



Департамент здравоохранения города Москвы
ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии»
Департамента здравоохранения города Москвы»
при поддержке

Всероссийского общества неврологов,
Союза реабилитологов России,
Института инновационной реабилитации,
Благотворительного фонда помощи детям
больным ДЦП «Шаг вместе»,

Национальной ассоциации экспертов по проблемам
детского церебрального паралича и сопряженных заболеваний



VII МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ И ДРУГИЕ НАРУШЕНИЯ ДВИЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

30-31 октября 2017 года
Москва

ОГЛАВЛЕНИЕ

Алексеева С.И., Кафидов И.Н.....	13
КОНВЕРГЕНТНЫЙ ПОДХОД К АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Батышева Т. Т., Антропова И.М.....	13
ПРИМЕНЕНИЕ НЕНАПРАВЛЕННОЙ АНИМАЛОТЕРАПИИ В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ	
Батышева Т.Т., Армякова Т.Р.....	14
ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ДЕТСКИХ НЕВРОЗАХ	
Батышева Т.Т., Архипов В.В., Чебаненко Н.В., Эсмурзиева З.И.,.....	15
Иванникова М.Н., Любимова А.Л. МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПОСТГИПОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	
Батышева Т.Т., Архипов В.В., Чебаненко Н.В., Казаков Р.Е., Наумова Е.Д.....	16
К ВОПРОСУ О ГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Батышева Т.Т., Архипов В.В., Чебаненко Н.В., Эсмурзиева З.И.,.....	17
Попова М.В., Иванникова М.Н. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ГИПОКСИЧЕСКИ- ИШЕМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ	
Батышева Т.Т., Бойко Е.А., Иванчук Е.В., Петрова Е.В., Иванова Е.С.,.....	19
Климов Л.В., Гунченко М.М. ПРИМЕНЕНИЕ МУЗЫКОТЕРАПИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Батышева Т.Т., Боровицкая М.Ш., Тихомирова Е.А.....	20
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Батышева Т.Т., Бурд С.Г., Саржина М.Н, Чебаненко Н.В., Яковлева Ю.К.....	21
НАРУШЕНИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	
Батышева Т.Т., Вильданова Е.Л., Орлова Г.И.....	22
ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ОВЗ)	
Батышева Т.Т., Гиленкова С.В., Орлова Г.И., Суворова С.А.....	23
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГАРНИТУРЫ FORBRAIN В КОРРЕКЦИОННОЙ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ	

Батышева Т.Т., Гусева Л. Н.....	24
ОБУЧЕНИЕ ИЗОДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КАК ОДНА ИЗ ФОРМ КОРРЕКЦИОННО – ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ	
Батышева Т.Т., Дегтярева Н.Н., Ионова С.Н.....	25
ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА (ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)	
Батышева Т.Т., Зосимова И.А.....	26
СОЦИАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ	
Батышева Т.Т., Климов Ю.А., Тихонов С.В., Корнеева И.В.....	27
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ	
Батышева Т.Т., Климов Ю.А., Тихонов С.В., Корнеева, И.В. Фиклисов Д.С.....	29
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ	
Батышева Т.Т., Климов Ю.А., Тихонов С.В., Ногова Е.В., Пелля Е.И., Мельникова С.В.	30
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Батышева Т.Т. Коровина Н.Ю. Панина Ю.Ф.....	31
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОЗИЦИЯ ВРАЧА	
Батышева Т.Т., Крапивкин А.И., Воронов А.В., Петрушанская К.А.,..... Письменная Е.В., Кудрявцева О.И.	33
КЛИНИКО-БИОМЕХАНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКЗОСКЛЕТА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	
Батышева Т.Т., Кругликова А.С., Чебаненко Н.В.....	34
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОСЛЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ПЛАНОВОГО СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ	
Батышева Т.Т., Кудрявцева О.И., Мойзыкевич Е.Р., Буханов В.В.....	35
КОМПЛЕКС РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ	
Батышева Т.Т., Кудрявцева О.И., Орешникова Н.В.....	37
АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ (АВМ) ПОД МАСКОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	

Батышева Т.Т., Кудрявцева О.И., Орешникова Н.В.....	38
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗА ПРИ ФОРМИРУЮЩЕМСЯ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ	
Батышева Т.Т., Кудрявцева О.И., Орешникова Н.В., Мойзыкевич Е.Р.....	39
КОНЦЕНТРИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ БАЛО (КСБ). КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Батышева Т.Т., Кучерова Е.В.....	41
ТЕСТОПЛАСТИКА КАК СРЕДСТВО КОМПЛЕКСНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ДЦП И ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
Батышева Т.Т., Орлова Г.И., Шенбергер Е.Б.....	42
ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ОНР	
Батышева Т.Т., Орлова Г.И., Шенбергер Е.Б.....	43
ФОРМИРОВАНИЕ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ ДОШКОЛЬНИКОВ СО СТЕРТОЙ ФОРМОЙ ДИЗАРТРИИ	
Батышева Т.Т., Орлова Г.И., Шенбергер Е.Б., Флёрис Л.И.....	44
КОРРЕКЦИОННО – ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	
Батышева Т.Т. Панина Ю.Ф. Коровина Н.Ю.....	44
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С РАС НАХОДЯЩИХСЯ НА РЕАБИЛИТАЦИИ В РАМКАХ СТАЦИОНАРА	
Батышева Т.Т., Писарева И.Б.....	46.
МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ НАСТОЛЬНЫХ ИГР	
Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Платонова А.Н., Быкова О.В.,.....	47
Климов Ю.А., Квасова О.В. ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В МОСКВЕ У ДЕТЕЙ. НОЗОЛОГИЯ ЭПИЛЕПСИЯ	
Батышева Т.Т., Сидорова К.Ю., Коровина Н.Ю.....	49
ПРОГРАММА АУДИОТРЕНИРОВОК - МЕТОД «ТОМАТИС» В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ УТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)	
Батышева Т.Т., Сидорова К.Ю., Коровина Н.Ю.....	49
ВИЗУАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С РАС	
Батышева Т.Т., Сидорова К.Ю., Орлова Г.И., Коровина Н.Ю.....	51
ПРИМЕНЕНИЕ ГАРНИТУРЫ (НАУШНИКИ) «FORBRAIN» ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)	

Батышева Т.Т., Соколова Н.П.....	52
ФИЗИОТЕРАПИЯ. МЕТОДИКИ ПОВЕРХНОСТНОГО ЛИМФОДРЕНАЖА У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Батышева Т.Т., Тарасова Н. В.....	53
РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ	
Батышева Т.Т., Типсина Н.В., Уханова А.Н., Григоров А.А.,.....	54
Титова Е.Г., Маринова В.А., Иванова Е.С. «МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА»	
Батышева Т.Т., Уханова А.Н., Иванова Е.С., Кирсанова Е.Ю.,	55
Луценко Ю.Ю., Питова С.Г., Типсина Н.В., Титова Е.Г. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	
Батышева Т.Т., Флёрис Л.И.....	56
АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОРЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ	
Батышева Т.Т., Халпахчан Л.Х., Боровицкая М.Ш.....	57
ОСОБЕННОСТИ ЗРИТЕЛЬНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	
Батышева Т.Т., Чебаненко Н.В., Миронов М.Б., Бурд С.Г.,.....	58
Кудрявцева О.И., Саржина М.Н., Гунченко М.М., Красильщикова Т.М. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ И ПСИХОГЕННЫХ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПАРОКСИЗМОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	
Батышева Т.Т., Шиошвили В.А., Дорофеева Е.В., Позднякова Д.А.....	59
ПОВТОРНЫЕ КУРСЫ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ И ПАССИВНОЙ ТРЕНИРОВКИ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ РОДОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ	
Бидямшин Р.Р.....	60
РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА БЕДРА У ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ С ДЦП	
Бочкова Е.Н., Синявская Е.А., Дагалдян А.А., Молчанова Н.Е.,.....	61
Малиненко З.И., Еременко В.П. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А (БТА) У ДЕТЕЙ С ДЦП В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ (РО)	

Буйлова Т.В., Хитрова Е.А.....	62
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ОПОР В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ПАТТЕРНОВ И КОНТРОЛЯ РАВНОВЕСИЯ	
Вечкаева О. В.....	63
УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП	
Вовченко И.В., Евтушенко С.К., Евтушенко О.С., Евдущенко Т.Г.....	65
АККУПУНКТУРНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В СОЧЕТАНИИ С ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЕЙ В ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Габуева Л.Н.....	66
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЦП	
Голубова Т.Ф., Пономаренко Ю.Н., Кафанова К.А., Пономаренко Е.Н.,	67
Власенко С.В., Ларина Н.В. ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМОВ ДЕФИЦИТАРНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА У БОЛЬНЫХ ДЦП В УСЛОВИЯХ КЛИНИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ	
Голубова Т.Ф., Пономаренко Ю.Н., Османов Э.А., Власенко С.В.,.....	69
Страшко Е.В. ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЗАКРЫТОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ФАСЦИОМИОТОМИИ НА ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БОЛЬНЫХ ДЦП	
Голубова Т.Ф., Пономаренко Ю.Н., Хашук А.В. , Османов Э.А.,.....	70
Власенко С.В., Страшко Е.В. Цукурова Л.А., Малина В.В. ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММНОЙ КОРРЕКЦИИ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОГО ОРТОПЕДО- ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЕВПАТОРИЙСКОГО ВОЕННОГО ДЕТСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ МО РФ	
Голубова Т.Ф., Пономаренко Ю.Н., Шульга И.Н., Османов Э.А.,.....	71
Пономаренко Е.Н., Власенко С.В., Ларина Н.В. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С ДЦП	
Гросс Н.А., Беркутова И.Ю., Шарова Т.Л.....	73
СВОЕВРЕМЕННАЯ АКТИВНАЯ ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП – ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЦЕЛОМ	
Гросс Н.А., Гончарова Г.А. Беркутова И.Ю., Шарова Т.Л.....	74
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ДИНАМИКУ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ	

Давлицаров М.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ СТРУКТУРНОЙ.....75 САРКОТУБУЛЯРНОЙ МИОПАТИИ	75
Давлицаров М.А.....76. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕЙРОНАЛЬНОГО ЦЕРОИДНОГО ЛИПОФУСЦИНОЗА 2 ТИПА	76.
Данилина К.К., Коровина Н.Ю.....77 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС) В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	77
Дегонская Е.В., Евтушенко И.С., Евтушенко Л.Ф., Шаймурзин М.Р.,.....78 Евтушенко А.В. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАЛКИОН-ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ НЕЙРО- МЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ПНМЗ)	78
Дмитриенко Т.Г., Конова О.М., Кузенкова Л.М., Столярова Н.Л.....79 МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БИОУПРАВЛЕНИЯ В КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП	79
Евтушенко О.С., Вовченко И.В., Евтушенко С.К.....80 ДВАДЦАТИВОСЬМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИППОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	80
Евтушенко И.А., Вовченко И.В., Евтушенко О.С., Фомичева Е.М.....81 ТРАДИЦИОННЫЕ И НЕТРАДИЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НИЖНИМ ПАРАПАРЕЗОМ И НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РАНЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА	81
Евтушенко С.К., Гагара Д.А.....81 ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И АУТИКОПОДОБНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ, КАК ПРОЯВЛЕНИЯ "НАСИЛЬСТВЕННОЙ НОРМАЛИЗАЦИИ ЭЭГ" - СИНДРОМ ЛАНДОЛЬТА	81
Евтушенко И.А., Коровка С.Я., Евтушенко С.К., Кардаш А.М.,82 Шаймурзин М.Р. ДЛИТЕЛЬНАЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕВРОПАТИЯ ЛОКТЕВОГО НЕРВА С ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ У ЮНОШИ 17 ЛЕТ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА И СТОЙКИЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ ОТ ПРОВЕДЕННОГО НЕВРОЛИЗИСА	82

Евтушенко С.К., Кутякова Е.И., Евтушенко О.С., Сажнева И.А.....	83
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Евтушенко С.К., Москаленко М.А., Савченко Е.А.....	84
КЛИНИЧЕСКИ ИЗОЛИРОВАННЫЕ СИНДРОМЫ В ДЕБЮТЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ	
Евтушенко О.С., Фомичева Е.М., Евтушенко С.К., Савченко Е.А.....	85
О НОВЫХ ФАКТОРАХ В ЭТИОЛОГИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ	
Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р., Евтушенко И.С.....	86
ДОЛГОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ (НПАМ) ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ	
Евтушенко И.А., Шаймурзин М.Р., Коровка С.Я., Евтушенко С.К.,.....	87
Кардаш А.М. ПЯТИЛЕТНИЙ КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ТУННЕЛЬНОЙ НЕВРОПАТИИ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОДКОЛЕННОГО КОСТНОГО ЭКЗОСТОЗА У ДЕВОЧКИ С ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЭРЕНФРИДА	
Евтушенко О.С., Яновская Н.В., Евтушенко С.К., Сохань Д.А.,	88
Шаймурзин М.Р., Фомичева Е.М., Кутякова Е.И., Сажнева И.А., Вовченко И.В., Евдущенко Т.Г. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ	
Ёдгарова У.Г., Максудова Х.Н.....	89
НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ	
Жигорева М.В.....	90
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА	
Затравкина Т.Ю., Куркин С.А., Рубашкин С.А.....	91
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Исанова В.А.....	92
ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДОЛГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДЦП В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ	
Каримова Н.А., Шамансуров Ш.Ш., Гулямова М.К., Саидазизова Ш.Х.....	93
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ТЕРАПИИ СИНДРОМА МЫШЕЧНОЙ ГИПОТОНИИ У ДЕТЕЙ	

Кислякова Е.А., Быкова Т.М.....	94
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТА С ГИПОМЕЛАНОЗОМ ИТО	
Клещенко Е. И., Трубилина М. М., Гончаренко Е. М., Траленко Е. С.....	95
СЛУЧАИ НАДСЕГМЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ	
Клочко Н.А.....	96
ОПТИМИЗАЦИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СТАЦИОНАРЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ	
Козьявкин В.И., Качмар О.А., Кушнир А.Д, Матюшенко О.А., Гасюк М.Б.....	97
ВЛИЯНИЕ СПИНАЛЬНОЙ МАНИПУЛЯЦИИ НА СПАСТИКУ МЫШЦ И ЛОВКОСТЬ ДВИЖЕНИЙ РУКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	
Козьявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Волошин Т.Б.....	98
СИСТЕМА ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (СИНР) В.И.КОЗЯВКИНА- НОВЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ	
Колесникова Е.В., Минаева О.А., Соболева О.А.....	99
ОРГАНИЧЕСКИЕ АЦИДУРИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.	
Колоян К.А., Яврян В.В., Антараян А.В., Хачатрян А.Л., Симонян Ю.А.....	100
ОСТЕОТОМИЯ ТАЗА ПО ДЕГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАЗИИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Корсакова Л. Ю.....	101
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОГО НЕВРОЛОГА	
Кочубей Г.Н., Устинова А.В., Павлов А.В.....	102
ПРОБЛЕМА СПАСТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Красавина Д.А.....	102
ЛЕЧЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНОМ ДЕТЕЙ С ПАРАЛИЧОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА	
Красавина Д.А.....	103
НОВЫЙ ПУТЬ СОЧЕТАНИЯ БОТУЛОТОКСИНА И МЯГКО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОРТЕЗОВ	

Левченкова В.Д., Титаренко Н.Ю., Батышева Т.Т., Чебаненко Н.В.,.....	105
Слободчикова Н.С. О НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПРИЧИНАХ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Маджидова Ё.Н, Базарова С.Р, Эргашева Н.О.....	106
РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ	
Максимова Е.В.....	107
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ТЕЛЕСНОЙ ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С 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	
Мамаева Е.А., Федорова Л.А., Воронович С.Э.....	108
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ВЯЛОГО РЕБЕНКА – ТЯЖЕЛАЯ ВРОЖДЕННАЯ ФОРМА МИОТОНИЧЕСКОЙ ДИСТРОФИИ I ТИПА: СЛОЖНЫЙ ДИАГНОЗ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ НЕВРОЛОГИИ	
Маслова Н.А, Щедеркина И.О., Свирин П.В., Ларина Л.Е.,.....	109
Колтунов И.Е., Заваденко Н.Н. ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ У ДЕТЕЙ С ГЕМАТОГЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ	
Машницкая Т.Б, Айнетдинова А.М., Тишкова- Горынина А.В.,.....	110
Колова И.А., Петренко Е.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОНЕТИЧЕСКОЙ РИТМИКИ ПРИ ВЫЗЫВАНИИ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	
Мезенцева О.А., Агаркова Л.Г., Карева И.В.....	112
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТАМЕРНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЛЕЙКОМАЛЯЦИЕЙ	
Михайлова О.В., Побута О.В., Лебедева Л.Н.....	114
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОЙ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ЭКСОСКЕЛЕТ «ЕХОАТЛЕТ» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Михайлова О.А., Рябова Е.Н., Мельникова М.В., Гаврилова Н.В.....	114
МЕТОДЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	

Морошек Е.А., Аронскинд Е.В.....	116
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	
Николаенко В.И., Маслов Е.В., Петрова О.А., Турова М.Л., Потапова Н.М.....	117
ПРОГРАММА ПО АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ (АФК) ДЛЯ ДЕТЕЙ С ДЦП «ШАГ ЗА ШАГОМ»	
Николаенко В.И., Турова М.Л., Потапова Н.М., Петрова О.А.,.....	118
Родионова В.И. ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОСПИТАННИКОВ С ДЦП НА БАЗЕ ГБУ КРОЦ	
Новиков В.И., Климов Ю.А., Квасова О.В., Шмакова Н.С.....	119
ОРТЕЗИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ПАРАЛИЧАМИ ИННОВАЦИОННЫМИ АППАРАТОМ НА ГОЛЕНСТОПНЫЙ СУСТАВ	
Орешков А.Б., Абдулрахим М.....	120
ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ КОНТРАКТУР У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ДЦП) КЛИНИЧЕСКИМ ОРТЕЗИРОВАНИЕМ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНЫМ ПЛАСТИКОМ	
Пантелеева Л.А.....	121
СПЕЦИФИКА ПРОЕКТИРОВАНИЯ КОРРЕКЦИОННО- ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ С ДЕТЬМИ С ОВЗ	
Пасхин Д.Л., Декопов А.В., Томский А.А., Мачевская О.Е., Салова Е.М.....	122
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАТЕКАЛЬНОЙ БАКЛОФЕНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА (ОПЫТ ННПЦН ИМ. АКАД. Н.Н. БУРДЕНКО)	
Попков Д.А., Гатамов О.И., Борзунов Д.Ю.....	123
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЦП НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ	
Пятницына И.А.....	124
ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА	
Саатова Д.С., Убайдуллаев О.Х. Нурмухамедова М.А.....	126
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ У ДЕТЕЙ	
Сажнева И.А., Евтушенко О.С., Евтушенко С.К., Фомичёва Е.М.....	127
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ МОНОНЕВРОПАТИЙ ВСЛЕДСТВИЕ РАНЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	

Симашкова Н.В., Блинова Т.Е.....	128
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	
Скляднева В.М., Кузиванова А.А., Павлова Н.Н., Лазуренко С.Б.....	129
ОСОБЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МЛАДЕНЦЕВ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС	
Смоляк А.М., Турок Г.А.....	129
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ	
Сохань Д.А., Евтушенко С.К., Евтушенко О.С., Яновская Н.В.....	131
РОЛЬ НЕЙРОСОНОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ДИНАМИКИ РЕГРЕССА НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Тараканова Т.Ю., Милованова О.А.....	132
ЗНАЧИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АГЕНЕЗИЕЙ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА, СТРАДАЮЩИХ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ	
Тараканова Т.Ю., Милованова О.А.....	133
РОЛЬ АГЕНЕЗИИ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА АЙКАРДИ У ДЕТЕЙ	
Томов А.Д., Дьячков К.А., Попков Д.А.....	134
КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОУРОВНЕВЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОДВЫВИХЕ И ВЫВИХЕ БЕДРА У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Убайдуллаев О.Х., Саатова Д.С., Зияходжаева Л.У.....	135
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭНДОКРИНОПАТИЯМИ	
Урбанович М.Ю., Воликова С.В.....	136
ПЕРФЕКЦИОНИЗМ И ПИЩЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ	
Фомичева Е.М., Евтушенко О.С., Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р.....	137
ВОЗМОЖНОСТИ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Хамидова Н.А.....	139
ЗНАЧЕНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	
Цукурова Л.А., Нуволи А.В., Власенко С.В., Лысенко В.И.....	139
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОПИОИДНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ В ПРОЦЕССЕ ДЕЛЬФИНОТЕРАПИИ	

Шаймурзин М.Р., Евтушенко С.К., Евтушенко О.С.....	141
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ СЕНСОРНО-ВЕГЕТАТИВНЫМИ НЕВРОПАТИЯМИ	
Шацкова М.О., Побута О.В.....	142
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОСМИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ГАУ РЦ «ТЕКСТИЛЬЩИКИ» ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ ДЦП	
Яновская Н.В., Евтушенко С.К., Евтушенко О.С.....	143
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ С ЗАДЕРЖКОЙ СТАТО-МОТОРНОГО И ПСИХО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ	

КОНВЕРГЕНТНЫЙ ПОДХОД К АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Алексеева С.И., Кафидов И.Н.

Педагогический институт физической культуры и спорта, г. Москва

Актуальность. Проблема ДЦП является одной из наиболее актуальных в детской неврологии ввиду ее значительной распространенности и выраженной тенденции к инвалидизации. Инвалидность, ее последствия, пути снижения и профилактики, реабилитация инвалидов остаются в настоящее время одной из наиболее острых проблем, решаемых специалистами в области адаптивной физической культуры.

Цель. Адаптивная физическая реабилитация имеет своей целью формирование у инвалидов жизненно и профессионально необходимых двигательных умений и навыков, развитие и совершенствование физических, психических, функциональных и волевых качеств и способностей, позволяющих им обрести самостоятельность, бытовую и психологическую независимость, успешную социализацию.

Материалы и методы. Достижение этой сложнейшей цели требует выстраивания комплексного многогранного процесса, с необходимым включением в него специалистов разного профиля – медицинского, психологического, социального, педагогического и т.д. Только на основе комплексного междисциплинарного подхода возможно сделать валидный реабилитационный прогноз и добиться максимального эффекта в реабилитации. Концепция конвергенции в последнее десятилетие вошла во многие сферы научного знания и практической деятельности, стала играть важную роль в процессах взаимодействия науки, технологий, человека, социума. Она подразумевает изменение парадигмы развития от анализа к синтезу, междисциплинарный подход вместо узких специализаций, сближение и взаимопроникновение различных знаний, стирание границ между ними благодаря единству наблюдаемого разнообразия.

Результаты. В нашей работе адаптивная физическая реабилитация инвалидов с повреждениями опорно-двигательного аппарата рассматривается в рамках концепции конвергенции. Показано, что для успешной физической реабилитации на различных этапах необходимо рассматривать ее как комплексную медико-психолого-социально-педагогическую систему, эффективность которой зависит от полноты проявления всех системообразующих факторов.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕНАПРАВЛЕННОЙ АНИМАЛОТЕРАПИИ В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

Батышева Т. Т., Антропова И.М.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Общеизвестно, что лечебный процесс всегда сопровождается проведением различного рода обследований, приемом лекарственных препаратов, в том числе в виде инъекций и других процедур. В реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата активно применяются методы лечебной физкультуры, массаж, лечение положением. Перечисленные процедуры вызывают негативные реакции у детей разного возраста и приводят к эмоциональным нарушениям, снижая

эффективность проводимого лечения. Существуют различные способы коррекции эмоциональных нарушений у детей, страдающих ДЦП. Одним из них является анималотерапия, терапия с помощью животных.

Материалы и методы. В Научно-практическом центре детской психоневрологии, где проходят восстановительное лечение дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, наряду с различными видами психологической коррекции эмоциональных нарушений проводится ненаправленная анималотерапия (взаимодействие с животными без терапевтической направленности). В центре существует живой уголок, в котором поселились мелкие грызуны (кролики, шиншилла, бурундук, морская свинка, крысы) и различные птицы (разные виды попугаев, амадины, канарейки). Занятия проводятся два раза в неделю по 30 минут.

Результаты. Спокойная, доброжелательная обстановка, присутствие родителей в сочетании с мощным положительным эмоциональным влиянием общения с животными способствует созданию у таких детей ощущения защищенности, спокойной уверенности в себе. При нарушении эмоционально-личностной сферы и коммуникативных функций животное становится для детей уникальным мостиком в мир людей. Часто именно животные заполняют вакуум общения детей с особенностями развития со сверстниками и взрослыми. Общаясь с маленькими пушистыми существами, ребенок ощущает свою необходимость, не чувствует дискриминации. Когда дети наблюдают за животными и взаимодействуют с ними, они становятся более настойчивыми, внимательными. Животные как источник интереса со стороны детей могут быть также отвлекающим фактором, снижающим напряжение во многих ситуациях. В результате происходит снижение уровня тревожности, страхов, повышение стрессоустойчивости и самооценки, хорошее самочувствие, улучшение настроения, развитие сочувствия и сопереживания. Замкнутые начинают больше говорить, а дети с эмоциональной некомпетентностью (приобретенной или врожденной) проявляют способность реагировать на животных с неожиданным интересом, который в дальнейшем распространяется и на окружающих людей. Как показывает опыт работы нашего центра, богатство положительных эмоций в условиях живого уголка способствует развитию внутренних психологических резервов у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и формированию у них новых ценностных понятий и качеств, основанных на доброжелательности.

