения и реабилитации. В связи с этим нами проведен анализ возможных причин, приводящих к родовой травме у беременных с гестационным сахарным диабетом (ГСД). Целью нашей работы явилось изучить возможные причины родового травматизма у беременных с гестационным сахарным диабетом, особенности течения и ведения родов.

Результаты: нами проведен анализ 30 историй развития новорожденных от матерей гестационным сахарным диабетом и с родовой травмой. 1 –ю группу составили беременные с инсулинпотребным ГСД. А вторую группу с неинсулинопотребным ГСД. Возраст женщин составил от 19 + 1/5 лет до 33 2.5 лет, из них первородящими были 66 %, а повторнородящими 34 %. Осложнения беременности встречались практически у всех исследуемых, причем плацентарная недостаточность различной степени тяжести

встречалась в обеих группах в 45%. Состояние новорожденных оценено как удовлетворительно (на 7-8 баллов) у 90 %, асфиксия средней степени (на 5-6 баллов) – у 10 %. Относительно крупный плод (3,800 – 3,999) имел место у 40%, более 4,000 – у 28 %. Морфофункциональная незрелость отмечена у 48 %, перезрелость – у 12 %. В 2 случаях был диагностирован перелом ключицы, кефалогематома в 1 случаях, дисточия плечиков 7 случаев, парез – Эрба 1 случай. Следует отметить отсутствие связи и времени родоразрешения с количеством травм. При изучении клинической характеристики обследованных женщин был выявлен возможный ряд факторов, которые можно отнести к предрасполагающим (факторам риска) для развития родовых травм и возможных травм в родах у детей от матерей с ГСД: крупный и относительно крупный плод, диабетическая фетопатия, плацентарная недостаточность, морфофункциональная незрелость.

Таким образом, новорожденные от матерей с ГСД являются группой риска по травматизму, что диктует необходимость более рационального неагрессивного ведения родов, своевременное расширение показаний к плановому и экстренному родоразрешению путем операции кесарева сечения, что возможно позволит снизить частоту родового травматизма у этого контингента новорожденных.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СКАЛЬПТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Дорофеева Е.В.

Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность: повреждение ЦНС во время беременности и родов не исчерпывается перинатальным периодом – во многих случаях оно представляет собой текущий патологический процесс. Детский церебральный паралич (ДЦП) является тяжелым инвалидизирующим заболеванием, при котором нарушаются движения, поддержание позы, могут отмечаться интеллектуальные нарушения, повышенная возбудимость, снижение внимания и т.д. Исходя из этого, необходима длительная, многолетняя реабилитация этих больных. В последние годы в связи с общей аллергизацией детского населения отмечен рост интереса врачей к внедрению немедикаментозных методов реабилитации, поскольку требуется оптимальная локализация и адекватное дозирование с минимальной нагрузкой на пациента. Все большую актуальность приобретает вопрос широкого включения в схему лечения ДЦП методов восстановительной медицины, основным принципом которой является полисистемное воздействие на организм, исключая риск нежелательных побочных эффектов, и включающую возможности традиционной медицины, в частности одной из разновидностей рефлексотерапии – скальптерапию. Скальптерапия принципиально может использоваться при всех заболеваниях и патологических состояниях, при которых показана рефлексотерапия. Особенности иннервации и компактность представительства схемы тела в этом виде рефлексотерапии, как правило, обеспечивают более высокую эффективность скальптерапии по сравнению с корпоральной акупунктурой. Однако данных о применении скальптерапии у детей с ДЦП крайне мало.

Цель: разработать и внедрить в систему реабилитации метод скальптерапии, входящий в комплекс лечебных процедур, включающий сочетанное и последовательное использование методов аппаратной физиотерапии, рефлекс- и бальнеотерапии и обосновать целесообразность использования данного комплекса в системе реабилитации больных ДЦП.

Материалы и методы: на базе НПЦ ДПН под нашим наблюдением находилось 22 ребёнка в возрасте от 1 до 6 лет с ДЦП, спастическая диплегия (11 чел), гемипаретическая форма (8 чел), спастический тетрапарез (3 чел). Для оценки тяжести состояния больных использовались данные клинического неврологического и логопедического осмотра, по которым определялись уровни двигательного и психо-речевого развития ребенка согласно качественным характеристикам, предложенным проф. Семёновой К.А. Определяя уровни развития ребенка в динамике при выписке и последующих поступлениях в стационар, эффективность проведенного лечения оценивалась количественно (в баллах) и качественно (эффект лечения определялся суммой значимых и незначимых критериев). До начала лечения клиническая характеристика у большинства детей была представлена 2-3-4 уровнями двигательного и психо-речевого развития. Пациентам всех групп на фоне общепринятого комплекса реабилитации проводилась скальптерапия посредством иглоукалывания основных

зон скальпа с максимальным учётом топоки клинических проявлений (моторной, сенсорной, речевых и др.) курсом 5-10 процедур, проводимых с интервалом в 2-3 дня.

Результаты и обсуждение: таким образом, у большинства больных в процессе реабилитации наблюдалась положительная динамика клинических проявлений неврологической симптоматики, улучшался психоэмоциональный статус, повышалась двигательная активность, расширялись двигательные умения (двигательное и психоречевое развитие повышались до 3-4-5 уровня соответственно).

В связи с этим, использование метода скальптерапии, входящего в комплекс лечебных процедур, у детей со спастическими формами ДЦП оказывает выраженный терапевтический эффект и способствует более быстрому и устойчивому регрессу мышечно-тонических и статико-динамических нарушений. Наиболее оптимальным для достижения максимального лечебного эффекта, по нашему мнению, является сочетание скальптерапии с такими методами рефлексотерапии как иглоукальвание и/или фармакопунктура. Вместе с тем, болезненность процедуры скальптерапии, плотная васкуляризация скальпа, необходимость дальнейшего уточнения функционального значения линий скальптерапии требуют соблюдать строгий учет противопоказаний к применению данного метода в детской неврологической практике, что позволит избежать побочных реакций и осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕХАНОТЕРАПИИ ПРИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Дугина Е.А., Зобнина Ю.В.

*Детская клиническая больница восстановительного лечения
Научно-практический центр «Бонум» г. Екатеринбург*

Актуальность. Двигательные нарушения у детей вследствие органического поражения центральной нервной системы относятся к наиболее инвалидизирующим проявлениям заболевания и представляют высокую социально-экономическую значимость. В связи с этим актуальность представляет внедрение новых методик механотерапии у детей младшего возраста.

Материалы и методы. Проведено клиничко-сравнительное клиничко-инструментальное исследование эффективности физической реабилитации с использованием «Стола для развития силы мышц верхних конечностей» (ООО НПП «Детская Восстановительная Медицина»). В исследовании участвовали 27 пациентов с гемипаретической формой ДЦП: младшая группа - 14 детей в возрасте от 4 до 7 лет, старшая группа - 13 детей в возрасте от 7 до 11 лет. Обследование проводилось до и после одного курса лечения в стационаре больницы и включало: неврологический осмотр, оценку мышечного тонуса по шкале Ашворта, метод гониометрии и координационные пробы.

Результаты. При оценке результатов лечения, включающего специальный комплекс упражнений с использованием тренажеров для развития силы мышц и подвижности суставов верхних конечностей, механотерапии и развития мелкой моторики, размещенными на столешнице, уже на 14 день отмечено увеличение объема движений в локтевом суставе (в младшей группе - у 29% детей, в старшей группе - у 15%). У детей младшей группы более значимо снизилась степень центрального пареза верхних конечностей ($p < 0,05$), отмечена положительная динамика в выполнении координационных проб.

Выводы. Физическая реабилитация с использованием специальных тренажеров для подвижности суставов верхних конечностей, развития силы мышц и мелкой моторики, оказывает позитивный эффект на восстановление двигательных функций у детей младшего возраста.

ЛЕЧЕБНОЕ КУРСОВОЕ КАТАНИЕ НА ЛОШАДЯХ В РЕФЛЕКТОРНО - НАГРУЗОЧНОМ КОСТЮМЕ «ГРАВИСТАТ» КАК ЭФФЕКТИВНАЯ МЕТОДОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Евтушенко О.С. Вовченко И.В. Евтушенко С.К.

Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации, Украина

Церебральный паралич занимает первое место в структуре заболеваний нервной системы у детей и подростков. Эффективность же реабилитации этих детей остается в большинстве

своим недостаточной и недолговечной. В связи со сложностью терапии больных с церебральным параличом нашли применение различные новые методы и схемы лечения. В Донецком областном клиническом центре нейрореабилитации, впервые в Украине внедрен и модифицирован метод лечебного катания на лошадях – иппотерапия, как составная часть восстановительного лечения детей с ЦП (С.К. Евтушенко, 1988г). Ведущим положительным эффектом от проведения иппотерапии является развитие вестибуляторной функции и функции равновесия у подобных больных с нивелированием у них двигательного патологического стереотипа. Гармоничному формированию этих функций способствует балансирование больного ребенка на лошади под воздействием трехмерных колебаний, которые идут с ее тела. Патологическая же осанка больного ребенка на лошади во время ее движения, несинхронность колебаний его тела относительно тела животного приводит к недостаточно эффективной тренировке способности синхронизировать работу мышц спины, туловища и конечностей для формирования у него впоследствии реакций выпрямления и равновесия. Для улучшения посадки ребенка на лошади нами и было предложено использование рефлекторно-нагрузочного костюма "Гравистат." Конструкция костюма дает возможность осуществлять на организм больного многопрофильное воздействие: скорректировать позу и положение частей тела относительно друг друга, сохраняя при этом двигательную активность пациента.

В течение 2012 года под нашим наблюдением находилось две группы детей по 30 человек в каждой в возрасте от 7 до 14 лет со спастическими формами церебрального паралича. В первой группе иппотерапия проводилась с детьми в костюмах "Гравистат", во второй без них. Все дети в течение года получили по четыре двухнедельных курса иппотерапии.

В результате проведенного лечения у маленьких пациентов была отмечена следующая положительная динамика: снижение тонуса спастических мышц у 86% детей из первой группы и 63% из второй, улучшение осанки у 53% детей из первой группы и 35% из второй, улучшение равновесия и ориентировки в пространстве у 73% детей из первой группы и 56% из второй соответственно.

Таким образом, можно отметить, что лечебное катание на лошадях в рефлекторно-нагрузочном костюме "Гравистат" потенцирует лечебный эффект от проведения занятий по иппотерапии в виде улучшения равновесия и осанки и благодаря усилению способности синхронизировать работу мышц способствует нормализации их тонуса.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С УТРАЧЕННЫМИ ФУНКЦИЯМИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ВСЛЕДСТВИЕ УДАЛЕНИЯ СПИННО- МОЗГОВОЙ ГРЫЖИ

Евтушенко С.К., Дубина С.П., Евтушенко О.С., Шаймурзин М.Р.

Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации, Украина

Нами разработана стимуляционно- рефлекторная методика паллиативной реабилитации детей с утраченными функциями тазовых органов вследствие удаления спинно-мозговой грыжи. В течение 1997- 2012 гг. пролечено 209 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет (из них мальчиков - 99, девочек - 110). Все больные тщательно обследованы: МРТ, урологическое и ректальное обследования, ЭНМГ, соматический статус. У всех детей выявлена параплегия нижних конечностей с гип- и анестезией. Методика основана на сочетании метода ректального баллонирования водой (с помощью баллона Menagement tube–Canada) и специально разработанной стимуляционной акупунктуры и миелопунктуры (патент №12377 от 5.05.1990г.). Вода неоднократно вводилась баллоном в ампулу прямой кишки до тех пор, пока больной не начинал ощущать позывы к дефекации, добиваясь восстановления ректоуретрального условного рефлекса. Стимуляция угасших спинальных рефлексов осуществлялась электроакупунктурой точек по китайским каналам переднесрединного и заднесрединного меридианов (ПТ1) с подключением на иглы постоянного электрического тока силой, вызывающей подпороговые ощущения (5-10 мА) в течение 3-10 минут в зависимости от возраста, с помощью аппарата Lasper (Япония). Так же использовали биологически активные точки, находящиеся на меридианах, проходящих своим внутренним ходом через спинной и головной мозг (Т4,14, 20; I2,4,6;V23,28,31,40,60,62;R2,3,7) и дистальные точки - RP6,13,14;E36;VB34,39. Сочетанно проводили мезотерапию нейромидином по 0,1-0,2 мл. в дистальные точки каналов V и R, E и RP в течение 7-10 дней. Миелопунктуру проводили 22 больным: обычная китайская игла вводилась под контролем

компьютерной томографии выше зон повреждения спинного мозга (между остистыми отростками), подкручивалась вверх до достижения ощущения-“прострела” с последующим вращением в течение 5-7 мин. Всем детям проводили массаж с втиранием солкосерила. В итоге у 102 детей (48,8%) наблюдался положительный эффект (непроизвольные мочеиспускания и дефекации стали реже, у 96 детей (45,9%) появились позывы к мочеиспусканию и дефекации). Не изменилась функция тазовых органов у 7 детей (3,3%) с полным поперечным поражением мозга, но улучшилась трофика нижних конечностей. По результатам ЭНМГ у 64 детей не достоверно, но повысилась СРВ по нервам нижних конечностей, снизилась длительность и амплитуда ПДЕ, уменьшилась спонтанная активность. Наибольшая эффективность достигнута в комплексе применения: баллонирования, корпоральной рефлексотерапии, миелопунктуры, мезотерапии, массажа с втиранием солкосерила.

ИНТЕНСИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ЭТАПНОЙ МНОГОКУРСОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦП В УСЛОВИЯХ ДОНЕЦКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Евтушенко С.К., Евтушенко О.С., Яновская Н.В.

Областной детский клинический Центр нейрореабилитации, Донецк, Украина

Актуальность. В настоящее время болезни нервной системы являются одной из главных причин детской инвалидности и ведущее место среди них занимает церебральный паралич.

Материалы и методы: тяжесть и динамику состояния оценивали по системе классификации больших моторных функций (GMFCS) и системе классификации функции руки у детей с церебральным параличом (MACS), для уточнения диагноза проводилось УЗИ сосудов головного мозга и шеи, ЭЭК, ЭХОКГ, ЭКГ, ЭНМГ, консультация ортопеда.

Выводы: Для лечения детей с ЦП в Центре разработана оригинальная методика интенсивной долговременной и многокурсовой этапной реабилитации основанной, прежде всего, на выявленных этиологических факторах, с акцентом на возрастной аспект пациента, ведущий неврологический дефицит, индивидуальный реабилитационный профиль каждого ребенка. Применяются более 20 западноевропейских, отечественных и более 60 оригинальных собственных разработок. Проведение реабилитационного лечения ЦП в Центре проводится по 4 специально разработанным индивидуальным программам, согласно форме ЦП, в которые входят как общепризнанные методы: массаж, ЛФК, а также собственные оригинальные методики: мезотерапия, краниопунктура при гиперкинетической форме ЦП, адаптированная мягкая мануальная терапия (по О.С. Евтушенко), диспортовые блокады с последующим закреплением эффекта проведением занятий в РНУ «Гравистат». Центр располагает собственной специальной конноспортивной базой, иппотерапия проводится по собственным оригинальным методикам, разработанным для каждой формы ЦП, применяется катание на лошадях в костюме «Гравистат», что показало эффективность.

При сочетании ЦП с задержкой психо-речевого развития, применяются собственные методики с использованием краниопунктуры, специальной компьютерной программы, синглетно-кислородной терапии, специальных стимуляционных речевых методик, логопедических и педагогических методик. Возможность проведения ЭЭК-мониторирования, определения уровня антиконсульсантов в сыворотке крови в собственной биохимической клинической лаборатории позволяет принимать на лечение детей с ЦП с судорожным синдромом. После курса реабилитации для каждого ребенка разрабатывается индивидуальная программа медикаментозной терапии для поддержания достигнутого успеха в домашних условиях.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

Евтушенко С.К., Кутякова Е.И., Евтушенко О.С., Омеляненко А.А.

Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации, Украина

Актуальность. Проблема реабилитации детей, перенесших апаллический синдром вследствие (травма, энцефалит, отравление) тяжелого повреждения головного мозга на сегодняшний день особенно актуальна, так как с каждым годом растет число пациентов,

вышедших из продолжительной комы. Апатический синдром (АС) - это клиническое состояние полного отсутствия осознания себя и окружающего при сохранении цикла «сон-бодрствование» в сочетании с разнообразным неврологическим дефицитом, с полным или частичным сохранением гипоталамических и стволовых вегетативных функций, но трансформирующееся в вегетативный статус. В областном детском клиническом центре нейрореабилитации применяется методика лечения последствий апатического синдрома у детей, включающая использование медикаментозных и немедикаментозных средств.

Материалы и методы. В течение 13 лет реабилитацию прошли 27 детей в возрасте от 2-х до 17 лет, перенесших вегетативное состояние: вследствие ЧМТ-15 пациентов, гипоксически-ишемического поражения мозга (инсульт) - 6, энцефалита - 4; вследствие сочетанного (травматического и нетравматического поражения) - 2 ребенка. Лечение детей, перенесших апатический синдром складывается из сочетания немедикаментозных (сенсорная стимуляция; раннее формирование вертикальной позы с использованием ортопедических укладок; проведение ежедневных сеансов синглетно-кислородной терапии; сегментарный массаж и гидромассаж; лечебная физкультуры с элементами стретч-гимнастики; рефлексотерапевтическое воздействие в форме краниопунктуры с сеансами аурикулотерапии, акупунктуры, фармакопунктуры и лазеротерапии; ранняя логопедическая коррекция) и медикаментозных средств (вазоактивные и ноотропные препараты, антиоксиданты, миорелаксанты, антиконвульсанты). Проведение диспортовых блокад снижает риск развития контрактур в суставах паретичных конечностей и создает возможность активной тренировки двигательных навыков. У всех пациентов (27 детей) с последствиями апатического синдрома положительная динамика разной степени выраженности отмечалась после 1-го курса реабилитации, что проявлялось в увеличении концентрации внимания, улучшения эмоционального фона, появлении мимических реакций и предвестников речи, снижения спастичности мышц паретичных конечностей и возобновления двигательных навыков. 5 детей поступили на первичный реабилитационный цикл с назогастральным зондом, от которого к концу курса лечения пришлось отказаться, добившись стойкого глотательного рефлекса. Повторные курсы реабилитации (3-4 в год) усилили достигнутый эффект.

Выводы. Таким образом, проведение многокурсовой стимулирующей полимодальной терапии улучшает прогноз для восстановления утраченных когнитивных, речевой и моторных функций.

СОЧЕТАННЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ МОЗГА И СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС

Евтушенко С.К., Сохань Д.А., Евтушенко Л.Ф., Евтушенко О.С., Савченко Е.А.
Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации, Украина

Повреждение мозга на ранних стадиях онтогенеза становится в будущем ведущей причиной перинатальной смертности, и является одной из наиболее частых причин детской неврологической инвалидности (эпилепсия, ДЦП, задержка умственного развития). Нейроонтогенетические нарушения часто сочетается с патологией развития сердца, что во многом осложняет течение неврологической патологии и реабилитационный процесс в целом.

Цель: Выявить сочетание аномалий головного мозга и сердца, у детей, поступающих на реабилитацию в центр, и определить оптимальные методы их лечения.

Материалы и методы исследования: Из 3600 детей в период за 2008-2012 год (основываясь на анализе медицинской документации, клиническом динамическом 4-х летнем наблюдении, инструментальных обследованиях включая МРТ, нейросонографию, ЭхоКГ, УЗИ внутренних органов, ЭЭГ, ЭКГ). Обследовали 376 пациентов: 200 девочек и 176 мальчиков в возрасте от (3-х месяцев до 14 лет). Детский церебральный паралич – имел место у 249 чел.(66%), последствия перинатального гипоксического повреждения головного мозга с неврологическим дефицитом - у 127 чел.(33%).

Результаты исследования: По данным МРТ проводимом в сосудистом режиме у 195 детей (52%) из 376 обследуемых детей, были выявлены аномалии развития мозга: микроцефалия 39 чел. (20%); гипоплазия мозга 31 чел. (15,8%); агенезия мозолистого тела 22 чел. (11,2%); фокальные корковые дисплазии – 19 чел. (9,7%); полимикрогирия 18 чел. (9,2%); пахигирия

13 чел. (6,6%); гипоплазия мозжечка 16 чел. (8,2%); субэпидимальная гетеротопия 14 чел. (7,1%). Кроме того полимикрогирия у 9 детей (4,6%) сочеталась с синдромом Денди-Уоркера, и в 6 (3%) случаях с синдромом Арнольда-Киари. У 177 детей (91%) из этой группы детей обнаружены сочетанные структурные аномалии развития сердца. В структуре малых аномалий сердца наиболее часто выявляли открытое овальное окно – у 153 детей. При этом у 56 (36%) детей оно было гемодинамически значимым (т.е. размеры ООО составляли более 3,9 мм, с формированием турбулентного потока, и лево-правого шунтирования, при динамическом наблюдении у этих детей отмечалось увеличение правых отделов сердца, трикуспидальная регургитация, с формированием легочной гипертензии). Изолированное ООО без выраженных гемодинамических нарушений обнаружено у 97 детей (64%), (размеры составляли от 1,9 до 3,9 мм с нормальными гемодинамическими показателями в правом желудочке и легочной артерии). У 85 детей (55%) выявлялись сочетание ООО с пролапсом митрального клапана I ст. и с аномальными хордами левого желудочка. У 55 (35%) детей пролабирование створок митрального клапана составляло более 3 мм, с наличием позднесистолической регургитации в левое предсердие. В 25% случаев ООО, ПМК, и абберантные хорды сопровождали нарушения сердечного ритма и проводимости, (в том числе синдром ранней реполяризации, слабости синусового узла, синдром Вольф-Паркинсон-Уайта, блокады правой ножки пучка Гиса, экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия). В связи с обнаруживаемой у детей сочетанной церебро-кардиальной патологией нами разработаны методические рекомендации и инструкции по реабилитации подобных детей. Для детей с компенсированной гемодинамикой (ООО, ПМК, абберантные хорды) применяется щадящая схема реабилитационных мероприятий с исключением интенсивных (по возрасту) нагрузок, ограничение занятий на тренажерах, водных процедур, ограничение болевых процедур (инъекции, растяжки, иглорефлексотерапия), используются специальные методики лечебной щадящей физкультуры, сегментарного и точечного массажа, сухой бассейн. Коррекция иммунитета у этих детей с целью профилактики инфекционного эндокардита используется местная элиминационная терапия: орошение слизистых носа и миндалин солевыми растворами в сочетании с обработкой раствором йода биологически-активных точек лица, кистей и стоп с последующим их массажем, «Биоптрон» - терапия на фоне приема витаминной омега3- препаратов. Из пероральных препаратов бронхомунал П, лаферобион, производные протеклазида. Для оказания иммуностимулирующего, и энерготонизирующего влияния на организм эти дети получают Valkion-терапию, (базирующуюся на фотохимической сенсibilизации воздуха и воды, с образованием долгоживущих физиологически активных форм кислорода и оксида азота) – факторов, которые активируют клеточный метаболизм, снижают гипоксию тканей. Для улучшения клеточной энергетики миокарда применяем препараты с антиоксидантным и мембраностабилизирующим действием: (карниэль -20% р-р), коэнзим Q 10, АТФ-лонг, цитохром-с, цитофлавин. Для последующего динамического наблюдения по месту жительства за этими больными для детских неврологов и педиатров разработаны рекомендации по наблюдению и ведению детей с органической патологией нервной системы и сердца (с периодическим контролем ЭКГ, ЭХО-КГ и консультацией кардиолога).

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ И ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА В ГЕНЕЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Евтушенко С.К., Фомичева Е.М., Евтушенко О.С., Савченко Е.А.

Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации, Украина

Актуальность. Церебральный паралич — это возникшие (преимущественно непрогрессирующие) расстройства моторики и когнитивных функций в незрелом или аномально развивающемся мозге ребенка (К.А. Семенова 2000) на фоне иммуногенетической предрасположенности» (С.К. Евтушенко 2009). ДЦП можно отнести к одному из самых тяжелых инвалидизирующих заболеваний детского возраста.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 134 ребенка (мальчиков -80, девочек - 54) в возрасте от 1года до 10 лет с различными формами ЦП, двигательные нарушения соответствовали III–IV уровню GMFCS; двойная гемиплегия – 65 человек (48,5%), спастическая диплегия – 48 человек (35,8%), гемипаретическая форма 21 человек (15,6%). У 98 детей (73%) был отягощен перинатальный анамнез: малый срок гестации, инфекционные

заболевания матери во время беременности, выкидыши у матери в анамнезе, угроза выкидыша во время данной беременности, включая наличие ЦП у близких и дальних родственников. Акушерские ошибки среди всех причин, ведущих к развитию ЦП, составляют более 27% (родостимуляция, инструментальное родовспоможение, родовые травмы черепа).

В целях уточнения наличия морфологических изменений головного мозга при разных клинических формах ЦП, проводилось нейровизуализационное исследование. После проведения МРТ (аппарат фирмы Siemens FLAIR и TOF) в сосудистом режиме у обследуемых детей были выявлены следующие изменения: гипоплазия мозга - 6 чел.(4,4%); кистозная дегенерация - 16 чел (11,9%); микроцефалия - 6 чел.(4,4%); агенезия мозолистого тела - 5 чел. (3,7%); фокальные корковые дисплазии - 6 чел.(5,9%); полимикрогирия - 5 чел. (3,7%); пахигирия - 6 чел.(4,4%); гипоплазия мозжечка - 5 чел (3,7%). Кроме того, полимикрогирия у 3 детей сочеталась с синдромом Денди - Уокера, в 2 случаях - с синдромом Арнольда - Киари. Перивентрикулярная лейкомаляция, как следствие гипоксически-травматически-ишемического поражения ЦНС была обнаружена у 46 чел. (34%). У 34 детей (25%) МРТ исследование патологических изменений головного мозга не выявило, но тем не менее, эти дети имели двигательные нарушения, задержку умственного развития.

Мы пришли к выводу, что для каждой формы ЦП существует наиболее ранимая «критическая» зона в стадии развития нейроонтогенеза, характеризующаяся наибольшей чувствительностью определенных структур головного мозга к повреждающему фактору, а позже клинически проявляющаяся в виде сенсорных, речевых и двигательных нарушений. Локализация поражения в своем большинстве может быть соотнесена с той или иной формой ЦП, что нашло подтверждение в исследованиях с применением МРТ. На основе полученных данных, с учетом клинической картины и нейровизуализационных особенностей патологии головного мозга, нами разработана индивидуальная, долговременная, поэтапная, программа, прежде всего медикаментозной реабилитации с параллельным применением модифицированных немедикаментозных средств реабилитации.