Выводы. Таким образом, проведение занятий в живом уголке значительно повышает уровень социально-психологической адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, повышает эффективность проводимого восстановительного лечения. Очарование «живой сказки», создающее радостное настроение, в сочетании с набором благоприятных воздействий на организм ребенка с двигательной патологией делают живой уголок необходимым при множестве состояний в качестве средства оздоровления и профилактики ухудшения состояния здоровья детей.

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ДЕТСКИХ НЕВРОЗАХ

Батышева Т.Т., Армякова Т.Р.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Невроз— психогенное, конфликтогенное расстройство, возникающее при нарушении системы наиболее значимых отношений в жизни

личности. Основные причины возникновения неврозов: дисгармоничное семейное воспитание, нарушение семейных отношений, психическая травма, преневротические патохарактерологические радикалы.

Цель. Основная форма работы с родителями больного ребенка – работа в родительских группах, цель – повышение родительской компетентности в вопросах воспитания детей, снижение родительской травмы, улучшение взаимоотношений между родителями и детьми, обучение родителей эффективным приемам дисциплинирования ребенка.

Материалы и методы. В 2016 году шести детям в возрасте 7-10 лет, страдающим неврозом (три ребенка с сомато- вегетативными расстройствами, два ребенка с тиками, один ребенок с фобией) проводилась психотерапия. Использовался метод групповой работы совместно с родителями. В работе стремились к расширению знаний родителей о психологии семейного воспитания, проводилась гармонизация супружеских отношений и изменение родительских установок. В детско-родительских группах совершался тренинг воспитательских навыков родителей и формировались новые способы взаимодействия детей с родителями.

Результаты. У всех детей после десяти занятий в детско-родительской группе отмечалась положительная динамика: значительно уменьшились сомато- вегетативные расстройства, прошли тики и страхи.

Выводы. Детско-родительская психотерапия – это эффективное средство в формировании позитивного отношения родителей к ребенку, способ установления разумных родительских требований и контроля, способ уменьшения родительской тревоги и просвещения родителей в области психологии ребенка, что в конечном итоге приводит к улучшению состояния здоровья ребенка.

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПОСТГИПОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Батышева Т.Т., Архипов В.В., Чебаненко Н.В., Эсмурзиева З.И.,
Иванникова М.Н., Любимова А.Л.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Последствия перинатального поражения центральной нервной системы (ППП ЦНС), обусловленные различными этиологическими факторами и их сочетанием, составляют большую гетерогенную группу патологических состояний в детской неврологии. В 40-60% случаях они являются последствиями хронической гипоксии плода, асфиксии и последствиями гипоксически-ишемических поражений головного мозга, случившихся в первый месяц жизни. Большинство исследователей считают, что после запуска нейротоксического каскада, обусловленного гипоксически-ишемическим воздействием, процесс повреждения мозговой ткани сохраняется длительное время, в дальнейшем самоподдерживается за счет аутоиммунных процессов, а так же патологической возбудимости нейронов и феномена эксайтотоксичности. Поэтому последствия гипоксии, перенесённой в перинатальном периоде, продолжают проявляться и в более поздних периодах жизни детей.

Цель. Изучить эффективность применения комплексного метаболического нейротропика Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота у детей дошкольного возраста, для коррекции постгипоксических поражений ЦНС.

Материалы и методы. Обследованы 60 детей от 4 до 6 лет с диагнозом минимальная мозговая дисфункция, в анамнезе у которых диагностировано ППП ЦНС

гипоксически-ишемического генеза. Среди них 30 детей наряду с традиционными методами лечения (физиолечение, лечебная физкультура, массаж, логотерапия, занятия с психологом) получали Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота из расчета 1 таблетка 2 раза в день, утром и в обед (основная группа). Срок лечения составил 25 дней. Остальные 30 детей лечились только традиционными методами без применения Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота (контрольная группа). Оценка эффективности препарата проводилась по данным неврологического осмотра, нейрофизиологического обследования, нейропсихофизиологического и речевого тестирования. В рамках нейрофизиологического исследования проводились: электроэнцефалография (ЭЭГ) и транскраниальная доплерография (ТД).

Результаты. Исследование показало, что у детей в основной группе достоверно ($p<0,01$) уменьшились проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (улучшилось внимание, уменьшилась гиперактивность), а так же достоверно ($p<0,01$) улучшился сон, уменьшилась истощаемость при игре и исчезли дискоординаторные расстройства. На фоне приёма Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота отмечалось достоверное улучшение результатов нейропсихофизиологических тестов ($p<0,01$). По данным ЭЭГ в основной группе наблюдалась устойчивая тенденция к повышению индекса альфаритма ($p<0,05$). По данным ТД в основной группе достоверно нарастала средняя линейная скорость кровотока и уменьшались вазоспастические реакции ($p<0,05$). Достоверного отличия в улучшении речевых функций в группах в настоящем исследовании не отмечено. Побочных реакций и нежелательных явлений на фоне приема Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота в настоящем исследовании не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, установлена терапевтическая эффективность Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота у детей дошкольного возраста, отмечено комплексное нейропротекторное действие, включающее вазоактивный, ноотропный и противоастенический эффекты. Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота оказывает нормализующее действие на основные показатели церебральной гемодинамики, главным образом за счет уменьшения вазоспастических реакций и повышения уровня мозгового кровотока. Следовательно, учитывая простоту применения препарата, безопасность и доказанную клиническую эффективность, таблетированная форма Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота может быть рекомендована в качестве терапии проявлений минимальной мозговой дисфункции у детей дошкольного возраста.

К ВОПРОСУ О ГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Батышева Т.Т.¹, Архипов В.В.², Чебаненко Н.В.¹, Казаков Р.Е.², Наумова Е.Д.¹

*ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы¹
ЦКФ ФГБУ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения»
Министерства здравоохранения РФ² г.Москва*

Актуальность. Диагноз детский церебральный паралич (ДЦП) ставится примерно в 1,7–2,5 случаев на 1000 новорожденных. Тем не менее, истинная степень проблемы недооценивается, поскольку при тяжелой патологии дети зачастую не доживают до постановки диагноза. ДЦП относится к мультифакториальным заболеваниям, причинами которого, а также факторами, влияющими на степень его

выраженности, могут быть самые разнообразные воздействия. Заметно влияет на процесс формирования ДЦП набор определенных индивидуальных особенностей организма на молекулярном уровне, существующих благодаря генетическому полиморфизму человека. В отличие от моногенных наследственных заболеваний, связанных, как правило, с мутацией, проявляющейся доминантно либо рецессивно, передающейся по наследству и проявляющейся в той или иной степени предсказуемо, факторы, связанные с развитием ДЦП, по-видимому, не являются непосредственной причиной наличия или отсутствия заболевания, но могут усугублять течение патологического процесса или, напротив, повышать устойчивость организма, подавляя развитие ДЦП. Как правило, для выявления этих ассоциаций требуются проведения масштабных исследований, с привлечением большого числа пациентов.

Цель исследования выявление генетических факторов влияющих на возникновение и формирование степени тяжести ДЦП.

Материалы и методы. Ретроспективное клинико- фармакогенетическое исследование по методу случай-контроль у 70 матерей и их 70 детей с ДЦП. Комплексное обследование будет проведено по специально разработанной карте-опроснику: фармакологический анамнез, наследственность, перенесенные заболевания, вредные привычки, полный акушерско-гинекологический анамнез, включающий предыдущие беременности, особенности их течения, осложнения, способы родоразрешения в настоящую беременность и перинатальные исходы у новорожденных, исследование полиморфизма гликопротеина Р.

Результаты. Предполагается, что исследование позволит инициировать разработку методик модулирования активности гликопротеина Р, в том числе и у беременных женщин, с целью уменьшения тератогенного действия ксенобиотических факторов и предотвращения преждевременных родов. Исследование может способствовать созданию более эффективных и безопасных схем фармакотерапии у женщин носителей полиморфного маркера 3435C>T гена MDR1 на этапе планирования беременности, вынашивания плода, в раннем послеродовом периоде и у детей с ДЦП.

Выводы. Профилактика и лечение ДЦП будет малоуспешной до тех пор, пока не будут известны генетические причины утяжеления течения внутриутробного поражения головного мозга. В настоящее время активно изучается генетический вклад в развитие ДЦП. Результаты данного исследования позволят разработать методику для прогнозирования перинатального риска возникновения ДЦП и степени тяжести двигательных нарушений, а так же своевременной терапии на основе методологии персонализированной медицины.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Батышева Т.Т.¹, Архипов В.В.², Чебаненко Н.В.¹, Эсмурзиева З.И.¹,
Попова М.В.¹, Иванникова М.Н.¹

*ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы¹
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ², г.Москва*

Актуальность. В структуре детской инвалидности болезни нервной системы составляют 19,5%. В 60% случаев в России детская неврологическая инвалидность связана с патологией перинатального периода. Гипоксически- ишемические поражения

центральной нервной системы (ГИП ЦНС) у новорожденных выявляются в 47% случаев. В результате снижения кровотока и содержания O_2 в ЦНС (гипоксия в родах, патология дыхательной и сердечно-сосудистой системы, инфекционных заболеваний) в зоне ишемии накапливается лактат и свободные радикалы. Это обуславливает поступление ионов Na , Cl , Ca и воды в клетку, что, в свою очередь, приводит к высвобождению лизосомальных ферментов и к гибели нейронов. Гипоксия сопровождается повреждением дыхательной цепи митохондрий и выраженным энергодифицитом, что свидетельствует о необходимости введения дополнительных энергетических субстратов, способных восстановить функционирование дыхательной цепи митохондрий и поддержать жизнедеятельность клетки.

Цель. В настоящее время актуальным является выявление наиболее значимых и рациональных методов коррекции ГИП ЦНС у новорожденных.

Материалы и методы. Проведены серии исследований применения отечественного препарата Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота. Участвовали основные и контрольные группы новорожденных детей. Контрольная группа получала базисную терапию и респираторную поддержку, дети из основной группы получали Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота в течение первых 5 суток жизни внутривенно в дозировке 2 мл/кг. Для оценки эффективности проводимого лечения использовались клинично-инструментальные и лабораторные методы, а также определялся уровень нескольких нейроспецифических белков (GFAP, NSE, MBP) в сыворотке крови. При катamnестическом наблюдении всем детям проведено комплексное клинично-инструментальное обследование, оценку неврологического статуса и психомоторного развития с использованием количественных методов (шкала оценки мышечно-постурального тонуса — INFANIB, шкала нервно-психического развития младенцев — BSID-II). Также в динамике проводились электроэнцефалографические обследования.

Результаты. Введение Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота, наряду с базисной терапией, в первые 5 суток жизни позволяет предотвратить структурные поражения ЦНС и улучшить прогноз к 1-3 месяцам жизни. При последующем катamnестическом наблюдении в основной группе отмечалась дальнейшая положительная динамика баллов по шкале INFANIB. Сравнительный анализ результатов тестирования детей сравниваемых групп по BSID-II показал, что в 1 месяц средние индексы как психического, так и моторного развития в группах сравнения были сопоставимы. Однако показатель психического развития соответствовал диапазону «выраженная задержка развития» у детей контрольной группы достоверно чаще, чем в основной группе. У детей, получавших Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота в остром периоде перинатального ГИП ЦНС, отмечалось более успешное и быстрое формирование нормативных показателей нервно-психического развития на 1-м году жизни. Результаты электроэнцефалограммы в динамике показали, что у детей основной группы в неонатальном периоде отмечалась достоверно более ранняя положительная динамика в виде нормализации функционального состояния коры головного мозга и восстановления правильного хода онтогенетического созревания биоэлектрической активности.

Выводы. Раннее, в первые 2—4 ч постнатальной жизни, применение у новорожденных с ГИП ЦНС препарата Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота в дозе 2 мл/кг/сут оказывает отчетливое системное антигипоксическое действие. Пятидневный курс терапии Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота позволяет снизить частоту и тяжесть неврологических и соматических осложнений у новорожденных, получающих лечение в условиях ОРИТН.

Церебропротекторные свойства Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота подтверждаются отсутствием у детей основной группы тяжелых форм перивентрикулярных, внутрижелудочковых кровоизлияний и перивентрикулярной лейкомаляции, более быстрой нормализацией содержания нейроспецифических белков в сыворотке крови.

ПРИМЕНЕНИЕ МУЗЫКОТЕРАПИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Батышева Т.Т., Бойко Е.А., Иванчук Е.В., Петрова Е.В., Иванова Е.С.,
Климов Л.В., Гунченко М.М.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. В настоящее время становится актуальным применение музыкотерапии в немедикаментозном лечении и реабилитации детей с нарушениями ЦНС. Музыкотерапия известна как психотерапевтический метод, использующий музыку или музыкальные элементы для развития и восстановления психического и физического здоровья.

Целью исследования является изучение влияния музыкотерапии на процесс реабилитации детей.

Материалы и методы. В условиях дневного стационара N1 НПЦ ДП нами было обследовано 40 детей в возрасте от 3 до 7 лет с диагнозом ДЦП. Дети посещали занятия с психологом индивидуально и вместе с родителями. В коррекционную работу были включены методы активной и пассивной музыкотерапии. На протяжении занятий дети совместно с психологом и/или родителем аккомпанировали звучащим композициям, придумывали и исполняли музыкальные зарисовки, пели, отстукивали ритмы, совершали двигательные и дыхательные упражнения, совмещали выполнение игр и упражнений на развитие высших психических функций с прослушиванием музыкальных композиций. Также на проводимых занятиях мы сочетали музыкотерапию с рисованием, лепкой, сенсорными играми, песочной терапией, сказкотерапией.

Результаты. На занятиях с применением активной и пассивной музыкотерапии наблюдается значительное повышение мотивационного компонента психической деятельности детей, улучшение свойств внимания, нормализация темпа деятельности ребёнка, повышение работоспособности, улучшение усвоения двигательной программы, опосредованное развитие крупной и мелкой моторики, стабилизация эмоционального фона.

Выводы. Включение музыкотерапии в структуру занятий способствует развитию когнитивных функций, развитию произвольной регуляции деятельности, повышению мотивации детей во время занятий, развитию эмоционального интеллекта. Также совместные занятия благоприятно влияют на детско-родительские отношения.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Батышева Т.Т., Боровицкая М.Ш., Тихомирова Е.А.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Спастическая диплегия является наиболее распространенной формой детского церебрального паралича, составляя более 75% всех спастических форм ДЦП. Помимо двигательного-неврологических аспектов данного заболевания, в ходе реабилитационных мероприятий необходимо учитывать функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, так как патология органов кровообращения может ограничивать потенциальные двигательные резервы этих больных.

Цель. Оценить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у детей со спастической диплегией по данным электрокардиографического исследования.

Материалы и методы. Обследовано 64 пациента в возрасте от 1 до 6 лет (средний возраст 3,0 $\pm$ 1,2) с установленным диагнозом ДЦП, спастическая диплегия. Всем обследуемым проводилась электрокардиография в 12-ти стандартных отведениях на электрокардиографе Schiller AT 102 plus.

Результаты. В подавляющем большинстве случаев (97%) у детей со спастической диплегией регистрировался синусовый ритм, часто сопровождающийся дыхательной аритмией. Выраженная и резкая аритмия встречалась в 28 % случаев. У двоих детей (3%) был зарегистрирован медленный (замещающий) ритм из верхних отделов правого предсердия. Для 28% обследованных была характерна нормокардия. У большинства детей (54,7%) наблюдалась брадикардия различной степени выраженности: от легкой (23,4%) до умеренной (23,4%) и резкой (7,8%). Значительно реже (17,2%) отмечалась тахикардия: легкая степень у 6%, умеренная – у 7,8%, резкая тахикардия – только у 3% детей. Признаки преждевременного возбуждения желудочков в виде укорочения интервала PQ и дельта-волны были выявлены у 4-х (6,3%) пациентов. При этом пароксизмальные нарушения ритма сердца и синкопальные состояния у этих детей на момент исследования отсутствовали. Нарушения внутрижелудочковой проводимости, встречавшиеся в 14% случаев, были представлены неполной блокадой правой ножки п. Гиса. Нарушения процесса реполяризации различной степени выраженности без клинически значимого смещения сегмента ST встречались у 11% обследованных нами больных.

Выводы. Таким образом, в нашем исследовании, проведенном у пациентов младшей возрастной группы, не были выявлены значимые нарушения функции проводимости и проявления эктопической активности. Наиболее часто встречающимся нотопомным нарушением ритма сердца у данной возрастной группы пациентов является синусовая брадикардия. Определенная нами значимая (резкая) брадикардия может служить ограничивающим фактором при выборе программы реабилитации и требует использования дополнительных методов исследования сердечно-сосудистой системы (эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ, определение функционального резерва сердечно-сосудистой системы).

НАРУШЕНИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Батышева Т.Т., Бурд С.Г., Саржина М.Н., Чебаненко Н.В., Яковлева Ю.К.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Эпилепсия относится к церебральным нарушениям, которые провоцируют развитие сопутствующих вегето-висцеральных дисфункций у детей. По данным Российского эпидемиологического исследования сердечно-сосудистые нарушения занимают второе место среди ассоциированных состояний у больных эпилепсией и составляют 14,7 % от их числа. Вегетативный дисбаланс у больных эпилепсией приводит к изменению регуляции сердечной деятельности, способствуя развитию нарушений сердечного ритма и проводимости, как в период самих приступов, так и в межприступный период, создавая неблагоприятный гемодинамический фон, препятствующий нормальному становлению функции сердечно-сосудистой системы. Кроме этого, у пациентов с эпилепсией увеличивается риск развития жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма, что является одной из основных причин внезапной сердечной смерти при эпилепсии.

Цель. В настоящее время актуальной проблемой является изучение частоты встречаемости кардиальных нарушений при эпилепсии и их патофизиологические механизмы для определения необходимости проведения суточного мониторирования электрокардиограммы по Холтеру детям с эпилепсией, своевременного выявления среди них пациентов группы риска, их тщательного кардиологического обследования и стратегии их терапевтического ведения.

Результаты. По данным отечественных и зарубежных авторов у детей с эпилепсией достоверно чаще, чем в популяции встречаются нарушения сердечного ритма. Кардиальные нарушения встречаются у 80% детей с эпилепсией и имеют широкий спектр нарушений сердечного ритма, частота которых достоверно превышает показатели группы контроля ($p=0,001$) [В.В. Зубова, 2014]. Выявляемые у детей нарушения сердечного ритма неоднородны, среди них: нарушения автоматизма СА-узла в виде эпизодов тахикардии встречаются в 79%, эпизоды брадикардии - у 44% детей, предсердный эктопический ритм - у 33% детей, паузы ритма - у 16% [Е.В. Ткаченко, 2010]. Частота внезапной сердечной смерти при эпилепсии в детском возрасте составляет 0.2-0.4 случая на 1000 населения в год. Выявленная в детском возрасте эпилепсия также является фактором риска развития внезапной сердечной смерти в молодом возрасте (у взрослых пациентов моложе 20 лет частота внезапной сердечной смерти имеет наиболее высокий показатель и в 5 раз превышает этот показатель для пожилых пациентов), что существенно определяет прогноз и качество жизни пациентов [Ide A., 2007]. Выявлена корреляция частоты встречаемости нарушений сердечного ритма у детей с эпилепсией и эффективности подобранной им противоэпилептической терапии, а также зависимость возникновения нарушений ритма от количества одновременно применяемых противоэпилептических препаратов [Walczak T., 2001]. Анализ имеющихся данных показал, что ключевую роль в возникновении нарушений сердечного ритма и внезапной сердечной смерти у детей с эпилепсией играют возникающий дисбаланс вегетативной регуляции и сочетанные мембранные сдвиги в сердечных и мозговых структурах [Е.В. Ткаченко, 2010]. Отмечена зависимость характера изменений ЧСС от уровня судорожной активности эпилептического очага и структур его локализации, а также прямая зависимость частоты и выраженности кардиальных нарушений от частоты

эпилептических приступов. Нарушения кардиального ритма возникают как в иктальный, так и в интериктальный период. Низкая вариабельность сердечного ритма у детей с фармакорезистентной эпилепсией обусловлена недостаточностью парасимпатической регуляции сердечной деятельности и увеличивает риск развития внезапной сердечной смерти [Harnod T., 2008].

Выводы. Таким образом, у детей с различными формами эпилепсии нарушения сердечного ритма встречаются достоверно чаще, чем в популяции. Это играет важную роль в возможном развитии внезапной сердечной смерти у детей и подростков и обуславливает необходимость тщательного кардиального обследования всех детей с эпилепсией, проведения им суточного мониторингирования электрокардиограммы и своевременной коррекции выявленных нарушений.

ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ОВЗ)

Батышева Т.Т., Вильданова Е.Л., Орлова Г.И.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Песочная терапия – эффективное и востребованное направление психотерапии. Основа песочной терапии – игра с песком, рисование песком. Такой вид деятельности является максимально естественным и ведущим для детей, имеет мало противопоказаний. Поэтому встречает положительный отклик и не вызывает неприятия у ребенка, приносит ему удовлетворение.

Цель. Основная цель песочной терапии – всестороннее развитие личности ребенка с ОВЗ с учетом его индивидуальных особенностей и диагноза, достижение комплексного эффекта развития. А именно, стимулирование развития когнитивных и физиологических процессов, гармонизация психоэмоционального состояния ребенка, развитие конструктивных, творческих и художественных способностей, речи.

Материалы и методы. В работе необходимы: песочница или световой планшет, сухой песок (одного или нескольких цветов), небольшие игрушки, предметы домашнего обихода, природные элементы. Существуют следующие методики: классическая песочница (закапывание и поиск предметов, лепка и создание скульптурных композиций, отпечатков, следов); Рисование песком на световых столах; Рисование цветным песком.

Результаты. В результате работы с песком стабилизируется эмоциональное состояние, укрепляется моторика рук; развивается воображение, желание познания, стремление к творческому росту; проявляется инициатива, самостоятельность, индивидуальность; формируется желание и умение работать «в команде».

Выводы. В результате практического применения установлено, что песочная терапия является эффективным средством развития личности ребенка с ограниченными возможностями и позволяет специалисту (педагогу, психологу, психиатру, реабилитологу) с относительной легкостью решать целый ряд вопросов, связанных с лечением, развитием и реабилитацией детей с ОВЗ, а также является великолепным диагностическим инструментом.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГАРНИТУРЫ FORBRAIN В КОРРЕКЦИОННОЙ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

Батышева Т.Т., Гиленкова С.В., Орлова Г.И., Суворова С.А.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ, г. Москвы

Актуальность. Проблемы речевых нарушений значительно распространены в наше время. Все звуки, которые мы слышим являются комплексом звуковых частот. Слуховая система получает звуковую информацию, производит ее анализ и передает в мозг. Часто у детей с различной речевой патологией эта связь нарушена. Современные технологии дают специалисту, работающему по коррекции речи, возможность быстрее восстановить нарушенные функции.

Материалы и методы. В своей работе мы используем различные инновационные технологии. Одна из них - гарнитура FORBRAIN. Это наушники, которые помогают мозгу обрабатывать слуховую информацию. Технология FORBRAIN основывается на костной проводимости звука (собственный голос и голос окружающих). Мы проводили логопедические занятия с использованием гарнитуры FORBRAIN у 40 детей от 4 до 16 лет с различной речевой патологией: дети с алалией (10 чел.), дизартрией (10 чел.), дислексией (10 чел.) и заиканием (10 чел.). Каждый ребенок использовал FORBRAIN от 10 до 15 минут в день в течении 15 рабочих дней.

Результаты. Во всех группах после курса занятий мы отметили значительные улучшения по различным речевым параметрам. Сила и длительность речевого выдоха улучшилась у 8 детей с алалией, у 9 детей с дизартрией, у 8 детей с заиканием. Сила и звонкость голоса улучшилась у 10 детей с алалией, у 8 детей с дизартрией, у 9 детей с заиканием. Артикуляторная моторика (точность, скорость, переключаемость движений) улучшилась у 10 детей с алалией, у 7 детей с дизартрией, у 8 детей с заиканием, у 7 детей с дислексией. Фонематический слух улучшился у 6 детей с алалией, у 8 детей с дизартрией, у 9 детей с заиканием, у 10 детей с дислексией. Выразительность и интонационная оформленность речи улучшилась у 6 детей с алалией, у 7 детей с дизартрией, у 9 детей с заиканием, у 10 детей с дислексией. Техника и интонационная выразительность чтения улучшилась у 9 детей с дислексией. Снизилось количество специфических ошибок при чтении (персеверации, парафазии и др.)

Выводы. Сенсорные тренировки речи и слуха, проводимые при использовании гарнитуры, позволяют значительно улучшить качество и ускорить процесс коррекционной логопедической работы. В общей динамике при проведении комплексных занятий с использованием методики FORBRAIN отмечается значительный рост уверенности в себе у детей. У всех детей повысилась мотивация к занятиям и концентрация внимания, значительно улучшились качество речи и голоса. При использовании гарнитуры практически все дети отмечали, что говорят и слышат себя одновременно: "Я себя слышу!" Таким образом повысился контроль качества собственной речи. Мы с уверенностью можем отметить, что использование данной методики специалистами на занятиях в комплексе с традиционными логопедическими методиками способствует эффективному осуществлению коррекционных задач.

ОБУЧЕНИЕ ИЗОДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КАК ОДНА ИЗ ФОРМ КОРРЕКЦИОННО – ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ

Батышева Т.Т., Гусева Л. Н.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Раннее начало коррекционной работы позволяет достичь хороших результатов, так как функции мозга находятся в стадии формирования. При определении педагогического процесса учитывается характер заболевания и возраст ребенка. Все дети любят рисовать, у одних это получается легко, другие испытывают затруднения. Но так или иначе, какой – то опыт есть у всех, и его надо активизировать.

Цель. Максимально всесторонне развивать ребенка в соответствии с его возможностями и умениями. Развивать творческие способности при помощи досуговых и праздничных мероприятий. Помощь в учебной деятельности, коррекция в нарушении моторики рук. Формирование навыков самообслуживания, профессиональная ориентация подростков, коррекция нарушений родительно – детских отношений.

Материалы и методы. Изобразительная деятельность, в частности детское рисование, включает в себе большие возможности: это средство умственного, моторного, эмоционально-эстетического и волевого развития детей, совершенствование психических функций: зрительного восприятия, воображения, памяти, мыслительных операций (анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстрагирование). В процессе рисования ребенок испытывает разнообразные чувства: он огорчается, если что-то не получается, радуется красивому изображению, которое он создал сам. Изобразительная деятельность для детей с ограниченными возможностями должна носить эмоциональный и творческий характер. Задача педагога состоит в том, что бы создать максимально благоприятные условия для развития творческих способностей на основе дифференцированного подхода. А это значит, что необходимо развивать эстетические чувства и представления, мышление и воображение, формировать эмоциональную отзывчивость, учить детей навыкам изобразительной грамоты, развивать способности к сопереживанию и активной созидательной деятельности. Изобразительная деятельность - это продуктивная деятельность, так как результатом является создание ребенком определенного продукта: рисунка, аппликации, лепки. Значение изобразительной деятельности особенно велико для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Результаты. В результате всех коррекционных задач дети должны знать и уметь: подбирать материал, учитывая его форму, цвет и величину, уметь правильно держать кисть, карандаш, пользоваться палитрой и мольбертом, уметь красиво и грамотно оформить поделку, рисунок, проявлять свободу творческого самовыражения, раскрывать свои внутренние ресурсы ребенка, соблюдать правила личной гигиены и безопасности труда.

Выводы. Занятия рисованием и графическими навыками служат важным средством всестороннего развития, эффективным способом коррекции заболевания. Под влиянием изобразительности совершенствуются познавательные процессы, происходят положительные сдвиги в выполнении умственной операции и в двигательной – моторной сфере.

ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА (ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)

Батышева Т.Т., Дегтярева Н.Н., Ионова С.Н.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. В последние годы исследование речевых нарушений у детей предполагает более раннее выявление отклонений в психическом и речевом развитии. Процесс раннего развития ребенка от рождения и до трех лет разделяют на два основных периода: младенчество (от рождения до 12 месяцев), дошкольное детство (от 12 месяцев до 3 лет).

Цель. Следует остановиться подробнее на обследовании детей второго периода, т.к. в логопедической практике ему уделяется недостаточно внимания.

Материалы и методы. Логопедическое обследование включает в себя сбор данных об особенностях доречевого, раннего речевого и психического развития ребенка. Прежде чем начинать обследование, важно всесторонне изучить медицинскую документацию (данные анамнеза), проанализировать результаты обследования и заключение невролога.

Результаты. Обследование ребенка раннего возраста имеет ряд специфических особенностей: необходимо учитывать эмоциональную зависимость ребенка от мамы, реакцию на непривычную ситуацию; первый опыт общения с незнакомым взрослым может повлиять на всю дальнейшую коррекционную работу; важно, чтобы при логопедическом обследовании ребенок был спокоен, находился в комфортном состоянии; прямой контакт с незнакомым человеком может вызвать реакцию торможения, а иногда и бурную негативную психо-эмоциональную реакцию; особенностью логопедического обследования является принцип соотнесения расстройств артикуляционной моторики с общими двигательными нарушениями. При ДЦП артикуляционная моторика, особенности дыхания и голосообразования оцениваются в соответствии с общими моторными возможностями ребенка (отмечаются даже незначительные двигательные расстройства); надо иметь в виду, что деятельность маленького ребенка часто носит произвольный характер или бывает привязана к привычной обстановке и ситуации, поэтому необходимо участие мамы в процессе обследования речи ребенка; дидактический материал должен быть подобран с учетом возраста ребенка; выясняется время появления и характер крика, гуления, лепета, а затем первых слов и простых фраз; как и при всяком комплексном обследовании, важно оценить особенности развития познавательной деятельности (внимания, памяти, мышления), сенсорных функций (зрительного, слухового и кинестетического восприятия), проявления эмоционально-волевой сферы. В ходе логопедического обследования детей раннего возраста с ДЦП используют следующие методы: изучение медицинской документации, сбор и анализ данных анамнеза; -наблюдение за ребенком с целью выяснения уровня сформированности игровых навыков, общения, двигательных функций (в том числе артикуляционного аппарата), проведение функциональных проб; беседа с лечащим врачом, психологом, психиатром, генетиком для уточнения заключения и плана проведения коррекционной работы.

Выводы. От грамотно проведенного обследования зависит успешность коррекционно-логопедической работы в условиях стационара. На основании полученных данных составляется план коррекционной работы, выявляется необходимость в дополнительных обследованиях и консультациях специалистов, даются рекомендации родителям. Данный период развития жизни является крайне

важным для формирования всей личности ребенка, т.к. в этот период можно много приобрести, но и многое потерять.

СОЦИАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Батышева Т.Т., Зосимова И.А.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Аутизм – это пожизненное нарушение развития, которое влияет на коммуникацию и отношения с другими людьми, а также на восприятие и понимание окружающего мира. Как состояние аутизм является спектром. Это значит, что хотя всех людей с аутизмом объединяют трудности в определенных сферах, это расстройство по-разному отражается на каждом отдельном человеке. Некоторые люди с аутизмом могут жить относительно независимой жизнью, в то время как другие могут иметь дополнительные нарушения обучения и нуждаются в пожизненной поддержке со стороны специалистов. Кроме того, люди с аутизмом обычно отличаются гипер- или гипочувствительностью к звукам, прикосновениям, вкусам, запахам, освещению или цвету. Все люди с аутизмом испытывают сложности в трех областях, которые называют «триадой нарушений при аутизме». К этой триаде относятся: трудности с социальной коммуникацией, трудности с социальным взаимодействием, трудности с социальным воображением.

1. Трудности с социальной коммуникацией. Для людей с расстройствами аутистического спектра мимика и прочий «язык тела» — это такой же чужой язык, как если бы все вокруг говорили по-древнегречески. Люди с аутизмом испытывают трудности как с вербальным, так и с невербальным языком. Многие из них понимают язык буквально, с их точки зрения – люди всегда говорят ровно то, что имеют в виду. Кроме того, людям с аутизмом трудно использовать и понимать выражения лица или тон голоса, шутки и сарказм, идиомы и поговорки, например, когда говорят «Это круто», имеют в виду, что это хорошо, а не то, что на это трудно взобраться. Некоторые люди с аутизмом не могут говорить вообще, или их способность использовать речь для общения очень ограничена. Однако даже не говорящие люди с аутизмом обычно понимают, что говорят другие люди. Такие люди могут научиться выражать свои мысли и общаться с другими людьми с помощью различных методов альтернативной коммуникации, например, печатать на компьютере, использовать язык жестов или систему карточек с визуальными символами. У других людей с аутизмом навыки речи развиты очень хорошо, но у них все равно есть речевые трудности – им трудно понять, как обмениваться репликами при разговоре; они могут повторять то, что только что сказал другой человек (это явление называется «эхолалия»); или же они очень долго говорят о своих интересах, игнорируя реакцию собеседника. Людям с аутизмом проще общаться, если другие люди говорят четко, последовательно и оставляют паузы, которые позволяют человеку с аутизмом понять, что именно ему только что сказали.

2. Трудности в социальном взаимодействии. «Мы не приобретаем навыки общения естественным образом, мы должны осознанно им учиться». Людям с аутизмом часто сложно распознать или понять эмоции и чувства других людей, а также сложно выразить свои собственные эмоции и чувства. Из-за этого они могут испытывать дополнительные трудности в социальных ситуациях. Они могут не понимать неписанные социальные правила, которые большинство людей усваивают

неосознанно. Например, они могут стоять слишком близко к другому человеку или начинать разговор с неуместной темы, казаться бесчувственными, потому что они могут не понимать, что чувствует другой человек, предпочитать проводить время в одиночестве и не искать общества других людей, не обращаться к другим людям за утешением, казаться «странными» и неуместно себя ведущими, потому что им сложно выразить свои чувства, эмоции или потребности. Трудности с социальным взаимодействием могут приводить к тому, что людям с аутизмом трудно заводить друзей и сохранять дружбу. Однако сами люди с аутизмом могут стремиться к дружбе и к общению с другими людьми – они просто не уверены, как именно этого добиться.

3. Трудности с социальным воображением. «Нам трудно понять, что знают другие люди. Нам еще сложнее догадаться, что другие люди думают». Социальное воображение позволяет понимать и предсказывать поведение других людей, понимать абстрактные идеи и представлять себе ситуации вне нашего непосредственного опыта. Трудности с социальным воображением приводят к тому, что людям с аутизмом сложно: понимать и интерпретировать мысли, чувства и действия других людей, предсказывать, что произойдет потом, или может произойти потом, понимать концепцию опасности, например, почему лучше не выбегать на оживленное шоссе, участвовать в играх и занятиях, требующих воображения: иногда дети с аутизмом практикуют игры, требующие воображения, однако они предпочитают проигрывать одну и ту же сцену снова и снова, подготовиться к переменам или планировать будущее, справиться с новыми или незнакомыми ситуациями. Не надо путать трудности с социальным воображением и отсутствие воображения. Многие люди с аутизмом обладают исключительными творческими способностями, например, они могут быть выдающимися художниками, музыкантами или писателями.

Выводы. Иногда трудно информировать о проблемах людей с аутизмом, потому что эти люди «не выглядят инвалидами». Родители детей с аутизмом часто жалуются, что окружающие считают их детей просто невоспитанными и избалованными, и взрослые люди с аутизмом тоже часто сталкиваются с непониманием. Все без исключения люди с аутизмом нуждаются в своевременном диагнозе и доступе к специальной поддержке и услугах.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

Батышева Т.Т., Климов Ю.А., Тихонов С.В., Корнеева И.В.

ГБУЗ «Научно-практический Центр Детской Психоневрологии» ДЗ г. Москвы

Актуальность. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря (НДМП) – разнообразные по форме нарушения резервуарной и эвакуаторной функций мочевого пузыря, развивающиеся вследствие поражений механизмов регуляции мочеиспускания на различном уровне. Дисфункции мочевого пузыря в детском возрасте чаще всего обусловлены не поражением спинного мозга и внеспинальных проводящих путей, а нарушением нейрогуморальной регуляции и гипоксией данного органа вследствие незрелости центров мочеиспускания. Гиперрефлекторный неадаптированный мочевой пузырь является ведущим вариантом нарушений функций мочевого пузыря у детей. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря способствуют возникновению и рецидивированию инфекций мочевыводящих путей. У большинства детей НДМП сочетается с другими заболеваниями мочевой системы, среди которых лидируют

хронический цистит и пиелонефрит. Приоритетное использование в педиатрии физических факторов низкой интенсивности, малой мощности, импульсного режима обусловлено, прежде всего, своеобразием ответных реакций ребенка на действие методов физиотерапии вследствие высокой чувствительности нервной системы, более выраженной интенсивности обменных и репаративных процессов, хорошей гидрофильности кожных покровов. Среди методов импульсных воздействий одним из эффективных и безопасных методов является чрезкожная электронейростимуляция, преимуществом которой является возможность применения импульсов, по форме и частоте сходных с потенциалами действия внутренних органов. Современные аппараты для ЧЭНС работают на фиксированных частотах и используют статичный вариант электростимуляции, в результате чего происходит развитие адаптации к данному фактору и воздействие осуществляется только на нервные окончания, находящиеся непосредственно под кожей в месте наложения электродов.

Цель. Оценка эффективности динамической электронейростимуляции при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей.

Материалы и методы. Показания к терапии:

- нейрогенная дисфункция мочевого пузыря гиперрефлекторного типа;
- нейрогенная дисфункция мочевого пузыря гипорефлекторного типа;
- нейрогенная дисфункция мочевого пузыря норморефлекторного типа.

Для лечения отбирались дети 4-10 лет с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря по гиперрефлекторному и гипорефлекторному типу. Перед началом курса лечения предъявлялись жалобы на дизурические явления в виде синдрома императивного мочеиспускания (поллакиурия, императивные позывы, императивное недержание, энурез). Физиотерапевтическое лечение проводилось в комплексе с массажем и лечебной физкультурой по сопутствующей патологии. Воздействие проводилось поочередно на следующие зоны: пояснично-крестцовая зона, зона прямой проекции мочевого пузыря, зона сегментарного кольца на уровне мочевого пузыря. Использовались стабильная и лабильная методики лечения, постоянный режим воздействия, минимальный энергетический уровень у детей до 5 лет, комфортный энергетический уровень – у детей 5 -10 лет. Время воздействия составляло у детей 4-7 лет – 10-15 минут, у детей 7-10 лет – 15-20 минут. На курс проводилось 10 ежедневных процедур.

Результаты. Динамическая электронейростимуляция переносилась всеми детьми хорошо, побочных реакций не отмечалось. У пациентов с нейрогенной дисфункцией гиперрефлекторного типа положительная динамика отмечалась уже после первых 3-х процедур в виде урежения эпизодов дневного и ночного недержания мочи, урежения императивных позывов. К концу курсового воздействия динамической электронейростимуляции у большинства пролеченных детей отмечалось снижение частоты ночного энуреза, от ежедневных эпизодов до 1 раза в неделю после курсового воздействия, урежение или полное отсутствие симптома дневного недержания мочи. У пациентов с нейрогенной дисфункцией гипорефлекторного типа, предъявляющих перед началом курса лечения жалобы на непроизвольное мочеиспускание в ночное время, редкое (2-3 раза) мочеиспускание днем, положительная динамика на воздействие физическим фактором отмечалась уже с 1-й процедуры. Об этом свидетельствовали восстановление дневного ритма мочеиспусканий (до 4-5 раз), снижение частоты непроизвольных мочеиспусканий в ночное время после первых 3-х процедур динамической электронейростимуляции с полным их прекращением к концу курсового воздействия. Кроме того, в ответ на воздействие улучшилось психо-эмоциональное состояние детей. Родители пациентов отмечали исчезновение раздражительности,

эмоциональной лабильности, головных болей, нарушения сна у большинства детей с ночным энурезом.

Выводы. Таким образом, наши клинические наблюдения, проведенные у детей, страдающих нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря в возрасте от 5 до 10 лет, выявили благоприятное влияние динамической электронеуростимуляции на течение заболевания что позволяет получить более стабильный эффект и значительно повысить эффективность лечения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕУРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Батышева Т.Т., Климов Ю.А., Тихонов С.В., Корнеева, И.В. Фиклисов Д.С.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Речь - сложный психический процесс, форма высшей нервной деятельности человека, а также сложный биосоциальный процесс. Развитие речи продолжается всю жизнь и отражает мыслительную деятельность человека. Для нормальной речевой деятельности необходимо согласованное функционирование всего головного мозга и других отделов нервной системы. Речевые механизмы имеют сложную и многоступенчатую организацию. Сложность, многоступенчатость речевых механизмов обуславливает и разнообразие речевых расстройств. Речь играет большую роль в индивидуальном развитии ребенка. Уровень развития речи у детей определяет возможности их интеллектуальной деятельности. За последние годы отмечается рост количества детей с различными нарушениями речи. Каждый третий ребенок имеет различные отклонения в речевом развитии. Неуклонно возрастает количество детей с тяжелой речевой патологией. В связи с этим проблема лечения нарушений речи у детей занимает приоритетное положение в детской неврологии. Актуальность проблемы диктует поиск эффективных немедикаментозных методов лечения, среди которых физиотерапии принадлежит ведущая роль. Среди огромного разнообразия физических факторов особое внимание привлечено к импульсным токам, позволяющим получать качественно более выраженные реакции по сравнению с непрерывным режимом генерации и значительно уменьшить энергетическую нагрузку на ребенка, что особенно важно для растущего организма. Преимуществами импульсной терапии перед другими методами физиотерапевтического лечения являются также: физиологичность и специфичность действия при индивидуальном подборе параметров, медленное развитие адаптации к воздействию, возможность эффективного влияния на периферическую и центральную нервную систему. Одному из таких методов – чрезкожной электронеуростимуляции - в последние годы уделяется особое внимание в связи с созданием новых усовершенствованных приборов, позволяющих значительно повысить эффективность этого физического фактора. Показания к применению динамической электронеуростимуляции- задержка речевого развития у детей различного происхождения.

Материалы и методы. Динамическая электронеуростимуляция применялась для лечения детей 5 лет и старше с различными нарушениями речи: дислалии, моторная алалия, логоневроз. Перед началом курса лечения родителями пациентов предъявлялись жалобы на малый словарный запас ребенка, нарушение звукопроизношения, заикание при интенсивном речевом потоке, частые повторы на фоне гиперактивности, а также эмоциональную лабильность, нарушение сна.

Воздействие проводилось поочередно на следующие зоны: шейно-воротниковая зона, специальные «речевые» зоны» (середина носогубной складки, область красной каймы верхней губы, зона, расположенная под подбородком, большие пальцы кистей обеих рук, граница роста ногтевых пластинок на каждом пальце), зона языка. Использовались стабильная и лабильная методики лечения, постоянный режим воздействия, комфортный энергетический уровень – у детей. Общее время воздействия составляло у детей 5-10 лет – 20-25 минут. На курс проводилось 10 ежедневных процедур. Было проведено 1-2 курса лечения с учетом тяжести речевых нарушений у детей с интервалом в 6 месяцев.

Результаты. В ходе курсового лечения отмечалась хорошая переносимость процедур динамической электростимуляции детьми, отсутствие осложнений и побочных реакций, возможность одновременного лечения сопутствующих заболеваний. Все дети, получившие динамическую электростимуляцию, имели положительные результаты. Уже после первого курса у всех детей с нарушениями речи были получены положительные результаты: улучшилось звукопроизношение, увеличился словарный запас, началась фразовая речь, отмечено улучшение памяти, концентрации внимания, нормализовался сон, уменьшилась возбудимость. У детей с логоневрозами появилась плавная речь без повторов, улучшился темп речи. Дети стали лучше вступать в контакт со сверстниками, охотнее выполнять обучающие программы.

Выводы. Наши клинические наблюдения, свидетельствуют о том, что применение метода динамической электростимуляции целесообразно и эффективно в комплексном лечении у детей с данной патологией для улучшения их развития и общего состояния, для облегчения процесса логопедического воздействия на ребенка.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Батышева Т.Т., Климов Ю.А., Тихонов С.В., Ногова Е.В., Пелля Е.И., Мельникова С.В.

ГБУЗ «Научно-практический Центр Детской Психоневрологии» ДЗ г. Москвы

Актуальность. Здоровье детей является важным аспектом для здоровья всего человечества в целом, так как все то, что закладывается в детстве, человек переносит во взрослую жизнь. Своевременное развитие движений является одним из основных условий правильного формирования детского организма и характеристикой хорошего физического, нервно-психического развития ребенка любого возраста, а особенно ребенка первого года жизни. Вместе с тем, первый год жизни является возрастным периодом, когда нервная система ребенка обладает значительными компенсаторными возможностями, которые могут быть усилены ранней комплексной терапией.

Цель. Оценка эффективности комплексной методики, корригирующей двигательное развитие детей грудного возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы (ППЦНС) средствами физической реабилитации.

Материалы и методы. Исследуемая комплексная методика объединяет: релаксирующий соединительнотканый массаж и вестибулярную фитбол-гимнастику. В ходе комплексного воздействия физическими средствами, вначале проводилась процедура вестибулярной фитбол-гимнастики, затем сеанс релаксирующего соединительнотканного массажа. Такое чередование средств, на наш взгляд, позволяет в полной мере использовать принцип «нагрузка-восстановление». Вестибулярная

фитбол-гимнастика состояла из 3-х частей – вводной, основной и заключительной. Вводная часть занимает 3 минуты, основная 10 минут в зависимости от количества используемых упражнений и заключительная часть занятия 2 минуты. В основной части применяются упражнения, выполняемые на фитболе (физиоролле) и активизирующие двигательную систему ребенка, на основе рефлексов с вестибулярного аппарата. В ходе выполнения упражнений использовались угловые и прямолинейные ускорения и замедления траектории движения. Это позволяло добиваться «непроизвольного» мышечного ответа со стороны двигательной системы ребенка. Технология массажа включала в себя: - проведение вспомогательных массажных приемов (поглаживание, выжимание, вибрация) в течение 1 минуты на рабочем сегменте, затем проведение основного массажного приема «финское разминание» в области соединительнотканых структур 2 минуты на рабочем сегменте. Длительность процедуры от 10 минут (первые 2-3 сеанса), до 15 минут ежедневно. Курс 10 процедур. Клинические наблюдения и специальные исследования проведены в динамике у 15 детей в возрасте от 1 до 6 месяцев жизни с диагнозом ППЦНС (восстановительный период). В исследовании использовались следующие методы контроля: комплексная оценка психомоторного развития по Л.Т. Журбе, Е.М. Мастюковой, оценка качества развития основных движений.

Результаты. В процессе исследования установлено, что наличие перенесенного ППЦНС у детей грудного возраста способно замедлить или нарушить последовательность и согласованность процесса формирования основных движений. В ходе сравнительного анализа показателей комплексной оценки по методике Л.Т. Журбы, М.Ю. Мастюковой, в группе детей с ППЦНС до и после курса реабилитации, наибольшие изменения произошли по показателям, отражающим следующие функции: мышечный тонус, безусловные рефлексы, патологические движения, «соотношение сон-бодрствование». В целом сумма набранных баллов в ходе комплексной оценки, составила $25,6 \pm 0,2$ балла, что позволило им приблизиться к нижней границе возрастной нормы (27,0 баллов). Проведенные исследования по методике оценки качества развития основных движений, показали эффективность оцениваемой комплексной технологии, что выразилось в повышении качества освоения ребенком основных движений (до 35%, по отдельным показателям).

Выводы. Исследуемую комплексную методику ручного релаксирующего соединительнотканного массажа и вестибулярной фитбол-гимнастики целесообразно применять для коррекции формирования основных движений, нормализации мышечного тонуса, стимуляции нервно-психического развития, у детей грудного возраста с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОЗИЦИЯ ВРАЧА

Батышева Т.Т. Коровина Н.Ю. Панина Ю.Ф.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. В настоящее время исследование профессиональной позиции врача в аспекте его способа коммуникации и вообще коммуникативной компетентности, представляется чрезвычайно актуальной. Коммуникативная компетентность является профессионально важным качеством любого врача, поскольку эта профессия предполагает продолжительное общение с пациентами. От умения

общаться, правильно выстроить диалог, установить и развить контакты с людьми зависит успешность врача.

Цель. Выявить причины проблем взаимодействия врача и пациента, по средствам изучения личностных конструкторов пациентов.

Материалы и методы. Хороший психологический контакт с больным помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о больном. Умение общаться, или коммуникативная компетентность, обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. Если пациент доверяет своему врачу, не сомневаясь в правильности диагностики и адекватности терапии, то он будет выполнять назначения, пройдет все необходимые диагностические и терапевтические процедуры. При отсутствии психологического контакта пациент, возможно, не станет придерживаться врачебных рекомендаций и назначений, проконсультируется у других врачей или просто у своих знакомых, займется самолечением, обратится к представителям альтернативной медицины. В связи с этим профессионально значимым качеством медицинского работника является коммуникативная толерантность (как один из аспектов коммуникативной компетентности) - терпимость, снисходительность и др. Коммуникативная толерантность показывает, в какой степени врач переносит субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления. *Объектом* исследования стал профессионализм врача, с точки зрения пациента (удовлетворенность врачом и медицинской помощью). В исследовании принимало участие 50 человек – женщины, имеющие детей в возрасте от 0 до 16 лет. *Предмет* - субъективный образ «хорошего лечения» \ «хорошего врача». *Метод* – беседа, в ходе которой проводился сбор ситуаций взаимодействия пациента с врачом. *Обработка:* контент – анализ; экспертная оценка, математико – статистические методы обработки полученных данных (значимость различий U – критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ, кластерный анализ).

Результаты. А) У пациентов значимым во взаимодействии с врачом является общение (сам процесс), а так же общедоступность врача. (Наличие \ отсутствие времени ожидания приема, сложность \ простота получения консультации).

Б) Чем более компетентен врача по мнению пациента, тем больше возрастает степень толерантности (терпимости) ко времени ожидания и сложностям, связанным с получением консультации.

В) Адекватность \ не адекватность врача для пациента обусловлена в большей степени коммуникативной компетентностью врача и его способностью к эмпатии.

Г) Профессиональная позиция врача проявляется в его способе коммуникации с пациентом.

Выводы. Родители больного ребенка субъективно (эмоционально) воспринимают ситуацию взаимодействия с врачом. При этом ребенок и качество оказываемой медицинской помощи в этой субъективной оценке часто не присутствует.