ВОЗМОЖНОСТИ ЗАМЕДЛЕНИЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ МЫШЕЧНЫХ ДИСТРОФИЙ И АМИОТРОФИЙ У ДЕТЕЙ

Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р.

Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации, Украина

Нейро-мышечные заболевания (НМЗ) - гетерогенная группа заболеваний, в основе которых лежит генетически детерминированное поражение определенной нейроанатомической структуры нейро-мышечного аппарата. Частота НМЗ - 1,3-12,9 на 100000 тыс населения. В Украине регистрируется от 1540 до 1860 детей с НМЗ. С 2001 по 2012 г. в базе данных Центра нейрореабилитации зарегистрировано 276 детей с НМЗ включая 76 (27,6%) детей с НМСП, 116 (42%) детей с первично-мышечными заболеваниями и 84 (30,4%) ребенка со СМА. Проблема интенсивного прогрессирования патологического процесса при нейро-мышечных заболеваниях несмотря на поиски сохраняется. Одной из таких находок является гипотеза «механизма контроля, регуляции синтеза и секреции интерлейкинов 1,6, 4,10», а также определенной взаимосвязи с тепловым обменом организма, т.е. с температурой тела ребенка. Для «запуска» образования рибосомального белка SMN-гена мы применяем липополисахарид - «Пирогенал». Продолжая тему аутоиммунного процесса с позиции возможной коррекции не только стимулирования защитных свойств организма, но и с точки зрения провоспалительных механизмов и повышения уровня IgG нами разработана методика внутривенного введения иммуноглобулина (Биовен-моно) в сочетании с приемом преднизона (преднизолона) у детей с миодистрофией Дюшенна. Курсами до 3 месяцев 2 раз в год проводится «метаболическая» коррекция (элькар, цитофлавин, стимул). При дилатационных кардиомиопатиях внутривенно вводится неотон. В комплекс лечения пневмопатий включены синглетно-кислородная терапия (Valkion-терапия). При когнитивных нарушениях курсами в/м назначаются нейропептиды (кортексин, церебрум композитум). При костно-суставных нарушениях проводится ортопедическая коррекция (ортезы, тьюра, реклинаторы) в сочетании с использованием механизированной мануальной кровати, вакуум-стимуляци мышц спины. По показаниям проводится тендомиопластика. Таким образом, дифференцированное патогенетическое лечение, позволяет проводить коррекцию ключевых

факторов патогенеза заболевания, сопряженное с замедлением прогрессирования патологического процесса и развитием тяжелой инвалидизации.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА С ЗАДЕРЖКОЙ МОТОРНОГО И ПРЕДРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ, УГРОЖАЕМЫХ ПО РАЗВИТИЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Евтушенко О.С., Яновская Н.В., Евтушенко С.К.

Областной детский клинический центр нейрореабилитации, Донецк, Украина

Актуальность: В настоящее время продолжает сохранять свою актуальность проблема своевременного лечения и реабилитации детей с перинатальным поражением ЦНС в связи с наметившимся ростом данной патологии, обусловленным в определенной степени достижениями репродуктологии и реанимационными перинатальными технологиями: экстракорпоральным оплодотворением, пролонгированием патологической беременности, большей выживаемости недоношенных детей с низкой массой тела при рождении и патологией ЦНС. В связи с чем крайне важна проблема раннего своевременного, комплексного лечения и реабилитации детей, базирующихся на высокой нейропластичности развивающихся неповрежденных структур мозга.

Материалы и методы. С 2004 года в Центре впервые на Украине функционирует отделение ранней реабилитации на 10 коек (с совместным пребыванием с матерями), где проходят лечение дети в возрасте от 3х мес. до 1-го года с задержкой стато-моторного, когнитивного и предречевого развития вследствие перинатального гипоксически-ишемического, травматического поражения ЦНС (в том числе на фоне недоношенности, незрелости, аномалий развития головного мозга и его сосудов, др.)

Для уточнения диагноза и тактики лечения дети проходят комплекс клинко-инструментальных обследований: НСГ, УЗДГ сосудов головного мозга и шеи, ЭЭК, УЗИ внутренних органов. При необходимости детям проводится МРТ, при подозрении на генетическую патологию дети направляются в медико-генетический центр. Оценка нервно-психического, доречевого развития детей раннего возраста проводится по шкалам КАТ/КЛАМС. В Центре разработана и внедрена собственная оригинальная поэтапная многокурсовая методика ранней реабилитации с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, основанная на индивидуальном подходе с учетом этиологии, ведущего неврологического дефицита, клинко-инструментальных данных, степени тяжести основной и сопутствующей соматической патологии. Комплекс реабилитационных мероприятий включает в себя оригинальные физиотерапевтические методики: при повышении мышечного тонуса в конечностях проводится массаж, ЛФК с элементами Войта и «мягкая» мануальная терапия по О.С. Евтушенко, лазеротерапия, мезотерапия; при мышечного гипотонии назначается электропунктура, электромиостимуляция, при задержке предречевого развития используются специальные логопедические методики По синдромологическому принципу проводится медикаментозное лечение.

Выводы: После проведения комплексной реабилитации отмечалось улучшение со стороны психо-эмоциональной и двигательной сфер: увеличилась доречевая продукция, улучшился контроль головы, повороты, сидение, вставание, ходьба, манипуляции кистей рук. Отмечалась тенденция к нормализации мышечного тонуса в конечностях, увеличивался объем спонтанной двигательной активности. Коэффициент развития ребенка до и после лечения высчитывался раздельно по 3 параметрам (формирования навыков решения наглядных (раздел КАТ) и речевых (раздел КЛАМС) задач, а также развитие моторики ребенка (шкала развития макромоторики) возрастал в среднем на 5 баллов. Выше эффект отмечался, когда лечение начиналось в более раннем возрасте – до 6 мес. Становится возможным не только уменьшить речевые, когнитивные и двигательные нарушения, а в 70% редуцировать их полностью, в 20% случаев сохранялся минимальный неврологический дефицит, к сожалению, в 10% случаев (дети с грубыми аномалиями развития мозга) предотвратить развития органического заболевания ЦНС не удалось. Таким образом, проведение комплекса реабилитационных мероприятий в раннем возрасте по разработанной в Центре методологии

позволяет в большинстве случаев нивелировать патологическую неврологическую симптоматику и предотвратить формирование ЦП.

ДЦП: СОЦИАЛЬНОЕ ИЖДИВЕНЧЕСТВО ИЛИ РАВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Жданов Д. М.

Кафедра ТУМ Адаптивной физической культуры Российского Государственного Университета Физической Культуры Спортa Молодёжи и Туризма, Москва

Проведённое исследование позволило изучить основные трудности подростков 14-18 лет с ДЦП в повседневной жизни. Для этого была разработана и предложена родителям этих подростков анкета.

В исследовании приняли участие 16 человек. Они были разделены на 3 группы: подростки, занимающиеся параолимпийским бочча – 7 человек; подростки, посещающие реабилитационные центры в Москве и в Кирово-Чепецке Кировской области – 5 человек, а также третья группа – подростки, обучающиеся в Московском государственном гуманитарно-экономическом институте, но не занимающиеся по специальным реабилитационным методикам – 4 человека.

Во-первых, рассмотрим подростков-паралимпийцев. Самые низкие результаты в этой группе по навыкам приготовления пищи и ухода за одеждой. Например, 57 % не умеют пользоваться газовой плитой, 72 % не могут самостоятельно сходить в магазин и приготовить пищу. Таким образом, подросток без посторонней помощи не может одеться и выйти на улицу.

Результаты исследования во 2 группе показывают, что лишь 20 % могут пользоваться газовой плитой, а приготовить пищу все исследуемые могут только частично, 43 % могут пользоваться ножом. Только 40 % могут пришить пуговицу и то лишь частично. В 3 группе исследовалось 4 человека. Подростки в этой группе оказались наиболее приспособленными к самостоятельной жизни. Обучение в институте и самостоятельное проживание в общежитии позволило данной категории подростков освоить все необходимые им навыки.

Таким образом, проблема социализации подростков с ДЦП гораздо шире, чем строительство безбарьерной среды, создание рабочих мест. Самостоятельность вынуждает подростка приспособляться к условиям жизни, находить способы выполнения тех или иных двигательных задач, что ярко подтверждают данные исследования студентов с ограниченными возможностями.

ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

Жучкова А.С.

НПЦ Детской Психоневрологии, г. Москва

Работа медицинского психолога в поликлиническом отделении заключается в проведении диагностики и консультировании пациентов и их родителей с различного рода запросами, такими как проблемы детско-родительских отношений, трудности адаптации к школе или саду, расторможенность, трудности усвоения учебной программы, проблема выбора образовательного маршрута, нарушение формирования школьных навыков, трудности воспитания, нарушения поведения, задержки в развитии ребенка, пубертатные кризы, невротические реакции, высокая утомляемость.

Трудности работы медицинского психолога заключаются в большом количестве пациентов нуждающихся в консультации, разбросе возрастных категорий (от 0 до 18 лет), разности неврологической, психиатрической и соматической патологий, отсутствии единой системы диагностики.

В период с 2010 по 2013 было обследовано 2175 детей (большинство из которых дети с детским церебральным параличом), из которых 40% дети с задержками психического и речевого развития, 12% дети с невротическими реакциями и тиками, 11% дети с нарушениями аутистического спектра, 10% дети с психопатологией, 10% дети с когнитивными нарушениями и нарушениями формирования школьных навыков, 8% дети с умственной отсталостью, 5% дети с генетическими нарушениями, 4% дети с врожденными пороками развития.

Методики исследования зависят от возраста, наличия или отсутствия двигательных и психических нарушений, а также степени их выраженности. Работа медицинского психолога тесно связана с психиатрами, неврологами, логопедами и другими специалистами для максимально комплексного обследования ребенка, а также обозначения дальнейшего маршрута.

ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ РЕЧЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ

Залазаева Е.А., Надеева Н.М., Пермякова Н.Г.

*КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов», г. Пермь
МБУЗ «Городская детская клиническая поликлиника № 2» г. Пермь*

Актуальность. В КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов», для детей с ограниченными возможностями г. Пермь проходят курс реабилитации дети в возрасте от 0-18 лет. Основную часть реабилитируемых составляют дети с диагнозом детский церебральный паралич (ДЦП). Речевые нарушения занимают большое место в клинике ДЦП (65-85%). Прогноз дальнейшего течения и исхода заболевания определяется не только тяжестью двигательных нарушений у детей, но и особенностями интеллекта и речи детей.

Основная **цель** логопедической работы с детьми ДЦП – развитие речевого общения, улучшение разборчивости речевого высказывания и понимания его речи окружающими. Коррекционно-логопедическая работа носит комплексный характер и предусматривает: постоянный учёт взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике; проведение коррекционно-логопедической работы в комплексе с медицинскими мероприятиями; активное участие родителей в выполнении плана коррекционно-логопедической работы.

По **результатам** наблюдений из 183 детей со сложными речевыми дефектами, при прохождении комплексной медико-социальной реабилитации, 156 детей достигли положительных результатов, что составило 85,2% от общего числа детей, получавших комплексную медико-социальную реабилитацию, 14,8% детей за время наблюдения не показали положительной динамики, речевое развитие этих детей осталось на прежнем уровне. Это можно объяснить тяжестью речевого дефекта сочетающегося с интеллектуальными нарушениями, сложностью заболевания, а также нежеланием родителей выполнять рекомендации специалистов. Эффективность комплексной реабилитации проводилась по методике эффективности коррекционно-логопедической работы, которая утверждена кафедрой логопедии Пермского гуманитарно-педагогического университета.

Исследования в этой области планируется продолжать, обобщать и внедрять в реабилитационных учреждениях на территории Пермского края.

ОСОБЕННОСТИ АБИЛИТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Захарова О.В., Пиотровский С.М., Небожин А.И.

Центр реабилитации "Движение" Москва

Актуальность. По нашим наблюдениям, несмотря на появление новых методов, и медицинского оборудования абилитации- успехи часто не соответствуют затраченным усилиям.

Цель. Сформировать наиболее эффективный алгоритм помощи детям раннего возраста с патологией нервной системы.

Абилитация (лат. habilus- умелый, ловкий) комплекс мер, направленных на первоначальное формирование физических и психических навыков. Термин применяется преимущественно к детям раннего возраста с отклонениями в физическом, психическом и социальном развитии. Существенно отличается от реабилитации, т.е. возвращении способности к чему-либо, утраченной в результате болезни, травмы и т.д .

Суть нашего подхода основывается на:

- Выявлении, понимании и осознании сущности патологического процесса и состоянии ребенка всеми участвующими в процессе абилитации (медицинский персонал, члены семьи, сотрудники лечебных и социальных учреждений).

- Определении и оценки физических, психических, социальных, юридических и финансовые ресурсы необходимых для выполнения программы реабилитации.
 - Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий, с учетом ресурсов, в том числе создание специальных условий, включая: уклады, ЛФК, коррекцию режима и способов кормления, метаболическую терапию, остеопатическую коррекцию, массаж, рефлексотерапию, медикаментозную терапию.
 - Проведении мониторинга состояния пациента, даже если лечение проводится в других лечебных учреждениях.
 - Обучение и активное вовлечение родителей и других членов семьи в процесс реабилитации, с использованием приемов ЛФК, укладок, психолого-педагогической коррекции.
- Выводы.** Работая в данном ключе, мы видим не только хорошие клинические результаты, но имеем сотрудничество взаимного доверия с семьями пациентов.

СЕНСОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

Ионова С.Н., Калашникова О.С.
НПЦ Детской психоневрологии, Москва

Как известно сенсорное развитие играет важную роль в общем ходе умственного развития ребенка и тесно связано с развитием речи. При отсутствии своевременного специального сенсорного воспитания детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы в раннем и дошкольном детстве оно проходит замедленно. В этом случае затрудняется формирование того базового уровня, который требуется для обеспечения дальнейшего развития познавательной деятельности ребенка, его успешного обучения, подготовки ко всем видам физического и умственного труда, неотъемлемой частью которых является восприятие. Опыт коррекционной работы в V и VII психоневрологических отделениях НПЦ и лонгитюдные наблюдения за развитием детей во время повторной госпитализации дают возможность установить некоторые закономерности влияния сенсорного опыта детей раннего и дошкольного возраста на их дальнейшее психоречевое развитие. Сенсорное воспитание направлено на развитие зрительного, слухового, тактильного, кинетического, кинестетического ощущений, часто ограниченного у детей с ДЦП. Основной задачей сенсорного развития является создание условий для формирования восприятия как начальной ступени познания окружающей действительности. Успех в преодолении дефектов развития зависит в значительной степени от раннего начала воспитательного и обучающего процесса, максимального использования сензитивных периодов развития. В процессе игр-занятий по сенсорному воспитанию у ребёнка оказываются сформированными приёмы прикладывания, сравнения, сопоставления цвета, формы, величины. Коррекционные занятия, проводимые логопедом, — это специальная пропедевтическая работа, организуемая с небольшими подгруппами или индивидуально. Нацелены эти занятия на предупреждение и преодоление тех трудностей, которые испытывают дошкольники и младшие школьники в учебе через формирование психологического базиса (основы) высших психических функций.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Исанова В. А.
*Казанский Государственный медицинский университет
 Министерство социальной защиты РТ*

Одной из основных причин инвалидности детей по-прежнему являются болезни нервной системы и психические расстройства.

1	Заболевания	Показатели
---	-------------	------------

	Болезни нервной системы из них: детский церебральный паралич	20,8% 55,9%
2	Психические расстройства из них умственная отсталость	20,29%, 72,14%

Реабилитация детей-инвалидов с нервными и психическими заболеваниями является важной медицинской и социально-экономической проблемой, так как они имеют высокую степень инвалидизации.

В реабилитации детей-инвалидов с нервными заболеваниями, имеющих двигательные и когнитивные нарушения, является актуальным выбор специфических, физических средств реабилитации. К ним относятся нейродинамические методы кинезиотерапии: PNF, Бобат, Родд, Брунстром, Войта и кондуктивная терапия, широко используемые в зарубежной практике. Вышеобозначенные зарубежные методы легли в основу разработанных в Республике Татарстан отечественных медицинских технологий, которые существенно способствуют наиболее эффективному восстановлению функций движения, речи, коммуникабельности и памяти. В основе разработанных медицинских технологий лежат механизмы нейрофизиологического сервиса организации движения на принципах PNF. Образец движения представляет собой спирально-диагональную модель, выполняемую активно пациентом при умелом ручном управлении кинезиотерапевта. Восстановление движения проводится последовательно и соответствует онтогенезу развития движений. Комбинация спирально-диагональных образцов и их последовательность, а также исходные положения в разработанном методе на основе PNF могут быть в положении лежа, на боку, на четвереньках, сидя и стоя используется в зависимости от нарушенного у больного супраспинального двигательного контроля.

Техника метода кинезотерапии в медико-кондуктивной реабилитации неврологических больных с двигательными и когнитивными нарушениями

1 ступень тренинга – исходное положение на боку.

Наиболее примитивное, но «узнаваемого» мышечно-суставной системой и ЦНС движение «массовая флексия». Выполняемые двигательные образцы работают на уровне мышечного синергизма, которые стимулируют слабые мышцы и через механизмы ЦНС вовлекают их в активное сокращение, функционально пациенту обеспечивается возможность для активных действий.

2 ступень тренинга – навык удержания позы. Прием. Контролируемая мобильность. Поворот со спины на бок, удержание позы. Унилатеральная модель для верхней конечности.

3 ступень тренинга. Удержание позы, контролируемая мобильность. Ритмическая стабилизация. Латеральная флексия головы.

4 ступень тренинга. Инициация (мобильность) движения в правой конечности, унилатеральная, спирально-диагональная модель. Статико-динамическое равновесие, эксцентрический контроль туловища, конечностей. Подготовка к удержанию позы на коленях.

5 ступень тренинга – развитие ловкости. Диагональная модель для верхней конечности. Медленный возврат, удержание (контролируемая мобильность).

6 ступень тренинга – удержание позы сидя. Билатеральная модель для верхних конечностей, контролируемая мобильность, следовая реакция шейного тонического рефлекса, увеличение проприоцептивных влияний на двигательную зону коры.

7 ступень тренинга – подготовка к ходьбе.

Двусторонняя симметричная спирально-диагональная модель для нижних конечностей. Ротация нижней части туловища.

Тренинг в костюме “Атлант”

Результаты отечественных и зарубежных научных исследований позволили обратить внимание на значимость использования в качестве внешних стимулов центральной нервной системы медицинских технических средств, имеющие нейрофизиологические свойства повлиять на функциональную пластичность мозга и соответственно на эффективность реабилитации

В этой связи в Татарстане разработана методика восстановления двигательных и когнитивных функций – реабилитационное устройство «Атлант», работающий на принципах метода кинезотерапии (отечественного аналога PNF Поддерживающий вертикальное положение техническое средство «Атлант» выполнен на базе высотно-компенсирующего лётного костюма ВКК-6.

Реабилитационный костюм «Атлант» активизирует афферентацию с периферии с помощью натяжных устройств, распределённых в костюме по ходу мышц антагонистов туловища и конечностей, куда накачивается воздух под давлением. Это обеспечивает пациенту способность удерживать позу в разных положениях, совершать произвольные движения. Аппроксимирующие воздействия натяжных устройств на мышечно-связочный и суставной аппарат усиливает импульсы проприорецепторов и улучшает функцию двигательных центров всех трех уровней ЦНС

Все повседневные движения, которыми пользуется человек, вследствие эволюционно-сложившейся организации движений совершаются по диагонали с компонентами флексии или экстензии, аддукции или абдукции. Там, где это качество утрачено, костюм обеспечивает условия для реализации двигательных функций. Через восстановление реципрокности мышечного тонуса, вначале на постуральную устойчивость, на удержания позы, что создает предпосылки для произвольных движений, которые в свою очередь выполняясь в спирально-диагональном режиме продолжают активизировать проприоцептивную афферентацию, стабилизируя двигательный навык.

Из медикаментозных средств нами был использован препарат Пантогам с курсом лечения по схеме 1 т 3 раза в день в течение 4 недель с повторным курсом через 3-4 месяца.

Проведенные исследования на эффективность метода кинезотерапии в медико-кондуктивной реабилитации и устройства «Атлант» показывают высокую результативность реабилитации детей с ДЦП. Характерно для устройства «Атлант» его существенные возможности восстановления мобильности при тяжелых двигательных расстройствах, ребенок годами не умеющий ходить, показывает результаты удержания позы через 9-11 месяцев и начинает ходьбу через 1-2 года при использовании костюма.

По данным 13 реабилитационных центров социальной защиты Республики Татарстан в результате применения устройства «Атлант» из 67 детей, не державших позу сидя, в возрасте от года до 4-х лет стали самостоятельно сидеть 89% детей, не способных ходить с поддержкой стали перемещаться из 34 детей, в возрасте от 4 до 7 лет – 47 % в течение года, ходить самостоятельно стали из числа 13 детей в возрасте от 4-12 лет - 34% в течение года.

По данным благотворительной организации «Альпари» из числа не ходивших детей в результате тренинга в домашних условиях стали перемещаться с поддержкой 100% детей, удерживать позу 70% детей в течение от 6 месяцев до года. Преимущество показателей эффективности реабилитации в костюме дома в том, что родители имели возможность проводить тренировки непрерывно дома по 6-8 раз в день.

Выводы. Для повышения эффективности нейрореабилитации необходимо:

1. Использовать патогенетические методы по восстановлению двигательных и когнитивных функций у неврологических больных, к ним относятся:

-Метод кинезотерапии в медико-кондуктивной реабилитации больных с двигательными нарушениями (отечественный аналог PNF)

2. Медицинское техническое устройство, работающего на принципах метода PNF, реабилитационный костюм «Атлант» и другие варианты Устройства

3. В реабилитационной практике использовать только те методики, которые вошли в реестр медицинских технологий Росздравнадзора.

ВЫБОР МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ С ЦЕЛЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Клещенко Е.И., Бочковский А.А., Голосеев К.Ф., Сапун О.И., Соколов М.Ю., Жданова И.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Детская краевая клиническая больница, г.Краснодар

Актуальность: Диагностика перинатальных поражений головного мозга на ранних этапах постнатального развития ребенка представляет значительные трудности, поскольку

неврологическая симптоматика не всегда отражает истинную степень поражения центральной нервной системы (ЦНС). Магнитно-резонансная томография (МРТ) является признанным инструментом для обнаружения неонатальных поражений головного мозга, и она играет важную роль в прогнозировании неврологического исхода у новорожденных с гипоксическими поражениями головного мозга (ГПГМ).

Цель: Целью работы явилось изучение результатов магнитно-резонансной томографии головного мозга в режиме диффузно-взвешенных изображений (ДВИ) у детей, перенесших перинатальное поражение ЦНС и оценки степени поражения головного мозга.

Материалы и методы: Нами при помощи МРТ Philips Panorama 1.0 T проводилось исследование головного мозга в первые 2 недели постнатального периода проведение режима ДВИ совместно с другими обследованиями: нейросонография, компьютерная томография, T1, T2 режимы МРТ.

Результаты: Было обследовано 23 ребенка с перинатальными поражениями ЦНС средней и тяжелой степени тяжести, находящихся на 2 этапе выхаживания в условиях реанимационного отделения и отделения патологии новорожденных. Гестационный возраст (ГВ) составлял от 30 до 40 недель включительно, массой от 1400 до 3900 г. Выделены 2 группы сравнения сопоставимые со степенью тяжести неврологической патологии. I группа со средней степенью тяжести (n=10), II группа с тяжелой степенью тяжести (n=13). Проводили обследование МРТ на аппарате Philips Panorama 1.0 T в режимах T1, T2 и ДВИ. У I группы при выполнении исследования отмечались изменения показателей, отличных от нормы в режиме T1, T2 у 20% (n=2), в режиме ДВИ изменения отмечались у 80% (n=8) в той или иной степени в зависимости от области измерения коэффициента диффузии (КД). Во II группе изменения в режимах T1, T2 наблюдались у 53,8% (n=7) в виде проявлений ВЖК 3,4 степени, перивентрикулярной лейкомаляции, в режиме ДВИ гипоксические изменения отмечались в 100% (n=13) случаев хотя бы в 7 из 14 зон головного мозга, подвергшихся расчету коэффициента диффузии.

Вывод: 1. Проведение режима ДВИ совместно с другими обследованиями (НСГ, компьютерная томография, T1, T2 режим) дает более полное представление о степени поражения головного мозга в перинатальный период.

2. Ранние значения ДВИ могут быть ранним прогностическим фактором для неврологического исхода у младенцев с гипоксически-геморрагическим поражением ЦНС.

МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПУХОЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Климова С.В., Мирошкин Р.Б., Фисун Е.В.

Институт Практической Психологии и Психоанализа, г. Москва

Неврологические и психологические последствия опухолей ЦНС требуют особого внимания специалистов разных профилей. У детей 95% опухолей ЦНС – это опухоли головного мозга (ОГМ). Заболеваемость ОГМ составляет 1,4-5,2 на 100 000 детского населения. С каждым годом количество детей, у которых диагностировано онкозаболевание, имеет тенденцию к увеличению. Двигательные, интеллектуальные и эмоциональные нарушения, полученные в результате болезни и сложного лечения, требуют комплексной реабилитации, охватывающей медицинские, психологические и социальные аспекты.

В докладе мы опираемся на опыт нашей работы в НИИ ДОГ РОНЦ им. Блохина, РДКБ, санатории «Русское поле» ФНКЦ ДГОИ. Психологическая реабилитация детей, перенесших ОГМ, необходима вследствие психотравмирующего характера болезни; сложного и длительного лечения, включающего в себя, как правило, оперативное вмешательство, химио- и лучевую терапию; приобретенных нарушений ЦНС различного характера, нередко необратимых. При организации психореабилитационных мероприятий необходимо учитывать актуальный возраст ребенка, возраст, в котором он перенес заболевание, диагноз, степень нарушений, личностные особенности ребенка и его родителей.

В качестве методов эффективными себя зарекомендовали: индивидуальное и семейное психологическое консультирование с использованием принципов гуманистического подхода и системной семейной терапии; песочная терапия; нейропсихологические занятия с обучением родителей упражнениям для самостоятельных занятий на дому; арт-терапевтические методики.