КЛИНИКО-БИОМЕХАНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКЗОСКЛЕТА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Батышева Т.Т.¹, Крапивкин А.И.¹, Воронов А.В.², Петрушанская К.А.²,
Письменная Е.В.², Кудрявцева О.И.¹

¹ ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

² ООО «ЭкзоАтлет»

Актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из основных причин инвалидности и смертности во всем мире. Ежегодно в мире от последствий ЧМТ более 2,4 млн. человек становятся инвалидами. Наиболее тяжелыми последствиями ЧМТ является нарушение функции передвижения. В настоящее время наиболее актуальным направлением является создание методов и средств реабилитации, позволяющих получить наилучший реабилитационный эффект, в кратчайшие сроки. Одним из современных методов является применение роботизированной механотерапии - экзоскелета для восстановления навыков ходьбы у пациентов, в том числе перенесших тяжелую ЧМТ.

Цель работы - клинико-биомеханическое обоснование возможностей применения экзоскелета у пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы.

Материал и методы. Под наблюдением в стационаре ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ» находились 3 пациента, с последствиями черепно-мозговой травмы в возрасте от 14 до 17 лет. Давность травмы варьировала от 6 месяцев до 1 года. В клинической картине пациентов наблюдался спастический тетрапарез с преобладанием поражения одной из конечностей: у 2х наблюдалось преимущественное левостороннее поражение, у 1-го – правостороннее. Двое подростков могли ходить самостоятельно с опорой, один – нет. У всех пациентов отмечалось замедление темпа, шаткость походки, невозможность выделить фазы опоры на пятку и носок, сгибательная позиция нижних конечностей, эквинус в ГСС. Курс тренировки ходьбы в экзоскелете состоял из 10 сеансов, продолжительность сеанса не превышало 60-70 минут, время активной ходьбы составляло 20-25 минут. До и после курса тренировки у пациентов исследовались кинематические параметры ходьбы: угловые перемещения в суставах нижних конечностей с использованием оптико-электронного комплекса «Видеоанализ 3-D Биософт».

Результаты. В результате исследования у пациентов с последствиями ЧМТ были выявлены особенности походки: 1 -четкая кинематическая асимметрия, которая проявляется в большем увеличении амплитуды движений на стороне менее пораженной нижней конечности; 2 - сгибательная позиция нижних конечностей, которая проявляется в сдвиге кривых угловых перемещений вверх от нулевой линии; 3 - смещение начала и конца отдельных фаз двигательного цикла вправо по оси времени на обеих ногах, но в большей степени на менее пораженной ноге; 4 - наличие эквинуса в ГСС; 5 - отсутствие отдельных фаз двигательного цикла, в частности, горизонтальной площадки в начале опорной фазы, соответствующей двуопорной фазе шага, разгибания в опорной фазе шага в кривой КУ менее пораженной ноге у двух больных). После курса тренировки ходьбы с использованием экзоскелета было установлено: улучшение кинематических параметров ходьбы, которое проявляется в увеличении амплитуды движений во всех суставах; устранение или снижение эквинуса в ГСС; уменьшение сгибательной позиции нижних конечностей; в практически полном исчезновении асимметрии угловых перемещений; сдвиг экстремальных значений влево по временной оси в соответствии с нормой, в преимущественном увеличении

углов сгибания в суставах (основного сгибания в КС, первого тыльного сгибания в ГСС, сгибания в ТБС в течение опорной фазы и более симметричный характер движений. У одного больного отмечается значительное увеличение амплитуды угловых перемещений в суставах нижних конечностей, которое сопровождается повышением темпа ходьбы (с 41 до 59 шаг/мин) и возможностью ходить без дополнительной опоры.

Выводы. Таким образом, полученные результаты обосновывают возможность применения экзоскелета для восстановления навыков ходьбы у пациентов перенесших ЧМТ.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОСЛЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ПЛАНОВОГО СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Батышева Т.Т., Кругликова А.С., Чебаненко Н.В.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Использование современных телекоммуникационных технологий для внедрения на практике методов дистанционного оказания медицинской помощи и обмена специализированной медицинской информацией становится все более актуальным вопросом в связи с принятием закона о телемедицине от 30 июля 2017 года.

Цель. Оценить возможность внедрения телемедицинских консультаций и консилиумов в практику катамнестического наблюдения детей, прошедших плановое лечение в условиях неврологического отделения стационара.

Материалы и методы. Вначале исследования были проанализированы отечественные, зарубежные статьи и публикации о телемедицине, проведен сравнительный анализ области применения данных методов иностранным медицинским сообществом и возможной области использования в российских условиях.

Результаты. Стратегически важная задача в условиях реформирования здравоохранения- организация принципиально нового взаимодействия лечебно-профилактических учреждений со специализированными медицинскими учреждениями путем дистанционного оказания высококвалифицированной помощи населению, с использованием современных информационных технологий и интеллектуального потенциала лучших специалистов. При этом ряд клинических исследований, проведенных специалистами в медицинских организациях Канады, Италии, Австралии, Англии и Германии, определил следующие положительные тенденции внедрения телемедицины в практическое здравоохранение: снижение частоты госпитализаций и обращений за скорой медицинской помощью, повышение качества жизни, улучшение психологического состояния и социальной адаптации пациента, повышение информированности пациентов о своем заболевании, улучшение качества обслуживания, своевременная коррекция лекарственной терапии, высокая эффективность медикаментозного лечения, повышение экономической эффективности медицинской помощи. Телемедицинские технологии успешно используют в неонатологии для наблюдения в антенатальном периоде за новорожденными с низкой и экстремально низкой массой тела, в кардиологии — для контроля состояния пациента с имплантируемым устройством электрокардиостимулятором или кардиовертером-

дефибриллятором). При этом анализ достоверности сообщений показал, что в 97% случаев клинические решения, принимаемые на основе телемониторинга, коррелируют с решениями, принимаемыми в ходе стандартного амбулаторного обследования, в том числе и по неврологическим заболеваниям.

Таким образом, возможность наблюдения и оценки состояния детей с неврологическими заболеваниями после восстановительного стационарного лечения поможет повысить доступность специализированной медицинской помощи людям, проживающим в географически удаленных регионах, сельской местности, а также людям с ограниченными возможностями, а также обеспечить непрерывность процесса катamnестического наблюдения и снизить количество необходимых госпитализаций при должном контроле за течением реабилитации.

Выводы. Современные телемедицинские консультации могут быть успешно использованы для ориентировочной оценки прогресса после пройденного стационарного лечения, а также для катamnестического сбора данных и контроля состояния ребенка для выявления необходимости повторной госпитализации.

КОМПЛЕКС РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ

Батышева Т.Т., Кудрявцева О.И., Мойзыкевич Е.Р., Буханов В.В.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Цель. Создать на основании клинических данных индивидуальный комплекс упражнений по ведению пациентов с несовершенным остеогенезом для увеличения массы тела, двигательной активности, выносливости, преодоления страха и боли.

Актуальность. Несовершенный остеогенез (болезнь «хрустального человека») – является редким наследственным заболеванием соединительной ткани и скелета, характеризующееся повышенной ломкостью костей, деформацией скелета, низким ростом, голубыми склерами, прогрессирующим снижением слуха и аномалией дентина. Распространенность несовершенного остеогенеза варьирует в зависимости от типа заболевания. Так, I и IV типы несовершенного остеогенеза составляют почти половину всех случаев болезни. В 1979 г. D.O. Silence и коллегами были представлены первые данные о распространенности заболевания: 3,5; 1,6 и 1–2 на 100 000 населения для I, II и III типа, соответственно; для самого распространенного IV типа показатель определить не удалось, поскольку во многих случаях болезнь оставалась недиагностированной. В большинстве случаев к развитию несовершенного остеогенеза приводят мутации в генах I типа коллагена COL1A1 и COL1A2. У детей с НО на современном этапе частыми проявлениями болезни являются неоднократные, в том числе внутриутробные, переломы костей с манифестацией болезни сразу после рождения, а также голубые склеры, деформации длинных трубчатых костей, признаки остеопении/остеопороза. Каждому типу болезни соответствует определенный фенотип. Для наиболее благоприятного фенотипа I (тип I) характерно легкое течение болезни с наличием 3-х симптомов: голубых склер, гипермобильности суставов, деформации нижних конечностей. Дети с умеренным фенотипом II (тип IV) имеют среднюю степень тяжести течения и 4 симптома болезни: переломы костей, гипермобильность суставов, нарушение изгиба позвоночника и остеопению. Наиболее тяжелый фенотип III (тип III) характеризуется тяжелым течением и многочисленными клиническими проявлениями: отставанием в физическом развитии, множественными переломами и

деформациями конечностей, гипермобильностью суставов, отставанием линейного роста, деформациями верхних и нижних конечностей, нарушением изгиба позвоночника и остеопорозом. II тип может быть подразделен на группы А, В, С, которые различаются благодаря радиографическому исследованию длинной трубчатой кости и ребер. В большинстве случаев больные умирают в течение первого года жизни в связи с дыхательной недостаточностью или внутричерепным кровоизлиянием. V тип несовершенного остеогенеза имеет те же клинические признаки, как тип IV. Отличается внешним видом решетчатой кости, радиальной дислокацией головы и смешанной потерей слуха, приводит к кальцификации мембраны между двумя костями предплечья. Тип VI несовершенного остеогенеза имеет те же клинические признаки, что и тип IV, но отличается уникальностью гистологических данных костной ткани. В лечении несовершенного остеогенеза «золотым стандартом» считается применение бисфосфонатов, среди которых наиболее широко применяемым и изученным препаратом является памидроновая кислота (памидронат), эффективная у детей как с умеренным, так и с тяжелым течением болезни.

Материалы и методы. Проводились реабилитационные мероприятия группе из 16 детей летнего лагеря от фонда «Хрупкие люди» для детей с несовершенным остеогенезом..

Комплекс упражнений с использованием эластичной ленты. Техника захвата и наматывания ленты: Необходимо взять расправленную ленту обеими руками на расстоянии, превышающем ширину плеч, концы ленты должны быть обращены к мизинцам, а кисти рук повернуть внутрь, так чтобы лента намоталась на них в один-два оборота.

I. Поза горы (Необходимо втянуть живот, расправить плечи, расширяя грудную клетку. Вытянуть позвоночник как можно больше вверх, смотреть прямо перед собой, вытянуть руки вдоль тела.

II. Выстраивание стоп (в исходном положении, сидя на кресле, нижние конечности согнуты в коленных суставах, с параллельной постановкой стоп на ровной поверхности, поднять пальцы ног кверху, при этом упираясь на наружный свод стопы).

III. Пресс: 1) «Насос» (сидя на кресле, взять свободные концы ленты, руки согнуты в локтевых суставах, установить стопу на середину эластичной ленты, сгибать и разгибать нижнюю конечность в коленном суставе поочередно каждую)

2) «Кранчи» (сидя на кресле, держась за середину эластичной ленты, свободные концы которой держит инструктор, максимально сгибать туловище вперед, локтями вперед и вниз, сокращая мышцы брюшного пресса).

IV. Спина: 1) Сведение лопаток (лента на ладонях, большие пальцы в стороны)

2) Необходимо встать на середину ленты. Захватываем концы ленты справа и слева от себя и начинаем вытягивать их вверх - одновременно или по очереди.

IV. «Бабочка» (лента за спиной, руки полусогнуты в локтях).

V. Дыхание: 1) В бок (в стороны поочередно и одновременно).

2) Животом (с лентой).

Результаты. После проведения ежедневных занятий, 16 детей обучены упражнениям для мышц спины, мышц сводов стоп, с минимальной осевой нагрузкой. Из них у 4 детей отмечается положительная динамика в виде формирования стереотипа вертикальной позиции («поза стоя»), с опорой на стопы с физиологическим сводом, укреплены мышцы сводов стоп; 10 детей обучены позициям для лечения положением, из них у одного ребенка скорректирован гиперлордоз, и у 2 детей устранено укорочение подвздошно-поясничной мышцы справа, снизился болевой синдром.

АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ (АВМ) ПОД МАСКОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Батышева Т.Т., Кудрявцева О.И., Орешникова Н.В.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Средняя частота выявления внутричерепных сосудистых мальформаций у детей составляет 2,75 случая на 100 000 жителей в год. АВМ представляют собой врожденную патологию развития сосудистой системы, при которой утрачиваются капилляры между артериальной и венозной циркуляцией. Вместо капилляров имеется клубок патологически измененных, извитых и переплетенных сосудов. Образовавшиеся системы кровотока- через АВМ и нормальные мозговые сосуды- находятся в динамическом равновесии. Без хирургического лечения это равновесие постепенно смещается в сторону АВМ. У детей и подростков АВМ головного мозга встречаются чаще, чем АА. На первое десятилетие жизни приходится 7,8% случаев АВМ, на второе — 24,4%. АВМ локализуются чаще в теменной и лобной долях, но у детей АВМ чаще манифестируют с локализацией в области средней линии и глубоких структур мозга — базальных ганглиев, мозолистого тела, мозгового ствола. Для детей более характерны АВМ больших размеров.

Цель. Изучить особенности клинической картины, течение заболевания и выработки тактики лечения. Описать клинический случай АВМ у мальчика 9 лет.

Материалы и методы. Пациент Вячеслав. Возраст: 9 лет 3 месяца. (24.08.2007 год). Поступила в 8 ПН отделение 28.11.2016 года с диагнозом: Левосторонний гемипарез.

Результаты. Жалобы при поступлении: в течение 1,5 лет мама отмечает нарушение походки и ограничение движений в левой руке и ноге. Со слов матери, ребенок плохо ставит левую ногу на пятку, часто на носок. Мальчик занимается в секции карате и первым заметил нарушения в движениях спортивный тренер. При ходьбе сгибает и заводит левую руку назад, сжимает левую кисть в кулак. Анамнез: Ребенок от 2 беременности, протекавшей с угрозой прерывания, от 2-х своевременных стремительных родов с хронической внутриутробной гипоксией. Вес при рождении 3250, рост 53 см, оценка по Апгар 8-9 баллов. До 1 года наблюдался неврологом с диагнозом: Последствия ПЭП гипоксического генеза. Синдром двигательных нарушений. Раннее развитие: сидит с 5,5 месяцев, стоит с 6 месяцев, ходит с 10 месяцев. Ребенок активно в поликлинике не наблюдался, так как на него не был оформлен страховой полис. Прибыли в Москву на постоянное место жительства 1,5 года назад. Со слов матери, у мальчика был снижен мышечный тонус, самостоятельно начал ходить с 1 года, говорить слова с 1,5 лет. Часто падал при ходьбе. В 8 ПНО НПЦ ПН поступил впервые для установления диагноза и восстановительного лечения. Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. В соматическом статусе нарушений нет. В неврологическом статусе: Общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Ребенок в сознании. На осмотр реагирует адекватно. Окружность головы 52 см. А/Д 100/60 мм.рт.ст. ЧН: Снижена конвергенция (больше справа), лицо не симметричное, (D>S), сглажена левая носогубная складка, установочный нистагм в крайних отведениях. Мышечный тонус дистоничен D < S с тенденцией к гипотонии. Сухожильные рефлексы повышены в левых конечностях. Патологические рефлексы не вызываются. Брюшные рефлексы повышены с двух сторон. Клонус левой стопы. Гипотрофия мышц левой руки и ноги и снижение силы мышц до 4 баллов. Дистоническая установка левой кисти при движениях. В позе Ромберга устойчив.

Пальце - носовую пробу выполняет с интенцией, больше слева. Сидит с кифозом. Походка гемипаретическая. X – образная деформация голеней. Плоско - вальгусная деформация стоп. Может ходить на пятках, хуже слева. Может прыгать на двух и одной ногах с низкой амплитудой, слева с трудом. Интеллект сохранен. Учится в средней школе, успеваемость хорошая. Эмоционально лабильный. Дистальный гипергидроз. В биохимическом анализе крови повышенный уровень КФК до 403.0. В ЭЭГ выявляются общемозговые изменения БЭА с явлениями дезорганизации корковой ритмики и признаками межполушарной асимметрии: отмечаются изменения ирритативного характера в левом полушарии и снижение амплитуды БЭА в правом полушарии. Выявляются признаки раздражения затылочных отделов левого полушария и лобно - передне височных отделов правого полушария. На МРТ головного мозга 02.12.16 года с в/в контрастированием магневист 8.0. МР – картина АВМ височно- лобно- центрально-теменной долей правой гемисферы головного мозга больших размеров. Извитая дренирующая вена левой теменной доли. Компенсаторная гипертрофия конвекситальных вен, прямого, сигмовидного, поперечного синусов. За время госпитализации ребенок восстановительное лечение не получал до уточнения диагноза. Ребенок направлен в НИИ им. Н.Н. Бурденко на консультации нейрохирурга. Установлен диагноз: АВМ подкорковых узлов справа. Учитывая крупные размеры мальформации и расположение ее в функционально значимых зонах мозга ни прямое (иссечение), ни эндоваскулярное (эмболизация) хирургическое лечение не показаны в связи с крайне высоким риском развития необратимых грубейших неврологических выпадений. Рекомендовано: Консультация радиолога на предмет возможности проведения радиологического лечения. Радиохирургия(?). Итог консультации: продолжить консультации в ИНХ

Выводы. В настоящее время основным методом диагностики АВМ является МРТ головного мозга в в/в контрастировании. Прогноз в лечении АВМ зависит от наиболее ранней диагностики.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗА ПРИ ФОРМИРУЮЩЕМСЯ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Батышева Т.Т., Кудрявцева О.И., Орешникова Н.В.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. В последние годы проведение метода электроэнцефалографии у новорожденных детей и детей раннего возраста стало более доступным. Данной методикой овладели врачи функциональной диагностики, неонатологи, неврологи. Использование электроэнцефалографии в раннем восстановительном периоде у детей, перенесших гипоксически - ишемическое поражение головного мозга способствует уточнению прогноза при формирующемся детском церебральном параличе с целью своевременной выработки индивидуальной программы реабилитации.

Цель. Установить характер электроэнцефалографических изменений у детей первого года жизни при формирующемся детском церебральном параличе и разработать индивидуальную программу восстановительного лечения.

Материалы и методы. Электроэнцефалография проводилась у 22 детей в возрасте 3, 6, 12 месяцев. Неврологический осмотр проводился по стандартной методике. На ЭЭГ оценивались общемозговые изменения, основная корковая ритмика

и патологические виды активности. Неблагоприятным в плане прогноза развития детского церебрального паралича и объема восстановительного лечения считалось задержка формирования основной корковой ритмики, признаки дезорганизации биоэлектрической активности, патологическая активность и эпилептиформные паттерны (гипсаритмия, вспышка-подавление).

Результаты. У 7-ми детей с формирующимся детским церебральным параличом наиболее частым было: в возрасте от 3-х до 6-ти месяцев- практически полное отсутствие корковых альфа и мю ритмов в бодрствовании и отсутствие их реактивных изменений на соответствующие функциональные пробы (ФП), практически полное отсутствие «эмоционального» тета- ритма в бодрствовании и отсутствие его реактивных изменений на ФП, наличие устойчивой синхронизированной дельта активности в лобных отведениях в бодрствовании и во сне после 6-ти месяцев. У 8-ми детей, перенесших гипоксически - ишемическое поражение головного мозга средней тяжести, с 3-х до 6-ти месяцев отмечались изменения на ЭЭГ в виде: наличия обильной веретенообразной бета активности различной частоты в бодрствовании и во сне, невозможность четко дифференцировать стадии сна, альтернация дельта активности в медленоволновом сне после 6-ти месяцев. У 3-х детей с формированием эпилептической энцефалопатией на ЭЭГ в возрасте 3-6 месяцев на ЭЭГ: наличие обильной веретенообразной активности различной частоты во второй фазе медленно - волнового сна, паттерн гипсаритмии. У 2-х детей, перенесших легкую асфиксию в родах, на ЭЭГ в 3,6 и 12 месяцев определялись характерные для возраста параметры.

Выводы. Проведение электроэнцефалографии головного мозга в динамическом режиме у детей до 1 года позволяет прогнозировать развитие церебрального паралича, эпилептической энцефалопатии, и оценивать ограничения и возможности восстановительного лечения.

КОНЦЕНТРИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ БАЛО (КСБ). КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Батышева Т.Т., Кудрявцева О.И., Орешникова Н.В., Мойзыкевич Е.Р.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Первоначально считалось, что течение КСБ неуклонно прогрессирует и заканчивается летально через несколько месяцев или лет, однако в последние годы появились описания наблюдений с большей продолжительностью жизни или спонтанной ремиссией.

Цель. Изучить особенности клинической картины КСБ. Течения заболевания для выработки тактики лечения. Описать клинический случай КСБ у девочки 12 лет.

Материалы и методы. Пациентка Д. Возраст: 12 лет 4 месяцев. (07.04.2004г.) Поступила в 8 ПН отделение в августе 2016 года.

Результаты. 01.06.16 года после потасовки в школе девочка ударилась головой о дверь (правой теменно-височной областью). Сознание не теряла, рвоты не было. В течение двух недель отмечала неинтенсивную головную боль, головокружение и тошноту. Через 14 дней появились жалобы на неуверенность в движениях левой кисти. 14.06.16 года утром после пробуждения появились выраженная слабость и онемение сначала в левой руке, потом и в левой ноге, онемение левой половины лица и ощущение жара в голове. При попытке встать, девочка упала с кровати. По «скорой помощи» была доставлена в ДГКБ им. Г.Н. Сперанского в неврологическое отделение

с диагнозом: Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу. После проведения МРТ головного мозга с контрастированием и консультации доцента кафедры неврологии детского возраста Чучина М.Ю. 24.06.16года, был предположен диагноз: Концентрический склероз Бало? Проведена пульс-терапия метилпреднизолоном с последующим пероральным приемом преднизолона. На фоне терапии сенсорные и двигательные нарушения в конечностях купировались. Выписана с диагнозом: ОНМК по ишемическому типу. Рекомендовано обратиться в центр демиелинизирующих заболеваний в НПЦ ДП для уточнения диагноза. 24.08.16 года девочка консультирована в кабинете по лечению детей и подростков с рассеянным склерозом НПЦ ДП. Заключение: Необходимо провести дифференциальный диагноз между ОНМК по ишемическому типу в правой средней мозговой артерии и концентрическим склерозом Бало. При поступлении ребенка в отделение в неврологическом статусе: сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно, ориентирована во времени и пространстве. ЧН: асимметрия глазных щелей $S > D$, сглаженность носогубной складки слева. Мышечный тонус дистоничный, $D < S$. Сухожильные рефлексы в верхних конечностях повышены $D < S$, в нижних конечностях: коленные повышены $D < S$, ахилловы живые $D = S$. Патологические рефлексы: симптом Бабинского слева. Мышечная сила 5 баллов в правой руке и ноге, в левой руке и ноге снижена до 3-4 баллов. Брюшные рефлексы вызываются, быстро истощаются. Координаторные пробы: в позе Ромберга устойчива. Пальце- носовую пробу выполняет с легкой интенцией слева. Походка не нарушена. Легкая правосторонняя атаксия. Интеллектуально сохранна. Проведена контрольная МРТ головного мозга с контрастным усилением 05.09.16года. Срединные структуры не смещены. Миндалины мозжечка выходят за пределы большого затылочного отверстия до 6,2 мм справа и до 4,7 мм слева. В белом веществе правой теменной области определяется патологическая структура неоднородной слоистой, в виде концентрических кругов, структуры во всех последовательностях, размерами 25 x 23,6 x 26,6 мм, без признаков перифокального отека и объемного воздействия. Участков «накопления» контрастного препарата в данной области и в других отделах головного мозга не отмечается. При сравнении с МРТ от 07.07.2016 отмечается некоторое уменьшение размеров выявленной структуры, отсутствие перифокального отека. Заключение: МР-признаки концентрического склероза Бало. МР-картина умеренной каудальной дистопии миндалин мозжечка. При сравнении с МРТ от 07.07.2016 отмечается некоторое уменьшение размеров выявленной структуры, отсутствие перифокального отека. Проведен врачебный консилиум: ребенок страдает атипичным вариантом рассеянного склероза – концентрическим склерозом Бало. Девочка нуждается в назначении длительной иммуномодулирующей терапии препаратами интерферона бета с последующим контролем МРТ головного мозга с контрастным усилением 1 раз в 6 месяцев.

Выводы. Представленный случай является примером ранней диагностики концентрического склероза Бало с положительной динамикой при лечении.

ТЕСТОПЛАСТИКА КАК СРЕДСТВО КОМПЛЕКСНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ДЦП И ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Батышева Т.Т., Кучерова Е.В.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В процессе занятий лепкой у детей развивается мелкая моторика, воображение, пространственное мышление, интеллектуальные и творческие способности, повышается сенсорная чувствительность. Кроме этого, тесто – приятный на ощупь, экологически безвредный и не аллергенный материал.

Цель. Использование технологии «Тестопластика» в работе с детьми позволяет решать коррекционные задачи: развитие и совершенствование мелкой ручной моторики, зрительной, зрительно-моторной и тактильной чувствительности рук; способность развитию психических процессов: восприятия (зрительного, тактильного, слухового, памяти, наглядно - действенного мышления, творческого воображения); способствовать развитию художественного вкуса и творческих способностей детей.