Комплексное использование указанных методов позволяет мотивировать ребенка и его семью на максимально возможное преодоление последствий болезни; помогает перерабатывать тревоги и страхи, уменьшать влияние ПТСР; способствует улучшению детско-родительских отношений; содействует социализации детей.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

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

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Педиатрам в своей практике все чаще приходится сталкиваться с детьми, страдающими различными тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями центральной нервной системы, среди которых одно из ведущих мест занимает детский церебральный паралич. При этом отмечается изменение структуры этиопатогенетических факторов, в частности, увеличение количества детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела.

Целью исследования было выявление взаимосвязи между факторами риска, массой тела новорожденного и развитием различных форм детского церебрального паралича.

Материалы и методы: Исследование выполнено на базе МУЗ «Городская детская клиническая больница № 8». В исследование были включены 138 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 17 лет, которые находились на стационарном лечении с диагнозом детский церебральный паралич (ДЦП). Для достижения цели использовался ретроспективный метод.

Результаты: В ходе исследования данные были распределены следующим образом: по клиническим формам ДЦП, из них – спастический тетрапарез (59%), гемипаретическая форма (18,7%), спастическая диплегия (12,9%), атаксически-астатическая форма (6,5%); по видам осложнений течения беременности и родов, из них – угроза прерывания беременности (31,1%), родоразрешение путем кесарева сечения (28,2%), токсикоз и гестоз (18,8%), асфиксия новорожденного (8,4%); по массе тела новорожденного, из них с экстремально низкой массой тела – 5,4%, очень низкой массой тела – 23,2%, низкой массой тела – 39,3%.

Анализируя анамнестические данные, было выявлено, что для атаксически-астатической формы наиболее характерны осложнения акушерско-гинекологического анамнеза в виде угрозы прерывания беременности (44,4%), токсикоз и гестоз (33,3%), операция кесарева сечения (27,3%); для нижнего смешанного парапареза – угроза прерывания беременности (37,5%), токсикоз и гестоз (33,3%); для гемипаретической формы – родоразрешение путем кесарева сечения (57,1%), токсикоз и гестоз (50%); для спастического тетрапареза – внутриутробная инфекция (ВУИ) (25%), урогенитальная инфекция (25%), угроза прерывания беременности (31,4%), токсикоз и гестоз (20,3%), асфиксия (20,3%).

Обращает на себя внимание группа пациентов, родившихся с низкой массой тела, в анамнестических данных которых обнаруживается преобладание определенных клинических форм ДЦП: при экстремально низкой массе тела во всех случаях ДЦП отмечается спастический тетрапарез (100%), при очень низкой массе тела – спастический тетрапарез достигает 61,5%, при низкой массе тела – спастический тетрапарез регистрируется в 57,1%.

Выводы: при исследовании обнаружена корреляция между формами ДЦП и массой тела новорожденных, преобладание осложнений беременности и родов при отдельных клинических формах данной патологии, что дает возможность для прогнозирования и профилактики ДЦП. Обращает на себя внимание, что низкая масса тела новорожденного четко коррелирует с наиболее тяжелой клинической формой ДЦП.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАЦИЕНТАМИ С ДЦП ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ

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

ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, Москва

Актуальность: вспомогательные технические средства реабилитации (ВСТ) —неотъемлемая часть комплексного восстановительного лечения пациентов с двигательными нарушениями. Обеспеченность детей с церебральными параличами ВСТ и приверженность к их использованию влияют на результаты других методов лечения.

Цель: оценить обеспеченность ВСТ пациентов с ДЦП, проходящих комплексную реабилитацию в условиях дневного стационара.

Пациенты и методы: у 52 пациентов, впервые обратившихся для прохождения реабилитации в дневном стационаре неврологического отделения ФГБУ «НЦЗД» РАМН были сопоставлены показания к применению ВСП (по результатам осмотра междисциплинарной командой врачей) и частота их реального использования на момент исследования (по результатам осмотра пациентов и опроса родителей).

Результаты:

Вид вспомогательного средства реабилитации	Число детей, которым показано применение ВСП	Число детей, использующих ВСП (% от должного)
Ортопедическая обувь, стельки	52	51 (98%)
Фиксирующие тьютора на ноги	30	13 (43,3%)
Фиксирующие тьютора на руки	10	3 (30%)
Функциональные ортезы на ноги	21	4 (19%)
Функциональные ортезы на руки	9	2 (22,2%)
Отводящий бедренный ортез	13	6 (46,2%)
Адаптированные коляски	25	11 (44%)
Вертикализаторы и средства амостоятельного передвижения пациента, в т.ч. ходунки, костыли	29	10 (34,5%)

Причинами неиспользования ВСП были как организационные проблемы с их изготовлением или незнание родителями пациента о его необходимости, так и плохая переносимость ВСП ребёнком. Хуже всего родители пациентов были знакомы с возможностями функционального ортезирования верхней конечности. Использование ортезов пациентами без контроля родителей снижало мотивацию к ношению ВСП.

Выводы: лучше всего дети были обеспечены ортопедической обувью и индивидуальными стельками, меньше всего - функциональными ортезами на ноги и руки. Отсутствие необходимых функциональных ВСП может негативным образом сказываться на результатах всей реабилитации и социализации пациентов с ДЦП.

ПАТТЕРНЫ СПАСТИЧНОСТИ МЫШЦ РУК У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Клочкова О.А., Куренков А.Л., Намазова-Баранова Л.С., Мамедъяров А.М.
ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, Москва

Актуальность: проведение реабилитационных мероприятий и ботулинотерапии у пациентов со спастическими формами детского церебрального паралича (ДЦП) подразумевает выделение паттернов спастичности – относительно постоянных комбинаций моторных нарушений, обусловленных вовлечением в патологический процесс определённых групп мышц. Хорошо известны наиболее распространённые паттерны спастичности мышц ног. Подробных данных о распространённости спастичности мышц рук у пациентов с ДЦП в научной литературе недостаточно.

Цель: выделить наиболее распространённые паттерны спастичности мышц рук у пациентов со спастическими формами ДЦП, оценить частоту их встречаемости при одно- и двусторонних формах ДЦП.

Пациенты и методы: паттерны спастичности мышц рук были оценены у 52 пациентов в возрасте от 2 до 18 лет, проходивших реабилитацию в ФГБУ «НЦЗД» РАМН и ранее не получавших ботулинотерапию. Число пациентов с односторонними формами ДЦП составило 15 человек (28,9%) (9 мальчиков и 6 девочек), с двусторонними – 37 человек (71,1%) (25 мальчиков и 12 девочек).

Результаты: наиболее распространённой была пронаторная установка предплечья (48 пациентов/92,3%), связанная со спастичностью преимущественно мышцы круглого пронатора. Чаще всего пронаторная установка сочеталась со спастичностью мышц сгибателей предплечья (12 (80%) пациентов с гемипарезом и 32 (86,5%) – с двусторонними формами ДЦП). У пациентов с гемипарезом чаще, чем у пациентов с двусторонними формами ДЦП, встречалась сгибательная установка кисти (3 (20%) против 3 (8,1%), $p=0,22$). Доля детей со

сгибательной установкой пальцев кисти (2 (13,3%) и 2 (5,4%), $p=0,33$) и приведением первого пальца (3 (20%) и 4 (10,8%), $p=0,38$) также была выше среди пациентов с гемипарезом, однако статистически незначимо. Спастическое напряжение больших грудных мышц чаще встречалось у пациентов с двусторонними формами ДЦП (2 (13,4%) против 14 (37,8%), $p=0,02$).

Выводы: пациенты с одно- и двусторонними спастическими формами ДЦП различаются по частоте встречаемости определённых паттернов спастичности мышц рук, что необходимо учитывать при выборе реабилитационных методик, определении целевых мышц и дозы препарата ботулинического токсина при проведении инъекций.

ОСНОВЫ СИСТЕМЫ ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Козьявкин В. И.

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 сублюксации). Согласно определению ВООЗ, принятом в 2005 году, вертебральная сублюксация - 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 сублюксаций 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 психоречевого 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.

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ИГРОТЕРАПИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТАНЦЕВАЛЬНОГО КОВРИКА

Козьявкин В.И., Качмар О.А., Волошин Т.Б., Абликова И.В.

Международная клиника восстановительного лечения, Трускавец, Украина

Исследования последних лет указывают на высокий потенциал применения технологий виртуальной реальности в реабилитации пациентов с неврологической патологией, в том числе, и с нарушениями движений и равновесия. Для повышения мотивации пациента и эмоционального вовлечения его в процесс реабилитации в Международной клинике восстановительного лечения была создана Интернет система 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.

В системе игровой реабилитации используется различное игровое оборудование: а) балансировочная доска Nintendo WiiFit; б) пульт дистанционного управления Nintendo Wii

remote; в) сенсор Microsoft Kinect. В последнее время система была расширена за счет применения степ-игр с использованием танцевального коврика в качестве контроллера. Разработаны две специальные игры для пациентов с двигательными нарушениями «Прогони сурка» и «Поймай бабочку». Во время игры необходимо следить за изображением на экране и наступать на соответствующие квадраты на коврике. Игры имеют пять уровней сложности с различным графическим оформлением.

Предварительная оценка степ-игр для тренировки равновесия проводилась на пяти пациентах с ДЦП второго уровня моторного развития по шкале GMFCS в возрасте 9-13 лет. Дети занимались на танцевальном коврике в течение 2-х недель ежедневно 15-20 мин.

Оценка результатов проводилась на основе анализа данных стабилотрии, детской шкалы равновесия (Pediatric Balance Scale), теста "Вставай и иди" ("Up and go") и степ-теста «4-квадраты» ("Four Square step test").

Через две недели тренировок наблюдалось улучшение равновесия у четырех из пяти пациентов. Результаты по Детской шкале равновесия улучшились в среднем на 1,6 балла, время выполнения теста «Вставай и иди» снизилось в среднем на 2,2 сек., время степ-теста «4-квадраты» снизилось в среднем на 1,8 секунды, площадь стабилотограммы снизилась в среднем на 4 единицы.

Заключение. Компьютерные реабилитационные степ игры являются полезным компонентом реабилитации двигательных нарушений у пациентов с церебральными параличами.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА БОЛЬШИЕ МОТОРНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЦП

Козьякин В. И., Лисович В.И., Гордиевич М.С., Владимиров А.А., Гурбич Е.А.,
Волошин Т.Б., Качмар О.А.

*Международная клиника восстановительного лечения, Трускавец, Украина
Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика,
Киев, Украина.*

В основе системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации лежит полимодальный подход с использованием разносторонних методов влияний, направленных на развитие моторных и психо-речевых функций пациентов.

Целью данного пилотного исследования была оценка изменений больших моторных функций у пациентов с церебральным параличом в процессе проведения курса интенсивной реабилитации продолжительностью две недели.

Исследование проводилось на группе пациентов детским церебральным параличом, которые проходили первый курс реабилитации в Международной клинике восстановительного лечения. В группу вошло 40 пациентов возрастом от 3 до 18 лет, не имевших ранее ортопедических хирургических вмешательств, без выраженных когнитивных и поведенческих нарушений. Для оценки больших моторных функций применялась украинская версия теста больших моторных функций GMFM. Все пациенты были обследованы дважды - в начале и в конце двухнедельного курса лечения.

Выполнение пациентом заданий теста GMFM записывалось на видео с помощью специальной программы цифрового видеоконтроля. Оценка видео проводилась экспертами, которые не знали первичное это видео или повторное, в конце курса лечения. Среди всех пациентом положительные изменения моторных функций отмечались у 39 из 40 детей. Анализ полученных данных указывает на достоверное увеличение балла моторного развития ребенка по шкале GMFM с 48,6 до 50,7 ($p > 0.01$), что свидетельствует о совершенствовании двигательных возможностей. При сравнении результатов пациентов с разной степенью тяжести заболевания согласно классификации GMFCS, наиболее существенный прогресс наблюдался у пациентов третьего уровня тяжести. У них бал моторного развития вырос с 49,3 до 50,7 ($P < 0.01$).

Полученные данные указывают на эффективность системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации и развитие моторных функций у пациентов с детским церебральным параличом.

ОСТЕОПАТИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДОПОЛНЕНИЕ К НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ И
ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ
АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА

Красовская Е.О., Щедеркина И.О.

*Морозовская Детская Городская клиническая больница, неврологическое отделение
консультативно-диагностического центра, Москва*

Цель: изучение эффективности остеопатических методов диагностики и коррекции неврологических нарушений у детей раннего возраста.

Материалы и методы: дети в возрасте от 0 до 6 мес, с диагнозом - перинатальное поражение ЦНС. Первая группа—основная-20 детей получала только остеопатическое лечение. Во второй – группе сравнения- 20 детей, лечение по общепринятым схемам (ноотропная, сосудистая терапия, массаж). Дети с пороками, аномалиями развития не включались в исследование. Предварительно проводилась остеопатическая оценка состояния детей.

Результаты: Самыми частыми жалобами были-срыгивания, кривошея, вялое сосание, запрокидывание головы назад, «короткая шея», деформация головы, повышенная возбудимость и пр. Выявлялся структуральный характер изменений – компрессия затылочно-шейного перехода, мышечковых масс, смещения шейных позвонков, фиксация L5-S1, ограничение подвижности крестца, внутрикостные изменения затылочной кости, крестца. Дети 1-ой группы получали только остеопатическую коррекцию, с учетом выявленных биомеханических нарушений, 1 раз в 2-4 недели. Использовались методики: коррекция нарушений на уровне крестца, таза, краниовертебрального перехода, шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, коррекция смещений на уровне затылочной кости, дренаж венозных синусов, нормализации мышечного тонуса, оптимизации венозного оттока из черепа, нормализации кровообращения в вертебро-базиллярной системе.

Выводы: при применении остеопатических методов коррекции, сроки достижения клинической компенсации достигались в более короткие сроки, по сравнению с детьми из 2-ой группы. Таким образом, остеопатическое лечение является важным дополняющим подходом в сохранении здоровья ребенка.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С КЛИНИЧЕСКИМИ
ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ
ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА
ПОЗВОНОЧНИКА

Кувичинская Е.В., Матвеева И.А.

НПЦ Детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность: в настоящее время отмечается увеличение числа случаев проявлений вертебро-базиллярной недостаточности (ВБН) в подростковом возрасте. При обследовании у таких детей нередко выявляются дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника различной степени выраженности. Данные УЗДГ и ТКДГ выявляют нарушения гемо- и ликвородинамики преимущественно вертебрального генеза. Учитывая возрастающую аллергизацию детского населения и частую регистрацию побочного действия фармакологических препаратов, актуальными становятся немедикаментозные методы лечения, в частности - рефлексотерапия (РТ).

Цель. Анализ применения метода РТ у подростков с клиническими проявлениями ВБН и дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы: всего пролечено 12 детей (8 мальчиков и 4 девочки) в возрасте от 12 до 17 лет. Ведущими жалобами были головные боли (11 детей), головокружение (5 детей), неустойчивость при ходьбе (3 ребёнка), онемение в пальцах рук после ночного сна (7 детей). Всем пациентам проводились МРТ и рентгенография шейного отдела позвоночника, УЗДГ и ТКДГ. По данным МРТ во всех случаях выявлялись дегенеративно-дистрофические изменения на уровне С4-С5 и С6-С7 позвонков. При рентгенографии у 9 пациентов определялась нестабильность на уровне С2-С3 и С4-С5 позвонков. Наиболее частым нарушением по данным УЗДГ и ТКДГ являлось затруднение венозного оттока и снижение скорости линейного кровотока в обеих позвоночных артериях при нагрузочных пробах.

Результаты. Оценка клинических данных определяла выбор применявшихся методик и их комбинацию. Выделено 3 группы пациентов. В I группе (3 ребёнка), где клинически доминировало выраженное напряжение мышц шейно-воротниковой зоны, комбинировали методики корпоральной РТ и глубокого прогревания. Чаще всего в рецептах использовали следующие акупунктурные точки: VB 21, VB 20, TR 15; TR16 T14). Во II группе (5 человек), где преобладали головные боли напряжения и явления вестибулопатии, сочетали методы корпоральной РТ и ауриколотерапии. Наиболее эффективными были рецепты с использованием точек TR16, VB 13; VB 14, VB 18; AP 9, AP 35. В III группе (4 человека), где ведущим симптомом было онемение пальцев рук после ночного сна, применялась фармакопунктура с паравертебральным введением антигомотоксикологических препаратов Traumeel-S и Discus-compositum.

Во всех случаях достигнут положительный клинический эффект. Наиболее выраженным он был в III группе пациентов. Самым упорным симптомом являлось напряжение мышц плечевого пояса, которое купировалось при проведении пятой – шестой процедуры. Ни в одном случае субъективного и объективного ухудшения состояния не отмечалось.

Выводы: метод рефлексотерапии является эффективным и безопасным для лечения подростков с различными клиническими проявлениями вертебробазилярной недостаточности на фоне дегенеративно-дистрофических изменений шейного отдела позвоночника.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Кусакин В.В.

НПЦ детской психоневрологии, г. Москва

Дети, оперированные по поводу врождённой спинномозговой грыжи пояснично-крестцовой локализации, в отдалённом периоде в большинстве своём представляют особо тяжёлую группу пациентов с многообразным и сложным симптомокомплексом. Он проявляется в виде двигательных и чувствительных расстройств, нейрогенной дисфункцией тазовых органов, разнообразной ортопедической патологией, трофическими нарушениями и расстройствами психоэмоциональной сферы. В дальнейшем у ряда подобных больных прогрессируют симптомы заболевания на фоне роста, особенно в периоды физиологических "скачков". Считается, что основной причиной этого является синдром фиксированного спинного мозга (СФСМ) на фоне рубцово-спаечного процесса и формирования эпидурального рубца в месте первичной пластики грыжи. С целью диагностики СФСМ и определения показаний к проведению повторного хирургического вмешательства было проведено обследование 110 детей в возрасте 2-14 лет, оперированных в период новорожденности по поводу врождённой спинномозговой грыжи пояснично-крестцовой локализации.

СФСМ диагностирован у 53 больных. В дальнейшем эти дети были оперированы в зоне предыдущей пластики врождённой спинномозговой грыжи по выработанной нами методике. С целью минимизации повторного образования эпидурального рубца применяли фторопластовую плёнку марки Ф-4МБ-М толщиной 50 мкр, либо мембрану GORE-TEX Preclude Spinal. При анализе отдалённых результатов отмечен регресс неврологической симптоматики в виде уменьшения пареза, увеличения объёма активных движений и нарастания мышечной массы в нижних конечностях в 20% случаях. В 75% случаев наблюдали улучшение функции тазовых органов, что проявилось улучшением накопительной функции мочевого пузыря и появлением позыва (либо его эквивалентов) на мочеиспускание и дефекацию, нормализацией анализов мочи и снижением частоты обострений уроинфекции. В 5% случаев мы не отметили какой-либо положительной динамики со стороны нейрорефлекторной сферы. Таким образом, у детей с последствиями оперированной врождённой спинномозговой грыжи пояснично-крестцовой локализации, несмотря на выявляемые при обследовании грубые изменения каудального отдела спинного мозга и его структур, при наличии показаний, путём повторного нейрохирургического вмешательства можно достичь положительных результатов в коррекции тяжёлых социально значимых нарушений, характерных для этой патологии.

ПАРАЛИТИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Кусакин В.В., Виноградов А.В.

НПЦ детской психоневрологии, г. Москва

Целью исследования являлась разработка тактики лечения паралитической нестабильности тазобедренного сустава у детей с врожденной или приобретенной нарушенной центральной нейрорегуляцией.

У всех детей в клинической картине отмечались двигательные расстройства в виде нижних вялых парезов или параличей в сочетании другими симптомами (нарушение чувствительности, нарушение функции тазовых органов, контрактуры и пр.). Как следствие основного заболевания у детей формировалась паралитическая нестабильность тазобедренных суставов (в 65% наблюдений в виде вывиха бедра), затрудняющая проведение реабилитационных мероприятий. Рентгенометрические показатели свидетельствовали о грубых изменениях во взаимоотношениях тазового и бедренного компонентов сустава: наличии вальгусной деформации проксимального отдела бедренной кости, патологической антеверсии, уплощение вертлужной впадины.

Методика лечения предполагала консервативное вправление вывиха бедра с исправлением контрактур в суставах нижних конечностей. В большинстве случаев вывих был вправлен и контрактуры были ликвидированы путем этапного гипсования по Тер-Егизарову-Шептуну и редрессации в гипсовых повязках. В ряде случаев устойчивого вправления вывиха бедра мы не наблюдали, в связи с чем ставили показания для хирургического лечения.

Основными задачами оперативного вмешательства считали устранение контрактур в суставах нижних конечностей; устойчивое вправление вывиха бедра с внесуставной коррекцией костных элементов сустава; сохранение суставных хрящей; укрепление капсулярного и связочного аппарата тазобедренного сустава; максимально возможное сохранение функционирующих мышц; создание условий для улучшения анатомического созревания компонентов сустава.

В результате применения данного комплекса консервативного и хирургического лечения удавалось полностью восстановить объем пассивных движений в суставе на фоне вправленного вывиха бедра с созданием его опороспособности. При динамическом наблюдении за больными прослеживается полное покрытие головки бедра с доразвитием крыши вертлужной впадины.

ОСОБЕННОСТИ КУРАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И СОПУТСТВУЮЩИМ СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ

Кутякова Е.И., Евтушенко О.С., Евтушенко С.К.

Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации, Украина

Актуальность: Судорожный (эпилептический) синдром у детей с церебральными параличами (ЦП) затрудняет коррекцию имеющихся двигательных и когнитивных расстройств, ухудшает прогноз заболевания, нарушает социальную адаптацию, что делает эту проблему актуальной в детской неврологии. Судороги ограничивают возможность активной тренировки возрастных навыков, применения стимуляторов ЦНС и физиотерапевтических методов.

В центре осуществляется адаптированная реабилитация детей с церебральными параличами, сочетающимися с судорожным синдромом. Нами оптимизирована терапевтическая тактика при данной патологии.

Материалы и методы: За 10 лет (2003-2013гг.) в центре получили лечение 5467 детей в возрасте от 6 мес. до 17 лет: 1761-дети с судорожным синдромом, получающие антиконвульсанты, 754- дети с судорожным синдромом в анамнезе.

Больным ЦП с редкими эпилептическими приступами (судорожные и бессудорожные) и пациентам с приступами в анамнезе (ремиссия 2-5 лет) проводилось электроэнцефалокартирование. При необходимости осуществлялся ЭЭГ- мониторинг дневного и ночного сна, позволивший, в большинстве случаев, выявить эпилептические корреляты. У 7х детей на ЭЭГ отмечался электрический эпилептический статус сна.

Все дети с ЦП, имеющие эпилептический синдром или эпилептические корреляты на ЭЭГ (“субклиническая эпилепсия”), в условиях центра получали комплексную терапию, включающую применение нейропротекторных и нейротрофических средств.

В терапии больных ЦП с эпилептическими приступами в зависимости от их характера использовались препараты вальпроевой кислоты (конвулекс, депакин, конвульсофин), карбамазепин или карбалакс. При резистентных к традиционным антиконвульсантам пароксизмах назначалась кеппра, ламиктал, топамакс, или комбинации препаратов.

На период реабилитации в центре больным с судорожным синдромом увеличиваем дозу антиконвульсанта на 10-20 % от ранее потребляемой суточной дозы, а больным с “субклинической эпилепсией” назначался короткий курсом один из антиконвульсантов, что исключало в значительной степени вероятность возникновения эпилептического припадка. В ходе коррекции дозы, проводилось исследование концентрации антиконвульсантов в сыворотке крови.

Назначение или увеличение дозы одного из антиконвульсантов на период реабилитации позволило активно использовать все разновидности рефлексотерапевтического воздействия, не ухудшая при этом состояния больного.

Выводы: Эффективность реабилитации наших пациентов с ЦП и судорожным синдромом при использовании данной терапевтической тактики возросла в 1,5- 2 раза.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ СЛУЖБЫ В ПЕДИАТРИИ

Лазуренко С.Б., Мазурова Н.В., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И., Кузенкова Л.М., Геворкян А.К., Павлова Н.Н., Цапина С.Ю.

ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, Москва

Актуальность. Необходимость оказания комплексной медико-социальной помощи больному ребенку в терминальной стадии заболевания, а также его семье, недостаточная разработанность этой темы в России определяют особое внимание специалистов к исследованию теоретических и практических оснований организации специализированной паллиативной педиатрической службы. Наиболее эффективно паллиативные мероприятия могут быть осуществлены путем создания специальных условий в семье и при активном участии родственников в этом процессе.

Цель. Установить медико-социальные потребности семьи, направления и содержание психолого-педагогической помощи ребенку на терминальной стадии болезни.

Материалы и методы. 252 ребенка в возрасте от 1 месяца до 16 лет жизни с болезнями: мукополисахаридоз, муковисцидоз, гликогеновая болезнь, тирозинемия, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, дерматомиозит, кардиомиопатия, болезнь Дюшена, цирроз печени, а также 368 родителей этих детей, из которых 252 матери и 116 отцов. Возраст родителей – от 21 до 48 лет. Теоретический метод, логический, сравнительно-сопоставительный и ретроспективный анализ литературы и нормативных документов; наблюдение, беседа, анкетирование, статистическая обработка результатов.

Результаты. Установлено, что программа психолого-педагогической помощи семье ребенка в терминальной стадии болезни должна включать в себя три направления: психологическая поддержка родителей с целью профилактики утраты трудового и личностного потенциала; психолого-педагогическая работа с ребенком для создания оптимальных социальных условий среды и удовлетворения его индивидуальных психологических потребностей; проведение психологических мероприятий, способствующих снижению психологического напряжения и предупреждению эмоционального выгорания медицинского персонала.

Выводы. Жизнеугрожающее заболевание ребенка кардинальным образом меняет социальную ситуацию жизни всей семьи. Тяжелое психоэмоциональное состояние родителей и других родственников больного, глубокая перестройка их сознания требуют индивидуально подобранной медико-психологической помощи. Междисциплинарное взаимодействие специалистов способно оказать комплексное и всеобъемлющее воздействие как на тело, так и на душу пациента и все его социальное окружение. Общество, предоставляя право на паллиативную помощь тяжело больному пациенту, разделяет с родственниками ответственность за его жизнь и качество ухода.

КЛИНИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

ТЕТРАСОМИИ ХРОМОСОМЫ 18p

Ларионова А.Н., Кондакова О.Б., Симонова В.В.

Научно-практический центр Детской психоневрологии, Москва

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Тетрасомия 18p (OMIM 614290) – редкое хромосомное заболевание, характеризующееся умственной отсталостью, черепно-лицевыми дисморфиями, судорогами. Встречается с частотой 1:140 000 живорождений, с соотношением полов м:ж=1:1. Впервые клиническая и цитогенетическая картина заболевания были представлены [Froland et al.] в 1963 году. К настоящему времени в зарубежной литературе описано более 100 случаев.

В нашем центре наблюдался пробанд 5 лет. Мальчик от третьей беременности, вторых срочных родов. Вес при рождении 3000 г, длина 50 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. В период новорожденности отмечалось срыгивание, плохая прибавка в весе, в дальнейшем – задержка психомоторного развития. В возрасте 3 лет 5 месяцев – эпизод фебрильных судорог. При осмотре выявлены: долихоцефалия, узкое лицо, высокий лоб, эпикант, гипертелоризм, антимонголоидный разрез глаз, узкие короткие глазные щели, широкое переносье, широкий кончик носа, диспластичные ушные раковины, микроотия, полная нижняя губа, прогения, брахидактилия на кистях, левосторонняя полителия, кифотическая осанка, врожденный дермальный синус в пояснично-крестцовой области. Ребенок контактный, расторможенный, ходит самостоятельно с атаксией, отмечаются двигательные стереотипии. Интеллект снижен в легкой степени. Понимание речи ограничено. В экспрессивной речи лепетные слова. Навыки опрятности ниже возрастной нормы, отмечается ночной энурез.

Цитогенетическое обследование пробанда выявило сверхчисленную маркерную хромосому 47,XY,+mar. При кариотипировании родителей хромосомных перестроек не найдено. При проведении FISH анализа обнаружено присутствие сверхчисленной метацентрической маркерной хромосомы, представленной двумя копиями короткого плеча хромосомы 18, образующими изохромосому 18p. Подобная перестройка, в большинстве случаев, происходит de novo. Таким образом, FISH диагностика позволила определить специфичность добавочного хромосомного материала у пробанда, своевременно поставить правильный диагноз и уточнить прогноз дальнейшего деторождения в семье.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Левченкова В.Д., Батышева Т.Т., Матвеева И.А., Семёнова К.А.

ФГБУ «НЦЗД» РАМН, г. Москва

ГКУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ», г. Москва

В основе возникновения детского церебрального паралича (ДЦП) лежит нарушение онтогенетического развития головного мозга, вследствие повреждающего воздействия различных патологических факторов в пренатальном, интранатальном, неонатальном периодах. Однако, несмотря на разнообразие этих факторов, морфологические проявления их влияния однотипны: поражается весь мозг в целом, в том числе все структуры двигательного анализатора мозга, что выявляется при гистологическом исследовании мозга умерших больных.

Макроскопически патологические изменения головного мозга обнаруживаются только у 50% больных, что соответствует результатам КТ и МРТ исследований. Дистрофические изменения нейронов в области базальных ядер, ствола мозга, особенно вестибулярных ядер, ведут к нарушениям функциональной системы антигравитации. Сочетаясь с центральными парезами и параличами конечностей, эти нарушения ещё более усугубляют патологию двигательного развития больных. Для активного функционирования нейрона, развития межнейронных связей необходима постоянная импульсация с поверхностных рецепторов кожи и проприоцепторов. Поэтому для восстановления двигательных функций необходимо проводить активную стимуляцию нейронов, используя все методы периферической афферентации нейронов: массаж, лечебную гимнастику, гидрокинезотерапию, стимулятор

опорной функции стоп «Корвит», с трёх лет жизни метод динамической проприоцептивной коррекции с применением лечебных костюмов «Гравистат», «Гравитон».

Для стимуляции психического и речевого развития необходимы занятия с логопедом, психологом, начиная с первых недель жизни больных с риском формирования ДЦП. Занятия должны проводиться по определённой программе на положительном эмоциональном фоне, формирующем мотивацию ребёнка к развитию речи и двигательных навыков, а также корригирующих зрительное и слуховое восприятие окружающего мира. Только комплексное, адекватное клиническим проявлениям болезни, лечение, проводимое систематически, непрерывно, даёт положительный результат в развитии двигательных, психических, речевых функций больных ДЦП.

**БРЮШНАЯ НЕРВНАЯ ЦЕПОЧКА И ОКОЛОГЛОТОЧНЫЙ ГАНГЛИЙ У ЧЕЛОВЕКА.
ВОЗДЕЙСТВИЯ В ОБЛАСТИ СОЛНЕЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ И ДРУГИХ СПЛЕТЕНИЙ
ЖИВОТА И ТЕЛА ВЫЗЫВАЮТ ОСЛАБЛЕНИЕ СПАСТИКИ РЕБЕНКА С ДЕТСКИМ
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Максимова Е.В.

ГОУ №1709, НАШ ДОМ - Начальная школа-детский сад (компенсирующего вида, для детей с задержкой психического развития) Москва

Уровни построения движений, предложенные Н. А. Бернштейном, можно рассматривать, как уровни функционирования человеческого тела, уровни построения психики человека. Уровень А – соответствует развитию кишечнополостных (медузы и гидры) с их, практически, не дифференцированным восприятием, сетчатой нервной системой и целостным ответом всего тела. Уровень В – рыбы и земноводные – периферическое зрение и повторяющиеся двигательные автоматизмы. Уровень С – птицы и низшие млекопитающие – хорошее центральное зрение помогает ориентации в пространстве. Здесь значимы реальные цели и их достижение. Уровень D – высшие млекопитающие, приматы - восприятие и движение идут в представляемом мире, достижение представляемых целей. Группа уровней E – человек, речь и абстрактное мышление.

Работая с телами детей и их родителей, мы заметили еще один уровень физиологической регуляции тела. Этот уровень, филогенетически, соответствует нервной системе червей и насекомых. У червей нервная система представлена окологлоточным нервным кольцом и брюшной нервной цепочкой с отдельными нервными узлами (ганглиями).

В телесно ориентированной работе мы можем активизировать отдельные ганглии этой системы или всю систему в целом. Места воздействия частично совпадают с чакрами, описанными в восточной медицине - Свадхиштхана, Манипура, Анахата. Но включают в себя также область пупка (воздействие на эту область широко используется в Тайской медицине), подбородок и затылок.

В результате активизируется восприятие всей брюшной части тела человека, выравнивается и углубляется дыхание. У детей с детским церебральным параличом – уменьшается тоническое напряжение тела – эффект постепенно целостно охватывает все тело.

**ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ПОДРОСТКОВ
СТРАДАЮЩИХ ДЦП**

Малахов О.О. Малахов О.А. Транковский С.Е.

НЦЗД РАМН, г. Москва,

ФГБУЗ ЦДКБ ФМБА России, г. Москва

Актуальность: По данным литературы патология тазобедренных суставов у детей с ДЦП встречается до 75%. Среди больных ДЦП встречаются подростки с тяжёлым поражением тазобедренных суставов. Возраст пациентов не позволяет применять в лечении ранее используемые хирургические методики. В поисках решения этой проблемы мы прибегли к эндопротезированию тазобедренных суставов.

Цель исследования: Повысить эффективность хирургического лечения подростков, страдающих ДЦП с тяжёлой патологией тазобедренных суставов.

Материал и методы: в ортопедо – травматологическом отделении НЦЗД РАМН в 2012 г. Было выполнено 3 операции эндопротезирования у пациентов с спастической формой ДЦП. 2

мальчика, 12 лет с односторонним поражением и 14 лет с 2-х сторонним поражением тазобедренных суставов. Подростки не вертикализировались по причине тяжёлого поражения тазобедренных суставов. Ведущей жалобой у пациентов был болевой синдром в поражённых суставах. Для оперативного лечения использовали эндопротезы фирмы Aescular, B. Braun, техника оперативного вмешательства соответствовала протоколу производителя имплантата. Данные протезы специально адаптированные к малым размерам как вертлужной впадины, так и бедренного канала. Пара трения была выбрана керамика – полиэтилен с козырьком.

Результаты: В течении 1,5 лет после операции мы отмечаем стойкий положительный эффект от проведённого лечения. Боли не беспокоят, пациенты - вертикализированы, занимают 3 уровень двигательной активности по GMFCS2007.

Заключение: Наш опыт эндопротезирования тазобедренных суставов у подростков страдающих ДЦП, позволил устранить болевой синдром, восстановить двигательную активность пациентов, улучшил качество жизни пациентов страдающих ДЦП.

**ИННОВАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ОБРАЗОВАНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**
Маркитанова Р.М., Простова М.В., Яковлева С.В., Акимова Е.А., Мамедьяров А.М.
ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, Москва

Актуальность. Повышение качества жизни детей с ограниченными возможностями здоровья путем создания специализированных медицинских и образовательных условий для их успешной социализации является наиболее важной сферой деятельности социальной политики и российских ученых. Повсеместно в процессе реабилитации все более устойчивые позиции занимают методы педагогического воздействия на ход психического развития детей с нарушениями здоровья. Однако до настоящего времени не определены содержание и организация образовательного процесса младших школьников с детским церебральным параличом, что обуславливает актуальность научных исследований в этой области.

Цель. Определить педагогический маршрут и организацию комплексной реабилитации младших школьников с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы: 145 младших школьников с заболеваниями опорно-двигательного аппарата различной этиологии и степени тяжести; анализ клинической информации и сведений о состоянии их здоровья, психолого-педагогическая диагностика (Забрамная С.Д., Выгодская Г.Л., Леонгард К. и др.), пролонгированное наблюдение за темпом усвоения нового и ходом психического развития, экспериментальное обучение, беседа, анкетирование, статистическая обработка полученных данных.

Результаты. Дети с заболеванием опорно-двигательного аппарата, согласно их психофизическому состоянию и образовательным потребностям, могут быть условно разделены на две категории: школьники со сложной структурой вторичных нарушений в развитии, обучение которых должно осуществляться по индивидуальной программе, а образовательный процесс реализовываться в школе надомного обучения и семье; учащиеся, физическое состояние и уровень психического развития которых позволяет им усваивать программный материал в групповой и индивидуальной форме, посещать школу и сохранять работоспособность на протяжении всего учебного дня без вреда для их физического и психического здоровья.

Выводы. Психолого-педагогическая диагностика позволяет точно определить образовательные потребности детей и их потенциальные возможности усвоения нового, актуальный уровень психического развития. Дети с заболеваниями опорно-двигательного аппарата нуждаются в индивидуальном подборе режима педагогической нагрузки и формы обучения. Образовательный процесс должен быть органично включен в программу восстановительного лечения и способствовать сохранению и укреплению здоровья, развитию детского психологического потенциала. В школе надомного обучения должны быть созданы все условия для реализации медицинских мероприятий и интегративного подхода к обучению.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Мартынюк В.Ю. Майструк О.А. Абраменко В.В.

*ГУ «Украинский медицинский центр реабилитации детей с органическим поражением
нервной системы МЗ Украины», г. Киев*

В Украинском медицинском центре реабилитации детей с органическим поражением нервной системы с 1998 г. применяется модель «Тандем — Партнерство», «Ребенок — Семья — Специалист». С 2000 г. в базовую комплексную терапию, включены методики иглотерапии. Лечение проводит сертифицированный специалист, неоднократно проходивший международную стажировку в Академии Традиционной Китайской Медицины, г. Пекин. Актуальным на сегодняшний день является объединение западно-европейских и восточных лечебно-реабилитационных методик.

Цель: оптимизация восстановительного лечения детей с церебральным параличом путем применения в комплексной терапии немедикаментозных методов иглорефлексотерапии.

Материалы и методы. Под динамическим наблюдением находились 165 детей (90 мальчиков и 75 девочек), прошедших от 3-х до 12-ти реабилитационных курсов, всего 574. Пациенты разделены на 2 группы: Основная — получала корпоральную пунктуру, специализированное иглоукалывание (скальпакупунктуру), «традиционную» (лечебный массаж, мануальная и другая кинезотерапия, физиотерапия) реабилитацию, социально-педагогическую коррекцию. Контрольная - получала «традиционное» лечение без применения иглорефлексотерапии. Основной группе пациентов в течении курса, проводилось 15-17 сеансов иглоукалывания. В течении сеанса, длительностью 60 минут, иглы выставлялись в специализированные зоны на голове ребенка и корпоральная пунктура репрезентативных акупунктурных точек в зависимости от формы церебрального паралича. Эффективность реабилитации проводилась по шкале моторных функций (тестовый бланк GMFM-88), являющийся стандартизированным и проверенным инструментом для определения изменений моторных функций у детей с церебральными параличами. В качестве критерия эффективности, рассматривалась разница 88 самостоятельно выполняемых двигательных навыков, по балльной шкале до и после курса лечения.

Результаты. В основной группе, отмечалась более выраженная позитивная динамика в двигательной сфере ребенка по сравнению с контрольной. Статистическая достоверность различий результатов между основной и контрольной группами ($p \leq 0,05$).

Заключение. В Украинском медицинском центре реабилитации детей с органическим поражением нервной системы МЗ Украины, применяется 4 основных направления в лечении церебрального паралича:

1. Традиционное (лечебный массаж, мануальная и другая кинезотерапия, физиотерапия).
2. ДПК (метод проф. Семеновы К.О.).
3. Бобат терапия.
4. Войта терапия (преимущественно детям раннего возраста).

Полученный в центре реабилитации опыт позволяет нам рекомендовать совмещение традиционных реабилитационных мероприятий с рефлексотерапевтическими методами лечения.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЦП В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Мезина Э.В.

ГУ «Белорусская академия последипломного образования», г. Минск

Актуальность: С 2005 по 2012г. в Республике Беларусь среди детей нет существенного роста первичной инвалидности вследствие ДЦП, т.к. действует хорошо отлаженная комплексная программа реабилитации. Но такой программы нет в отношении взрослых больных. В Республике отсутствуют данные о пациентах, страдающих ДЦП, в возрасте старше 18 лет, нет нормативной базы, определяющей их статус и возможности реабилитации. Как следствие этого, нет единого подхода к их реабилитации. Зачастую она сводится к экспертизе нетрудоспособности, обеспечении техническими средствами реабилитации или

ортопедической обувью. В тоже время известно что, качество жизни таких больных становится существенно ниже с возрастом.

Цель: изучить качество жизни возрастных больных ДЦП.

Материалы и методы: 28 больных ДЦП в форме спастической диплегии в возрасте 18-23 года, 2-3 степени тяжести; международный универсальный опросник SF 36.

Результаты и выводы: По нашим наблюдениям у 75% опрошенных взрослых пациентов со спастическими формами ДЦП присутствует хронический болевой синдром, который коррелирует с выраженной утомляемостью, а у части больных - с депрессией и эмоциональными расстройствами. Именно по этим показателям, наряду с функциональными нарушениями снижается качество жизни больных. Все опрошенные указали на несистематическое медицинское наблюдение, 99% не имеют ИПР на руках, из дополнительных средств реабилитации названо обеспечение ортопедической обувью, санаторно-курортное лечение получают лишь 2% опрошенных.

«АДАПТИВНАЯ ПЕДАГОГИКА» - ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНОЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ С ДЦП.

Мерцалова Н.С., Гетьман Е.А., Акименкова Н.С.

*ГАУ «Московский научно-практический центр реабилитации инвалидов вследствие ДЦП»,
г. Москва*

Актуальность: Инвалиды вследствие ДЦП имеют разнообразные двигательные и когнитивные нарушения, которые, несомненно, отражаются на социально-значимых навыках (способность к самообслуживанию, общению и обучению), что сильно затрудняет их социальную адаптацию. Родители таких детей испытывают потребность не только в восстановительном лечении своих детей, но и в обучении их социально значимым видам деятельности для успешной интеграции в общество.

Цель: В рамках выполнения реабилитационных мероприятий по социально-бытовой адаптации, социально-средовой ориентации и социально-педагогической реабилитации - формирование навыков, помогающих детям-инвалидам и членам их семей интегрироваться в социум.

Методы: Групповые обучающие и развивающие занятия, на основе методов педагогического воздействия по овладению детям-инвалидам необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию; развитие личности ребёнка-инвалида на основе учёта возрастных и индивидуальных особенностей, внутренних ресурсов и возможностей, выработка совместными усилиями педагогов, детей-инвалидов и их родителей качеств, помогающих оптимально приспособиться к окружающей среде, психологическая поддержка родителей, воспитывающих детей-инвалидов.

Результаты: Овладение детьми-инвалидами необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию и успешному обучению; создание условий для формирования качеств личности, помогающих детям оптимально приспособиться к окружающей среде; повышение компетентности родителей детей в вопросах воспитания, освоение конструктивных способов взаимодействия с ребенком, что обеспечивает профилактику или устранение негативных явлений в семье (гиперопека, неэффективные модели детско-родительских отношений, эмоциональная депривация и социальная изолированность детей-инвалидов и семей с такими детьми); расширение сети социальных контактов участников.

ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА

Мирсаидова Н.А, Зиямухамедова Н.М, Ризаева Н.Т.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Нейропатия седалищного нерва является одной из наиболее частых патологий, приводящей к ограничению двигательной активности ребенка. При несвоевременном и неадекватном лечении она может привести к инвалидизации, что в свою очередь сопровождается рядом социальных ограничений.

Одной из наиболее частых причин, приводящих к нейропатии седалищного нерва, является травма. В основном это происходит при внутримышечном введении антипиретиков,

спазмолитиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, мамами, близкими родственниками, соседями больных, не имеющими достаточных медицинских навыков.

Целью исследования явилось изучение эффективности электростимуляции при лечении патологии седалищного нерва у детей.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 32 ребенка с нейропатией седалищного нерва, в возрасте от 6 мес до 15 лет. Всем детям проводилось тщательное клинично-неврологическое и электронейромиографическое (ЭНМГ) исследование. Электронейромиографическое исследование проводилось на аппарате «Нейро МВП». Все дети были разделены на две группы. В первой группе было 10 детей, во второй 22.

Результаты и обсуждение. Эффективность лечения оценивали при помощи ЭНМГ исследования. ЭНМГ исследование пораженного нерва в обеих группах было проведено как до начала, так и через месяц после окончания лечения. Амплитуда М-ответа с пораженного нерва равнялась 0,1-1,5мВ (в норме более 3 мВ). Моторная СРВ не изменена в пределах нормы. Эти данные свидетельствовали об аксональном поражении нерва. Первая группа детей получала традиционное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Во второй группе детям наряду с медикаментозным и физиотерапевтическим лечением, проводили электростимуляцию поврежденного нерва. Электростимуляцию пораженного нерва проводили частотой 3-4 Гц, при силе тока 10-15 мА в течении 15-20 мин. 1 раз в день в течении 10 дней. После проведенного курса лечения в первой группе больных при ЭНМГ исследовании у 6 детей, не было выявлено положительной динамики. У 4 детей амплитуда М-ответа поднялась до 0,3-0,5 мВ. Во второй группе больных амплитуда М-ответа увеличилась до 0,5-1,0 мВ.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют, что проведенное комплексное лечение, наряду с электростимуляцией пораженного нерва, дает более эффективные результаты в восстановлении нерва. Это в свою очередь дает возможность рекомендовать электростимуляцию пораженного нерва в лечении нейропатий.

СОЦИАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПУТЕМ ВКЛЮЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАНИЕ

Михайлова О.В., Абкович А.Я., Семаго М.М.

БФСПГ «Соинтеграция», Москва

ГАУ «МНПЦ реабилитации инвалидов вследствие ДЦП», Москва

Несмотря на происходящие позитивные изменения в специальном образовании, проблема получения доступного образования детьми с тяжелыми и сочетанными нарушениями развития остается почти неразрешимой. Они зачастую относятся к числу «необучаемых», не получают развития и находятся вне образовательного пространства.

С апреля 2013 г. в ГАУ «МНПЦ РИ ДЦП» совместно с Восточной окружной организацией МГО «ВОИ» и БФСПГ «Соинтеграция» при участии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, реализуется проект «Образование для всех: социальная интеграция детей с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности путем включения в образовательное пространство». Целевая аудитория - дети-инвалиды и члены их семей; волонтеры и специалисты, работающие с детьми. Основная цель проекта - содействие поступлению детей с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности в образовательные учреждения для их максимально возможной социализации и интеграции в общество. В процессе реализации проекта осуществляется комплексная психодиагностика и оценка образовательного потенциала ребенка, его семьи и ближайшего окружения, разработка и реализация индивидуальных реабилитационных программ, содействие в выборе образовательного учреждения и сопровождение в адаптационный период, а также поиск путей межведомственного взаимодействия в сфере реабилитации детей-инвалидов.

На I-ом этапе проанализирована ситуация и нормативно-правовая база в сфере образования детей с ОВЗ в г. Москве, проведено анкетирование для выявления образовательных проблем семьи. Также была проведена комплексная диагностика детей с использованием технологии проведения консилиумного приема междисциплинарной командой специалистов, разработанной М.М. Семаго. По итогам реализации I-го этапа можно утверждать, что основными препятствиями для включения в образовательное пространство детей с грубыми и сочетанными нарушениями развития являются: острая нехватка образовательных учреждений

для таких детей, а также низкая осведомленность родителей о реабилитационных и образовательных возможностях и правовых гарантиях, которые предоставляет Москва детям-инвалидам.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Михайлова О.В., Максимова М.Е.

ГАУ «МНПЦ реабилитации инвалидов вследствие ДЦП», г. Москва

Проблема комплексной реабилитации инвалидов, особенно с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности, является междисциплинарной по своему содержанию и выдвигаемой цели. В Москве по состоянию на 1 января 2013 года проживает 1 207 739 человек, признанных инвалидами в установленном порядке. Это почти 10 % от числа жителей города. Модель управления процессом реабилитации инвалидов с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности реализуется на базе Государственного автономного учреждения «Московский научно-практический Центр реабилитации инвалидов вследствие детского церебрального паралича». Клиенты Центра – это все инвалиды вследствие детского церебрального паралича, проживающие в Москве, старше 3-х лет. В Центре поставлено на учет и находится под активным мониторингом более 3000 семей, имеющих инвалидов, 2270 человек из них - дети от 3 до 18 лет.

В основу реализуемой в ГАУ «МНПЦ реабилитации инвалидов вследствие ДЦП» модели положены три базовых компонента:

- Непрерывный активный социальный мониторинг потребностей инвалидов с ДЦП, проживающих в городе Москве, а также членов их семей, организация системы быстрого реагирования на их запросы.
- Экспертиза психофизического состояния инвалида (комплексная оценка имеющихся у него ограничений жизнедеятельности и потенциальных возможностей) на основе реабилитационной диагностики с целью разработки индивидуального плана курса комплексной реабилитации с учетом реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза клиента.
- Доступная, ранняя, непрерывная и эффективная комплексная реабилитация инвалидов и членов их семей, основанная на передовых отечественных и зарубежных технологиях.

Для успешной реализации составленной индивидуальной программы реабилитации, в Центре отработана система «мультидисциплинарной реабилитационной бригады», в состав которой входит невролог, ортопед, реабилитолог, психолог, дефектолог, педагоги по социально-бытовой адаптации и профессиональной ориентации, что позволяет наряду с восстановлением физической активности пациента проводить коррекцию его когнитивных и психоэмоциональных расстройств.

Таким образом, проблемы комплексной реабилитации инвалидов нельзя рассматривать изолированно с точки зрения медицинской, профессиональной или социальной реабилитации. Комплексная реабилитация – это междисциплинарная деятельность, которая должна осуществляться на основании общих подходов к проблемам инвалида при постоянном взаимодействии специалистов всех направлений на всех этапах реабилитационного процесса, начиная от мониторинга социально-экономического положения инвалида и его семьи, оценки ограничений жизнедеятельности и заканчивая отбором наиболее эффективных реабилитационных технологий и оценкой эффективности процесса реабилитации.

СЕНСОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Михайлова О.В., Субботина Е.И., Абкович А.Я.

ГАУ «МНПЦ реабилитации инвалидов вследствие ДЦП», Москва

В настоящее время, имеются весьма противоречивые сведения о программах и методах воспитания, развития, и интеграции детей со сложным дефектом (тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата и интеллектуальной недостаточностью). Отсутствие целостной системы психолого-педагогического сопровождения таких детей в системе социальной защиты населения обусловило актуальность данной темы.

Известно, что у ребенка с тяжелыми двигательными нарушениями, схема положений и движений тела развивается патологически. Воспроизведение даже самого простого двигательного акта вызывает значительные трудности и в связи с этим ограничена предметно-манипулятивная деятельность и нарушение стереогноза, что в сочетании с недостаточностью зрительно-моторной координации препятствует формированию полноценного восприятия и познавательной деятельности ребенка. Особое значение для данной категории детей имеет сенсорное развитие, поскольку на нем базируется интеллектуальное развитие ребенка. Основная проблема возникает при выборе адекватных методов обучения и воспитания, соответствующих структуре дефекта и тяжести нарушений.

В настоящее время на базе ГАУ «МНПЦ РИ ДЦП» разработана и успешно апробируется программа сенсорного развития детей с тяжелыми двигательными нарушениями в сочетании с интеллектуальной недостаточностью. В её основу положены работы А.А. Наумова, А.Р. Маллера, И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, Л.В. Дударевой, Е.Ф. Войлоковой и др.

Целью коррекционно-развивающей работы по программе, является сенсорное развитие детей с сочетанными нарушениями, которое в первую очередь направлено на формирование ориентировочной деятельности и реализуется в виде перцептивных действий – действия рассматривания, слушания, ощупывания, а также обеспечении освоения систем сенсорных эталонов.

Основные задачи реализации программы заключаются в формировании эмоционально-положительного отношения к окружающему; овладении навыками обследования реальных предметов (примеживание, наложение, приложение, вложение); формировании умения производить произвольные действия по подражанию; развитии слухо-двигательных и слухозрительных межанализаторных связей; расширении внешнего пространства ребенка.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА СПИРАЛЬНОЙ КИНЕЗИОТЕРАПИИ В НЕЙРО-ОРТОПЕДИЧЕСКОМ КОСТЮМЕ «EVA» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Морошек Е.А., Аронскинд Е.В., Львова О.А., Шершнева В.Н., Никифорова П.Ш.

Реабилитационный центр «Здоровое детство», г. Екатеринбург

ГОУВПО «УГМА» МЗ и СР России, кафедра неврологии детского возраста и неонатологии, г. Екатеринбург

Наиболее эффективным способом по данным литературы в медицинской нейро-реабилитации больных с измененным мышечным тонусом является воздействие на двигательные зоны коры головного мозга посредством активного сокращения мышц. Разработка методов увеличения эффективности воздействия на разные группы мышц является актуальной задачей для развития реабилитологии.

Цель: Оценить эффективность метода спиральной кинезиотерапии в нейро-ортопедическом костюме «EVA» у детей со спастическими формами ДЦП.