Материалы и методы. На занятиях тесто замешивается в присутствии детей. Что дает возможность поработать с ним, потрогать, ощутить запах, память. Выразить свои ощущения при работе с тестом. На занятиях используются разнообразные формы для вырезания объемных фигур (формочки для печения), лепятся плоскостные изображения. При помощи предметов с рельефной фактурой делаются интересные поделки: рамки для фотографий, магниты на холодильник, елочные украшения. В композициях с соленым тестом хорошо сочетаются разнообразные природные материалы: веточки, колосья, сухоцветы, ракушки, камушки, мешковина, бисер, горох. При изготовлении поделок используются различные приемы лепки: приплющивание ладошкой или пальчиком, размазывание, отщипывание, раскатыние «колбаски» и «колобка» ладошкой или пальчиком, оттягивание, которые способствуют развитию зрительно-моторной координации, пространственному восприятию и зрительной памяти; улучшают координацию движений рук и пальцев; формируют самостоятельность, трудовые навыки. Одним из этапов изготовления поделок является раскрашивание готовых форм красками - гуашью, акварелью, что способствует развитию восприятия цвета, творческой фантазии.

Результаты. В результате работы в технике тестопластики дети стали усидчивее, внимательнее, научились планировать работу по реализации замысла, предвидеть результат и достигать его, при необходимости вносить коррективы в первоначальный замысел. Лепка из соленого теста обеспечивает хорошую тренировку пальцев, способствует выработке изолированных движений, развивает точность движений пальцев и кистей рук, зрительное и пространственное восприятие.

Выводы. Занятия с мягким тестом оказывает успокаивающее воздействие на ребенка, раскрепощают его, учат быть сосредоточенным в работе, заряжают положительными эмоциями. Развитие ребенка происходит незаметно, ненавязчиво в процессе «творения» ребенком своей поделки; во время работы с тестом у детей происходит массаж активных точек пальцев рук, благодаря чему нормализуется психологическое состояние.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ОНР

Батышева Т.Т., Орлова Г.И., Шенбергер Е.Б.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Важнейшим средством общения людей и формой человеческого мышления является речь. Она не является врождённой способностью человека, а формируется постепенно, вместе с развитием ребёнка. Если речь ребенка хорошо развита, то он легко вступает в общение с окружающими: может понятно выразить свои мысли и желания, задать вопросы, договориться со сверстниками о совместной игре. И наоборот, неясная речь ребёнка весьма затрудняет его взаимоотношения с людьми. Дети с общим недоразвитием речи не могут спонтанно стать на онтогенетический путь развития речи, свойственный нормальным детям. Коррекция речи для них длительный процесс, направленный на формирование речевых средств, достаточных для самостоятельного развития речи в процессе общения и обучения.

Цель. Изучить влияние состояния эмоционально-волевой сферы на успешность процесса формирования речи у детей дошкольного возраста с ОНР.

Материалы и методы. Старший дошкольный возраст является очень важным в развитии ребенка. В этот период бурно развивается и усложняется эмоциональная сфера личности, формируется волевое поведение. Эмоционально-волевая сфера включает в себя следующие параметры: самооценка, тревожность, самоконтроль, саморегуляция, мотивация достижения успехов. Определённый уровень тревожности, например, – нормальная особенность каждого человека, однако повышенный уровень тревожности является проявлением неблагополучия личности. Таким образом, дошкольники с высоким уровнем тревожности эмоционально острее, чем низкотреховные, реагируют на сообщение о неудаче; хуже работают в стрессовых ситуациях или ситуациях дефицита времени; боязнь неудачи доминирует у них над стремлением к достижению успеха. Дошкольники с низким уровнем самооценки часто имеют низкий уровень развития самоконтроля и саморегуляции деятельности. Они могут подчиняться контролю извне, например, со стороны взрослых, но сами не умеют контролировать своё поведение и речь.

Результаты. Состояние диалогической речи у дошкольников с ОНР, которые получали материал с дополнением эмоционального компонента значительно улучшилось; дошкольники лучше понимают обращённую речь, легко входят в контакт с детьми, отвечая на вопросы, ясно излагают свои мысли, беседу ведут непринуждённо; дошкольников снизился уровень тревожности, появилась мотивация к достижению успехов, повысился уровень самооценки.

Выводы. Эмоциональные процессы являются той сферой психологического бытия ребенка, которая заряжает и регулирует все остальные психические функции. Эмоциональные образы и эмоциональный контроль являются целью и продуктом воспитания. Развитие возможности управлять своим поведением составляет один из существенных моментов, образующих психологическую готовность ребенка к обучению.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ ДОШКОЛЬНИКОВ СО СТЕРТОЙ ФОРМОЙ ДИЗАРТРИИ

Батышева Т.Т., Орлова Г.И., Шенбергер Е.Б.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. На сегодняшний день наблюдается тенденция к увеличению частоты различных нарушений онтогенеза, в том числе и речевых нарушений. Данная проблема требует к себе значительного внимания, т.к. нарушение речи ведет к нарушению общения между людьми. Язык является средством общения людей. Речь социальна по своей природе, т.к. способствует взаимодействию людей, формированию контакта с окружающим миром. Именно поэтому речевые патологии сегодня являются достаточно актуальной проблемой.

Цель. Изучение особенности произносительной стороны речи у дошкольников со стертой формой дизартрии и определить методы ее коррекции.

Материалы и методы. Постановка нарушенных звуков. Известно, что у детей со стертой формой дизартрии постановка и автоматизация звуков вызывает значительные сложности. В процесс звукопроизношения включены сложные мозговые системы и периферия (речевой аппарат). Для формирования правильного звукопроизношения и особенно автоматизации и введения звуков в речь требуются определенные условия, такие как: правильное дыхание, темп, ритм речи, владение голосом, развитый артикуляционный аппарат, умение опознать фонемы по различным признакам. Автоматизация и введение звуков в речь. Поставленный звук мы автоматизируем и вводим его в речь. У ребенка со стертой формой дизартрии закрепление начинаем на материале в позиции закрытого слога, а затем открытого. Это объясняется тем, что в закрытой позиции, с одной стороны, ребенку легче переключить артикуляционные уклады, с другой стороны опознать нужную фонему (кроме звонких звуков). Автоматизация звонких звуков проводится традиционно, в позиции открытого слога, после того как закреплён парный глухой звук. После постановки и закрепления звуков необходимо провести их дифференциацию.

Результаты. Система логопедического воздействия при дизартрии имеет комплексный характер: коррекция звукопроизношения сочетается с формированием звукового анализа и синтеза, развитием лексико-грамматической стороны речи, связного высказывания. Спецификой работы является сочетание с дифференцированным артикуляционным массажем и гимнастикой, логопедической ритмикой, а в ряде случаев и общей лечебной физкультурой, физиотерапией и медикаментозным лечением.

Выводы. Успех логопедических занятий во многом зависит от их раннего начала и систематичности проведения. В процессе систематических и в большинстве случаев длительных занятий осуществляются постепенная нормализация моторики артикуляционного аппарата, развитие артикуляционных движений, формирование способности к произвольному переключению подвижных органов артикуляции с одного движения на другое в заданном темпе, преодоление монотонии и нарушений темпа речи, полноценное развитие фонематического восприятия. Очень важным аспектом, в работе с такими детьми, является помощь родителей и воспитателей.

КОРРЕКЦИОННО – ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Батышева Т.Т., Орлова Г.И., Шенбергер Е.Б., Флёрис Л.И.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Период дошкольного детства является важным периодом в формировании психики, мышления, речи, эмоционально-волевой сферы личности ребенка. Изучение развития детей показывает, что в игре эффективнее, чем в других видах деятельности, развиваются все психические процессы. Игры для детей с ограниченными возможностями имеют свои особенности и позволяют им приобретать эмоциональный и социальный опыт, получать новые знания через творчество, формировать предпосылки к учебной деятельности, совершенствовать приобретенные навыки и умения.

Целью игры для детей с ограниченными способностями является отвлечение его от негативных раздражителей; предоставление определенного объема умений, навыков и знаний; занятие свободного времени.

Материалы и методы. Организация игр требует знание правил, закономерностей и общих принципов. Прежде чем приступить к организации игровой деятельности, необходимо знать, каков уровень развития ребенка: какие игры нравятся ребенку, что он умеет; в чем заключается отличие ребенка с ограниченными возможностями от нормальных детей, что ему пока не удастся; какие проблемы в развитии есть у ребенка; что у ребенка получается хорошо, а что не получается; что у ребенка вызывает положительные эмоции, что ему больше нравится, к чему проявляется повышенный интерес; на какие навыки можно опереться; каков объем внимания, тяга к общению, качество речи, объем лексики; какова степень интеллектуального развития; каково состояние эмоционально-волевой сферы.

Результаты. Роль игры в воспитании и обучении детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) очевидна, так как с ее помощью можно успешно корректировать, улучшать, развивать важнейшие психические свойства, а также личностные качества ребенка (ответственность, активность, творчество, самостоятельность и др.), физические и творческие способности.

Выводы. Любая детская игра – тихая или подвижная, групповая или индивидуальная, сюжетно-ролевая или словесная – может стать развивающей, если взрослый определит, какие способности и навыки ребенка она может развить и усовершенствовать, а также дополнительно обогатит ее дидактическими элементами, которые помогут эти навыки закрепить.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С РАС НАХОДЯЩИХСЯ НА РЕАБИЛИТАЦИИ В РАМКАХ СТАЦИОНАРА

Батышева Т.Т. Панина Ю.Ф. Коровина Н.Ю.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. В реабилитации ребенка с РАС не маловажным аспектом является эмоциональное благополучие его родителей. Конечно, чаще всего в стационаре специалист взаимодействует с мамами детей. На данный момент достаточно широко

освещена проблема психологической реабилитации и коррекции детей с РАС и РДА, в отличие от предлагаемой нами темы, где скрыт один из важнейших ресурсов в реабилитации вышеозначенного контингента детей. Так как именно качество контакта с матерью во многом обуславливает развитие эмоционального интеллекта, который в свою очередь в наибольшей степени страдает при РАС и РДА.

Цель. Изучить структуру и модальность эмоционального состояния мамы ребенка имеющего диагноз РАС или РДА, а так же отследить эффективность психологического и личностного консультирования данной выборки женщин.

Материалы и методы. В течении двух месяцев на базе 7-го психиатрического отделения НПЦ ДП проводилось пилотное исследование: диагностика и консультирование женщин имеющих детей с диагнозами РАС, РДА, ЗПР, ЗППР в различных сочетаниях. Всего в исследовании приняло участие 21 женщина. Для диагностики психоэмоционального состояния испытуемых нами использовались следующие методики: «Цветовой тест Люшера» компьютеризированный вариант, «тест-опросник родительского отношения А.Я.Варга, В.В.Столин», «Методика PARI». Тестирование проводилось в начале курса реабилитации ребенка и по его окончании. Результаты тестирования использовались для клинической беседы и личного консультирования женщин. Консультирование каждой женщины проводилось 1-2 раза в неделю, в течении 3 недель.

Результаты. Первичное тестирование выявило, что 62% женщин имеют высокий уровень невротизации и субдепрессивные состояния. 14 из 21 женщины показали высокий уровень «отвержения» по соответствующей шкале теста Варга, Столина. «Безучастность мужа, его не включенность в дела семьи», «Вынужденная излишняя концентрация на ребенке», а так же «отсутствие оптимального эмоционального контакта с ребенком» по методике «PARI» у 82% обследуемых соответственно. Так же в клинической беседе все женщины отмечали «чувство вины по отношению к ребенку», «экзистенциальные страхи», «страх смерти», «вынужденная деятельность при высоком социальном давлении и отсутствии адекватной своевременной помощи».

Повторное тестирование, по окончании курса реабилитации у детей испытуемых и прохождении курса личного консультирования показало некоторое снижение уровня невротизации и субдепрессивных состояний в целом по выборке – до 47%. По шкале «оптимального эмоционального контакта с ребенком» методики «PARI» 42% испытуемых отметили улучшение. По остальным шкалам методики «PARI» изменения не являются статистически значимыми. Так же в ходе клинической беседы больше половины испытуемых отметили: «улучшение настроения» (что подтверждается результатами по тесту Люшера), «стало понятно, что делать и каких результатов ожидать», «желание больше взаимодействовать с людьми», «снижение страха осуждения».

Выводы. Пилотное исследование показало высокую необходимость и актуальность личного консультирования и психологического сопровождения женщин имеющих детей с диагнозами РАС, РДА, ЗПР, ЗППР в различных сочетаниях. В данном пилотном исследовании мы не беремся осветить всю глубину темы и приглашаем профессиональное сообщество к сотрудничеству.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ НАСТОЛЬНЫХ ИГР

Батышева Т.Т., Писарева И.Б.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Игра - самое большое поле свободного творчества, в ней заложен богатейший потенциал развития личности ребенка. Включение детей в игровую деятельность позволяет сочетать труд и удовольствие, развивает логическое и образное мышление. Игра занимает центральное место в жизни ребенка, где он чувствует себя в безопасности, комфортно, ощущает психологический простор и свободу.

Целью обучения детей настольным играм является расширение кругозора, развитие определенных умений и навыков; воспитание самостоятельности, сотрудничества, общительности, коммуникативности; развитие качеств и структур личности; приобщение к нормам и ценностям общества, адаптация к условиям среды.

Материалы и методы. Методика проведения настольных игр заключается в создании максимально благополучных условий для организации игры, она должна соответствовать возрасту и особенностям детей. Используемые атрибуты должны быть безопасны, удобны, эстетичны. Каждая игра должна создавать положительный эмоциональный настрой даже для проигравших детей. В организации и проведении игры важна методика объяснения правил игры. Лучшим вариантом считается объяснение по ходу игры и организация ее участников и болельщиков. Задача педагога в объявлении игры состоит не только в том, чтобы организовать не только тех детей, которые участвуют, но и болельщиков. Иногда необходимо самому участвовать в игре, увлекая своим примером, поведением. Очень важна роль педагога в организации игрового пространства и ситуации. Педагогу нужно предварительно продумать весь ход игры, предвидеть, какие моменты могут вызвать азарт или падение интересов, чтобы заранее предотвратить эти моменты. В настольных играх дети могут участвовать по двое, четверо в таких, например, как: «Боулинг», «Матрешка», «Кёрлинг», «Джакколо» и др. А могут делиться на команды. Деление на команды – ответственный момент. Педагог должен обеспечить положение, при котором участники будут равны по силам, в одинаковых условиях, иначе пропадет интерес к игре. В процессе игры между педагогом и детьми обязательно должен быть диалог. Важно регулировать темп игры, не допускать пауз, вести игру в хорошем настроении. Продолжительность игры зависит от интереса детей. Педагог должен словесно поощрять детей.

Выводы. Настольные игры – это всегда испытание и тренировка личных качеств – умения сосредоточиться, думать, быть вежливым, терпеливым. Игра с ее адаптивными функциями отступает на второй план по мере взросления детей, но на протяжении всей жизни продолжает оставаться и приятным развлечением и надёжным способом завязывать знакомства, поддерживать отношения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В МОСКВЕ У ДЕТЕЙ. НОЗОЛОГИЯ ЭПИЛЕПСИЯ.

Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Платонова А.Н., Быкова О.В.,
Климов Ю.А., Квасова О.В.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Лекарственное обеспечение - это комплекс организационных, финансовых, нормативных мероприятий, направленных на представление населению безопасных, качественных и доступных лекарственных средств, зарегистрированных на территории РФ. Дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан - одна из мер социальной поддержки граждан, имеющих право на получение государственной помощи. На лекарственное обеспечение в России приходится значительная доля затрат в системе здравоохранения. Эпилепсия – одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний детского возраста. И именно в детском возрасте эпилепсия способна фатально влиять на интеллектуальное, психическое и двигательное развитие больных, приводя их к инвалидизации и стойкой социальной дезадаптации. Адекватный и своевременный подбор противоэпилептических препаратов детям с эпилепсией может драматически изменить прогноз этого грозного заболевания, обеспечивая контроль над приступами и стабилизацию показателей электроэнцефалограммы. Основными факторами, обеспечивающими эффективность и безопасность противоэпилептической терапии являются ее длительность, непрерывность и доступность. Противосудорожное лечение при эпилепсии назначается на длительный период от нескольких лет до пожизненного приема в зависимости от формы и течения заболевания. Лечение должно быть строго регулярным: даже однодневный перерыв может вызвать срыв ремиссии или эпилептический статус. Также рискованной является необоснованная замена рекомендованного противоэпилептического препарата его аналогами. Согласно современному законодательству врачи обязаны назначать лекарственные препараты строго по международному непатентованному названию (МНН), а не по торговому наименованию. В связи с этим, начатая пациентом терапия конкретным противосудорожным препаратом, в частности оригинальным, не гарантирует что в следующий раз ему будет выдан именно этот препарат, а не любой другой дженерик. В процессе длительного лечения могут выдаваться и еще другие дженерики одному и тому же пациенту. В соответствии с Рекомендациями экспертного совета Российской противоэпилептической лиги, 2013г. по применению оригинальных и воспроизведенных препаратов (дженериков) для лечения эпилепсии: «У больного в ремиссии следует избегать любой замены препарата (оригинального на дженерик, дженерика на дженерик и дженерика на оригинальный). Замена может повлечь за собой возобновление приступов, нежелательные явления и социальные последствия для больного».

Цель. Изучить основы законодательства об организации льготного лекарственного обеспечения детям с эпилепсией в России и, в частности, в Москве.

Результаты. Бесплатное лекарственное обеспечение получают все граждане, которым оказывается скорая медицинская или стационарная помощь. Однако, до 90% обращений по льготному лекарственному обеспечению приходится на амбулаторно-поликлинические учреждения. На данном этапе согласно федеральному и региональному законодательству право на бесплатные препараты имеют только льготные категории граждан. В федеральный перечень включены ряд заболеваний, из

неврологической патологии включены: детский церебральный паралич, рассеянный склероз, миастения, мозжечковая атаксия Мари, эпилепсия. Также включены все дети первых трех лет жизни, дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет, дети-инвалиды в возрасте до 18 лет не отказавшиеся от социального пакета в текущем году (по программе ОНЛС). В региональный (Московский) перечень входят: также перечень категорий заболеваний, из неврологической патологии включены: Детские церебральные параличи(G80), Рассеянный склероз(G35), Миастения(G70.0), Миопатия(G71, G72), Мозжечковая атаксия Мари(G11.2), Эпилепсия(G40, G41), все дети первых трех лет жизни, дети из многодетных семей в возрасте от 6 до 18 лет, дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, лица из их числа во время обучения в государственных образовательных учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования. Согласно Приказу Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н по решению врачебной комиссии медицинской организации возможно назначение препарата по торговому названию, даже не входящего в стандарты медицинской помощи в случае индивидуальной непереносимости и (или) по жизненным показаниям. По решению врачебной комиссии пациентам при оказании им медицинской помощи назначаются лекарственные препараты: в случае индивидуальной непереносимости и (или) по жизненным показаниям по решению врачебной комиссии медицинской организации назначение и выписывание лекарственных препаратов осуществляется по торговым наименованиям, не включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений, по жизненным показаниям, одновременного назначения одному пациенту пяти и более лекарственных препаратов в течение одних суток или свыше десяти наименований в течение одного месяца; назначения наркотических и психотропных лекарственных препаратов списков II и III.

В Москве единственной возможностью назначить пациенту препарат по торговому наименованию или препараты не входящие в стандарты медицинской помощи является проведение врачебной комиссии медицинской организации для принятия решения о назначении лекарственных препаратов на основании медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям). В случае необходимости индивидуального применения по жизненным показаниям лекарственного средства, не зарегистрированного на территории Российской Федерации, решение о назначении указанного препарата принимается консилиумом федеральной специализированной медицинской организации, оформляется протоколом и подписывается руководителем федеральной специализированной медицинской организации согласно приказу МЗ и СР от 09.08.2005 г. № 494 «О порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям».

Заключение. Грамотная организация лекарственного обеспечения крайне необходима для сохранения и укрепления здоровья населения как главной социально-экономической ценности государства. Доступность лекарств способствует достижению положительных результатов лечения, снижает частоту госпитализаций и улучшает качество жизни пациентов. Несмотря на наличие не до конца решенных вопросов, в настоящее время имеются все механизмы организации льготного лекарственного обеспечения как на федеральном, так и на региональном уровне пациентам с эпилепсией. В случае индивидуальной непереносимости или жизненной необходимости конкретному пациенту существует возможность организации дополнительного льготного лекарственного обеспечения с закупкой лекарственных препаратов по торговому наименованию и даже препараты незарегистрированные в России.

ПРОГРАММА АУДИОТРЕНИРОВОК - МЕТОД «ТОМАТИС» В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)

Батышева Т.Т., Сидорова К.Ю., Коровина Н.Ю.

ГБУЗ «Научно-практический Центр Детской Психоневрологии» ДЗ г. Москвы

Актуальность. РАС – общее расстройство развития, при котором отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия, стереотипные формы поведения, так же высока частота встречаемости отклонений в речевом развитии и использования речи как средства коммуникации. В связи с чем целесообразно расширять методы воздействия и реабилитационной работы, целью которых является активное развитие, как речи, так и ее коммуникативной функции.

Цель. Изучение взаимосвязи использования метода «Томатис» в составе комплексной реабилитации детей с расстройством аутистического спектра и изменения клинической симптоматики и выраженности симптомов нарушения развития.

Материалы и методы. С марта 2017 года по настоящее время в рамках комплексной программы реабилитации детей с РАС в НПЦ ДП ДЗМ (7-ое психиатрическое отделение) в программу входили ежедневные занятия с использованием программы аудио тренировок по методу «Томатис». Устройство "Томатис" создает уникальный перцептивный звуковой контраст. Этот эффект вызывает сокращение и расслабление мышц внутреннего уха, это приводит к прогрессирующей мобилизации мышц и улучшает передачу сенсорных звуковых сообщений в головной мозг. Нами было обследовано 45 детей в возрасте от 2 до 11 лет с расстройством аутистического спектра. Программа, частота ежедневного прослушивания и продолжительность одной сессии составлялась с учетом выраженности симптоматики и общего состояния ребенка. Время прослушивания курса составило от 12 до 26 часов. Время одной сессии составляло: от 30 минут до 120 минут. Частота сессий в течение дня от 1-ой до 4-х. По окончании интенсивного (ежедневного) курса родителям были предложены опросники для заполнения, которые оценивали различные области функционирования: речевые функции, внимание, поведение.

Результаты. По результатам курса были выявлены улучшение поведения у 23,5 % детей, улучшение внимания у 35,5 % детей, улучшение речевой активности у 71,1 % детей. Так же родителями была отмечена положительная динамика в освоении навыков самообслуживания, игровой деятельности и улучшение двигательной активности.

Выводы. Использование аудио тренировок методом «Томатис» в комплексной реабилитации детей с расстройством аутистического спектра весьма эффективно.

ВИЗУАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С РАС

Батышева Т.Т., Сидорова К.Ю., Коровина Н.Ю.

ГБУЗ «Научно-практический Центр Детской Психоневрологии» ДЗ г. Москвы

Актуальность. У детей с РАС на первый план выходят нарушения коммуникации. Посещение общественных мест часто является непростой задачей для ребенка с РАС и его родителей, тем более, когда речь идет о поликлиниках или

больницах. У многих детей возникает состояние тревоги, которое проявляется в поведении ребенка — он начинает кричать, закрывать уши руками, толкать родителей или направлять к выходу. Ситуация значительно усугубляется при госпитализации, когда нужно не только посетить врача или пройти проверку, но и остаться в больнице на более долгий срок, для постановки диагноза, например. Любому человеку, которому нужно остаться в больнице чувствует себя неуютно, и хочет, как можно быстрее вернуться домой, но для ребенка с аутизмом, который плохо понимает речь, который не умеет объяснить словами то, что он чувствует или то, что ему нужно, у которого есть стойкие привычки — госпитализация является настоящим кошмаром. И конечно же, от этой тревоги и непонимания, когда же можно будет уйти домой, ребенок начинает буйствовать и силой заставить окружающих — родителей, врачей, персонал — отпустить его домой, круша предметы, закатив истерику, кусая себя или других. Попытки родителей успокоить ребенка уговорами или переключением на мотивационную деятельность часто бывают безуспешными. Более того, эти попытки приводят к закреплению агрессивного поведения, и в следующий раз ребенок ведет себя в подобной ситуации еще хуже. У этой ситуации также есть побочный эффект — врачи, наблюдая за неуправляемым поведением ребенка, могут неверно определить степень нарушения или назначить медикаментозное лечение, которое они бы не назначили, увидев ребенка в спокойном состоянии.

Целью применения системы является облегчение повседневной жизни. Введение визуализации может быть скоординировано с основными сферами жизнедеятельности: на бытовом уровне, в обучении, помощи. Это не должно быть изолированно от других форм терапии и поддержки.

Результаты. Для того, чтобы облегчить процесс госпитализации для ребенка с РАС и умерить тревогу, недостаточно словами рассказать ребенку где он будет, и как долго. Это не поможет. К госпитализации нужно тщательно подготовиться, причем заранее — как минимум за две недели до срока. Следующие инструменты могут помочь родителям подготовить ребенка к госпитализации и уменьшить вероятность возникновения истерик и проблемного поведения в процессе адаптации к условиям больницы:

1. Социальные истории. Следует подготовить для ребенка рассказ с картинками, в котором описать, что именно будет происходить в больнице, кто там будет присутствовать (врачи, медсестры, родители), где нужно будет спать, где кушать, где играть, какие процедуры будут проводиться и как следует себя вести. В некоторых случаях рекомендуется включить в эту историю фотографии самой больницы, палаты, столовой, лечащего врача, процедурных комнат и т.д. Также рекомендуется заранее посетить эту больницу, показать ребенку где она находится и что там есть, а в домашних условиях обыграть предстоящие процедуры в ролевой игре.