Материалы и методы. Указанный метод основывается на активации моторных и сенсорных структур ЦНС и воздействии на подкорковые структуры посредством активной афферентации, при этом НОК «EVA» увеличивает его эффективность. Под наблюдением состояло 86 пациентов с синдромом ДЦП в форме спастической диплегии средней степени тяжести в возрасте с 1 года до 4 лет. Оценка проводилась до и после трех курсов реабилитации в течение 6 месяцев. Для объективизации результатов проводимого лечения использовали клинично-anamnestические данные, шкалу Эшуорта (Modified Ashworth scale), оценку нервно-психического развития проводили по Денверскому тесту, моторное развитие оценивали с помощью моторного коэффициента (MQ). Полученные данные были статистически обработаны с использованием критерия z и степени его достоверности. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от лечения: группа 1 (n=44) – дети, получавшие традиционные методы реабилитации (массаж, ЛФК, физиотерапия, ИРТ, гидротерапия); группа 2 (n=42) – дети, получавшие лечение методом спиральной кинезиотерапии в нейро-ортопедическом костюме «EVA»

Результаты. Статистически достоверных отличий по клинично-anamnestическим данным выявлено не было. При оценке по Денверскому тесту после лечения в обеих группах отмечалась положительная динамика в формировании грубых моторных навыков. В 1 группе - у 47,5 % (n=21); во 2 группе - 73,6 % (n=31) (p<0,005). Снижение спастичности мышечного

тонуса по шкале Эшуорта (Modified Ashworth scale) наиболее выражено у детей 2 группы – на 1,1 балл. При сравнении моторного коэффициента (MQ) до и после лечения у пациентов обеих групп отмечалась положительная динамика, достоверных отличий не выявлено.

Выводы. Выявлено более значимое снижение спастичности мышечного тонуса, появление и закрепление моторных навыков при использовании метода спиральной кинезиотерапии в нейро-ортопедическом костюме «EVA» в отличие от традиционных методов лечения. В настоящее время исследование по изучению метода продолжается.

СТРУКТУРА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ И ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Надеева Н.М., Залазаева Е.А.

КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов», 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 (ЧЛО), которые сочетаются с зубочелюстными аномалиями (ЗЧА).

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. ЗЧА 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 ЗЧА – 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 анартрии. У 17 (37,8%) человек речевое развитие соответствовало возрасту. Наиболее тяжелую зубочелюстную патологию значительно чаще диагностировали у детей, имеющих речевые нарушения, а именно сочетанные ЗЧА выявлены в 75,0% у детей с анартрией ($r=0,85$; $p<0,05$), 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.

СТРУКТУРА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Небожин А.И., Захарова О.В.

*Российская медицинская академия последипломного образования,
Центр реабилитации "Движение" Москва*

Актуальность: Неврологические нарушения у новорожденных и детей грудного возраста часто являются проявлением функциональных биомеханических нарушений (ФБМН). В зависимости от локализации ФБМН (M99 МКБ 10) клинически являются полиморфными и могут проявляться сегментарными, проводниковыми нарушениями или их сочетаниями в разных комбинациях.

Цель: Определить распределение ФБМН в опорно-двигательном аппарате (ОДА) у новорожденных и детей грудного возраста с неврологическими нарушениями.

Материалы и методы: Было обследовано 143 новорожденных и детей грудного возраста с сегментарными и проводниковыми неврологическими нарушениями, обусловленных ФБМН. Для подтверждения связи между ФБМН и неврологическими нарушениями использовали

методы клинического исследования нервной системы, рентгенографию позвоночника, МРТ головного мозга, ЭМГ, ЭЭГ, нейрогенетические методы.

Результаты исследования: У 143 детей были выявлены ФБМН в разных отделах ОДА. У всех детей выявили множественные ФБМН.

Таблица Распределение ФБМН у новорожденных и детей грудного возраста с неврологическими нарушениями

Отдел позвоночника или сустав	N=143	%
ПДС шейного отдела	114	79,7
ПДС грудного отдела	97	67,8
Плечевой	72	50,3
Реберно-позвонковые и реберно-поперечные	46	32,2
Крестцово-подвздошный	38	26,6
ПДС шейно-грудного перехода	31	21,7
Локтевой	27	18,9
Коленный	21	14,7
Тазобедренный	18	12,6
ПДС поясничного отдела	17	11,9
Голеностопный	13	9,1

Выводы: ФБМН преимущественно возникают в верхних сегментах опорно-двигательного аппарата, что, вероятно, обусловлено возникновением существенных физических нагрузок в этих отделах ОДА во время родов и кесарева сечения.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Небожин А.И., Захарова О.В.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Центр реабилитации "Движение" Москва

Актуальность Неврологические проявления функциональных биомеханических нарушений (ФБМН) у новорожденных и детей грудного возраста представляют собой важную медико-социальную проблему, которую одновременно вынуждены решать врачи разных специальностей и социальных служб. Трудности диагностики обусловлены разнообразием и совпадением клинических проявлений, обусловленных ФБМН (М99 МКБ 10) с клиническими состояниями при других нозологических формах.

В 85% наблюдений причиной возникновения неврологических нарушений у новорожденных является родовая травма позвоночника и спинного мозга, при этом спинальная травма возникает в 2-3 раза чаще, чем внутричерепная (Ратнер Ю.А.). Натальная травма шейного отдела позвоночника является причиной двигательных расстройств и последующей инвалидизации детей в 8–12% наблюдений.

Цель: Определить частоту выявления ФБМН, как причины неврологических нарушений, у новорожденных и детей грудного возраста.

Материалы и методы: было обследовано 216 новорожденных и детей грудного возраста с сегментарными и проводниковыми неврологическими нарушениями. Использовали методы клинического исследования нервной системы, рентгенографию позвоночника, МРТ головного мозга, ЭМГ, ЭЭГ, нейрогенетические методы.

Результаты: У 143 детей из 207 (69,1%) были выявлены ФБМН в разных отделах опорно-двигательного аппарата. После проведения мануальной коррекции неврологические нарушения регрессировали полностью (77,6%) или значительно (22,4%). У 64 детей были выявлены: детский церебральный паралич (G80), нарушения обмена веществ (E70-E90), врожденная аномалия мозолистого тела (Q04.0), голопроэнцефалия (Q04.2), врожденные церебральные кисты (Q04.6) и другие болезни нервной системы.

Выводы: Более, чем в двух третьих случаев возникновения неврологических нарушений причиной их возникновения у новорожденных и детей грудного возраста являются. ФБМН

Своевременная коррекция ФБМН сопровождается восстановлением функционирования нервной системы.

ПРИНЦИПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ВИДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Новиков В.А., Барлова О.В.

ФГБУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г. И. Турнера Минздравоохранения России», г. Санкт – Петербург

Целью работы являлась разработка оптимального алгоритма обследования пациента со «спастической рукой», который позволит предложить тип оперативного лечения.

Материалы и методы. Мы разработали и применяли систему обследования, моделирующую предполагаемый результат селективной невротомии двигательных нервов верхней конечности. Исследуемая группа (26 пациентов) по основным жалобам была условно разделена на три. У 19 пациентов наблюдали в клинической картине заболевания преобладание спастичности сгибателей кисти и пальцев, в этом случае применяли блокаду срединного нерва в области локтевой ямки. У 4 пациентов превалировала спастичность сгибателей предплечья, поэтому мы выполняли им блокаду мышечно-кожного нерва. У 3 пациентов патологический мышечный гипертонус присутствовал как в сгибателях предплечья, так и в сгибателях кисти и пальцев. Этой группе выполняли поочередно оба вида диагностических блокад.

Результаты. Если у ребенка функция конечности была ограничена преимущественно за счет патологического мышечного гипертонуса, а не вторичных контрактур, то диагностическая блокада срединного нерва положительно сказывалась на амплитуде движений в суставах конечности, а также на показателях функциональных тестов и ЭМГ. В таком случае, оперативное лечение начинали с селективной невротомии срединного нерва. В случаях незначительного влияния диагностической блокады на результаты обследования, делался вывод о том, что функция конечности первично ограничена фиксированными контрактурами или деформациями и, следовательно, нуждается в ортопедохирургическом виде лечения.

Заключение. Использование диагностической блокады двигательного нерва на этапе планирования оперативного лечения позволяет создать временную обратимую модель селективной невротомии двигательных ветвей нерва, точно дифференцировать вид контрактур, степень их выраженности и функциональные перспективы конечности. Полученные при обследовании данные позволяют сделать конкретные выводы о том, какой вид хирургического лечения показан пациенту для достижения оптимального эффекта: ортопедохирургический, нейрохирургический или же их сочетание.

КОРСЕТЫ-ВЕРТИКАЛИЗАТОРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Новиков В.И., Малахов О.А.

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

Тяжелые формы детского церебрального паралича, натальных и постнатальных травм головного и спинного мозга, асептический некроз головки бедренной кости, болезнь Пертеса, врожденный вывих бедра часто сопровождаются задержкой формирования навыков стояния. В тоже время развитие тазобедренных суставов во многом зависит от величины и направления действующих на них осевых нагрузок. Выявление возможности осуществления коррекции положения головок тазобедренных суставов с одновременным обеспечением постуральной устойчивости является весьма актуальной проблемой.

Целью исследования являлось выявление необходимых характерных особенностей корсетов-вертикализаторов и определение их оптимального ортопедического коррекционного воздействия на тазобедренные суставы при различных поражениях у детей и подростков в процессе комплексного лечения. Пациентами являлись дети и подростки с последствиями ДЦП, сопровождающиеся поражениями тазобедренных суставов, болезнью Пертеса и врожденными вывихами бедра с отсутствием самостоятельного стояния без специальных ортопедических приспособлений. Больные в процессе комплексного лечения, до ортезирования, при ортезировании корсетами-вертикализаторами, в процессе осуществления

постуральной терапии с использованием корсета-вертикализатора, сопровождающейся воздействием осевых нагрузок на тазобедренные суставы и в отдаленном периоде.

Проведен анализ воздействия корсетов-вертикализаторов на тазобедренные суставы с позиций биомеханики. Выявлены основные параметры корсетов-вертикализаторов, которые необходимо обеспечивать в процессе ортезирования. На основании полученных подходов проведена разработка, в результате которой получена оригинальная конструкция корсета-вертикализатора, наиболее полно удовлетворяющая медико-биомеханическим требованиям.

Проведено ортезирование разработанным корсетом-вертикализатором 10 детей и подростков с различными патологиями тазобедренных суставов и отсутствием навыков самостоятельного стояния.

Выявлено, что стояние осуществлением дозированной нагрузки в корсете-вертикализаторе с одновременным разведением ног в диапазоне 25-30 градусов значительно улучшает патологическое состояние тазобедренных суставов и дает возможность в процессе комплексного лечения значительно ускорить устранение патологий тазобедренного сустава. Одновременно разработанная конструкция корсета-вертикализатора позволяет производить ортопедическую коррекцию патологических установок коленных, голеностопных суставов и сегментов туловища, а также, при наличии показаний, положения головы с использованием головодержателя. Кроме того, использование корсета-вертикализатора уменьшает вероятность возникновения вторичных деформаций, что часто встречается у лежачих больных.

Результаты работы, разработанный корсет-вертикализатор могут быть использованы в практической работе в реабилитационных центрах, стационарах специализированных больниц, а также при проведении научно-практических работ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ РАВНОУСКОРЕННОГО ТРЕНИНГА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Ногова Е.В., Матвеева И.А., Пелля Е.И., Турова М.Л., Мельникова С.В.

НПЦ ДП ДЗ г. Москвы

Актуальность. Разработка новых методов реабилитации детей с церебральными параличами (ДЦП) остаётся актуальной задачей. Одно из её возможных решений - использование спортивных технологий, направленных на улучшение координации и нормализацию мышечного тонуса.

Цель. Исследование эффективности применения метода равноускоренного тренинга (РТ) в комплексном лечении двигательных нарушений у детей школьного возраста со спастическими формами ДЦП.

Материалы и методы. Для проведения РТ использовался тренажёр Power Plate. Его платформа совершает физиологически оптимальные колебания в диапазоне частот от 25 до 40 герц. Всего курсы РТ, состоявшие из 8 индивидуально разработанных занятий, проведены 16 детям в возрасте от 7 до 17 лет. У 11 имелась спастическая диплегия (СД), а у 5 – гемипаретическая форма ДЦП (ГП). Уровень двигательного развития по шкале GMFCS у 6 детей с СД был 3-й (54,4%) и у 5 – 2-й (45,6%). При ГП: 2-й – у двух детей (40%) и 1-й – у трёх (60%). Оценивали данные клинического осмотра с проведением видеомониторинга, стабилотрии и денситотрии до и после курса РТ.

Результаты. Клинически у всех пациентов отмечалась положительная динамика, подтверждённая данными видеомониторинга. 2 ребёнка начали ходить без дополнительной опоры. По данным стабилотрии у 9 (56,3%) пациентов отмечалось уменьшение площади статокинезиограммы в положении с закрытыми глазами при проведении универсального американского теста Ромберга. Это свидетельствовало об улучшении вертикальной устойчивости за счёт более активного включения проприоцепции. Денситотрия выявила снижение плотности костной ткани у 4-х детей. Для оценки влияния РТ на этот показатель необходимо наблюдение в динамике.

Выводы. РТ позволил в короткие сроки добиться увеличения диапазона и качества движений, улучшения координации и функции вестибулярного аппарата у детей со спастическими формами ДЦП. Необходимо продолжить изучение методики для определения чётких показаний к применению, режимов работы и сочетаемости с другими методами лечения.

КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРСАЛИВАЦИИ В НЕЙРОПЕДИАТРИИ ПРЕПАРАТАМИ БОУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А

Носко А.С., Зыков В.П.

Кафедра неврологии детского возраста, РМАПО, г. Москва

Актуальность. Сиалорея часто сопутствует стойким неврологическим нарушениям у детей, что приводит к инфицированию кожных покровов, усугублению нарушения речи и дисфагии, а так же к аспирационным нарушениям. В настоящее время для уменьшения степени слюноотечения все чаще применяют препараты ботулинического токсина типа А (БТА) в связи с высокой эффективностью и отсутствием побочных эффектов.

Цель. Оценить эффективность и безопасность инъекций БТА в слюнные железы под контролем ультразвука (УЗ) с целью снижения степени гиперсаливации.

Материалы и методы. За истекший год нами было проведено 38 инъекции препарата БТА (Dysport®) в околоушные и поднижнечелюстные слюнные железы под контролем УЗ 8 пациентам (средний возраст 5,1 год), 100% мальчики. Распределение по основному заболеванию: ДЦП – 75 %, последствия ОНМК – 25 %. Эффективность лечения оценивали на 4 и 12 неделях после введения БТА по 5-ти балльной Шкале Тяжести Сиалореи (ШТС). Эффективным результат расценивали при уменьшении оценки на 2 балла по сравнению с исходным. Доза вводимого препарата составила: околоушная железа (70 Ед/железу вес <15 кг, 100 Ед/железу 15–25 кг, и 125 Ед/железу вес >25 кг); поднижнечелюстная железа - 40 ЕД.

Результаты. Через 4 недели положительный эффект был достигнут у 62,5% пациентов. Оставшимся 3 пациентам провели повторные инъекции в околоушные железы. На 12 неделе положительный эффект был достигнут у 7 детей (87,5%). Средний балл по ШТС уменьшился до 2,75 по сравнению с исходным - 4,63 ($P < 0.05$). У 1 пациента (12,8%) родители отмечали незначительную сухость во рту, не усугубляющую дисфагию.

Выводы. УЗ-контролируемое введение БТА в слюнные железы является одним из методов выбора для уменьшения степени гиперсаливации у детей со стойкими неврологическими нарушениями из-за своей высокой эффективности и отсутствия выраженных побочных эффектов.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЫШЕЧНОГО АППАРАТА ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП

Огородова И.И., Загороднева В.И., Огородов И. А., Белая Н.Н.

МБУЗ Городская детская поликлиника №1, г. Краснодар

Городской кабинет детского церебрального паралича, г. Краснодар

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Краснодар

Центр восстановительного лечения и реабилитации г. Краснодар

Актуальность. ДЦП это неврологическое заболевание, которое вследствие дегенеративных изменений опорно-двигательного аппарата приводит к ортопедической патологии. В итоге, зачастую необходимо применение оперативного вмешательства. Задача неврологов состоит в организации лечения таким образом, чтобы максимально отдалить время появления ортопедических осложнений, попытаться минимизировать их клинические проявления.

Цель работы - исследование морфологических изменений мышечного аппарата пациентов со спастическими формами детского церебрального паралича проходящих стандартное консервативное лечение согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 29.11.2004 № 288 и детей, перенёсших операцию фибромиотомии по методу В.Б. Ульзибата (патент РФ 1621901, кл. А 61 В 17/56, 1991).

Материалы и методы. В исследованную группу вошли 10 здоровых детей возрастом от 2-х до 10 лет, 8 детей с диагнозом ДЦП, спастическая диплегия, получающих комплексное консервативное лечение, 7 детей с подобным диагнозом, которые помимо консервативного лечения были оперированы по методу Ульзибата в возрасте от 1,5-до 7 лет. Ультразвуковая визуализация мышц проводилась на аппарате Philips HD3 линейным датчиком частотой 7-10 МГц.

Результаты. У здоровых детей в структуре мышц преобладают мышечные волокна, а соединительная ткань содержится в небольшом количестве и по экзогенности ниже костной ткани. Мышечные пучки, это параллельные полосы, почти чёрного цвета, разделенные

множеством параллельно идущих гиперэхогенных (белых) соединительно-тканых прослоек. У пациентов с диагнозом ДЦП, получающих стандартное консервативное лечение фиброз мышечной ткани, развивается постепенно, перистая структура мышц сохраняется. Мышцы более высокой эхогенности, серого цвета, фиброзная капсула утолщена, ярко-белая, по плотности приближена к костной ткани. При анализе эхограмм пациентов, перенёсших фибромиотомии наряду с явлениями фиброза присущего данному заболеванию, после операции дополнительно повышается эхогенность мышечной ткани в области разрезов, утрачивается перистая структуры мышцы, формируется рубец. Виды рубцов: линейные, очаговые, диффузно неоднородные зоны, тотальное перерождение мышцы в фиброзную ткань. В результате сила и длина мышцы снижается пропорционально размерам рубцовой ткани. Решаясь на фибромиотомии при спастических формах ДЦП надо помнить, что эти операции ускоряют уже существующие процессы фиброзного замещения мышц. Лишают мышцу её физиологической функции, ограничивают рост конечностей в длину, провоцируют появление непрогнозируемых деформаций и паттернов. Типичные жалобы после фибромиотомий у пациентов имеющих навыки ходьбы, это нарушение походки. Рисунок её изменяется вследствие перехода спастического паралича в смешанный. Снижение мышечного тонуса приводит к избыточности движений в суставах, рекурвации коленных суставов, появляется шаг с провисанием стопы, усиливается дестабилизация голеностопного сустава. Выходят из-под контроля явления атаксии и патологические синкинезии.

Выводы. Важно своевременно диагностировать показания к существующим методикам, и порядок их выполнения. С целью улучшения качества жизни пациентов вопрос о вариантах хирургического лечения следует рассматривать только, когда весь комплекс мер консервативного лечения не приносит желаемого результата, и не ранее 10-12 летнего возраста.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО ОПОЗНАНИЯ И ЗРИТЕЛЬНО КОНТРОЛИРУЕМЫХ ДЕЙСТВИЙ У ДЕТЕЙ 3-7 ЛЕТ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Переверзева Д.С., Горбачевская Н.Л.

*Московский городской психолого-педагогический университет г. Москва
НПЦ Детской Психоневрологии Департамента Здравоохранения г. Москвы*

Исследование посвящено выявлению особенностей процессов зрительного опознания и контроля действия у дошкольников с аутизмом. В экспериментальную группу вошли 20 детей с РАС, 3,4 - 7 лет. Контрольные группы составили 20 детей с типичным развитием (ТР), 1,4 - 4 лет и 10 детей с синдромом Дауна (СД), 3,6 - 7 лет. Экспериментальная группа была поделена на 2е подгруппы в соответствии с уровнем развития психомоторной сферы участников и уравниена по этому показателю с группами с ТР и СД методом подбора схожих пар.

Методы исследования. 1. Карта оценки зрительной когнитивной функции. 2. Психолого-образовательный профиль (Scholer, 2004). 3. «Оценочная шкала раннего детского аутизма» (CARS) (Scholer, 1986).

Результаты. 1. Дети с низкофункциональным аутизмом обладают специфическим профилем развития зрительного восприятия, центральное место в котором занимают трудности распознавания *объектов большого размера*. Успешность опознания у детей с ТР и СД аналогичного возраста развития ментальных способностей не зависит от размера объектов. 2. Для детей с высокофункциональным аутизмом характерна специфическая стратегия зрительного опознания, построенная на *выделении геометрической формы проекции объекта* и игнорировании других перцептивных и смысловых свойств образа, усиление способностей к различению абстрактных, детализированных изображений. Данные особенности коррелируют со степенью тяжести аутистических расстройств, не связаны напрямую с уровнем развития когнитивных способностей ребенка. 3. Дети с аутизмом демонстрируют трудности непрерывной корректировки действия в зависимости от меняющихся условий среды, снижение уровня синхронности «глаза-рука». 4. Применение методики парных призматических линз стимулирует у детей формирование нормативных стратегий зрительного контроля действия, приводит к улучшению возможностей восприятия контура объекта.

СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМА ДАУНА И ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

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

НПЦ Детской психоневрологии, Москва

Сочетание синдрома Дауна и детского церебрального паралича (ДЦП) встречаются редко и вызывают трудности в диагностике и лечении. По данным литературы описаны единичные случаи сочетания этих двух нозологий (США, 2007). Почему же в преобладающих случаях у детей с синдромом Дауна мышечная гипотония? Если исходить из причин ДЦП, то одна из многих - это внутриутробная гипоксия плода или асфиксия в родах. Можно предположить устойчивость детей с синдромом Дауна к воздействию гипоксии и устойчивость этих детей к развитию ДЦП?

В НПЦ Детской психоневрологии в отделение №5 в августе 2013 года поступила девочка в возрасте 2 года 8 месяцев с генетически подтвержденным синдромом Дауна. В неврологическом статусе отмечались микроцефалия (окружность головы – 43 см.), спастический тетрапарез, высокий мышечный тонус по спастическому типу в руках до 2 баллов по Ashworth, в ногах 3 балла по Ashworth без разницы сторон, высокие сухожильные рефлексy с расширенными рефлексогенными зонами. Со стороны черепных нервов: гипомимия, ослабленное жевание, гиперсаливация. Переворачивается со спины на живот и обратно. Садится у опоры. Сидит с опорой на руки, с кифозированной спиной. Позу на четвереньках удерживает кратковременно, не ползает. При пассивной вертикализации: эквинусная установка стоп, выраженное влияние тонических рефлексов (СШТР). Опора ног слабая, шаговых движений нет. Определён IV уровень двигательной активности по оценочной шкале GMFCS.

Перинатальный анамнез отягощен: ребенок от матери 35 лет, страдающей аутоимунным тиреоидитом. От III беременности (I срочные роды, II-м/а), протекавшей на фоне угрозы прерывания на протяжении всей беременности, гестоза в III триместре. Роды преждевременные, на сроке гестации 35-36 недель, путем экстренного кесарево сечения (гестоз тяжелой степени). Масса тела - 2970 г., длина тела - 45 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. С рождения выставлен диагноз синдром Дауна. Кариотип 47 XX+21. НСГ головного мозга в возрасте 3 месяцев: незначительное расширение боковых желудочков, мозг слабо дифференцирован на борозды, мелкие гиперэхогенные включения по ходу сосудов подкорковых ядер. С 3 месяцев отмечался синдром мышечной дистонии, с преобладанием спастичности. С 6 месяцев спастичность значительно выросла. Переворачивается со спины на живот и обратно с 7 месяцев. Ребенок амбулаторно получал курсы лечения ноотропной, антиспастической терапии, курсы массажа, ЛФК с положительным эффектом.

В отделении проведена РКТ головного мозга. Выявлено расширение желудочковой системы, с перивентрикулярным диффузным снижением плотности перивентрикулярного белого вещества в лобных и теменно-затылочных областях.

На фоне проводимого комплексного лечения: баклосан (1.5 мг/кг в сутки), пираретам в/м, лечебная физкультура, физиотерапия - электрофорез с магнием на икроножные мышцы, аппликации с парафином на ноги. Отмечена положительная динамика в виде снижения спастичности в руках до 1 балла по Ashworth, в ногах до 2 баллов по Ashworth и приобретения новых моторных навыков: посаженная стала удерживать позу, появились попытки вставать на четвереньки и кратковременно удерживать позу на четвереньках.

Нами описан редкий клинический случай сочетания синдрома Дауна с ДЦП. Таким образом, наличие синдрома Дауна не исключает сочетание его с ДЦП.

БОТУЛИНОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

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

НПЦ детской психоневрологии ДЗ города Москвы

Актуальность. В комплексном лечении детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП) для снижения спастичности мышц проводится ботулинотерапия.

Цель исследования. Оценить эффективность ботулинотерапии больших грудных мышц у детей, страдающих тяжёлыми формами ДЦП.

Материалы и методы. В НПЦ детской психоневрологии в 5-м отделении под наблюдением находились 9 детей с тяжелыми формами ДЦП в возрасте от 1 года до 4 лет. ДЦП, двойная гемиплегия была у 5 детей, по системе классификации GMFCS они относились к IV уровню. ДЦП, гиперкинетическая форма у одного ребёнка, по системе классификации GMFCS – III уровень. ДЦП, смешанная форма, спастический тетрапарез у троих детей, по системе классификации GMFCS – IV уровень. Детям проведена ботулинотерапия в большие грудные мышцы препаратом Диспорт в суммарной дозе 100-150 ЕД или препаратом Ботокс в суммарной дозе 20-30 ЕД.

Результаты. Хорошие результаты по данным отделения отмечены у всех 9 детей с тяжелыми формами ДЦП. В результате введения антиспастического препарата (ботулинического токсина типа А) в большие грудные мышцы со 2 суток отмечалось значительное снижение спастичности мышц рук и ног на 1-2 балла по шкале Ашворда. Начиная с 5-10 дня после проведения ботулинотерапии у всех детей значительно улучшилась целенаправленная деятельность рук: хват и опорность. У двух детей начала развиваться мелкая моторика. Через 2 недели после введения ботулинического токсина типа А дети лучше стали удерживать голову, у всех детей уменьшилось влияние тонических рефлексов, особенно симметричного шейного тонического рефлекса. Через 4 недели – 6 детей стали устойчивее сидеть посаженные, 5 детей научились ползать на животе, 3 ребёнка начали переворачиваться со спины на живот и обратно. Также у всех детей значительно увеличился объём движения в суставах рук и ног. Выше перечисленные улучшения в двигательном статусе значительно облегчили проведение вертикализации, массажа, ЛФК, суставной гимнастики.

Выводы. В сочетании с массажем, ЛФК, укладками рук в тугорах, лонгетах и с использованием реклинатора ботулинотерапия при тяжёлых формах ДЦП оказывает профилактический эффект предупреждения формирования контрактур. Введение ботулинического токсина типа А в большие грудные мышцы способствует развитию функциональных возможностей рук, что в свою очередь способствует улучшению социальной адаптации наших пациентов.

ИЗМЕНЕНИЕ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ХОДЬБЫ У РЕБЁНКА С АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПОРНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Петрушанская К.А., Матвеева И.А.
НЦЗД РАМН, НПЦ ДПН ДЗ г. Москвы

Актуальность. Введение опорной стимуляции (ОС) в клиническую практику для лечения детей с церебральными параличами (ДЦП) требует объективизации её эффектов, прежде всего – влияния на биомеханическую структуру ходьбы.

Цель. Оценить параметры биомеханической структуры ходьбы до и после проведения курса ОС.

Материалы и методы. Девочке 7 лет с атонически-астатической формой ДЦП (II уровень двигательного развития по шкале GMFCS) проведен курс ОС (10 процедур) с использованием имитатора опорной нагрузки подошвенного (модель «Корвит»). Биомеханическая структура ходьбы исследовалась на компьютеризированном аппаратном комплексе «Биомеханика-МБН» до курса, после него и ещё через 4 месяца в динамике. Оценивались её основные, временные, кинематические и динамические параметры.

Результаты. После курса ОС отмечалась положительная динамика основных параметров ходьбы, - повысилась средняя скорость передвижения, увеличилась длина шага, вырос темп ходьбы, уменьшилась длительность локомоторного цикла. Изменения временной структуры ходьбы свидетельствовали о повышении устойчивости при ходьбе. Существенным было изменение кинематических параметров (появление сгибания в опорную фазу в кривой левого коленного угла и значительное повышение амплитуды сгибания в коленном суставе в переносную фазу; увеличение отталкивания ноги от опорной поверхности; уменьшение сгибательной позиции в тазобедренных суставах и значительное возрастание амплитуды разгибания в них). Изменения динамических параметров заключались в появлении переднего толчка и значительном повышении амплитуды заднего толчка. При исследовании через 4 месяца отмечается дальнейшее улучшение опорной и толчковой функции, увеличение скорости ходьбы и длины шага.

Выводы. Таким образом, полученные данные показали, что ОС приводит к улучшению биомеханической структуры ходьбы. Дальнейшее формирование правильного навыка ходьбы продолжается и после курса лечения за счёт тренировки нового паттерна.

ОПТИМАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФОРМАЦИЙ СЕГМЕНТОВ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ С ДЦП

Петухова М.Л., Никитин С.Е.
ФГУП «ЦИТО» МЗ РФ, г. Москва

Актуальность. Больным детям с ДЦП 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 также выработки стереотипов правильных движений и сохранения физиологии опорно-двигательной системы. В лечении детей с ДЦП ортезирование практически отсутствует из-за недостатка специалистов ортопедов-ортезистов и невозможности обеспечения финансирования этой медицинской помощи в центрах с республиканским подчинением.

Цель нашего исследования – показать эффективность специализированного кабинета по ортезотерапии в структуре реабилитационных центров и целесообразности применения ортезирования на примере больных с ДЦП.

Материалы и методы. За 5 лет на базе областного медико-реабилитационного центра им. Серафима Саровского было осмотрено 506 детей, из них 354 (70%) пациентам произведено ортезирование различной степени сложности.

При оценке пациентов и планировании лечения важными являются функциональные классификации нарушений двигательных функций при ДЦП. Нами используется система классификации моторных функций – *Gross Motor Function Classification System (GMFCS)*, GMFM-66 и GMFM-88. Пациенты были разделены на 5 уровней двигательной активности. Под нашим наблюдением находились дети отнесенные ко 2-3-4 уровням.

Результат. Комплексное лечение в условиях специализированного ЛПУ с целенаправленным использованием ортезов под контролем ортопеда- ортезиста способствует более быстрому формированию новых моторных навыков и, как следствие, переходу на более высокий уровень активности. За период наблюдения 36 детей поднялись на ступень выше по уровню активности.

Вывод: 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.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ ДОШКОЛЬНИКОВ К ШКОЛЕ

Подгорнова С.Ю.
НПЦ ДПН. г. Москва

Компоненты психологической готовности	Содержательная характеристика
Интеллектуальная готовность	1. Наличие широкого кругозора и запаса знаний.
	2. Сформированность начальных умений учебной деятельности.
	3. Аналитическое мышление (способность постижения признаков и связей между явлениями, способность действовать по образцу).
	4. Логическое запоминание.
	5. Развитие мелкой моторики и сенсомоторной координации.
	6. Умение выделять учебную задачу и переводить ее в самостоятельную цель деятельности.

7. Развитие фонематического слуха

Эмоционально-волевая готовность	<ol style="list-style-type: none">1. Развитие «эмоционального предвосхищения» (предчувствие и переживание отдаленных последствий своей деятельности).2. Эмоциональная устойчивость.3. Сформированность не боязни трудностей. Самооценка.4. Умение ограничивать эмоциональные порывы.5. Умение систематически выполнять задания.
Социально-психологическая готовность	<ol style="list-style-type: none">1. Гибкое владение способами установления взаимоотношений.2. Развитие потребности в общении.3. Умение подчиняться правилам и нормам.4. Умение действовать совместно, согласовывать свои действия.
Личностная готовность	<ol style="list-style-type: none">1. Принятие новой социальной позиции.2. Позитивное отношение к школе, учителям, учебной деятельности, самому себе.3. Развитие познавательных критериев, любознательности.4. Развитие желания ходить в школу.5. Произвольное управление своим поведением.6. Объективность самооценки. Потеря «детскости», непосредственности

ДИЗАРТРИЯ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ДЦП.

Подгорнова С.Ю.

НПЦ ДПН. г. Москва

Речевые расстройства в клинике ДЦП составляют до 87%. Наиболее частым расстройством речи при церебральном параличе являются дизартрии. Особенностью дизартрий при ДЦП является общность нарушений общей и речевой моторики, связь разных форм дизартрии с определёнными формами ДЦП. Выделяют следующие формы дизартрии, в зависимости от ведущего неврологического синдрома: спастико-паретическая (ведущий синдром — спастический парез), спастико-ригидная (ведущие синдромы — спастический парез и тонические нарушения управления речевой деятельностью типа ригидности), гиперкинетическая (ведущий синдром — гиперкинезы); атактическая (ведущий синдром — атаксия). Дизартрию характеризуют как смешанную, когда в структуру речевого дефекта включаются различные синдромы.

В первый квартал 2013 года на базе НПЦ Детской психоневрологии, во II отделении, были обследованы 100 детей с различными формами ДЦП дошкольного возраста (с 3-х лет до 7-ми). Из них 59 человек, страдающих спастической диплегией, 17 человек – гемипаретической формой (10 человек с правосторонним гемипарезом и 7 детей с левосторонним гемипарезом), 9 человек - атоническо-астатической формой. А также 3 человека, страдающих двойной гемиплегией, 4 человека - гиперкинетической и так называемой смешанной формой - 8 человек. На практике часто встречается смешанная форма ДЦП, при ней имеются сочетания всех перечисленных выше форм.

По данным обследования, спастико-паретическая дизартрия, разной степени тяжести, при спастической диплегии наблюдается примерно в 87%, при гемипаретической форме – у 40%. При атоническо-астатической форме церебрального паралича наблюдается атактическая (мозжечковая) дизартрия, её частота составляет 75-80%. Самой тяжёлой формой ДЦП является двойная гемиплегия, речевые нарушения проявляются в виде тяжёлой спастико-ригидной дизартрии в 45% или анартрии. Гиперкинетическая дизартрия, разной степени тяжести, наблюдается у больных гиперкинезами в 30% случаев, а также сравнительно часто встречаются дети с спастико-гиперкинетической дизартрией в 47%. Для гиперкинетической

формы паралича характерно снижение слуха (7% - 20%). В некоторых случаях можно наблюдать смешанные формы дизартрии, разной степени тяжести, у детей со смешанной формой ДЦП. Её частота составляет 65-75%.

Итак, наиболее частая речевая патология при ДЦП – дизартрия, она подразделяется по степени тяжести: стёртая, лёгкая, средняя и тяжёлая. Чрезвычайно важным является раннее выявление неврологической симптоматики в артикуляционной мускулатуре. Эффективность логопедической работы при различных формах дизартрии зависит от правильного определения вида дизартрии и степени её тяжести. При разработке методов коррекции учитываются ведущие расстройства при различных формах дизартрий.

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ И ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

Подгорнова С.Ю.

НПЦ ДПН. г. Москва

Выдвигаются разные теории, объясняющие происхождение детского аутизма. Существуют комбинации причин, которые включают в себя – окружающую среду, биологические и генетические факторы. Аутизм имеет полиэтиологию и проявляется в рамках различных нозологических форм.

Актуальность исследования определяется высокой частотой данной аномалии психического развития (15-20 случаев на 10000) и очень большим значением своевременной коррекции. За 2013 год на лечение в НПЦ ДПН поступило 19-ть мальчиков в возрасте до 3-х лет, с последующим диагнозом РДА. Проводилась комплексная работа с детьми, родителями, сбор анамнеза и обработка данных.

Цель исследования: выяснить все факторы, которые повлияли на развитие ребенка с F84.0, для определения возможности коррекционной и психотерапевтической работы.

В результате опроса родителей детей с РДА были выявлены ряд причин, которые включали в себя биологические и генетические факторы, но сбор данных показал, что все родители 19-ти пациентов имеют аналитический склад ума, математическое мышление. Родители наблюдаемых детей с аутизмом были следующих профессий: банкиры, математики, бухгалтера, финансисты, аналитики, кассиры, экономисты, программисты. В ходе работы с детьми с РДА был отмечен повышенный интерес к знакам и символам, пациенты быстро выучивают цифры, выкладывают слова из палочек, рисуют цифры на стеклах, песке. Дети могут часами выстраивать, кубики, машинки другие предметы в линию, распределять их по форме, цвету, размеру. Собирают и разбирают башни, пазлы и если что-то не получается, возбуждаются, стремятся все восстановить. Заметно влияние телевидения и рекламы на пристрастия детей, ребенок выставляет в ряд и любуется предметами, которые он видел в рекламе, а то, чего не видел, не вызывает его интереса. Итак, причины детского аутизма еще не достаточно изучены. Но необходимо отметить, что детский аутизм – это прежде всего вызванное особыми биологическими причинами нарушение психического развития, которое проявляется очень рано, чаще всего у мальчиков, в семьях в которых преобладает математическое мышление у обоих родителей.

РЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЦП

Подгорнова С.Ю., Чебаненко Н.В.

НПЦ ДПН. г. Москва

У дошкольников с церебральным параличом наблюдается целый спектр речевых нарушений. Дефекты речи обусловлены органическим поражением ЦНС (дизартрии различной формы и степени тяжести, моторная и сенсорная алалия, дисграфии разной этиологии, дислексии, заикание, афазии и т.д.), а также вследствие специфических условий развития и воспитания больного ребёнка. Речевые расстройства в клинике ДЦП составляют, по данным различных авторов, от 70 до 87% [Е.М. Мастюкова, 1973; Н. Westlake & D. Rutherford, 1968; и др.]. Наиболее часто имеет место задержка речевого развития, связанная с характером самого заболевания. Особенности структуры нарушения речи и степень их выраженности зависят от локализации и тяжести поражения мозга. У всех дошкольников выявляются нарушения: фонетико-фонематические; лексические (специфические особенности усвоения лексической системы языка); нарушения грамматического строя речи; нарушения формирования связной

речи, понимания речевого сообщения; все формы дисграфии и дислексии. Известно, что наиболее частым расстройством речи при ДЦП являются дизартрии. Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизводительной и просодической сторон речи, которое связано с органическим поражением центральной и периферической нервной систем. Псевдобульбарная дизартрия при спастической диплегии наблюдается примерно в 85%, при гемипаретической форме в 35%. Кроме речевых расстройств по типу дизартрии у дошкольников с ДЦП могут появляться алалии.

Алалия - отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребёнка. Алалия чаще наблюдается при двуполушарных поражениях мозга у детей со спастической диплегией, а также с гемипаретической формой ДЦП. Без специального обучения при алалии речь детей с церебральным параличом практически не развивается и остаётся на уровне звукоподражательных и лепетных слов. Общая частота алалии составляет около 3-7%.

При ДЦП возможны все известные формы дисграфии и дислексии. Основную роль в механизме этих нарушений играет недостаточное функционирование различных сенсорных систем. Особенность нарушений письма является его зеркальность, чаще наблюдается у дошкольников с правосторонним гемипарезом. Нарушения при письме проявляются в виде пропусков букв, слогов, смещениях и заменах согласных звуков, близких по месту и способу артикуляции. Ребёнок не может плавно проследить движения пишущей руки, это затрудняет слитное написание слов. Общая частота дисграфии и дислексии велика и составляет от 70 до 85%. Предупреждение дисграфии у дошкольников с ДЦП способствует ранней коррекционной работе, направленной на развитие всех сторон речи, а также на развитие зрительного и слухового восприятия, зрительно- моторной координации.

Чрезвычайно важным является раннее выявление речевых нарушений при церебральном параличе у детей для своевременного начала логопедической работы и эффективной коррекции речевых расстройств. Речевые нарушения ограничивают контакт и общение детей с ДЦП со здоровыми сверстниками и взрослыми, препятствуют расширению запаса знаний и представлений об окружающем мире, оказывают отрицательное влияние на формирование личности.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ КОСТНО-СУСТАВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Политова И.Я., Левченкова В.Д.
ФГБУ «НЦЗД» РАМН, г. Москва

Изучение сочетанной патологии является актуальной проблемой детской неврологии и современной медицины. В клинике ДЦП отмечается высокая распространенность изменений со стороны костно-суставной системы и внутренних органов, в развитии которых большое значение имеет недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ).

Целью данного исследования явилось выявление различных проявлений НДСТ со стороны костно-суставной системы у больных с ДЦП для определения прогноза заболевания и коррекции проводимого лечения.

Материалы и методы. Обследовано 45 больных в возрасте от 5 до 17 лет (мальчиков – 24, девочек – 21) со спастическими формами ДЦП, имеющих клинические проявления НДСТ. Обследование включало сбор анамнеза, клинический и неврологический осмотр, общий и биохимический анализ крови, РГ- исследование. Были использованы диагностические критерии Т.И. Кадуриной, Л.Н. Абакумовой (2008).

Результаты исследования. Признаки поражения соединительной ткани проявлялись скелетными изменениями у 60% больных. Наблюдалось астеническое телосложение (55%), арахнодактилия, деформация грудной клетки: килевидная или воронкообразная (24%), сколиоз I-II степени (за счёт дисплазии связочного аппарата), кифоз и кифосколиоз (35%), лордоз поясничного отдела позвоночника, синдром «прямой спины», асимметрия стояния лопаток. У многих детей (61%) наблюдалось плоскостопие, вальгусная или варусная деформация стоп, вывихи или подвывихи суставов, дисплазия тазобедренных суставов в анамнезе (58%), асимметрия длины ног, костей таза, «хруст» в суставах. Также наблюдались комбинации сочетанной патологии конечностей, позвоночника, грудины, ребер, нередко

осложняющиеся метаболической артропатией (Т.И. Кадурина). В нашем исследовании они выявлены в 43% случаев.

Выводы. В результате исследования выявлена высокая частота встречаемости данной патологии. Таким детям необходимо диспансерное наблюдение врачей различных специальностей, особенно ортопеда, невролога, врача лечебной физкультуры. Рекомендуется проведение более щадящей программы реабилитации, направленной на коррекцию диагностированных нарушений, улучшение качества жизни.

ИСКУССТВЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ ДВИЖЕНИЯ МЕТОДОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ В ХОДЬБЕ В РАМКАХ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Полонская Н.М., Митюшников А.А., Шевцов М.А.

ГАУ «МНПЦ реабилитации инвалидов вследствие ДЦП», г. Москва

Нарушения кинематики шаговых движений у пациентов с ДЦП часто являются основной причиной нарушения функции ходьбы, что в свою очередь приводит к ограничению различных видов жизнедеятельности (в первую очередь – самостоятельного передвижения) у данной группы пациентов. С целью восстановления правильного «рисунка ходьбы» применяются различные виды физической реабилитации (кинезитерапия, механотерапия, включая ее роботизированные виды). Дополнительными методами, косвенно влияющими на качество ходьбы, являются мероприятия, направленные на нормализацию мышечного тонуса, подвижности в суставах, силу мышц. Функциональная электромиостимуляция в ходьбе является одним из способов искусственной коррекции двигательных стереотипов, сочетающим в себе подходы кинезитерапии и физиотерапии.

Целью работы было оценить эффективность применения данной методики в составе комплексных нестационарных курсов реабилитации детей и подростков с ДЦП и характер влияния данного метода на локомоцию.

Была отобрана группа, состоящая из 27 человек в возрасте от 10 до 18 лет, имеющих нарушения функции ходьбы вследствие ДЦП. Отбирались пациенты с тяжестью двигательных нарушений 1-3 уровня по GMFSC, что подразумевало у них возможность ходьбы. Каждому пациенту было проведено от 10 до 15 процедур ФЭМС в составе комплексной реабилитации. В качестве метода объективной оценки эффективности проведенного курса применялся видеоанализ походки. По результатам проведенного видеоанализа до и после курса положительная динамика в виде приближения характеристик шага к нормативным наблюдалась в данной группе у 85% пациентов. Из них у 35% характер движения в суставах стал ближе к нормативному на уровне трех суставов (тазобедренный, коленный, голеностопный), у 35% на уровне 2-х суставов, у 20% на уровне 1 сустава, что говорит об эффективности и комплексности воздействия данного метода. Увеличение скорости ходьбы к концу курса наблюдалось у 85% пациентов, что положительно влияло на функцию самостоятельного передвижения.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ЛИТТЛА С ПОЗИЦИЙ СИСТЕМОГЕНЕЗА

Потапова Г. В.

Педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Дисфункция миелоэнцефальных позотонических рефлексов приводит к нарушениям мышечного тонуса, вызывает патологические установки головы, конечностей и направляет моторное развитие с первых дней жизни ребёнка по заведомо неверному пути. Для диагностики и эффективной коррекции моторных нарушений необходимо чёткое понимание патофизиологии расстройств моторного развития у больных детей в сравнении с физиологической нормой.

Целью работы явилось изучение физиологических механизмов и уточнение темпов становления антигравитационных двигательных функций человека с позиций системогенеза, выявление отклонений при болезни Литтла и разработка эффективной корригирующей лечебной гимнастики.

Методом визуализации изучались варианты вставания из 4-х горизонтальных положений тела в группах здоровых и больных детей. Результаты физиологической нормы были интегрированы в единую схему, отражающую интегративную деятельность антигравитационной функциональной системы движений человека (рис.1). Определялись возрастные нормы у детей, начиная с 3-5 дня жизни. Были выявлены ключевые дефекты в развитии антигравитационных функций у детей со спастической диплегией и разработаны основные принципы и комплексы лечебной гимнастики с позиции системогенеза. **Основные выводы:** 1. В основе моторного развития здорового ребёнка лежит развитие генетически заданной антигравитационной функциональной системы движений человека, которая описывается графически (рис.1) и запускается при сбалансированном взаимодействии миелознцефальных позотонических рефлексов. 2. При болезни Литтла в результате органического поражения головного мозга (преимущественно ПВЛ) происходит нарушение запуска антигравитационной функциональной системы и вертикализация в итоге идёт по патологическому двигательному стереотипу. 3. Коррекция двигательных нарушений с позиций системогенеза, проводимая постоянно с первых недель жизни у детей с болезнью Литтла, позволяет развивать моторику с максимальной реализацией возможностей ребёнка, изменять мышечный тонус в сторону нормализации и в итоге обеспечивает профилактику деформаций суставов.

ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ И ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА У МАТЕРЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ ОРТОПЕДО-ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА

Пятакова Г. В., Барлова О.В.

*ФГБУ Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И.Турнера
Минздрава России, Санкт-Петербург*

Согласованное участие специалистов разного профиля в лечении и реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом, обеспечивает наиболее эффективную медицинскую помощь, создает условия для улучшения функциональных возможностей и качества жизни пациентов. В детской ортопедической клинике роль полноценного участника лечебного процесса в полипрофессиональной бригаде специалистов играют родители больного ребенка. В случае оперативного лечения ребенка с детским церебральным параличом, согласованная с лечащим врачом и другими специалистами, родительская помощь в проведении лечебно – восстановительных мероприятий может быть незаменимой. В то же время, наблюдение за поведенческими и коммуникативными проявлениями родителей пациентов с тяжелыми заболеваниями центральной нервной системы в стационаре показывает, что родители (в первую очередь матери), воспитывающие детей с данной патологией имеют неразрешенные психологические проблемы (Мастюкова, Мамайчук, Шипицина, Ткачева, Горячева. Солнцева, Романова, Пятакова). Многие из этих проблем обусловлены психической травматизацией родителей в связи с тяжелым заболеванием ребенка. Такие проблемы родителей могут иметь негативные последствия для успешного лечения и возможностей психического развития их ребенка. Вместе с тем огромное значение имеют и формирующиеся в условиях хронической психотравмирующей ситуации компенсаторные механизмы личности родителей больных детей, специфика их совладающего поведения и отношения к болезни ребенка. Цель исследования – изучение отношения к болезни ребенка и особенностей защитных механизмов и копинг-стратегий матерей, имеющих выраженные травматические переживания в связи инвалидизирующим заболеванием и сложным ортопедо-хирургическим лечением их ребенка. Проведено исследование отношения к болезни ребенка, механизмов психологической защиты и копинг – стратегий матерей, имеющих детей с детским церебральным параличом в условиях ортопедической клиники. С помощью следующих методик: клинико-биографический метод, опросник для определения качества жизни (SF-36), опросник для диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) В.Е. Каганом и И.П. Журавлёвой, методика Э.Хайма для определения копинг-стратегий, опросник «Индекс жизненного стиля» Плутчика-Келлермана-Конте для определения механизмов психологической защиты. Выявлены следующие особенности психологического статуса родителей, пациентов детской ортопедической клиники: проявления психической травматизации доклинического уровня, сниженные

показатели качества жизни взрослых членной семьи, преобладание дисгармоничных вариантов отношения к болезни ребенка и ограниченный репертуар защитно-совладающего поведения. Выявленные индивидуально-психологические особенности родителей пациентов детской ортопедической клиники, могут представлять собой факторы риска для возникновения дезадаптивных расстройств и являться мишенями для психокоррекционных вмешательств в условиях детской ортопедической клиники.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Ризванова А.Р., Шакинов М.Ж., Отаров Ж.И., Адилов Ш.А.

Республиканский детский реабилитационный центр, г. Астана, Казахстан

Актуальность. По данным статистики в Казахстане на 1 января 2012 года зарегистрировано более 48 000 детей с ограниченными возможностями в возрасте до 16 лет с различной патологией нервной системы и опорно-двигательного аппарата. Около 60% из них имеют лишь проблемы в двигательной сфере и являются интеллектуально сохранными. Внедрение новых и совершенствование известных методов анализа двигательных функций позволит повысить эффективность и снизить затраты на медицинскую и социально-педагогическую реабилитацию таких пациентов.

Цель. Изучить литературные данные по современным методам оценки двигательных функций.

Материал и методы. Материалом служили данные известных информационных ресурсов Medline и Cochrane. Нами проведен литературный обзор по современным методам оценки двигательных функций за последние 10 лет.

Результаты. По данным литературы, для изучения двигательных функций активно применяются клиническое наблюдение, инструментальные методы и методы видео анализа движений в различных лабораториях мира. P.Thomason и некоторые другие авторы считают, что использование инструментального анализа походки для планирования многоуровневой ортопедической хирургии и мониторинга дает улучшение среднесрочных и долгосрочных результатов у детей с ДЦП. По данным литературного обзора, использование системы видеонализа движений у детей проводилось в небольших или отдельных группах пациентов. По мнению Unni G. Narayanan и ряда других авторов, видео анализ походки превосходит клиническое наблюдение и инструментальный анализ походки и обеспечивает высокую объективность.

Выводы. Имеются данные по успешному использованию клинического наблюдения, видео анализа и инструментального анализа походки с целью оценки эффективности и выбора критериев для оперативного вмешательства при патологии опорно-двигательного аппарата у детей, в том числе при ДЦП.

АДАПТИРОВАННЫЕ ТРЕНАЖЁРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЦП В ФОРМЕ СПАСТИЧЕСКОЙ ДИПЛЕГИИ

Рогов А.В., Нечаева Е.И., Левицкий Е.Ф., Пашков В.К.

ОГКУ «Реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Северск

Сибирский Государственный медицинский университет

Актуальность. Тренажеры адаптивного типа известны давно, но почти не применяются при заболеваниях со значительным снижением двигательной способности. Разработанные нами тренажеры представляет собой эластичные опоры которые вертикализируют ребёнка с ДЦП.

Цель. Разработать комплекс реабилитации для больных детским церебральным параличом в форме спастической диплегии.

Материалы и методы. Проведено обследование и реабилитация 120 больных ДЦП. Они были разделены на 2 группы: 1-ая (основная) группа – 60 детей, к базовой терапии были добавлены занятия ЛФК с развитием навыков вертикализации с использованием созданных и усовершенствованных тренажеров в виде эластичных опор. 2-ая (группа сравнения) – 60 детей, получали базовую терапию, применялись занятия ЛФК с использованием стандартных усовершенствованных тренажеров.

Результаты. После курса реабилитации у детей в основной группе отмечается увеличение объема активных и пассивных движений, в целом в 1,3 раза по сравнению с группой сравнения. Улучшение походки зарегистрировано у 35,0% детей основной и 20,0 % детей группы сравнения. Стали ходить самостоятельно 4 (6,7%) детей основной и 2 (3,3%) группы сравнения. У 41,7 % детей основной группы и 33,3% детей группы сравнения увеличился объем движения в тазобедренных суставах. В голеностопных суставах объем движения увеличился у 48,3% детей основной и 38,3% детей группы сравнения. Опора на полную стопу зафиксирована у 13,3% детей основной и 8,3% детей группы сравнения. Разгибание голени диагностировалось у 4,1% детей основной группы и 2,8 детей группы сравнения. Уменьшение напряжения в приводящих мышцах бедра зарегистрировано у 28,3% детей основной и 21,7 % детей группы сравнения. После проведенного курса лечения снизился тонус в сгибателях у 45,0% детей основной и 38,3% детей группы сравнения.