2. Таблица отсчета. Следует подготовить таблицу, в которой каждый день ставить отметки и зачеркивать дни, которые остались до госпитализации. В конце каждого дня, перед сном, следует вместе с ребенком «зачеркнуть» прошедший день и посчитать, сколько дней осталось до пребывания в больнице. Похожую таблицу нужно подготовить и для пребывания в больнице — и отмечать в ней, сколько дней осталось до того, как вернемся домой.

3. Визуальное расписание. Времяпровождение ребенка в больнице рекомендуется структурировать. Можно подготовить визуальное расписание, в котором с помощью карточек обозначить распорядок дня в больнице: подъем, завтрак, процедуры, свободное время, и включить в это расписание также мотивационную деятельность — когда ребенок будет играть в ай-пад, смотреть мультики или гулять на площадке. Особо неприятные процедуры для ребенка следует также обозначить в визуальном

расписании, и после этих процедур включить высокомотивационную деятельность. Например, «сделать укол», а потом «смотреть «Машу».

4. Включение знакомых стимулов. Рекомендуется взять из дома такие предметы, которые помогут ребенку быстрее освоиться. Например, взять любимое постельное белье, знакомую посуду, полотенце, книги, а также материалы для занятий — жетоны, карточки, настольные игры и поощрения. С помощью жетонов можно будет не только поощрять за выполнение заданий, но и помочь ребенку «пережить» некоторые процедуры и минуты ожидания в очереди.

5. Карточки PECS. Для ребенка, который общается с помощью карточек, книга PECS — это неотъемлемая часть жизни. Почему-то родители таких детей часто «забывает» или оставляют книгу дома, мотивируя это тем, что у ребенка не будет возможности попросить, или что он будет просить, а ему не дадут. Этого нельзя делать ни в коем случае! Если ребенок общается с помощью карточек, то нужно обязательно брать карточки с собой. Во-первых, это отличная возможность обобщить навык обращения с просьбой — в новом месте и с новыми людьми. Во-вторых, это возможность научить ребенка просить что-то новое — в новых условиях могут появиться стимулы, которые заинтересуют ребенка. В-третьих, это возможность научить ребенка дополнительным важным навыкам — ввести карточку «Жди», научить следовать визуальному расписанию и визуальным инструкциям, отказываться и просить помощь.

Выводы. Тщательный процесс подготовки может существенно облегчить процесс госпитализации. Некоторые родители не хотят упоминать о грядущей госпитализации для ребенка, чтобы не беспокоить его раньше времени, и предотвратить возможные истерики — «Попадет в больницу, и привыкнет. Все равно, некуда деваться». Но такой подход лишь усугубит тревогу, и госпитализация станет огромным стрессом для ребенка, который не только приведет к агрессии и истерикам, но и может стать причиной потери навыков в будущем. Используя визуальные пособия, поощрения и подсказки, родители могут подготовить ребенка к этому процессу, и облегчить жизнь и себе, и ему.

ПРИМЕНЕНИЕ ГАРНИТУРЫ (НАУШНИКИ) «FORBRAIN» ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)

Батышева Т.Т., Сидорова К.Ю., Орлова Г.И., Коровина Н.Ю.

ГБУЗ «Научно-практический Центр Детской Психоневрологии» ДЗ г. Москвы

Актуальность. В структуре нарушений развития у детей с РАС так же отмечаются нарушение внимания, нарушение произношения, нарушения памяти, что приводит к более выраженным нарушениям в социальном взаимодействии, коммуникативных навыках, а так же трудностях освоения новых знаний и образовательной программы.

Цель. Изучение взаимосвязи использования уникальной и революционной технологии, гарнитуры (наушники) «Forbrain» у детей с РАС в рамках реабилитационного курса в условиях стационара и выраженности симптомов речевых, коммуникативных нарушений, а так же познавательной и способности к обучению.

Материалы и методы. В рамках комплексной реабилитации детей с РАС в НПЦ ДП ДЗМ (7-ое психиатрическое отделение) в программу входили ежедневные занятия с использованием гарнитуры (наушники) «Forbrain». Наушники «Forbrain» совмещают в себе устройство костной проводимости, передают звук собственного голоса в 10 раз

быстрее, чем воздушная проводимость и динамический фильтр, который изменяет определенные частоты речи. Во время пребывания в стационаре, курс занятий с наушниками «Forbrain» прошло 18 детей с расстройством аутистического спектра. Занятия были включены в программу комплексной реабилитации, так же включающую в себя психолого-педагогическую коррекцию, физиотерапевтическое лечение, двигательную реабилитацию. Данная методика применялась у детей с нарушениями развития речи (отдельные слова, фразы, связная речь с нарушением звукопроизношения и интонирования речи). Занятия включали в себя игровой элемент с использованием дидактического материала (карточки, игрушки), чтение, при сформированном навыке чтения, диалог или пересказ. Занятия проводились ежедневно, продолжительностью 20 минут.

Результаты. По результатам курса были выявлены улучшение звукопроизношения, увеличение контроля собственной речи. Так же отмечалось улучшение внимания и как следствие улучшение поведения, лучшая и более быстрая реакция на стимулы (просьбы, правила).

Выводы. Считаем целесообразным более широкое применение гарнитуры (наушники) «Forbrain» в рамках реабилитационной программы детей с расстройством аутистического спектра в условиях стационара. Небольшое число наблюдений, отсутствие динамического прослеживания с повторным контролем и оценки динамики состояния, позволяет рассматривать полученные данные как предварительные.

ФИЗИОТЕРАПИЯ. МЕТОДИКИ ПОВЕРХНОСТНОГО ЛИМФОДРЕНАЖА У ДЕТЕЙ С ДЦП

Батышева Т.Т., Соколова Н.П.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Лимфодренаж – один из новейших физиотерапевтических методов, применяемых в комплексном лечении детей с ДЦП.

Цель. Обзор методик проведения лимфодренажа у детей с ДЦП, применяемых в НПЦ ДП.

Материалы и методы. *Аппаратный лимфодренаж.* Лимфодренаж на аппарате Body Drain - это процедура электростимуляции лимфатической и венозной систем (вазоактивная электростимуляция). Аппарат Body Drain генерирует низкочастотный (частота около 2Гц) электрический ток (до 75 мА) Импульс тока действует на гладкую мускулатуру стенок лимфатических и венозных сосудов, вызывая их сокращение и естественную перистальтику на всем протяжении между электродами, то есть запускает процесс усиления лимфо- и венозного оттока. При выполнении процедуры пациент находится в положении лежа на спине или животе. Специалист, определив зону воздействия, накладывает два или четыре электрода, затем устанавливает на приборе длительность воздействия (от 15 до 45 минут), тип лечения (стимуляция или профилактика) и силу воздействия тока. Интенсивность электростимуляции подбирается индивидуально для каждого пациента.

Лимфодренажное тейпирование. Тейп представляет собой клейкую ленту, растяжимость которой близка к эластичности кожи. Под пластырем создается область пониженного давления, за счет чего активизируется и нормализуется лимфоток в окружающих тканях, улучшается кровообращение. Во время движения можно говорить и об эффекте микромассажа. Лимфодренажный тейп накладывается с минимальным

натяжением волнообразно узкими полосками. Для того, чтобы обеспечить активный лимфоток в поврежденной области, пластырь накладывают по направлению к ближайшим лимфатическим узлам. Неразрезанный якорь тейпа расклеивают выше лимфоузла, к которому планируется осуществлять дренаж лимфы, хвосты «спускаются» по области отека. При необходимости можно скомбинировать несколько дренажных дорожек.

Результаты. В результате курсового применения лимфодренирующих методик в комплексном лечении пациентов с ДЦП выявлено снижение тонуса в паретичных конечностях. Нарастание силы в паретичных конечностях, снижение в них тонуса, улучшение трофики в свою очередь позволили увеличить объем и амплитуду активных движений.

Выводы. Полученные результаты говорят о хорошей переносимости, безопасности и эффективности применения лимфодренажных процедур у пациентов с ДЦП с целью улучшения лимфатического и венозного оттока, снятия отеков, снижения тонуса в паретичных конечностях, увеличения объема и амплитуды активных движений.

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

Батышева Т.Т., Тарасова Н. В.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Сейчас общество уделяет аутизму больше внимания, чем когда-либо. Чуть ли не ежедневно появляется новая информация и результаты исследований. Но, к сожалению, это особое нарушение психического развития недостаточно известно в нашей стране даже профессионалам. Порой семьи, имеющие аутичных детей, годами не могут получить квалифицированную помощь. Как специалисты, стремящиеся быть в курсе последних научных достижений, мы рады поделиться информацией со всеми, кто как-либо причастен к коррекционной работе, – семьей, учителями и воспитателями, дефектологами и логопедами.

Цель. Мы предоставляем общие сведения, необходимые родителям и воспитателям, а также людям с аутизмом и связанным с ним расстройствами. Изложенные сведения, как мы надеемся, помогут учителям и родителям ребенка с аутизмом обеспечить ему надлежащее сопровождение.

Материалы и методы. В настоящую работу включены выдержки из книги, описывающей исследования детей с РАС американскими профессорами Йеля Фреда Р. Волкмара, детского психиатра и Лизы А. Вайзнер, педиатра. Их книга энциклопедична как по степени анализа оценки состояния современной науки и практики РАС, так и по уровню доступности изложенного материала. А также выдержки из книги специалистов Института коррекционной педагогики Российской академии образования и Центра лечебной педагогики (Москва). Состояние, на сегодняшний день известное как аутистическое расстройство, детский аутизм или инфантильный аутизм, было впервые описано детским психиатром Лео Каннером в 1943 году в США. Каннер провел исследование одиннадцати случаев так называемого «врожденного нарушения аффективного контакта». Такие новорожденные дети не проявляли интереса к другим людям. Для нормально развивающихся детей люди – самое интересное, что есть в окружающей их среде. К расстройствам аутистического спектра относятся: детский

аутизм, атипичный аутизм, синдром Ретта, синдром Аспергера. Дети с РАС стремятся к однообразию, им свойственно сопротивление переменам, необычное поведение (стереотипии), моторная неловкость, речь имеет странные свойства (роботоподобная речь, эхолалии, реверсия местоимений). Сейчас выделяют четыре основных признака аутизма: 1) нарушение социализации; 2) нарушение развития языковых и коммуникативных навыков; 3) сопротивление переменам или стремление к однообразию; 4) манифестация в первые годы жизни. Цели обучения детей с аутизмом и связанными с ним расстройствами ничем не отличаются от целей обучения всех других детей: в первую очередь, это развитие и формирование самодостаточности и самостоятельности.

Результаты. Исследователи разработали несколько моделей включения детей с РАС в общеобразовательный процесс. Упор может делаться на навыки участия в общественной жизни, посещении инклюзивного класса с типично развивающимися учениками.

Выводы. Лица с расстройствами аутистического спектра нуждаются в разнообразной развивающей помощи. Существует ряд подходов к помощи детям с аутизмом. Стратегия вмешательства должна быть четко спланирована и точно соответствовать потребностям и возможностям, а также долгосрочному плану и поставленным целям.

«МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА»

Батышева Т.Т., Типсина Н.В., Уханова А.Н., Григоров А.А., Титова Е.Г.,
Маринова В.А., Иванова Е.С.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. В стране сложилась специфическая демографическая ситуация, тревожащими характеристиками которой являются не только снижение рождаемости, но и уменьшение доли рождения здоровых, физиологически зрелых детей, повышение показателей осложненных родов и отклонений в развитии перинатального генеза; в этой связи актуальность приобретает именно ранняя диагностика отклонений в развитии и их своевременная коррекция;

Цель. Теоретико-методологическое обоснование, определение и апробация условий и содержания комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями, обеспечивающей медицинскую и коррекционно-развивающую помощь с первых лет жизни ребенка в условиях Дневного стационара.

Материалы и методы. В процессе исследования использовались следующие методы: теоретические; организационные; эмпирические; биографические; аналитико-интерпретационные.

Результаты. Условия и содержание, которое мы реализовывали в программе комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения, оказались достаточно эффективными, чтобы обеспечить медицинскую и коррекционно-развивающую помощь детям раннего возраста в условиях Дневного стационара.

Выводы. Анализируя результаты работы, можно сказать, что в период раннего возраста требуется комплексное медико-психолого-педагогическое сопровождение

детей с целью лечения, образования, коррекции и развития воспитанников. Организация Дневных стационаров для детей раннего возраста является приоритетным направлением в помощи семьям, воспитывающим детей.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Батышева Т.Т., Уханова А.Н., Иванова Е.С., Кирсанова Е.Ю., Луценко Ю.Ю.,
Питова С.Г., Типсина Н.В., Титова Е.Г.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой группу комплексных дезинтегративных нарушений психического развития, характеризующихся отсутствием способности к социальному взаимодействию, коммуникации, стереотипностью поведения, приводящим к социальной дезадаптации. МКБ-шифры: F 84.0-F84.8. Актуальность данной темы определяется несколькими факторами: высокой и постоянно увеличивающейся частотой встречаемости (до 1% населения); сложностью и многообразием клинической картины; трудностями диагностики и дифференциальной диагностики; трудностями и недостаточной эффективностью лечебно-коррекционного процесса. Для ребенка с РАС раннего и младшего дошкольного возраста характерно: слабость, замедленность, отсутствие реакции на обращение (псевдоглухота), или отсроченная реакция на звук; индифферентность к окружающему, отсутствие активности в исследовании предметов; необычность первоначального объекта фиксации внимания (яркое пятно, деталь одежды); взгляд «сквозь» объект, отсутствие слежения взглядом за предметом; хаотическая миграция, неспособность сосредоточения, комплексы стереотипных движений; сопротивление в принятии помощи при попытке организации контакта извне, обучении двигательным навыкам; затруднения в имитации движений взрослого.

Цель. Формирование навыка подражания у детей с аутистической симптоматикой – одна из основных задач коррекционно-развивающего обучения, которая способствует формированию у детей ключевых социальных и образовательных компетенций в доступных объемах и качестве.

Результаты. При работе с детьми с РАС преодолеваются следующие условные этапы: Формирование навыка контакта; Формирование навыка поведения на занятии; Развитие и коррекция познавательной сферы; Формирование навыка подражания общим действиям. Для максимально быстрого достижения данных этапов требуется специфическая организация процесса обучения: 1. В помещении для занятий необходим минимум отвлекающих зрительных стимулов. 2. Организация четкой структуры занятия с первого дня. Четкое обозначение начала и конца занятия. 3. Участие родителя в занятии. Помощь в работе достигается путём «оречевления» действий ребенка; использования музыки; использования поощрений: ребенок должен уходить с занятия на положительных эмоциях. Необходимо отметить следующее: родители очень болезненно принимают факт наличия у своего ребенка особенностей в развитии, необходимо проведение психотерапевтических мероприятий.

Выводы. Таким образом, лечебно-коррекционное развитие детей с РАС – длительный и трудоемкий процесс, требующий комплексного подхода: участия психиатров, дефектологов, психологов, логопедов, специалистов по лечебной физкультуре, рефлексотерапии; применения медикаментозной коррекции,

физиотерапевтических процедур, применение семейной психотерапии. На многих этапах коррекции необходим строго индивидуальный подход. Из всего выше сказанного следует, что для оказания полноценной помощи детям с данным видом патологии, необходимо создание специализированных центров, для оказания на их базе длительной, непрерывной комплексной реабилитации.

АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОРЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ

Батышева Т.Т., Флёрис Л.И.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии, г.Москва

Актуальность. В последние годы наблюдается значительный рост распространенности речевой патологии у детей и её осложнённости в виде проявления множества сочетанных расстройств, не ограничивающихся только нарушением речевой функции. Особое значение в связи с этим приобретает проблема грамотной дифференциальной диагностики разнообразных нарушений речи и психики у детей раннего и дошкольного возраста.

Цель. Выявление нарушений в психо- речевом развитии детей от 3-х до 6-7 лет с соотнесением данного конкретного случая к определенному варианту дизонтогенеза и педагогической группе. Помимо конкретизации дифференциальная диагностика решает следующие задачи: отграничение друг от друга сходных состояний аномального развития различного генеза; выяснение первичности или вторичности конкретного отклонения в развитии; изучение атипичного протекания дизонтогенеза; определение роли различных дефектов при сложных, комплексных отклонениях; выявление связи между дизонтогенетическими (признаками нарушенного развития) и энцефалопатическими (повреждение мозговых структур) расстройствами.

Материалы и методы. Качество диагностики находится в тесной зависимости от состояния речи ребенка на данном этапе его развития, эмоционально-личностных особенностей, соматического здоровья и представляет собой развернутое обследование речи и анализ состояния речевой деятельности с целью постановки полного психолого-логопедического заключения. Конкретные методики обследования и принципы анализа полученных данных применяются с учетом того, что первичная несформированность у ребенка какого-либо одного из языковых компонентов, принимающих участие в формировании речи, влечет за собой последующие негативные изменения речевой системы в целом. В процессе комплексного обследования и выведения психолого-логопедического заключения необходимо учитывать три аспекта имеющих классификаций и в каждом конкретном случае их объединить:

1. Медицинский аспект классификации основывается на локализации нарушения (в центральном или периферическом отделе), также учитывается нарушение речевых анализаторов (рече- двигательный или речеслуховой) и какова степень нарушения (функциональное или органическое расстройство), время наступления нарушения (до начала формирования речи, в процессе его или после того, как речь уже сформирована).

2. Логопедический аспект предполагает учет того, какое звено речевой системы нарушено: нарушения голоса, ритма, темпа речи, фонетического, фонематического, грамматического, семантического строя речи.

3. Психологический аспект предполагает учет того, в какой мере нарушена коммуникативная функция речи: у детей раннего возраста нарушена психологическая база речи, у детей дошкольного и младшего школьного возраста нарушены высшие психические функции, и каков прогноз при том, или другом виде речевого расстройства.

В логопедическом заключении целесообразно отразить, прежде всего, уровень психического и речевого развития, ведущий неврологический синдром, и определить вид речевого расстройства по медицинской классификации.

Результаты. Раннее выявление тех или иных отклонений психоречевого развития ребенка позволяет своевременно предупредить дальнейшее развитие патологии речи. В силу того, что некоторые формы речевых нарушений внешне схожи, но требуют принципиально разных подходов в их устранении, дифференциальная диагностика позволяет более точно понять механизм нарушений речи и спланировать коррекционную работу.

Выводы. Таким образом, проведение качественной дифференциальной диагностики речевых нарушений у детей дошкольного возраста необходимо для постановки полного психолого-логопедического заключения, которое отражало бы причины и механизм нарушения психо- речевого развития и разработки индивидуальных коррекционных программ.

ОСОБЕННОСТИ ЗРИТЕЛЬНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Батышева Т.Т., Халпахчян Л.Х., Боровицкая М.Ш.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Цель. Оценить состояние органа зрения у больных с различными вариантами РС; определить возможности ЗВП для ранней диагностики и прогнозирования типа течения у больных РС.

Материалы и методы. Обследовано 28 больных в возрасте от 7 до 18 лет с установленным диагнозом РС. Было проведено комплексное нейроофтальмологическое обследование: визиометрия, офтальмоскопия, периметрия, оценка неврологического статуса, ЗВП на системе Dantec Keypoint.

Результаты. Все пациенты были разделены на 4 группы: ремиттирующий РС, вторично-прогрессирующий, первично-прогрессирующий, первично-прогрессирующий с сохраняющимися обострениями. В каждой группе выделялась подгруппа в зависимости от наличия в анамнезе оптического неврита (ОН). Все группы были сопоставимы по возрастно-половому составу, возрасту дебюта РС, длительности заболевания, степени неврологического дефицита и среднегодовой скорости прогрессирования. Установлено, что ЗВП изменено у 75-97% больных с достоверным РС даже при отсутствии жалоб на снижение зрения. Выявлено статистически значимое различие между всеми группами и группой контроля, что свидетельствует о снижении функциональной активности зрительного нерва при РС вне зависимости от варианта течения заболевания. При оценке формы компонента P100 выявляли нарушения конфигурации ЗВП в форме расщепленного компонента P100, а W-подобная форма пика P100 отражала наличие центральной скотомы в поле зрения или частичной атрофии зрительного нерва. Оценка толщины слоя нервных волокон в перипапиллярной зоне, макулярного отека, а также латентности и амплитуды

компонента Р100 по данным ЗВП у больных с различными типами течения РС в зависимости от перенесенного ранее ОН выявила статистически значимое снижение оцениваемых показателей. Изучение функционального состояния ЗН при различных типах РС с ОН и без него показало повышение латентности и уменьшение амплитуды компонента Р100, причем при ОН в анамнезе изменения были более выраженными.

Выводы. 1. Достоверное снижение толщины слоя нейроэпителлия и макулярного объема сетчатки, а также функциональные нарушения со стороны ЗН, выявленные при помощи ЗВП, у больных с различными вариантами течения и разной длительностью РС, позволяет применять метод ЗВП для ранней диагностики и для мониторингирования патологического процесса.

2. Современное нейроофтальмологическое обследование позволяет в более короткие сроки установить диагноз РС, количественно оценить течение демиелинизирующего и нейродегенеративного процессов в зрительном анализаторе и ЦНС в целом.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ И ПСИХОГЕННЫХ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПАРОКСИЗМОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Батышева Т.Т.¹, Чебаненко Н.В.¹, Миронов М.Б.^{1,2}, Бурд С.Г.^{1,3}, Кудрявцева О.И.¹,
Саржина М.Н.¹, Гунченко М.М.¹, Красильщикова Т.М.⁴

1. ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»
2. Кафедра клинической физиологии и функциональной диагностики ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства», Москва
3. Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва
4. Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Актуальность. Особенно важным при проведении дифференциальной диагностики эпилепсии является исключение случаев психогенных неэпилептических пароксизмов (ПНЭП). ПНЭП можно определить как внезапные, деструктивные, изменяющие поведение, чувствительность, мышление, ощущения, которые обычно ограничены во времени и могут быть похожими на эпилептические приступы. Внутренние ощущения пациентов при ПНЭП, по их описаниям, могут быть схожими с переживаниями больных в период эпилептического приступа. Лобные доли мозга имеют сложное строение, различные отделы которых имеют разную функциональную значимость. Поэтому клинические проявления эпилептиформной активности из лобной коры разнообразны и вариабельны.

Цель. Обосновать значимые методы дифференциальной диагностики эпилептических приступов при лобной эпилепсии и ПНЭП.

Материалы и методы. На примере клинического случая многолетней ошибочной интерпретации диагноза у девочки 7 лет с криптогенной фокальной лобной эпилепсией с фокальными асимметричными тоническими приступами с гиперкинетическим компонентом и вторично-генерализованными судорожными приступами показаны значимые диагностические отличия от ПНЭП.

Результаты. При поступлении в НПЦ ДП жалобы были на пароксизмы изменения поведения от негативизма до выраженной агрессии, затем вытягивается левая рука и нога с поворотом вправо, затем подергивание конечностей в течение 1-2 минуты 1 раз в месяц сразу после пробуждения. Первый пароксизм был в 1,5 года на фоне тяжёлого ОРВИ, затем повторился через месяц. После обследования у невролога был установлен диагноз: невротические реакции, синдром вегетативной дисфункции, вегето-висцеральные пароксизмы, ПНЭП. Периодически ребёнку назначались курсы метаболической и седативной терапии. Но пароксизмы сохранялись в среднем 1 раз в месяц. В 7 лет возник асимметричный тонический с переходом во вторично-генерализованный судорожный, с цианозом губ продолжительностью 10-15 минут. Рутинная ЭЭГ, МРТ головного мозга, ночной видео ЭЭГ-мониторинг (10 часов) и Видео ЭЭГ- мониторинг бодрствования (4 часа) патологии не выявили. В результате уточнения анамнеза в Городском Центре эпилепсии и пароксизмальных состояний на базе ГБУЗ «НПЦ ДП» просмотрены видео-файлы, предоставленные близкими. На видео хорошо прослеживалась однотипная этапность всех приступов в виде вытягивания правой руки и ноги с поворотом влево, затем гиперкинетические подергивания конечностей, то есть тонический, затем гиперкинетический компонент с потерей сознания. Назначена антиэпилептическая терапия (АЭТ) – вальпроевая кислота пролонгированного действия в гранулах для приёма внутрь в дозе 400 мг в сутки (20 мг на кг веса) в 2 приёма (утром и вечером) с постепенной титрацией. На фоне лечения через 1,5 месяца после введения вальпроевой кислоты приступы купировались. АЭТ пациентка переносит удовлетворительно, побочных эффектов отмечено не было. В настоящее время клиническая ремиссия составляет 12 месяцев.

Выводы. Учитывая сложность диагностики большинства типов фокальных эпилептических приступов из лобной коры, для минимизации ошибок необходимы более тщательный сбор анамнеза и максимальная объективизация. Необходима регистрация пароксизма близкими пациента в домашних условиях. Это может быть съемка на видео-камеру, на телефон, на смартфон и т.д. После проведения всего спектра обследований эпилептолог окончательно уточняет анамнез и с учетом выявленной первичной эпилептогенной зоны происходит объективизация приступов, которые пациенты и их близкие могут не замечать или неправильно интерпретировать.