Выводы Трудоёмкость, небезопасность, длительность способов коррекции двигательных нарушений у больных ДЦП со спастической диплегией, определяют актуальность поиска новых механизмов обеспечивающих эффективность реабилитации, облегчающих труд инструкторов, врачей.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНЦЕНТРАТА ЯДРОСОДЕРЖАЩИХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЦП

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

ООО «КриоЦентр» Москва

ФГБУ «НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова МЗ РФ» Москва

В ходе продолжающихся пост-регистрационных исследований 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 23.11.2009г.) была проведена оценка безопасности и эффективности клеточной терапии в комплексном лечении пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) и сопутствующей церебральной патологией.

Под наблюдением находились 42 пациента в возрасте 1-11 лет (29 мальчиков и 13 девочек), в том числе, 24 с тяжелыми формами ДЦП (7 – двойная гемиплегия, 17 – спастический тетрапарез). У большинства пациентов заболевание было осложнено фокальной эпилепсией (n=7), гидроцефалией (n=4), частичной атрофией зрительных нервов (n=7), задержкой психического и речевого развития (n=33).

В качестве терапевтического средства использовался отмтый от криопротектора концентрат аллогенных АВ0/Rh-идентичных клеток пуповинной крови. После комплексного неврологического обследования и письменного информированного согласия пациентам было проведено 1 (n=5), 2 (n=10), 3 (n=17), 4 (n=8) или 5-6 (n=2) внутривенных введений концентрата в дозе 250 ± 10 млн. клеток на введение. Побочных негативных явлений, выходящих за пределы защитно-приспособительных реакций, или отдаленных нежелательных реакций не было выявлено ни у одного пациента.

При обследовании через 3-12 месяцев положительная динамика была выявлена у 34 пациентов (81%). Улучшение характеризовалось снижением патологического мышечного тонуса, возрастанием мышечной силы, улучшением показателей физического и психо-эмоционального развития. Наилучшие результаты были достигнуты в группе пациентов, получивших 3 и более введений концентрата: 74% в неврологическом/физическом статусе и 78% в когнитивной сфере. У 18 пациентов (43%) выявлено улучшение в обеих сферах. В группе детей (n=14), прошедших обследование по шкале GMFCS, достоверное улучшение показателей физического развития было констатировано у половины пациентов. У 8 пациентов, наиболее тяжелых по форме заболевания (5 – с тетрапарезом) и получивших не более 2 введений клеток, динамики не отмечено.

В целом, данное исследование подтвердило, что внутривенное введение концентрата ядросодержащих клеток пуповинной крови является безопасной процедурой, способствующей в сочетании с физической реабилитацией эффективному снижению степени

неврологического дефицита у пациентов с ДЦП и сопутствующими патологическими состояниями.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРАХ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Рыжкова Л.В., Матвеева И.А.
НПЦ Детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Дети со спастическими формами церебрального паралича (ДЦП) часто страдают хроническими запорами, которые трудно поддаются лечению. Диетическая и медикаментозная коррекция не всегда позволяет достичь стойкого положительного результата. Выбор фармакологических препаратов ограничен возрастными рамками, нередко они плохо переносятся пациентами. Использование немедикаментозных методов лечения, таких как рефлексотерапия (РТ), становится, поэтому, актуальным.

Цель. Анализ применения различных методик РТ для лечения хронических запоров у детей со спастическими формами ДЦП.

Материалы и методы. Пролечено 16 детей (7 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 6 до 17 лет со спастической диплегией (12 пациентов) и гемипаретической формой ДЦП (4 пациента), страдавших хроническими запорами. Всем детям было выполнено УЗИ органов брюшной полости и биохимический анализ крови. Методом случайного отбора пациенты были разделены на 2 равные группы. У I группы применялась только корпоральная иглорефлексотерапия (ИРТ), а у II - комбинация корпоральной ИРТ, аурикулотерапии и термопунктуры. В индивидуальный рецепт чаще всего включались точки: R16, R15, V31, V32, V33, E36, GI4; AP 81, AP 88, AP 89, AP91, AP 96, AP 97.

Результаты. По данным обследования дискинезия желчевыводящих путей была выявлена в 14 случаях, незначительное повышение печеночных проб – в 7. В обеих группах получен положительный клинический результат, - у всех детей отмечалось исчезновение болей в животе, дефекация стала регулярной, свободной, безболезненной. Во II группе эффект достигался на 2-3 дня раньше и был более выражен.

Выводы. Комбинация различных методик РТ для лечения хронических запоров у детей со спастическими формами ДЦП является более предпочтительной по сравнению с использованием только классической корпоральной ИРТ.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Рябова Е.П.

ГБУ АО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Коррекция и развитие» г. Астрахань

Актуальность. В настоящее время заболевания нервной системы у детей ввиду ряда причин имеют тенденцию к росту. В тоже время, часто они сопровождаются рядом изменений со стороны иммунитета, внутренних органов, психической деятельности.

Медикаментозная терапия не всегда может быть использована широко ввиду множества побочных эффектов, индивидуальной непереносимости организма.

Рефлексотерапия позволяет рассматривать и лечить организм как единое целое, при этом максимально избегая побочных реакций со стороны внутренних органов, а иногда и корректируя их деятельность.

Цель. Оценить эффективность рефлексотерапии у детей с двигательными, речевыми и психологическими нарушениями в зависимости от заболевания и возраста ребенка.

Материалы и методы. Материалом исследования явились отчеты о работе врача-невролога за период с 2000 по 2012гг. Для объективной оценки результатов рефлексотерапии использовались аппаратные методы исследования: «Пульс-Антистресс» и «Активациометр», а также данные объективного осмотра ребенка.

Результаты. Использование методов рефлексотерапии в раннем возрасте (до 3-х лет) позволяет добиться значительных успехов в лечении двигательных, речевых, психологических нарушений у детей с заболеваниями нервной системы. В более позднем возрасте рефлексотерапия более направлена на облегчение двигательных, эмоционально-

волевых нарушений. Использование рефлексотерапии в любом возрасте улучшает работу желудочно-кишечного тракта, нормализует формулу сна, поведение ребенка.

Выводы. Рефлексотерапия возможна в любом возрасте, учитывая разнообразие методик и индивидуальный подход к лечению. Использовать её возможно как в комплексе с другими методами, так и в качестве монотерапии.

ЛЕЧЕНИЕ СПАСТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Савельева Н.Н., Исаева И.А.

ГБОУ ВПО СамГМУ, Кафедра неврологии и нейрохирургии, г. Самара

Актуальность. Одной из наиболее важных проблем, ограничивающих двигательную активность больных ДЦП, является спастичность. Значение спастичности в патофизиологии ДЦП особенно велико, если рассматривать ее влияние на формирование патологического двигательного стереотипа от минимального повышения мышечного тонуса в раннем возрасте до формирования контрактур в поздней резидуальной стадии заболевания. Согласно статистическим данным, спастичность различной степени выраженности встречается у 85,5% больных ДЦП. Основополагающим в лечении спастичности у детей является мультидисциплинарный подход с привлечением специалистов разного профиля: невролога, ортопеда, физиотерапевта, врача ЛФК, нейрохирурга, логопеда, психолога, психиатра, педагога и других.

Материалы и методы. Мы провели исследование, целью которого была оценка эффективности различных методов лечения спастичности у больных детским церебральным параличом. Обследовано 22 ребенка со спастическими формами ДЦП в возрасте от 5 до 16 лет, проходивших стационарное лечение в неврологическом и ортопедическом отделениях г. Самара. Среди больных было 18 пациентов со спастической диплегией и 4 с гемиплегией. Они были разделены на 2 группы – получивших консервативное и оперативное лечение. Оценивалось общее состояние ребенка, исследовался неврологический статус, степень выраженности спастичности по шкале Эшворт, оценка тяжести двигательных нарушений по шкале больших моторных функций до и после лечения.

Выводы. По результатам проведенного исследования наиболее эффективным методом лечения спастичности у детей больных ДЦП является хирургический (ахиллотомия по Байеру). Однако большинству больных необходимо проведение повторных операций через 5-6 лет. Таким образом, в лечении спастичности у детей с диагнозом ДЦП является мультидисциплинарный подход, сочетающий консервативные и хирургические методы лечения.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПО ДАННЫМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ (ТКДГ)

Сажнева И.А., Евтушенко О.С., Евтушенко С.К.

Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации, Украина

Актуальность. У детей с церебральным параличом органические изменения в головном мозге часто сочетаются с нарушениями церебральной гемодинамики, которые в ряде случаев усугубляют течение заболевания. Длительно существующий спастический синдром является причиной нарушений, возникающих на кранио-цервикальном уровне: подвывихи С0-С1 и С1-С2, асимметричный гипертонус подзатылочной мускулатуры.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 190 детей с церебральным параличом в возрасте от 2 до 15 лет (87 мальчиков, 103 девочки), из них с гемипаретической формой – 52 человека, с двойной гемипаретической формой – 138 человек. Всем детям проводили ТКДГ сосудов головного мозга и шеи на ультразвуковом комплексе "Logidor-4" ("Kranzbuhler", Германия).

По результатам исследования при гемипаретической форме у 28 больных (54%) отмечено одно- или двустороннее снижение скорости кровотока по позвоночным артериям от 25% до 40% с развитием вертебробазилярной недостаточности, из них у 65% пациентов данные нарушения выявлены на стороне гемипареза. 82 ребёнка (68%) с двойной гемипаретической формой имели дефицит до 50% по сифону внутренней сонной артерии и до 25% по средним

мозговым артериям. По позвоночным и основной артериям выявлен дефицит от 20% до 45% у 53 человек (44%).

Всем детям с нарушением кровотока по вертебральным артериям проводилась “мягкая” мануальная терапия на заинтересованных сегментах и постизометрическая релаксация мышц шеи. Контрольная ТКДГ на 2-3 сутки после последней манипуляции выявила нормализацию кровотока (28%) и уменьшение дефицита по позвоночным и основной артериям (72%). Для потенцирования эффекта мануальной терапии назначались никотиновая кислота и фезам.

Выводы. Таким образом, при спастических формах церебрального паралича выявлены характерные изменения гемодинамики по артериям вертебробазилярного бассейна, которые устраняются сочетанным применением мануальной и медикаментозной терапии.

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Самсонова Т.В., Малышкина А.И., Песикин О.Н., Васильева Т.П., Чаша Т.В.

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В настоящее время эффективная интенсивная терапия и успешное выхаживание детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении являются одной из наиболее сложных и актуальных медицинских задач. Сегодня крайне важно добиться не только улучшения их выживаемости, но необходимо снизить инвалидизацию и улучшить качество жизни недоношенных детей. Необходимость создания организационно-функциональной модели оказания медицинской помощи глубоконедоношенным детям с перинатальными поражениями ЦНС определена принятием в стране ряда нормативных актов, что обусловило повышение числа детей, нуждающихся в проведении реабилитации.

Цель исследования: разработка организационно-функциональной модели медицинской помощи глубоконедоношенным детям с перинатальными поражениями ЦНС с целью профилактики детской неврологической инвалидности.

Материалы и методы. Исследована эффективность предложенной модели лечебно-абилитационной помощи глубоконедоношенным детям в условиях многолетнего эксперимента.

Результаты. Модель реабилитации глубоконедоношенных детей с перинатальными поражениями ЦНС должна включать организационные структуры территориального и межтерриториального уровня, алгоритм их взаимодействия, комплекс способов прогнозирования, ранней диагностики нарушений здоровья, поэтапных мероприятий по максимальному восстановлению нарушенных функций и предупреждению инвалидности.

Выводы. Выявленная медико-социальная эффективность межтерриториальной организационно-функциональной модели реабилитации глубоконедоношенных детей с перинатальными поражениями ЦНС позволяет рекомендовать ее к внедрению в практику.

ОТРАБОТКА МОДЕЛИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ВОПРОСАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Сафоничева О.Г., Сафоничева М.А.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», СКОШИ № 81, г. Москва

Повышение качества образования и реабилитации детей с заболеваниями психоневрологического профиля, обучающихся в специальных коррекционных школах-интернатах (СКОШИ) VIII вида, является актуальной медико-социальной проблемой. В учреждениях интернатного типа в течение рабочей недели проживают дети из социально неблагополучных семей, поэтому коллективу таких школ приходится разрабатывать системный подход к вопросам воспитания, оздоровления, адаптации и последующей социализации детей в общество.

Для изучения причин и механизмов развития психоневрологических заболеваний, отработки модели межведомственного взаимодействия и создания реабилитационной программы была организована городская экспериментальная площадка (ГЭП), которая объединила усилия специалистов Отдела коррекционного сопровождения детей при Департаменте образования города Москвы, психолого-педагогического коллектива СКОШИ №81 и врачей кафедры

мануальной терапии ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Научная Программа включала медико-психолого-педагогические модули и была одобрена межвузовским Комитетом по этике при ассоциации медицинских и фармацевтических ВУЗов. Родители и опекуны воспитанников после ознакомления с методами нейрофизиологической диагностики и нелекарственной физической реабилитации подписывали «Информированное согласие». Опыт межведомственного взаимодействия показал неоднозначность подходов к проблеме психоневрологических нарушений у детей, а также необходимость дальнейшего междисциплинарного взаимодействия врачей разных специальностей, психологов, педагогов, родителей для создания восстановительных и образовательных программ для учреждений интернатного типа. Одним из подходов в решении этой проблемы, наиболее перспективным, по нашему мнению, является организация исследовательских Центров при детских учебных заведениях, с одной стороны, и академических учреждениях – с другой, при участии и контроле общественных организаций и госструктур. Деятельность этих центров могла бы быть направлена на комплексное решение вопросов оздоровления и развития детей, апробацию инновационных методик и программ для последующего повсеместного внедрения в детских учреждениях.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛЬНЫХ КОРРЕКЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Сафоничева О.Г., Сафоничева М.А.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова», СКОШИ № 81, г. Москва

С целью уточнения патогенеза когнитивных и нейропсихологических нарушений, а также разработки нелекарственных методов реабилитации в рамках Городской экспериментальной площадки было проведено обследование 72 воспитанников СКОШИ VIII вида №81 САО г. Москвы. Комплексное клинико-неврологическое и инструментальное нейрофизиологическое исследование проведено детям 1-7 классов (в возрасте от 8 до 14 лет) с ограниченными возможностями здоровья, гиперактивностью и дефицитом внимания в рамках диагнозов F-70, F-71 по МКБ-10.

Обсуждение. При изучении анамнеза заболеваний выявлены значимые факторы, связанные с тяжелым течением беременности, натальной кранио-цервикальной травмой и постнатальной гипоксией мозга практически у всех обследованных детей. Множественные изменения опорно-двигательного аппарата проявлялись нарушениями осанки, мышечно-тоническими невроваскулярными синдромами шейного отдела позвоночника (ШОП) с формированием неоптимального статико-динамического стереотипа. Укорочение мышц кранио-вертебрального перехода, ШОП приводило к компрессии и патологической извитости магистральных брахиоцефальных сосудов, а также нарушению мозгового кровотока и церебрального метаболизма. Нейрофизиологическое обследование выявило признаки функциональной незрелости и гипоксии корковых отделов головного мозга, ослабление межполушарных взаимосвязей и метаболический ацидоз. В программу комплексной нелекарственной реабилитации воспитанников были включены координационная и дыхательная гимнастика для развития «эмоционально-когнитивного мозга». Для релаксации мышц плечевого пояса, устранения многоуровневых «туннелей» в ШОП и улучшения пластичности мозга применены мягкотканевая мануальная терапия и массаж.

Заключение. Актуальным остается раннее распознавание и лечение перинатальных церебральных нарушений гипоксически-травматического генеза, так как морфологическая и функциональная незрелость головного мозга новорожденного приводит к ошибкам в диагностике и трактовке сосудистых нарушений как общемозговых проблем. Эффективность полученных результатов указывают на необходимость более широкого внедрения разработанного метода комплексной реабилитации детей с сочетанными постуральными, мышечно-тоническими и интеллектуальными нарушениями.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Сергеенко Е.Ю., Белых О.Ю., Фрадкина М.М.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет
им Н.И. Пирогова, кафедра реабилитологии и физиотерапии, Москва
ФГУ Российская детская клиническая больница, Москва*

В России насчитывается около 80 тыс. детей-инвалидов, что составляет 2% детской и подростковой популяции. Значительную часть из них составляют пациенты с неврологической патологией, в частности, дети с детским церебральным параличом (в Москве насчитывается 6,5 тыс. инвалидов вследствие ДЦП)

В настоящее время особое внимание уделяется применению в реабилитационном процессе высокотехнологичных методов, среди которых прочное место занимают роботизированные аппараты для восстановления локомоторной функции, включая роботизированный аппарат «Локомат», применяющийся для коррекции двигательной функции нижних конечностей. Использование ассистирующих роботов (локомотороботов) в реабилитации больных, а именно в восстановлении их способности к передвижению, сравнительно молодое (ему около 15 лет), но быстро развивающееся направление физической реабилитации. Одним из очевидных преимуществ ассистирующих роботов является их способность точно контролировать правильность траектории движения. Разработка новых технологий, основанных на применении роботизированных комплексов, является актуальной и перспективной.

Аналізу подвергнуты результаты реабилитации детей с гемипаретической и тетрапаретической формой ДЦП. Возрастной диапазон составил от 8 до 17 лет, средний возраст 11,4 лет. С учетом реабилитационной программы обследуемые были разделены на 2 группы. В основной группе пациенты получали реабилитационный комплекс, включающий прикладную кинезотерапию по методу Войта, физиотерапевтическое лечение с использованием аппарата высокотоновой импульсной электротерапии «HiTop 184» и занятия на роботизированной системе для локомоторной терапии. В группе сравнения пациенты получали аналогичное восстановительное лечение, однако, вместо тренировок на роботизированной системе для локомоторной терапии проводились занятия на роботизированном тренажере «Thea vital».

Каждый ребенок, прошедший реабилитацию в отделении восстановительного лечения и включенный в данное исследование, получил в среднем 15 процедур на роботизированной системе для локомоторной терапии. Занятия проводились ежедневно 5 дней в неделю. Занятия с пациентами проводились, как с системой поддержки веса, так и без нее. Средняя скорость ходьбы пациентов по беговой дорожке, программируемая на роботизированной системе, на которой осуществлялась локомоторная тренировка, составила 0,35 км/ч (от 0,3 км/ч до 0,6 км/ч). Время локомоторной тренировки составляло от 5 до 20 мин., в зависимости от выраженности двигательных нарушений и переносимости нагрузок ребенком.

Результаты оценивались перед началом курса (в 1-2 день госпитализации) и после окончания курса лечебных процедур, в конце периода госпитализации – на 24-25 день.

Эффективность проводимой двигательной реабилитации оценивалась с помощью шкалы оценки крупной моторики GMFM-88, пятибалльной шкалы спастичности Ашфорта и координаторных проб, оценки скорости ходьбы (в м/с) и длины шага (в м) для пациентов, у которых имелась самостоятельная ходьба.

Результаты. После проведения курса реабилитации в основной группе наблюдались улучшения показателей крупной моторики по шкале GMFM-88 в среднем на 13,5 баллов, снижение мышечного тонуса в нижних конечностях в среднем на 1,2 балла; показатели координаторных проб изменялись в сторону улучшения у 92% пациентов, скорость ходьбы и длина шага изменялись как в сторону увеличения – в среднем на 35 % длина шага и 70% скорость ходьбы, так и в сторону небольшого уменьшения – на 5% и 8% соответственно, в зависимости от типа неврологической патологии и решаемых в отношении двигательного стереотипа задач. В группе сравнения отмечались менее выраженные изменения аналогичных показателей: улучшение показателей по шкале GMFM-88 в среднем на 4 балла, снижение мышечного тонуса было отмечено в среднем на 0,9 балла, координаторные пробы

изменялись в сторону улучшения у 85% детей, скорость ходьбы и длина шага практически не изменялась.

На основании проведенного исследования следует отметить, что даже после 1-2 занятий с использованием роботизированной системы у детей, которые умели самостоятельно передвигаться, но имели патологический паттерн ходьбы, родители отмечали в большинстве случаев улучшение постурального баланса.

В среднем после 5-го занятия у детей с ДЦП наблюдалась положительная динамика.

Вывод. Впервые предлагаемая методика реабилитации с включением тренинга на роботизированной системе для локомоторной терапии у детей с детским церебральным параличом позволяет добиться значительных результатов после проведения одного курса реабилитации, что чрезвычайно важно, не только с точки зрения медицинского аспекта, но и играет важную роль в процессе интеграции детей с ДЦП в общество.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ, ПРОГНОЗ)

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

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

При психотических формах расстройств аутистического спектра (РАС) наблюдаются сходные двигательные нарушения, что приводит к определенным трудностям в дифференциальной диагностике и прогнозированию исхода заболевания.

Цель работы. С использованием клинико-биологического подхода исследовать нозологически обусловленную гетерогенность психотических форм РАС.

Материалы и методы. Клинико-динамическим, нейрофизиологическим, иммунологическим и патопсихологическим методами обследовано 152 больных (возраст 3-15 лет) с психотическими формами РАС, проходивших стационарное лечение в отделе детской психиатрии с группой исследования детского аутизма ФГБУ «НЦПЗ» РАМН в 2004-2013 гг.

Результаты. Для больных с психотическими формами детского аутизма (ДА), атипичного аутизма (АА), характерно преобладание двигательных кататонических нарушений в приступах, которые сохранялись в ремиссии в форме гиперкинетических расстройств при ДА и двигательных стереотипий при АА.

Выявлено присутствие в ЭЭГ больных с АА выраженной ритмической тета-активности, коррелирующей с тяжестью регрессивных нарушений в приступе и значительная представленность сенсомоторного ритма в стадии ремиссии при ДА. При сочетании тета-ритма с усиленной дельта-активностью, в клинической картине отмечаются «псевдоневрологические» знаки вплоть до утраты ходьбы.

Иммунологическими маркерами при ДА является преимущественно активация врожденного иммунитета (увеличение активности лейкоцитарной эластазы и повышение уровня острофазных белков), а при АА увеличение уровня аутоантител к нейроантигенам в периферической крови больных (активация приобретенного иммунитета).

По данным патопсихологических исследований, в развитии моторики при ДА наблюдалась диссоциация – крупная моторика практически соответствовала возрасту, тогда как мелкая отставала от нормативного развития. При АА выявлялась выраженная ретардация в развитии крупной и мелкой моторики.

Полученные данные важны для дифференциальной диагностики, прогноза и подбора терапии психотических форм РАС.

ОВЛАДЕНИЕ ПРЕДМЕТНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС

Складнева В.М., Акимова Е.А., Лазуренко С.Б., Павлова Н.Н., Чарыкова А.А.,
Черемисина М.А., Клочкова О.А.

ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, Москва

Актуальность. Раннее детство имеет непреходящее значение для психического развития человека. Именно в этом возрасте формируются необходимые предпосылки мышления и его важная форма – практические действия с предметами. В процессе предметных действий у детей интенсивно развивается восприятие, произвольная ориентировка в ситуации, внимание

и память, что является основой наглядно-действенного мышления (А.В. Запорожец, Л.С. Выготский, Ж. Пиаже). Поиск педагогических технологий, способных активизировать процесс овладения младенцами со сложной структурой нарушений развития предметными действиями, является актуальной проблемой коррекционной педагогики в связи с увеличением числа детей данной категории в общей популяции новорожденных.

Цель – изучение особенностей становления первых предметных действий у детей с сочетанной патологией ЦНС для определения эффективных педагогических методов и приемов развития их познавательных возможностей.

Материалы и методы: психическое развитие 157 детей-инвалидов первого года жизни с тяжелыми сочетанными нарушениями здоровья, в том числе с патологией ЦНС; качественный и количественный анализ анамнестических сведений ребенка, структурированная беседа с лечащим врачом и родителями, изучение социально-психологического климата в семье, наблюдение за взаимодействием родителей с ребенком, диагностика психического развития с использованием методики оценки нервно-психического развития Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт, определение уровня сформированности и качества предметных действий у детей с помощью методики М.В. Братковой, Е.А. Стребелевой.

Результаты. Все дети с сочетанными нарушениями здоровья и патологией ЦНС по темпу психического развития и способности овладения предметными действиями могут быть условно разделены на три группы. I группа – дети со значительной задержкой психического развития (3–4 эпикризных срока), с малым объемом предметных действий, которые они демонстрируют в самостоятельной активности со знакомыми игрушками. II группа – дети с грубой задержкой психического развития (5–6 эпикризных сроков), умеющие выполнять 2–3 социальных моторных акта со знакомым предметом и действующие с остальными однообразно, без учета свойств. III группа – дети, не владеющие предметными действиями в силу отсутствия навыка произвольного управления движениями тела и руки, с минимальной динамикой психического развития, с постепенным, в течение первого года жизни, увеличением степени отставания их психического развития от возрастного норматива.

Выводы. Этиология и структура нарушений здоровья ребенка определяют темп психического развития и характер психологического взаимодействия со средой, а социальная среда создает или не создает условия для развития возможностей его психики. Сложная структура нарушений здоровья становится непреодолимым препятствием для социального взаимодействия ребенка с внешним миром, его активной практической созидательной деятельности в окружающем пространстве. Без создания специальных развивающих условий среды, применения полисенсорного дидактического инструментария, организации коррекционного обучения дети с сочетанной патологией ЦНС предметными действиями не овладевают. Индивидуальная программа комплексной реабилитации детей-инвалидов должна включать в себя методы коррекционно-педагогического воздействия на ход психического развития детей и их социальной адаптации.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОДОЛЖЕННОГО ЭЭГ ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Трепилец С.В., Трепилец В.М., Щедеркина И.О.

*Морозовская детская городская клиническая больница, неврологическое отделение
консультативно-диагностического центра, г. Москва*

В последние годы все более доступным становится ЭЭГ исследование в поликлинических условиях, но рутинное исследование у детей первых лет жизни мало информативно и часто приводит к неправильному диагнозу, несвоевременному назначению терапии или, наоборот, к гипердиагностике эпилепсии.

Цель: на основе десятилетнего опыта работы кабинета ЭЭГ неврологического отделения КДЦ Морозовской ДГКБ показать значимость и необходимость продолженного ЭЭГ исследования для уточнения диагноза, формы эпилепсии, подбора терапии и контроля качества проводимого лечения, а также проведения дифференциального диагноза различных пароксизмальных состояний детского возраста.

Материалы и методы: дети до 3 лет жизни с различными пароксизмальными состояниями (эпилептического и неэпилептического генеза), направленные на консультацию в

неврологическое отделение КДЦ; продолженное ЭЭГ исследование детей.

Результаты: в течение 2012г обследовано 675 детей. Средний возраст -1,6 года. Основными направляющими диагнозами были: фебрильно провоцируемые судорожные приступы (40%), аффективно-респираторной пароксизмы (5-6%), парасомнии (10-12%), органическое поражение ЦНС (18-20%), эпилепсия (8-10%), соматическая патология (5-6%). Почти 80% детей направлялись с подозрением на эпилепсию, но только у 20-23% из них выявлялась эпилептиформная активность (причем у 15-16% только во сне) и подтверждался диагноз эпилепсии. Наиболее часто (40-45%) данный вид патологической активности регистрировался у детей с органическим поражением ЦНС и синдромом ДЦП.

Выводы: как показал опыт работы кабинета ЭЭГ в неврологической поликлинике, применение продолженного ЭЭГ исследования с регистрацией сна у детей до 3-х лет значительно улучшило диагностику пароксизмальных состояний различного генеза у детей данного возраста, позволило избежать гипердиагностики эпилепсии и своевременно назначить адекватную терапию.

СЛУЧАЙ ОССИФИЦИРУЮЩЕЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ФИБРОДИСПЛАЗИИ У РЕБЕНКА 3-Х ЛЕТ

Трубилина М.М. Гончаренко Е.М. Томникова Ж.А.
ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Краснодар

Актуальность: Прогрессирующая оссифицирующая фибродисплазия - редкая нозологическая форма. Большинство случаев спорадические. Популяционная частота 0,61:1000000.

Цель: представить собственный опыт наблюдения за ребенком с прогрессирующей оссифицирующей фибродисплазией.

Материалы и методы: Варвара К, 3,5 года. Впервые обратились в детскую краевую больницу в возрасте 1 мес. Диагноз: СМВПР, спастический тетрапарез, гипертензионно – гидроцефальный синдром, агенезия мозолистого тела. Дисплазия тазобедренных суставов. Врожденная аномалия развития кистей и стоп: в области кистей 1-е пальцы с выраженной гипоплазией пястных костей, аномалией фаланг в виде гипоплазии, сращения их под углом. В области стоп амниотическая ампутация 1-х пальцев обеих стоп. В 1 год 9 месяцев мать впервые отметила появление у девочки по задней поверхности шеи припухлости. Выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника –подозрение на продольный перелом тела Сv без смещения. Получает лечение по поводу лимфаденопатии шеи. Далее у девочки прогрессивно появляются опухолевидные образования на шее и спине, постепенно уплотняющиеся, вплоть до плотности кости. Появляется ограничение подвижности позвоночника и суставов плечевого пояса. В 2 года 5 месяцев - общее состояние ребенка средне тяжелое за счет значительного ограничения подвижности позвоночника, плечевого пояса.. В области спины и шеи визуализируются опухолевидные образования величиной с голубиное яйцо, плотные на ощупь, без изменения кожных покровов над ними, безболезненные.

Результаты: В январе 2013 г в НИИ педиатрии и детской хирургии г. Москва, установлен диагноз: Множественный оссифицирующий миозит (Оссифицирующая остеодисплазия). Аномалия развития головного мозга (Агенезия мозолистого тела. Гипоплазия червя мозжечка. mega cistern magna) Аплазия 1-х пальцев на стопах.

Выводы: Ребенок наблюдался длительно, практически с рождения, с диагнозами врожденной аномалии больших пальцев стоп и кистей, аномалией развития головного мозга, лимфаденопатией, подозрением на опухоль шеи, и лишь к 3,5 годам диагноз оссифицирующей фибродисплазии верифицирован.

НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ДЦП – ВАРИАНТЫ РАЗВИТИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Умнов В.В.

*Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера,
Санкт-Петербург*

Согласно публикациям, частота развития подвывиха и вывиха бедра у больных с ДЦП составляет от 3 до 75% в зависимости от контингента, вызывая контрактуры, боль и снижение опороспособности конечности. Тяжесть последствий нестабильности у социально значимой группы больных диктует актуальность исследования.

Цель – улучшение результатов профилактики и лечения нестабильности тазобедренного сустава у больных ДЦП.

Материал и методы – оперированы 538 больных ДЦП в возрасте от 3 до 17 лет, которым выполнены 657 реконструктивных операций по поводу подвывиха или вывиха бедра.

В результате отмечены основные анатомические особенности развития нестабильного тазобедренного сустава у больных ДЦП – наличие увеличивающегося в размерах дефекта головки при относительно удовлетворительном состоянии впадины.

При начинающемся подвывихе у больных в возрасте 3-6 лет отмечены хорошие результаты применения ранней аддукторотомии, при усугублении ситуации наиболее эффективны различные варианты радикальных реконструктивных операций. В более старшем возрасте наличие болевого синдрома и выраженных контрактур диктуют необходимость применения вариантов паллиативных резекционных артропластик или эндопротезирования сустава.

Выводы:

1. Нестабильность тазобедренного сустава является основным показанием к хирургическому лечению подвывиха бедра у больных ДЦП, для чего успешно используется арсенал профилактических, реконструктивных и паллиативных операций.

2. Наиболее эффективными направлениями являются ранняя диагностика начальных стадий нестабильности и вовремя выполненная аддукторотомия с тенотомией пояснично-подвздошной мышцы.

КОРРИГИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МОБИЛЬНОЙ ФОРМЫ ЭКВИНО-ПЛАНО- ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Умнов Д.В.

ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность: Наиболее частыми деформациями конечностей при ДЦП являются деформации стоп, среди которых лидирующее место занимает эквино-плано-вальгусная. Используемые в хирургии спастической мобильной эквино-плано-вальгусной деформации стопы оперативные вмешательства либо направлены на устранение лишь одного из компонентов деформации, либо травматичны.

Цель: разработка оптимальной методики хирургического лечения мобильной эквино-плано-вальгусной деформации стоп у больных ДЦП.

Материалы: нами было пролечено по предложенной методике 52 пациента с ДЦП в возрасте от 3 до 17 лет.

Методы: в нашей клинике с целью коррекции мы применяли корригирующую остеотомию пяточной кости (методика отделения). В качестве группы сравнения использовали пациентов, которым выполнялся внесуставной артродез подтаранного сустава.

Результаты: Применение корригирующей остеотомии пяточной кости привело к полному устранению болевого синдрома и снижению частоты жалоб на ощущение усталости в нижних конечностях. Операция не привела к обездвиживанию подтаранного и таранно-пяточно-ладьевидного суставов ни в одном из случаев. Результаты использования обеих способов реконструкции стопы были сопоставимы по частоте жалоб и абсолютному большинству клинических и рентгенологических параметров. В 96,9% случаев была получена значительная стабильная коррекция деформации.

Выводы: Корректирующая остеотомия пяточной кости может быть операцией выбора при хирургическом лечении мобильной формы эквино-плано-вальгусной деформации стопы тяжёлой и средне тяжёлой степени у больных детским церебральным параличом в возрасте от 3 до 17 лет. Данный способ лечения высокоэффективен, относительно малотравматичен, может применяться в раннем возрасте и позволяет сохранить подвижность всех суставов стопы.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА РАДИОЧАСТОТНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СПАСТИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ

Умнов В.В., Звозиль А.В.

*Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Турнера,
г. Санкт – Петербург*

При лечении детей, страдающих церебральным параличом, часто возникает необходимость в устранении мышечного гипертонуса на уровне отдельных сегментов конечностей. В отделении церебральных параличей « НИДОИ имени Г.И. Турнера » разработан и применяется способ снижения спастичности у детей с детским церебральным параличом с помощью применения метода радиочастотной термодеструкции периферических нервов и двигательных точек мышц.

Целью данного исследования являлся анализ возможности применения метода радиочастотной нейродетрукции для снижения спастичности у детей с церебральными параличами. Всего данную процедуру применили у 112 больных в возрасте от 1г.2мес. до 14 лет с уровнем спастичности свыше 3х баллов по шкале Ашворта. Из них 93 страдали диплегической формой, где наиболее значимым был гипертонус приводящих мышц бедра и трехглавых мышц голени. С целью уменьшения гипертонуса приводящих мышц бедра мишенью для радиочастотной деструкции выбирали запирающий нерв, при эквинусе воздействовали на двигательные точки икроножной мышцы. В группе больных с поражением верхней конечности клиническая картина была представлена тоническими сгибательными контрактурами локтевых и лучезапястных суставах. Для снижения гипертонуса сгибателей предплечья воздействовали на мышечно-кожный нерв, для мышц сгибателей кисти вшивались на их двигательных точках. Средний срок наблюдения за положительными результатами составил 6 месяцев, максимальный – 2 года. Полученные результаты являются предварительными и подлежат дальнейшей статистической обработке, однако они вполне сопоставимы с результатами применения препаратов ботулотоксина типа А. Предлагаемый способ лечения является малоинвазивным, практически лишенным риска развития послеоперационных осложнений, позволяет купировать спастичность одноэтапно в мышцах различных двигательных сегментов у детей с церебральным параличом в широком возрастном диапазоне, включая детей до 2х лет.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧЕЙ И ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ

Умханов Х.А., Ахмадов Т.З.

Чеченский государственный университет, Грозный

Детский церебральный паралич – многопрофильный недуг, обусловленный повреждением головного мозга любыми факторами в антенатальном, перинатальном и натальном периодах. Заболевание это имеет глобальное распространение. Частота его колеблется в разных странах от 1-2 до 8 на 1000 населения, причем отмечается более высокая частота в развитых странах (Швейцария, Франция, США и др.). В Российской Федерации эти цифры составляют 2-3 , а по Чеченской Республике – 1,6 . Из всех медицинских проблем ДЦП – самая сложная, ибо для своего решения привлекает не только обширную группу специалистов (неврологов, психологов, педиатров, ортопедов, физиотерапевтов, логопедов, сурдологов и т. д.), но и социальных работников, становясь тем самым медико-социальной проблемой. Даже приблизительные расчеты показывают, какие огромные материальные и моральные ресурсы требуются для этого контингента больных, являющихся в подавляющем большинстве своем непродуцируемыми и нуждающихся в попечении со стороны государства и общества.

В историческом плане значительную лепту в решении проблемы ДЦП внесли Англия, Франция, Германия, США и другие европейские государства. В последние годы заметно активизировались китайские традиционные методы лечения данной патологии. В России проблема ДЦП стала разрабатываться и освещаться с середины прошлого века, а в Чеченской республике – в последние годы.

Пути решения проблемы ДЦП претерпели различные коллизии: то преобладала точка зрения, что это – чисто неврологическое заболевание и его лечением должны заниматься только невропатологи, затем обозначилась общая точка зрения, что больных ДЦП необходимо лечить комплексно с помощью различных специалистов, исключая таковых хирургического профиля. Однако вскоре стало очевидно, что возможности консервативных усилий ограничены, особенно в запущенных случаях и при определенных формах, и могут дать в той или иной степени лечебный эффект лишь у 50-60 % больных. Остальные 40-50% больных с течением времени приобретают различной степени выраженности контрактуры и деформации, неподдающиеся никаким консервативным мерам и, соответственно, переходят в компетенцию ортопедов-хирургов. Конечно, и в настоящее время имеются медицинские школы, которые упорно пропагандируют возможности и преимущества только собственных методов, главным образом консервативного профиля, отводя хирургическим приемам исключительно паллиативную роль. В то же время нашими многолетними исследованиями показано, что у больных со спастическими формами ДЦП с 3-х летнего возраста развиваются фиксированные контрактуры и деформации, причем тем интенсивнее, чем тяжелее степень неврологического поражения и недостаточнее консервативные усилия. У 39-40 % таких больных адекватное оперативное вмешательство не только устраняет очевидные биомеханические нарушения, но и обуславливает заметное снижение общей спастичности и создает условия для формирования в сохранных отделах головного мозга нового двигательного стереотипа.

В вопросах восстановительного лечения больных ДЦП, на наш взгляд, важным является именно рациональное сочетание консервативных методов с хирургическими, а эффективность тех или иных методик лечения и реабилитации следует рассматривать в рамках доказательной медицины.

ВОЗМОЖНОСТИ ДЭНС-ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Федорова Т.Н.

ГБУ АО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Коррекция и развитие», г. Астрахань

Актуальность. В современном обществе вопросы охраны здоровья становятся как никогда актуальными. Известно, что у детей, имеющих признаки задержки или отставания в физическом, моторном и психическом развитии, отмечается снижение адаптационных возможностей организма.

Цель. Оценить эффективность применения динамической электростимуляции (ДЭНС-терапии) у детей с патологией нервной системы.

Материалы и методы. При работе с детьми, имеющими поражение ЦНС, необходимо использовать такие методы воздействия, которые не будут нарушать естественное постоянство их внутренней среды, не смогут оказывать побочного действия на другие органы и системы, не нарушат целостность кожных покровов, не причинят ребёнку каких-либо болевых ощущений, не сформируют привыкание детского организма к лечебному воздействию аппарата. Одновременно с этим воздействие должно быть легко управляемым, доступным, и обладать феноменом «биологической обратной связи». Именно таким методом является динамическая электростимуляция. Для объективной оценки результатов ДЭНС-терапии применялся метод регистрации активации полушарий головного мозга ребенка на приборе Активациометр до и после ДЭНС-терапии.

Результаты. Анализ проведенных исследований свидетельствует о нормализации уровня психоэмоционального состояния ребенка. ДЭНС-воздействие уменьшает аномальную импульсацию мозга, способствует устранению патологических реакций, восстанавливает нормальное функциональное состояние всего организма. Использование ДЭНС-терапии повышает энергетический потенциал организма, способствует формированию

коммуникативных познавательных и речевых функций у детей с нарушениями развития. Данная методика безопасна в использовании, не нарушает физиологии детского организма, повышает его энергетический потенциал, нормализует психоэмоциональное состояние, укрепляет психофизический статус.

Вывод. ДЭНС-терапию можно с уверенностью рекомендовать для длительного курсового применения в реабилитации детей с ограниченными возможностями как в комплексе с другими методами, так и в качестве монотерапии.

ВЕЙВЛЕТ ПРЕОБРАЗОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЭЛЕКТРОМИОГРАММЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Цышкова О.Н., Кешишян Е.С., Жванский Е.С., Гришин А.А.

*Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрав РФ, Москва
Институт проблем передачи информации им А.А. Харкевича РАН, Москва
Московский физико-технический институт (ГУ), Долгопрудный*

Оценка формирующихся двигательных нарушений у ребенка первого года жизни имеет ряд сложностей связанных, прежде всего, с субъективностью оценки мышечного тонуса. Поверхностная ЭМГ уже давно используется в различных системах анализа движения. Создание способа, позволяющего количественно определять мышечный тонус у детей в раннем возрасте востребовано, а с учетом современных математических возможностей такая система может быть построена на количественных характеристиках поверхностной электромиограммы путем Вейвлет преобразования. Целью работы была разработка критериев объективизации мышечного тонуса и характера формирующихся нарушений у детей раннего возраста с помощью вейвлет преобразования поверхностной электромиограммы, Был обследован 61 ребенок в возрасте от 6-ти месяцев до 3-х лет с двигательными нарушениями (13 – с атонически-астатической формой ДЦП, 48 – со спастическими формами ДЦП) и 15 детей соответствующей возрастной группы без двигательных нарушений. В положении лежа проводились пассивные сгибание и разгибание коленных и тазобедренных суставов, восьмиканальным миографическим усилителем УМГ2-8 регистрировалась ЭМГ активность основных групп мышц бедра и голени. На основе анализа сигнала ЭМГ вычислялись следующие параметры: максимальная скорость нарастания/убывания спектральной мощности сигнала; средняя мощность спектра в единицу времени; соотношение времени активного состояния мышц к общему времени на участке записи. Выявлена достоверная связь между состоянием тонуса детей и частотными характеристиками поверхностной электромиограммы. Полученные нами результаты показали возможность высокой точности определения характеристик мышечного тонуса у детей раннего возраста с двигательными нарушениями.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Чебаненко Н.В., Саржина М.Н.

НПЦ детской психоневрологии Департамента Здравоохранения г. Москвы

Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает одно из ведущих мест среди инвалидизирующих заболеваний детей и подростков. Нарушение формирования мозга на ранних этапах онтогенеза, лежащее в основе ДЦП, может быть результатом целого ряда неблагоприятных воздействий многих этиологических факторов. У 90% женщин, родивших детей с тяжелыми формами ДЦП, отмечалась патология беременности (у 56% – токсикозы, у 22% – острые инфекционные заболевания, у 23% – обострение хронических инфекционных процессов) и 80% больных детей рождены в асфиксии. У 16% матерей предыдущие беременности закончились выкидышами.

Частота ДЦП составляет 1,9-2,5 на 1000 родившихся детей в России. На начало 2013 года на учёте с диагнозом ДЦП в Москве состоит 4488 детей. К сожалению, ранняя диагностика ДЦП до 6 месяцев жизни, особенно у недоношенных детей, весьма затруднена в связи с отсроченным появлением типичных клинических симптомов заболевания. Зачастую диагноз становится очевидным к 12-18 месяцам жизни. В то же время, успех реабилитационных мероприятий в значительной степени зависит от ранних сроков начала терапии, следовательно, необходимо выделение детей группы риска для ранней диагностики заболевания. Углубленное изучение перинатальных факторов риска у больных с ДЦП

позволит создать систему мероприятий по предупреждению ДЦП, выработать критерии ранней диагностики ДЦП с прогнозированием различных клинических форм и тяжести заболевания уже в периоде новорожденности с целью активной тактики лечения.

Первичная диагностика ДЦП, определение абилитационного потенциала и индивидуальной программы реабилитации осуществляется в Научно-Практическом Центре детской психоневрологии Департамента Здравоохранения города Москвы.

В настоящее время разработаны и внедрены в клиническую практику эффективные методы ранней диагностики поражений головного мозга у плодов и новорожденных. В первую очередь это методы нейровизуализации: нейросонография, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, позволяющие в самые ранние сроки выявлять структурные изменения в головном мозге, которые могут быть причиной различных форм неврологической патологии, в том числе отдельных форм ДЦП.

Нейросонография может применяться как скрининг-метод при подозрении на повреждение головного мозга. Наиболее важными особенностями метода являются неинвазивность, доступность и способность своевременно выявить наличие и характер повреждений головного мозга (церебральные кровоизлияния, инфаркты мозга, атрофические изменения), а также оценить тяжесть их последствий. Метод позволяет определить наличие отека мозговой ткани, сдавления и дислокации структур головного мозга, пороков развития и опухолей центральной нервной системы, изменения мозговой ткани и ликворных путей при гидроцефалии, повреждения мозга при черепно-мозговых травмах. При динамическом проведении нейросонографического исследования возможна оценка динамики ранее выявленных структурных изменений ткани мозга и ликворных путей, а также прогнозирование тяжести формирования неврологического дефекта и формы ДЦП.

Таким образом, необходимо выделение группы риска и регулярное наблюдение за детьми с неблагоприятным акушерско-гинекологическим анамнезом, а также проведение им нейровизуализации. Лечение детей с выявленной неврологической патологией должно быть комплексным и начинаться с первых дней выявления патологии.

РОЛЬ МИОРЕЛАКСАНТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Шалькевич Л.В., Яковлев А.Н.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск
Минский городской центр медицинской реабилитации для детей с психоневрологическими заболеваниями, г. Минск, Республика Беларусь*

Спастика представляет собой патологическое повышение тонуса мышц вследствие поражения центрального двигательного нейрона. Более 70% детей с ДЦП страдают спастическими нарушениями, комплексная реабилитация этих форм ДЦП включает в себя использование препаратов, снижающих мышечный тонус. Цель работы – определить роль и место пероральных миорелаксантов в системе восстановительного лечения детей со спастическими формами ДЦП.

В исследование было включено 568 детей в возрасте от 6 месяцев до 17 лет с синдромом центрального двигательного нейрона вследствие перинатального поражения ЦНС. Реабилитационный комплекс (ЛФК, гимнастика, массаж, ФТЛ) в сочетании с мидокалмом был проведен 113 (19,9%) детям, в сочетании с баклофеном – 22 (3,9%) детям, без оральных миорелаксантов – 255 (44,9%) детям. Мидокалм использовался чаще других оральных миорелаксантов вследствие более широкого спектра действия и лучшей переносимости. Как показали результаты обследования, в группе детей с мидокалмом улучшение наступило у 92 (81,4%) детей, с баклофеном – у 17 (77,3%) детей, без миорелаксантов – у 126 (64,7%). В целом, выздоровления не наступило ни в одном случае. Улучшение в рамках функционального класса было у 534 (94%) детей, переход в меньший функциональный класс наблюдался только у детей до года. Лучшие результаты были отмечены при более легких степенях спастичности (по Шкале АШВОРТ – не более трех баллов). Восстановление прежнего уровня спастичности после курса миорелаксантов наступило у 125 (93%) детей.

Проведенное исследование позволило установить, что улучшение состояния и снижение степени спастичности у детей с ДЦП определяется более младшим возрастом ребенка, более легкой степенью тяжести повреждения ЦНС, сочетанием с другими реабилитирующими

процедурами. Использование миорелаксантов более эффективно в системе комплексной реабилитации, их действие кратковременно и нестойко.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Шиошвили В.А.

НПЦ Детской психоневрологии, г. Москва

В связи с ростом детского травматизма в настоящее время продолжает оставаться актуальной задача восстановления двигательных функций у детей и подростков с поражениями периферической нервной системы.

Под нашим наблюдением находились 12 человек (9 мальчиков и 3 девочки) в возрасте от 3 до 16 лет, имеющие в анамнезе различные по тяжести поражения периферических нервов (n.peroneus – 8 чел., n.tibialis – 1 чел. и n.radialis – 3 чел.) со сроком давности получения травм от 1 до 6 месяцев. Все пациенты в соответствии с тяжестью поражения были нами разделены 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. У всех больных объем соответствующих пассивных движений был сохранен.

С целью объективизации результатов лечения использовались следующие методы исследований: компьютерная ангулометрия, стимуляционная ЭНМГ.

На фоне традиционного комплексного консервативного лечения все пациенты получали курс предложенной нами методики сочетанного применения электростимуляции и тренировки. При проведении процедур мы использовали электростимуляторы «Амплипульс-5» и «Амплипульс-7». В зависимости от тяжести поражения и сроков давности получения травм количество повторных курсов варьировало от 1 до 8 (1-3 курса в год). Курс лечения состоял из 20-30 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”. На фоне проведенных курсов комплексного консервативного лечения с использованием предложенной нами методики “электростимуляция+тренировка” у всех 12 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

Проведенные исследования показали - применение предложенной нами методики «электростимуляция+тренировка» в составе традиционного комплексного консервативного лечения позволяет восстановить утраченную двигательную функцию у детей и подростков с поражениями периферических нервов.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ «ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ+ТРЕНИРОВКА» У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ РОДОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

Шиошвили В.А.

НПЦ Детской психоневрологии, г. Москва

В настоящее время представляет несомненный интерес проблема реабилитации детей с последствиями родового повреждения плечевого сплетения в связи, как с ростом частоты встречаемости данного заболевания, так и со сложностью восстановления у них двигательной функции.

Под нашим наблюдением находились 25 человек (14 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 1 до 5 лет, не имеющие активных двигательных функций верхней конечности – тотальный паралич (правой руки – 9 чел., левой – 16 чел.), находящихся на стационарном лечении в НПЦ

ДЦП. Объем пассивных движений в суставах исследуемой верхней конечности у всех больных был сохранен.

Пациентам контрольной группы (10 чел.) проводилось традиционное консервативное лечение. Дети исследуемой группы (15 чел.) дополнительно получали курс предложенной нами методики сочетанного применения электростимуляции основных мышечных групп верхней конечности и их тренировки, последовательно осуществляемый в 3 этапа: электростимуляция + пассивная тренировка, электростимуляция + пассивно-активная тренировка, электростимуляция + активная тренировка. Длительность каждого этапа зависела от достигаемого пациентом уровня функциональных возможностей. Переход к этапам, включающим активную тренировку, был также связан с ростом сознательности ребенка, что отмечается при достижении им 3-4-х летнего возраста.

При проведении процедур мы использовали электростимуляторы «Амплипульс-5» и «Амплипульс-7». Курс состоял из 15-20 процедур, проводимых ежедневно. Длительность процедуры 10-20 мин. Количество повторных курсов от 9 до 15 (2-4 курса в год).

Для объективной регистрации полученных результатов лечения мы использовали ангулометрическое исследование и данные стимуляционной ЭНМГ.

После 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 по сравнению с результатами лечения в контрольной группе ($p < 0,05$).

Проведенные нами исследования показали перспективность применения в составе комплексной терапии методики «электростимуляция+тренировка» с целью восстановления двигательных функций верхней конечности у детей с последствиями родового повреждения плечевого сплетения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ДОРСАЛЬНОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ РИЗОТОМИИ

Шор Т.А., Саакян К.М., Горлов А.А., Вертянов В.В.

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

Актуальность. ДЦП – одно из самых тяжелых заболеваний нервной системы у детей. Проблема этого заболевания не утрачивает своей значимости в наши дни. Лечение повышенного мышечного тонуса – это пока трудноразрешимая задача. Поэтому очень важным является разработка методов лечения, которые будут основаны на изучении механизмов формирования спастичности и способствовать ее снижению.

Цель исследования. Изучение влияния ранней послеоперационной консервативной реабилитации на снижение мышечного тонуса и формирование новых двигательных навыков.

Метод исследования. Под нашим наблюдением находились 16 детей, поступивших в центр после проведения селективной дорсальной ризотомии в период со 2 по 4 неделю после операции, в возрасте от 4 до 12 лет. В комплексе реабилитационных мероприятий использовались такие методы, как прикладная кинезиотерапия, массаж, механотерапия, физиотерапия.

Результаты лечения прослеживались в течение 2-х лет. Положительная динамика отмечалась у 100% наших пациентов – у 5 появился навык самостоятельной ходьбы, у 6 – навык самостоятельного реципрокного ползания, у 5 (операция была проведена с паллиативной целью) – отмечалось появления навыка поворота со спины на живот и обратно, также у всех детей отмечалось достоверное снижение мышечного тонуса, оцениваемое по шкале Ashfort.

Выводы. Применение консервативных методов реабилитации в раннем послеоперационном периоде является необходимым и повышает эффективность проведенного оперативного лечения, позволяют достичь долгосрочных результатов.