ПОВТОРНЫЕ КУРСЫ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ И ПАССИВНОЙ ТРЕНИРОВКИ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ РОДОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

Батышева Т.Т., Шиошвили В.А., Дорофеева Е.В., Позднякова Д.А.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Актуальность. Реабилитации детей с последствиями родового повреждения плечевого сплетения, несомненно, представляет большой интерес, связанный как с частотой встречаемости данного заболевания, так и со сложностью восстановления двигательной функции. Раннее, адекватное, регулярное, комплексное лечение делает его более эффективным.

Материалы и методы. Под наблюдением в НПЦ ДП находились 26 человек (16 мальчиков и 10 девочек) в возрасте от 4 мес. до 1 года с тотальным параличом верхней конечности (правой руки – 14 чел., левой – 12 чел.). Все пациенты, находящиеся под

наблюдением, получили 3-4 курса комплексной реабилитации. Объем пассивных движений в суставах исследуемой верхней конечности у всех детей был сохранен. Пациентам контрольной группы (11 чел.) проводилось комплексное консервативное лечение. Дети исследуемой группы (15 чел.) дополнительно получали курс, предложенной нами методики сочетанного применения, синхронно проводимых - накожной электростимуляции и пассивной тренировки - последовательно осуществляемых в 3 этапа: 1 - направленный на суставы (плечевой, локтевой, лучезапястный); 2 - на проекции периферических нервов; 3 - на основные мышечные группы. Длительность каждого этапа составляла 2 минуты для детей в возрасте от 4 до 6 месяцев и 3 минуты для детей старше 6 месяцев. При проведении процедур мы использовали электростимуляторы «Амплипульс-5» и «Амплипульс-7». Курс состоял из 8-15 процедур, проводимых ежедневно. Длительность процедуры 6 мин. для детей в возрасте от 4 до 6 месяцев и 9 мин. для детей старше 6 месяцев. Режим – 1, род работ – 2, частота 50 Гц, глубина модуляции 75%, посылка-пауза 2-3 сек. Один из электродов размещался в проекции шейного сплетения, второй (лабильный) - на структурах, соответствующих конкретному этапу стимуляции. Сила тока выбиралась индивидуально, с учетом переносимости (не вызывающая отрицательных реакций у пациентов). С целью объективной регистрации полученных результатов лечения использовались: ангулометрическое исследование (видеомониторинг с последующей компьютерной обработкой) и данные стимуляционной ЭНМГ.

Результаты. На фоне повторных проведенных курсов терапии с применением предложенной нами методики «электростимуляция+пассивная тренировка», регистрировался существенный и достоверный прирост как объема активных движений в суставах верхней конечности, так и основных параметров стимуляционной ЭНМГ (амплитуды М-ответа и скорости проведения) по сравнению с результатами лечения в контрольной группе ($p < 0,05$).

Выводы. Проведенные исследования показали перспективность применения повторных курсов комплексной консервативной терапии, включающей предложенную нами методику сочетанного применения накожной электростимуляции и пассивной тренировки у детей первого года жизни с последствиями родового повреждения плечевого сплетения с целью восстановления двигательных функций верхней конечности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА БЕДРА У ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ С ДЦП.

Бидямшин Р.Р.

ФГБУ «РНЦ «ВТО имени академика Г.А.Илизарова», Курган

Актуальность. Вывих бедра, развивающийся у пациентов старше 10 лет страдающих тяжелыми формами ДЦП (GMFCS IV, V) и сопровождающийся ранним коксартрозом, является основной причиной ухудшения качества жизни и значительно ограничивает функциональные возможности. Наиболее распространенными методами хирургического лечения этого осложнения являются артропластическая резекция проксимального отдела и вальгизация проксимального отдела бедренной кости с резекцией головки. Мы оценили результаты выполнения двух этих методов оперативного лечения у пациентов с ДЦП, соответствующих IV и V функциональным уровням по шкале GMFCS, уделяя особое внимание болевому синдрому, способности

сидеть, удобству выполнения гигиенических процедур, возможности пассивной вертикализации, а также удовлетворенности самого пациента и его окружения.

Целью данного исследования является сравнение эффективности двух методов паллиативного оперативного лечения - проксимальной артропластической резекции бедра и вальгизирующей опорной остеотомии проксимального отдела бедра в сочетании с резекцией головки бедренной кости. Проводилась оценка результатов лечения по следующим критериям: коррекция болевого синдрома (по рейтинговой шкале Вонга–Бейкера – оценки интенсивности боли по выражению лица), улучшение условий для постурального менеджмента, удобства выполнения гигиенических процедур, а также возможности достижения вертикализации и коррекции сопутствующих ортопедических деформаций конечностей, выполненных по принципам одномоментных многоуровневых ортопедических вмешательств.

Материалы и методы. Проведено сравнение между двумя группами пациентов (V и IV уровни GMFCS), которым выполнялись данные вмешательства. Средний возраст оперируемых составлял $15,3 \pm 3,9$ лет (от 10 до 27 лет). Артропластическая резекция выполнялась у 7 пациентов (13 суставов), вальгизирующая опорная остеотомия – у 24 пациента (35 суставов).

Результаты. С точки зрения купирования болевого синдрома, улучшения условий для гигиенических процедур и увеличения комфорта в позиции сидя эффективность сравниваемых хирургических вмешательств оказалась одинаковой. Однако, вальгизирующая остеотомия в сочетании с резекцией головки и шейки бедра имела преимущества, так как обеспечивала условия для пассивной вертикализации пациентов с опорой на нижние конечности. Одновременное устранение деформаций и контрактур коленного и голеностопного суставов, стопы было выполнено в 28 случаях, что было обязательным условием для достижения пассивной вертикализации и повышения качества жизни пациентов.

Заключение. С точки зрения контроля болевого синдрома и устранения порочного положения бедра эффективны оба рассматриваемых типа паллиативных вмешательств. Но для полноценной пассивной вертикализации и повышения качества жизни пациента обеспечивает все условия только вальгизирующая опорная остеотомия бедренной кости в сочетании с резекцией головки бедра и коррекцией контрактур коленного и голеностопного суставов и деформаций стоп.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А (БТА) У ДЕТЕЙ С ДЦП В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ (РО)

Бочкова Е.Н., Синявская Е.А., Дагалдян А.А., Молчанова Н.Е,
Малиненко З.И., Еременко В.П.

ГБУ РО «ОДКБ» г. Ростов-на –Дону

Актуальность. В настоящее время детский церебральный паралич является одним из наиболее серьезных осложнений патологии перинатального периода и обуславливает большую часть инвалидности у детей. Основой формирования патологического двигательного стереотипа у детей при данной патологии является спастичность, с целью преодоления которой и применяются препараты БТА. Число детей – инвалидов в РО по данным 2015г. – 12553, из них – 52% - дети с патологией ЦНС, - 3344, 38% от числа детей- инвалидов с неврологической патологией – это дети с ДЦП – 1289 детей.

Материалы и методы. В течение 2016г. в центре по реабилитации и восстановительному лечению детей с нарушением функции ЦНС ГБУ РО «ОДКБ», осуществлено введение препаратов ботулинического токсина типа А 98 детям с количеством введений-125, из них в психоневрологическом отделении – 60 пациентам - 85 введений- 23 девочкам и 40 мальчикам в возрасте с 2-х до 12 лет (средний возраст- 6,8 лет). При оценке глобального уровня формирования моторики с использованием «Системы оценки глобальных моторных функций»- GMFCS, дети были распределены следующим образом- 24 ребенка –I уровень, 11 детей-II уровень, 15 детей –III уровень, 8 детей –IV уровень, 2 ребенка- V уровень. Детям проводились многоуровневые инъекции препаратов БТА, согласно международным рекомендациям, суммарная доза для препарата БТА не превышала 30 мг/кг веса, средняя доза составила- 360 МЕ- 19,6 МЕ/кг веса. 11 детям инъекции проводились только в верхнюю конечность с суммарной дозой 4,6МЕ/кг веса, при гемипаретической форме ДЦП (9 детей) при введении в мышцы верхней и нижней конечности- суммарная доза составила – 18,6 МЕ/кг веса, при спастическом тетрапарезе – 25,5 МЕ/кг веса. Инъекции в верхние конечности проводились чаще с контролем УЗИ. Оценка спастичности проводилась по шкале Эшворта. Эффективность применения препаратов БТА проводилась через 1,2,3,4 месяца\после инъекции.

Результаты. Снижение спастичности отмечалось уже на следующий день после проведенных инъекций, с максимальным результатом – 1балл-2 балла ко второму месяцу после инъекций. Всем детям была назначена ЛФК в течение 2-х недель после инъекции с дальнейшим проведением массажа и физиопроцедур, все дети в динамике осматривались ортопедом. Снижение спастичности отмечалось и у детей с V уровнем по GMFCS. Наибольший эффект по длительности отмечался в группе детей, которым проводилась интенсивная ЛФК ежедневно с инструктором на протяжении 1-ого месяца после инъекций. У 2-х детей снижение спастичности отмечалось в течение 1,5 мес. с последующим восстановлением до исходного уровня. Побочных эффектов при применении препаратов БТА отмечено не было.

Выводы. Таким образом, выявленные позитивные результаты применения препаратов БТА у больных с ДЦП с различным уровнем по GMFCS, свидетельствуют о высокой эффективности данных лекарственных препаратов, способствующих повышению качества жизни у пациентов с данной патологией, что подтверждается многолетней приверженностью родителей пациентов к данной терапии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ОПОР В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ПАТТЕРНОВ И КОНТРОЛЯ РАВНОВЕСИЯ

Буйлова Т.В., Хитрова Е.А.

«Нижегородский» филиал ФГУП «Московское протезно-ортопедическое предприятие» , г.Нижний Новгород

Актуальность. Двигательные нарушения являются приоритетными у детей с самыми разными неврологическими и ортопедическими заболеваниями, в связи с чем поиск новых методов реабилитации для оптимальной коррекции нарушенных двигательных паттернов является чрезвычайно актуальной задачей.

Цель. Оценить эффективность использования нестабильных биомеханических платформ в процессе реабилитации детей с нарушениями двигательных паттернов и контроля равновесия.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов реабилитации 45 детей в возрасте от 8 месяцев до 14 лет (22 мальчиков и 23 девочек) с двигательными нарушениями вследствие неврологических заболеваний: G80.0 спастический церебральный паралич, врожденный спастический паралич (церебральный) – 13 детей, G80.1 спастическая диплегия – 16 детей, G80.2 детская гемиплегия – 4 детей, G80.3 дискинетический церебральный паралич, атетоидный церебральный паралич – 2 детей, G80.4 атаксический церебральный паралич – 3 детей, Q05.2 spina bifida в поясничном отделе с гидроцефалией – 4 детей, Q90.0 трисомия 21, мейотическое нерасхождение – 3 детей. По шкале GMFCS: I уровень – 13, II – 9, III – 11, IV – 4 и V – 8 человек. Программа реабилитации детей с двигательными нарушениями включала в себя использование различных кинезотерапевтических методик с использованием нестабильных биомеханических платформ (I Moove и Galileo) в течение двухнедельного курса реабилитации. Во время занятий на подвижной платформе I Moove (Франция) использовались упражнения в открытой и закрытой цепи, проводилась тренировка реакции опоры на руки в положениях «сидя», «стоя на четвереньках, на коленях. При занятиях на виброплатформе Galileo (Германия) проводилась тренировка удержания симметричных и асимметричных поз в режимах низкой, средней и высокой частоты, использовались силовые и равновесные упражнения в режимах 5-8, 10-16 и 18-22 Гц по 3 минуты. Тренировка на нестабильных платформах сочеталась с другими кинезотерапевтическими методами и методиками: упражнения на растяжение, Бобат-терапия, тренировка ходьбы на Тредмиле, ЛФК с использованием подвесной системы «Экзарта».

Результаты. Использование нестабильных биомеханических платформ в процессе реабилитации позволило улучшить клинико-функциональное и психо-эмоциональное состояние детей с неврологической патологией: у 66,7% детей отмечалось освоение новых или изменение привычных паттернов присаживания, ползания и ходьбы на более правильные; увеличение выносливости, мышечной силы и скорости равновесных и защитных реакций; у 28,9% улучшились навыки самообслуживания и увеличилась способность к удержанию статичной позы; у 4,4% пациентов было зарегистрировано повышение мотивации к освоению новых навыков, отмечалось облегчение работы с ними специалистов ЛФК (принцип «третьей руки»).

Выводы. Применение нестабильных биомеханических платформ в процессе реабилитации позволяет уменьшить двигательные расстройства, улучшить постуральный контроль и психоэмоциональное состояние, а также повысить уровень мотивации у детей с умеренно выраженными и выраженными нарушениями локомоции, что говорит о целесообразности их использования в реабилитации детей с тяжелой неврологической патологией.

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Вечкаева О. В.

*ООО «РЦК» Инновационная клиника «Академия Здоровья», г. Чита,
Забайкальский край*

Актуальность. Управление качеством – принципиально новый подход к управлению любой организацией, направленный на достижение долгосрочного успеха за счет максимальной эффективности деятельности при минимальных затратах.

Материалы и методы. Решение данной задачи возможно посредством внедрения в учреждении системы менеджмента качества, построенной в соответствии со стандартами серии ИСО/ISO (the International Organization for Standardization) 9001:2011. Для перехода на новый уровень функционирования системы реабилитации детей с ДЦП в детском отделении ООО «РЦК» был произведен комплекс работ, который затронул различные аспекты деятельности- стратегическое управление, научную и инновационную деятельность, управление персоналом, внутренние коммуникации, документооборот.

Результаты. Внедрение СМК дебютировало описанием основного ПРОЦЕССА «Оказание медицинской реабилитационной помощи детям» с формулировкой четкой и лаконичной цели: «Компенсация нарушенных функций у детей методами и средствами физической реабилитации». Как совокупность единого механизма, было определено внешнее окружение, включающее вход, выход системы, связь с внешней средой, обратную связь. По определению СМК входом в ПРОЦЕСС служит ресурс, который будет подвергаться преобразованию. Одним из входов в ПРОЦЕСС определили естественно Пациента (ребенка с ДЦП), как объект положительного воздействия. Залогом успешной реабилитационной работы является умение точно качественно и количественно провести тестирование текущего статуса ребенка с ДЦП, отражающего уровень его физических возможностей, а также обеспечить объективную оценку достигнутых результатов. Для этих целей используются международные оценки: (GMFCS), шкала спастичности Эшворта, гониометрия, система классификации мануальных навыков (MACS). Данные оценочные критерии применяются как на входе так и на выходе ПРОЦЕССА для диагностики Индивидуального результата пациента. Который напрямую влияет на такой критерий общей результативности как Коэффициент качества и Коэффициент удовлетворенности. Для реализации масштабного ПРОЦЕССА определены и систематизированы ресурсы – информация, финансы, материалы, кадровый потенциал, оборудование, инфраструктура, программное обеспечение, научно-методическая база, стандартные операционные процедуры, алгоритмы простых манипуляций и услуг. Одним из важнейших механизмов контроля служит постоянный мониторинг показателей результативности. Для ПРОЦЕССА выделены следующие критерии: доход от платной деятельности – не менее 0,8; выполнение плана по ОМС – 1,0; коэффициент качества не менее 0,95; коэффициент удовлетворенности не менее 0,98; Суммарный коэффициент – 0,93. Суммарное значение результативности это «живое» значение, инструмент для дальнейшего действия. При изменении данных показателей принимается ряд важных административных решений. Любое снижение параметра требует быстрого и четкого реагирования через составление реестра корректирующих действий (КД) и плана предупреждающих действий (ППД). Задача руководителя четко определить причины несоответствий, разработать механизмы по недопущению подобных ситуаций в перспективе, сформулировать риски связанные с реализацией процесса и предложить ряд шагов по недопущению реализации рискованных моментов.

Выводы. Таким образом, процесс внедрения и управления СМК в деятельность детского отделения является цепью непрерывных взаимосвязанных действий, конечным результатом которого будет непрерывное улучшение и самосовершенствование системы через основные принципы менеджмента качества: планирование, организация, учет и контроль, регулирование и мотивация.

АККУПУНКТУРНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В СОЧЕТАНИИ С ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЕЙ В ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Вовченко И.В., Евтушенко С.К., Евтушенко О.С., Евдущенко Т.Г.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР

Актуальность. Различные нарушения речевых функций (алалия, афазия и дизартрия) встречаются у 65,5 процентов детей с патологией центральной нервной системы, затрудняя формирование когнитивной сферы и социальную адаптацию.

Цель. Для коррекции речевых нарушений у подобных детей разработана новая комплексная методология терапии в виде сочетанного применения краниопунктуры, корпоральной рефлексотерапии, аурикулопунктуры и логопедической коррекции.

Материалы и методы. Под наблюдением в течении 2016 года находились 29 детей в возрасте от 3 до 14 лет с различными видами речевых нарушений: 8 человек с алалией при врожденных аномалиях головного мозга; 13 человек с псевдобульбарной дизартрией и 4 человека с подкорковой дизартрией обусловленных двойной гемиплегической и гиперкинетической формами церебрального паралича; 4 человека с афферентными моторными афазиями, как проявлениями травм головного мозга. В течении года дети получили по четыре 2-х недельных курса лечения. Терапия начиналась с воздействия на зоны апоневроза головы методом краниопунктуры. Применялись иглы длиной 4-6см. на "гармонизирующий" для детей период времени – до 10 минут с воздействием на одну из "зеркальных зон речи" с чередованием этих зон во время последующих сеансов. При двигательных расстройствах речевого аппарата, наличии гиперкинезов проводилось воздействие на зоны "чувствительную," "хореи и тремора" и др. В первые дни перед процедурами с беспокойными пациентами проводились беседы для снятия чувства тревоги. Через 30-40 минут после применения краниопунктуры проводилось воздействие на "речевые" корпоральные точки классических китайских меридианов длительностью до 10-12 минут. Предпочтение отдавалось точкам меридианов, идущих своим наружным (меридианы Gi, E, Ig, V, TR, VB) или внутренним ходом (C, F, I) через головной мозг (авторское свидетельство С.К. Евтушенко, 1996г). Детям старше 10 лет для потенцирования лечебного эффекта одновременно с корпоральной рефлексотерапией применялось подключение одной из аурикулярных точек (из точек 4, 31, 34, 35 и т.д.) с пролонгацией до 20 минут. Длительность курсов аккупунктуры в среднем составляла 7 - 12 сеансов. Через час после рефлексотерапии дети занимались с логопедами. Проводился артикуляционный массаж с применением логопедических зондов, использовалась "пальчиковая гимнастика" для лучшей стимуляции речевых центров головного мозга.

Результаты. У всех детей с алалиями появились первые слова, а у четырех из них и первые фразы (у 50% из больных с алалиями). У 16 человек из 17 детей (у 94% больных) с дизартриями отмечено улучшение произношения различных звуков. Улучшение артикуляции слов отмечено у всех детей с афферентными моторными афазиями.

Выводы. Данная интенсивная методология благодаря одновременному рефлекторному воздействию на корковые центры речи и артикуляционный аппарат позволяет достаточно эффективно коррегировать различные речевые нарушения у детей с органическим поражением центральной нервной системы.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЦП

Габуева Л.Н.

МЗ РЮО г.Цхинвал

Актуальность. Сегодня понятие ДЦП трактуется как термин, объединяющий группу хронических нарушений развития моторики и поддержания позы, которые в свою очередь приводят к ограничению двигательной активности. Подобные нарушения становятся следствием аномалии развития головного мозга плода и новорожденного, вследствие хронических экстрагенитальных заболеваний матери, приема лекарств во время беременности, стрессы и тд. Характерной особенностью ДЦП является сочетание двигательной патологии с нарушениями чувствительности, когнитивными и коммуникативными дисфункциями, нарушениями речи и развития, симптоматической эпилепсией. Частота развития ДЦП 2-3,6 случая на 1000 живых новорожденных. Таким образом, можно заключить, что ДЦП по-прежнему является основной причиной детской неврологической инвалидности как в мире в целом, так и в Южной Осетии. По последним данным в республике на учете у детского невролога состоит около 40 детей с различными формами ДЦП. Принципиальной целью лечения ДЦП является своевременная компенсация функциональных нарушений, развившихся в результате повреждения головного мозга ребенка, и минимизация вторичных биомеханических деформаций и социальных последствий заболевания. В случае невозможности патогенетического воздействия на причину ДЦП задачей является оптимальная адаптация ребенка к существующему дефекту, основанная на принципах пластичности нервной системы. Основные группы лечебных воздействий при спастических формах ДЦП:

Методы	Цели	Показания
Пероральные медикаментозная терапия	Снижение мышечного тонуса, увеличение двигательной активности, профилактика ортопедических осложнений.	Используется редко, преимущественно для кратковременного устранения симптомов у пациентов с высокой степенью ограничения функциональной активности.
Ортопедическая хирургия	Устранение и профилактика деформации, контрактур и вывихов, стабилизация позы, снижение боли.	Показана при всех уровнях двигательных нарушений.
Ботулинотерапия	Снижение мышечного тонуса, коррекция динамических деформации, уменьшение боли, облегчение занятий ЛФК.	Показана при всех уровнях двигательных нарушений.
Инtrateкальное введение баклофена	Воздействие на пре- и постсинаптические	При тяжелых двигательных нарушениях и высокой,

	ГАВА-В рецепторы спинного мозга при интратекальном введении посредством программируемой помпы	генерализованной спастичности.
--	---	-----------------------------------

Выводы. В целом, продолжительность жизни и прогноз социальной адаптации пациентов с ДЦП в значительной степени зависят от своевременного оказания медицинской помощи ребенку и его семье.

ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМОВ ДЕФИЦИТАРНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА У БОЛЬНЫХ ДЦП В УСЛОВИЯХ КЛИНИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ

Голубова Т.Ф.¹, Пономаренко Ю.Н.², Кафанова К.А.², Пономаренко Е.Н.²,
Власенко С.В.¹, Ларина Н.В.³

¹ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии,
физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, Россия.

²ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий» Минобороны
России г. Евпатория, Россия.

³ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»,
Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, кафедра неврологии, нейрохирургии
и неврологии 1-го медицинского факультета г. Симферополь, Россия

Актуальность. Формирование высших психических функций ребенка представляет собой сложный многоуровневый процесс, подчиненный единым закономерностям. В условиях наличия очага органического поражения ткани мозга вся его деятельность протекает аномально. Поэтому определение актуального для каждого больного нейропсихологического статуса высших психических функций с установлением базового, первичного дефекта, препятствующего полноценной адаптации ребенка, позволяет смоделировать индивидуальную модель реабилитации на этапе санаторно-курортного лечения и направление всей дальнейшей коррекционной работы.

Цель и задача данной работы- выявить методом нейропсихологического тестирования синдромы дефицитарности различных отделов мозга и разработать принципы коррекционной терапии в условиях клинического санатория.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 80 детей с различными формами церебрального паралича: 40 (50%) – спастической диплегией, 20 (25%) – правосторонний гемипарез, 20 (25%) – левосторонний гемипарез в возрасте от 10 до 16 лет. Всем больным было проведено комплексное клиническое, нейрофизиологическое обследование, включающее ЭЭГ с топографическим картированием. У 40% больных было проведено ЯМР, КТ-исследования головного мозга, что позволило достоверно определить очаг органического поражения мозга. Всем больным проводилось нейропсихологическое обследование по методике предложенной Лурия А.Р., Семерницкой А.В., Семенович А.В.

Результаты. Патологические изменения по данным ЭЭГ были выражены у всех больных, что проявлялось в снижении амплитудного диапазона $\alpha\beta$ -ритмов на 1,5 поддиапазона, выраженной межполушарной и зональной асимметрии (преимущественно у больных с гемиплегическими формами в 82%), нарушении

зонального распределения биоэлектрической активности по конвекситальной поверхности мозга, за счет смещения фокуса максимально выраженных ритмической активности из затылочных в теменно-центральные отделы, значительное увеличение мощности медленно-волновой части спектра ($\gamma\theta$ -ритмов), что отражает доминирование неспецифических срединных структур. Различные отклонения были выявлены у всех больных и составили в своей совокупности синдромы дефицитности различных отделов мозга. У 20 (20%) больных (6 спастическая диплегия, 8 правосторонний гемипарез, 6 левосторонний гемипарез) отмечалась дефицитность стволовых структур; у 18% больных – синдром дефицитности подкорковых образований; задних гностических систем (теменно-височно-затылочные отделы) у 69% больных; передних гностических систем (лобные отделы) – в 70% случаев. Все больные получали комплексное санаторно-курортное лечение, ЛФК, массаж, физиотерапевтическое лечение. Разработана программа специальных упражнений, проводимых инструктором ЛФК и педагогом-корректором в течение всего дня. Так при дефицитности стволовых структур мозга акцент делается на улучшение реципрокных взаимоотношений, развитие пространственных представлений. При дефицитности задних гностических систем основная задача заключается в повышении уровня операционного обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром, через активацию всех видов экстероцептивной чувствительности, перевод из одной модальности в другую, синтез и запоминание, динамическая организация двигательного акта. При дефицитности передних гностических систем необходимо развитие произвольной регуляции на этапе созревания и реализации программ, повышение самоконтроля за собственной деятельностью, выработка навыков совместных действий. В результате проведенного лечения устранены контрактуры и деформации, достигнута коррекция способствовала значительному улучшению качества ходьбы, всех параметров двигательных возможностей ребенка. В контрольной группе больных динамика базисных ВПФ была незначительна. По данным ЭЭГ у 90% положительной динамики не было, а в 10% случаев получено ухудшение электрогенеза в виде появления острых волн, нарастания спектра медленно-волновой активности. В группе больных получивших коррекционную терапию с учетом состояния ВПФ улучшение было достигнуто по всем параметрам. В группе детей со спастической диплегией положительная динамика преимущественно была выражена в двигательном праксисе, пространственных представлениях. У больных со спастическим гемипарезом возросли показатели двигательных, тактильных функций, улучшилось слухоречевая, двигательная память. Менее значительная динамика была выражена у больных с левосторонним гемипарезом, что связано с более значимым в онтогенезе формирования ВПФ правого полушария. Положительная динамика коррелировала с данными ЭЭГ – возросла частотная характеристика ритмов со смещением фокуса активности в задние отделы мозга, снизилась активность медленно-волновой части спектра.

Выводы. Нарушение ВПФ и синдрома отклоняющегося развития у детей с ДЦП были достоверно диагностированы нейропсихологическим методом, для каждой клинической группы был характерен свой «набор» нарушенных ВПФ которые и соответствовали синдромам дефицитности различных отделов мозга. Комплексная терапия с учетом выявленных источников функциональных очагов позволяют улучшить качество проводимого лечения данной группе больных, улучшить социальную адаптацию.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЗАКРЫТОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ФАСЦИОМИОТОМИИ НА ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БОЛЬНЫХ ДЦП

Голубова Т.Ф.¹, Пономаренко Ю.Н.², Османов Э.А.², Власенко С.В.¹, Страшко Е.В.²

¹ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии,
физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, Россия
²ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий» Минобороны
России г. Евпатория, Россия

Актуальность. Развитие контрактур и деформаций при спастических формах ДЦП встречается у 80% больных. Поэтому изучение влияния различных методов хирургического лечения на двигательные возможности больного является актуальным.

Целью настоящего исследования стало изучение влияния метода закрытой селективной фасциомииотомии на двигательные возможности больных ДЦП.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 26 больных ДЦП (основная группа, ОГ), формой спастическая диплегия. Всем пациентам были выполнены хирургические вмешательства в виде закрытой селективной фасциомииотомии на мышцах верхних и нижних конечностей, спины. Была разработана программа санаторно-курортного лечения. Контрольную группу из 16 человек составили пациенты, которым проводилось классическое хирургическое лечение с последующим консервативным санаторно-курортным лечением.

Результаты. Клиническая картина заболевания характеризовалась формированием у детей различных контрактур в суставах нижних конечностей, а также их сочетанием. Приводящие контрактуры в тазобедренных суставах были выражены у 40 (95,23%) больных, сгибательные в коленных- 36 детей (85,71%), эквинусные у 38 пациентов (90,48%). Уровень двигательной активности по классификации GMFS III уровень, что соответствовало ходьбе с помощью приспособлений, уровень спастичности мышц по шкале Ашворд достигал 3 степени. После проведенных томий восстановление движений происходило значительно быстрее, так как не было необходимости в длительном периоде иммобилизации, проведения перевязок ран. Практически на месяц раньше (в сравнении с КГ) больной начинал курсы реабилитационных мероприятий, что значительно повышало эффективность всего курса лечения. Активизация больного, его вертикализация и формирование двигательных навыков начинались на первое неделе после операции, что не возможно было у пациентов КГ. Назначались все виды терапии, традиционно используемые на курорте (пеллоидотерапия, гидрокинезотерапия, псаммотерапия, купание в море, занятия на тренажерах, в костюмах). Уровень двигательной активности по классификации GMFS у пациентов ОГ достиг II уровня, и остался практически без изменений у пациентов КГ, через месяц после проведенных вмешательств что было обусловлено более поздним началом реабилитационных мероприятий. Уровень спастичности мышц по шкале Ашворд достиг 2 степени у пациентов обеих групп.

Выводы. Таким образом, метод закрытой селективной фасциомииотомии оказывает более значимое влияние на двигательные возможности больных ДЦП, что связано с высокой степенью эффективности устранения спастических контрактур и более ранним началом реабилитационных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММНОЙ КОРРЕКЦИИ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОГО ОРТОПЕДО-ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЕВПАТОРИЙСКОГО ВОЕННОГО ДЕТСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ МО РФ

Голубова Т.Ф.¹, Пономаренко Ю.Н.², Хашук А.В.², Османов Э.А.², Власенко С.В.¹, Страшко Е.В.², Цукурова Л.А.¹, Малина В.В.²

¹ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, Россия

²ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий» Минобороны России г. Евпатория, Россия

Актуальность. Актуальным остаются вопросы формирования эффективного комплекса медико-педагогических мероприятий, направленных на формирование физиологически «правильных» функциональных систем на фоне комплексной медицинской реабилитации двигательных нарушений у больных ДЦП с включением хирургических методов лечения.

Цель. Разработать и внедрить в систему комплексного ортопедо-хирургического лечения программу этапной коррекции нейрофизиологической функциональной адаптации детей с органическим поражением центральной нервной системы для улучшения ранних и отдаленных функциональных результатов лечения

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 80 детей (основная группа, ОГ) с детским церебральным параличом, прошедших индивидуально разработанную программу этапной коррекции нейрофизиологической функциональной адаптации. Контрольную группу (КГ) составили 19 детей больных ДЦП, хирургическое лечение которым проводилось без нейрофизиологической коррекции. Возраст пациентов был от 10 до 16 лет, средний возраст составил – $12,4 \pm 0,03$ лет. При поступлении проводили первичное тестирование с целью оценки уровня нейрофизиологической готовности больного к предстоящему ортопедо-хирургическому лечению, стрессогенным фактором в процессе предстоящего лечения. Всем пациентам ОГ было рекомендовано в качестве ежедневной зарядки (утром и вечером) выполнять персональные графические комплексы упражнений с учетом подходящего больному гармоничного объема нагрузки на различные отделы головного мозга (лобные отделы, теменная-височная область, подкорковые образования, ствол головного мозга и т.д.

Результаты. У большинства больных в процессе занятий наблюдалось устойчивое повышение мотивации и осознанности к сотрудничеству в лечебном процессе, повысились объемы самостоятельной работы в лечебном процессе, улучшение и стабилизация функциональной адаптации в социальной среде (осознание социальной ценности результатов операции) и возможности использования их для улучшения качества жизни. Динамический скрининг показателей нейрофизиологической зрелости выявил у 38 (42,6%) детей повышение зрелости на уровне аналитических операций коры головного мозга на 1-2 этапа, что иллюстрировано на графических тестах в процессе лечения. Таким образом, в целом по данным повторного тестирования отмечалась положительную динамику у пациентов ОГ по всем составляющим, высших психических функций. Значительно более высокая эффективность предложенного комплекса связана с тем, что он гармонично сочетается со всем традиционным санаторно-курортным лечением, учитывает состояние церебрального обеспечения всех функций ребенка и является комплексным, включая

действие физиотерапевтического метода и комплекса упражнений, игровых занятий, которые способствуют глубинной перестройки всех функциональных систем с развитием новых за счет активизации нейронального аппарата коры мозга и образований новых функциональных связей. Конечным результатом разработанного комплекса является повышение функциональных возможностей ребенка с расширением ее двигательной активности, развитием новых навыков, улучшением успеваемости в школе, более полноценной социальной адаптацией. Полученные данные свидетельствуют о необходимости комплексного подхода в создании новых направлений в реабилитации больных с церебральными параличами. Необходимо одновременное воздействие на все патологические синдромы как на уровне периферического нервно-мышечного аппарата и спинного мозга, так и на центральные структуры головного мозга, прежде всего, через развитие новых функциональных систем.

Выводы. Комплексная терапия с учетом выявленных источников функциональных очагов позволяют улучшить качество проводимого лечения данной группе больных, улучшить их социальную адаптацию. Циклический коррекционный подход в работе с семьей пациента на протяжении лечения, направлен на системное повышение уровня осознания родителями и семьей своего активного участия в обеспечении условий грамотной стимуляции всех доступных ресурсов ребенка на ключевых этапах реабилитации. Глубоко-осознанное сотрудничество родителей/сопровождающих влияет на уменьшение риска осложнений в послеоперационном периоде лечения, грамотном уходе за больным вне стен санатория, системной адаптации социально-бытовых условий в домашней обстановке для постоянной осознанной тренировки и функционального применения двигательных навыков на каждом следующем возрастном этапе.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С ДЦП

Голубова Т.Ф.¹, Пономаренко Ю.Н.², Шульга И.Н.², Османов Э.А.², Пономаренко Е.Н.², Власенко С.В.¹, Ларина Н.В.³

¹ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, Россия

²ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий» Минобороны России г. Евпатория, Россия

³ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, кафедра неврологии, нейрохирургии и неврологии 1-го медицинского факультета г. Симферополь, Россия

Актуальность. Ортопедические осложнения неврологического дефицита при детском церебральном параличе значительно усугубляют течение реабилитационного процесса, ухудшая прогнозы выздоровления.

Целью настоящего исследования стало изучение состояния тазобедренных суставов, динамика их развития у больных со спастическими формами детского церебрального паралича. Выработка тактики в лечении их нестабильности.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 67 больных с детским церебральным параличом, формами спастическая диплегия – 41 человек, 26 – формой двойная гемиплегия, в возрасте от 3 до 8 лет. В стандарт ортопедического

обследования при поступлении в санаторий входила ежегодная рентгенография тазобедренных суставов. Проведенные рентгенологические исследования тазобедренных суставов выявили пространственное нарушение ориентации компонентов суставов и патологические изменения индексов его стабильности (скошенность крыши вертлужной впадины, неполное покрытие головки бедра крышей вертлужной впадины). Всем больным на протяжении нескольких лет проводилось динамическое наблюдение за состоянием тазобедренных суставов. Следует отметить, что проведение вышеперечисленных обследований инициировалось неврологами, инструкторами лечебной гимнастики. Консервативное лечение врожденных патологических состояний тазобедренного сустава проводилось сразу же после их выявления специалистами, одновременно обучались родители. Лечебная гимнастика была направлена на устранение контрактур приводящих мышц бедер в виде ненасильственных движений в суставах в виде разведения бедер, их вращательными движениями при центрации головки во впадине, осуществлялась до 10 раз в сутки. Проводилось широкое пеленание, ношение стремян Павлика и др. Следует отметить, что ни у кого из данной группы вывихов не наблюдалось, однако полной стабилизации тазобедренных суставов не наступило. Что объясняется наличием грубой неврологической патологии. В связи с чем, в среднем к 3 годам у всех детей начали формироваться приводящие контрактуры в тазобедренных суставах. С целью снижения спастичности данной группы мышц был введен препарат токсин ботулизма типа «А». Нам необходимо было локально снять спастичность, на длительный срок, при этом не вызывая эффекта тотального расслабления. В среднем доза введения была не менее 100 ЕД на одну сторону, проводилась во все спастичные мышцы участвующие в формировании приведения, сгибания, внутренней ротации бедер. На фоне действия препарата ребенку продолжали проводиться комплексы санаторно - курортного лечения, лечебной гимнастики. Обязательным было постоянное ношение шины Виленского. Ходьба, стояние в брусках осуществлялись только в ортопедических кожно-металлических аппаратах с фиксацией на уровне тазобедренных и коленных суставов и креплением ортопедической обуви. В течение последних 3 лет нами изучена у 15 человек эффективность ношения аппаратов «СВОШ». Данные аппараты широко распространены во всем мире и входят в перечень бесплатно выдаваемых инвалидам. Не являясь громоздкими они удобны в обслуживании, одевании и постоянном ношении, при этом ребенок может в них сидеть, стоять, ходить, что невозможно выполнять при использовании аппаратов старой конструкции.

Результаты. У всех больных отмечена стабилизация тазобедренных суставов. Спастичность мышц после введения токсина ботулизма типа «А» снизилась до уровня 2-1 баллов, степень пареза ягодичных мышц достигла 4 баллов, что соответствует легкому. Следует отметить значительный прогресс в развитии детей: патологические тонические рефлексы не были выражены значительно и гасились сформированными установочными рефлексам. Все пациенты овладели возможностями самостоятельного стояния и ходьбы с опорой. У больных постоянно носивших аппараты конструкции «СВОШ» положительная динамика была достигнута в течение более быстрого времени, что объясняется удобством применения для родителей и, соответственно, их использованием без каких-либо перерывов.

Выводы. Таким образом, состояние тазобедренных суставов у больных детским церебральным параличом является одним из важных компонентов, формирующих развитие ребенка. Отсутствие постоянного динамического контроля со стороны всех специалистов, принимающих участие в реабилитации, приводит к развитию тяжелых ортопедических осложнений, значительно затрудняющих все лечение в целом, социальную адаптацию больного ребенка. Эффективное снижение патологической

спастичности определенных групп мышц с последующей специализированным ортезированием приводит к значительной положительной динамике, как со стороны тазобедренных суставов, так и в общем, двигательном развитии.

СВОЕВРЕМЕННАЯ АКТИВНАЯ ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП – ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЦЕЛОМ

Гросс Н.А., Беркутова И.Ю., Шарова Т.Л.

*ФГБУ ФНЦ ВНИИФК отдел физической культуры и социальной
адаптации детей-инвалидов г.Москва*

Актуальность. Вопрос начала вертикализации детей с ДЦП вызывает бурные дискуссии в среде специалистов. Но исследования последних лет все убедительнее доказывают необходимость своевременной вертикализации. Это утверждение позволяет шире внедрять в практику различные вертикализирующие тренажеры, устройства и системы.

Цель. Научно и практически доказать возможность своевременной вертикализации всех детей с ДЦП, независимо от двигательного уровня и тяжести сопутствующей патологии.

Материалы и методы. Процессы познания и освоения чего-либо начинаются с мотивации. Это в полной мере относится и к двигательным умениям и навыкам. Поэтому важно, чтобы ребенок с ДЦП захотел двигаться. Движение в целом должно доставлять радость, а не огорчение. Уже более 20 лет мы используем в реабилитации детей с ДЦП «Тренажер Гросса». Данная тренажерная система позволяет проводить активную вертикализацию, т.е. ребенок может самостоятельно двигаться в естественном для любого человека вертикальном положении: искать опору, пытаться удержать равновесие, пробовать ходить, прыгать и бегать, играть и заниматься на других тренажерах (беговая дрожка, эллипсный тренажер, степпер и др.). Задача специалиста - подобрать оптимальный режим разгрузки ОДА и дозировать возрастающую нагрузку. Занятия проводятся с детьми, начиная с одного года и старше. Оптимальный режим - 3 раза в неделю по 60 минут плюс активный двигательный режим дома и на прогулках.

Результаты. Положительная динамика разной степени выраженности в процессе занятий наблюдается у 100 % детей и характеризуется следующими показателями: увеличение адаптационного потенциала ребенка, повышение выносливости путем улучшения функциональных возможностей организма, формирование статокINETической устойчивости и опороспособности, формирование свода стопы, профилактика и коррекция контрактур и деформаций в суставах, устранение различных проблем с желудочно-кишечным трактом, снижение заболеваемости острыми респираторными заболеваниями, уменьшение или купирование эпилептических приступов, активизация речевой и познавательной деятельности, высокий положительный эмоциональный фон двигательной активности. Результаты исследований подтверждены многолетними данными ЧСС и АД, стабилотрии, миографии, подометрии, ЭКГ и ЭХОКГ, системы «Варикард».

Выводы. Технические характеристики и устройство «Тренажера Гросса» позволяют регулировать нагрузку на опорно-двигательный аппарат, постепенно нагружая суставы и мышцы, что позволяет избежать или свести к минимуму контрактуры и деформации в конечностях. Расширение двигательных возможностей, высокий уровень положительных эмоций дают возможность проводить занятия

регулярно и непрерывно в течение нескольких лет до достижения максимально возможного результата.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ДИНАМИКУ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Гросс Н.А., Гончарова Г.А. Беркутова И.Ю., Шарова Т.Л.

ФГБУ ФНЦ ВНИИФК лаборатория физической культуры и социальной адаптации детей-инвалидов, г.Москва

Актуальность. У детей с детским церебральным параличом (ДЦП) в различной степени нарушается функция двигательного аппарата, при гипокинезии снижается потребность организма в кислороде и выделение продуктов обмена, а следовательно, уменьшается нагрузка на аппарат кровообращения. Все это приводит к нарушению энергетических, структурных и регуляторных механизмов. Кроме того, когда ребенок большую часть времени находится в положении «лежа», происходит перераспределение крови в сосудах, снимается действие на сосуды гидростатического давления крови, что также ведет к детренированности сердца.

Цель. Изучение влияния физических нагрузок на динамику функционального состояния сердечно-сосудистой системы в произвольной регуляции движений у детей-инвалидов.

Материалы и методы. Проведен анализ данных реакции организма детей-инвалидов на физическую нагрузку в процессе выполнения физических упражнений при специально созданных условиях вертикального положения тела. Под наблюдением находился 101 ребенок в возрасте от 2 до 16 лет с детским церебральным параличом. Проведено 544 исследований до и после физических нагрузок. Известно, что при гиподинамии снижаются функциональные возможности сердца и его экономичность. Это проявляется в частности в неустойчивости артериального давления (АД). Для разработки вариантов тренировочных программ и рекомендации их в практику, проведен анализ изменения сердечно-сосудистой системы при выполнении различных физических упражнений. Все занимающиеся были разбиты на 4 группы: I гр. - дети с нормальным уровнем артериального давления (АД); II гр. - функциональная гипертензия – повышение АД под воздействием эмоциональных факторов и других внешних раздражителей; III гр. - лабильная гипертензия – более стойкое повышение АД, IV гр. - стойкое повышение АД.

Результаты. В состоянии покоя в 56,4% случаев АД находилось в пределах возрастной нормы. Почти у половины этих детей отмечалась тенденция к гипертензии и только в 8% случаев к гипотензии. Показано, что адаптация к физическим нагрузкам у детей III и IV групп значительно отличается от детей с нормальным уровнем АД (I гр.) и детей с неустойчивым повышением АД (II гр.). Выявлено благотворное воздействие занятий на всех детей и особенно на детей со стойким повышением АД (IV гр.).

Выводы. Определение функционального состояния сердечно-сосудистой системы позволило более эффективно подбирать методические приемы и упражнения в процессе занятий с детьми-инвалидами. Занятия физической культурой должны строго дозироваться и проводиться под постоянным наблюдением за состоянием сердечно-сосудистой системы. Определение типов реакции сердечно-сосудистой системы и ее изменения при физических нагрузках является существенным

показателем при разработке индивидуальных программ для детей с ДЦП. Основными показателями оценки нагрузочных тестов являются частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление, объем выполненной работы. Эти показатели позволяют определить безопасный уровень физической нагрузки, оценить динамику функциональных и резервных возможностей организма.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ СТРУКТУРНОЙ САРКОТУБУЛЯРНОЙ МИОПАТИИ

Давлицаров М.А.

*ГУЗ Тульская городская клиническая больница скорой медицинской
помощи им. Д.Я. Ваныкина, г. Тула*

Актуальность. Врожденные структурные миопатии - группа генетически детерминированных заболеваний с разными типами наследования и многообразием вариантов течения. Часто данная группа заболеваний плохо диагностируется, и большинство детей наблюдается с диагнозом атонически- астатической формы ДЦП или диспластическими кифо- сколиозами неизвестной этиологии. Истинная частота врожденных миопатий неизвестна.

Цель. Описать клинический случай врожденной структурной саркотубулярной миопатии.

Материалы и методы. На лечении в ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина находилась девочка Б. с диагнозом: Врожденная структурная саркотубулярная миопатия. Ребенок от 4 беременности, протекавшей с нефропатией и эклампсией, от 2 родов на 32 нед путем кесарева сечения. Вес при рождении 1400 г., рост 41 см. Переведена в ОПН с диагнозом: Перинатальное поражение ЦНС, синдром двигательных нарушений. ЗВУР по гипотрофическому типу. Ретинопатия недоношенных 2 степени. Развитие ребенка с задержкой становления двигательных функций (голову держит с 3 месяцев, сидит с 8 месяцев, ходит с 1 года 7 месяцев), фразовая речь с 3 лет. Со слов мамы, с раннего возраста отмечались напряжение и гипертрофия икроножных мышц. С началом самостоятельной ходьбы опора стоп на цыпочки. С 2-х лет наблюдалась неврологом по месту жительства с диагнозом – Синдром пирамидной недостаточности. В 3 года выставлен диагноз – Нижний спастический парализ. В 4 года в Московском НИИ педиатрии и детской хирургии на основании клинической картины выставлен диагноз - ДЦП, спастическая диплегия. При повторной госпитализации через 1 год на основании особенностей клинической картины заподозрено нервно-мышечное заболевание. Проведена игольчатая электромиография (признаки первично-мышечного поражения, изменения в большей степени выражены в дистальных отделах) и биохимический анализ крови (показатель КФК 283 Е/л), установлен диагноз: Врожденная структурная миопатия. Для подтверждения диагноза проведена диагностическая биопсия мышечной ткани. Благодаря морфологическим методам было подтверждено наличие у ребенка врожденной структурной саркотубулярной миопатии. При поступлении у девочки отмечена диффузная мышечная гипотония, снижение мышечной силы верхних и нижних конечностей до 3-4 баллов, симметричное оживление коленных рефлексов без изменения рефлексов со стороны рук, вальгусная постановка стоп с акцентом слева, затруднение ходьбы на пятках, контрактуры голеностопных суставов, избыточная наружная ротация в тазобедренных суставах, гипертрофия мышц голеней и бедер,

гиперлордоз в поясничном отделе позвоночника. Так же отмечено, что ребенок с трудом поднимается и спускается по лестнице.

Выводы. Данный клинический случай показывает трудности, которые возникают при дифференциальной диагностике последствий перинатального поражения ЦНС (часто встречается у недоношенных детей) и нервно-мышечного заболевания. Особенности течения заболевания позволили заподозрить миопатию, и только проведение комплекса дополнительных исследований позволило верифицировать диагноз.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕЙРОНАЛЬНОГО ЦЕРОИДНОГО ЛИПОФУСЦИНОЗА 2 ТИПА.

Давлицаров М.А.

*ГУЗ Тульская городская клиническая больница скорой медицинской
помощи им. Д.Я. Ваныкина, г. Тула*

Актуальность. Нейрональный цероидный липофусциноз 2 типа (НЦЛ) или болезнь Янского- Бильшовского - поздняя инфантильная форма восковидного липофусциноза нейронов, которая развивается на фоне дефицита лизосомного фермента трипептидил-пептидазы-1. Общемировая распространённость данного типа НЦЛ составляет 0,6-0,7 на миллион или 0,46 на 100,000 живых новорожденных.

Цель. Представить редкий клинический случай НЦЛ 2 типа.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением на базе ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина в феврале 2017 года находился ребенок Ж., 27.10.2006 г.р. Клинический диагноз: Нейрональный цероидный липофусциноз 2 тип. Осложнения: Миоклонус-эпилепсия, резистентная к терапии, спастический тетрапарез, умственная отсталость тяжелая. Девочка от 3 беременности, протекавшей с угрозой прерывания. Роды 2, оперативные. Вес при рождении 3490, рост 53 см. Оценка по Апгар 8-9 баллов. Из род. дома выписана на 7-е сутки домой. Раннее моторное развитие по возрасту. До 3 лет развивалась по возрасту. С 3 лет без видимой причины начался регресс ранее приобретенных моторных и речевых навыков. Наблюдалась неврологом по месту жительства – Синдром двигательных нарушений. Задержка психо- речевого развития. Регулярно получала курсы амбулаторного и стационарного лечения, однако у ребенка отмечался дальнейший регресс ранее приобретенных навыков. В 2013 году выставлен диагноз - Спастический тетрапарез. Задержка психо-речевого развития. В ноябре 2013 консультирована в РДКБ – Нейрональный цероидный липофусциноз 2 тип. Миоклонус-эпилепсия, резистентная к терапии, спастический тетрапарез, грубая задержка психо-речевого развития. Диагноз подтвержден генетически – частая мутация в гене TRP1, выявлена одна из 2-х частых мутаций у ребенка и мамы. С результатами обследования повторно осмотрена специалистами РДКБ для определения дальнейшей тактики ведения. Комиссионно рекомендовано проведение посиндромной терапии по месту жительства. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Положение пассивное. Подергивания глазных яблок. Постоянно сохраняющиеся судороги скелетной и лицевой мускулатуры. Контрактуры локтевых, коленных и голеностопных суставов. Приводящие контрактуры бедер. Мышечный гипертонус. Сухожильные рефлексы с рук и ног оживлены, D=S. Пирамидные знаки с рук и ног. Голову не удерживает, не переворачивается, не садится и не встает. Эквино-вальгусная деформация стоп. Речи нет. Изредка реагирует на голос мамы. Физиологические отправления не контролирует.

Выводы. Данный клинический случай показывает редкое генетическое заболевание, для которого в настоящее время не разработано эффективных методов лечения. Пациенту показано наблюдение специалистов (невролог, эпилептолог, педиатр) по месту жительства и симптоматическая терапия, включающая противосудорожные препараты, миорелаксанты, нейрометаболические и нейротрофические препараты.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС) В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Данилина К.К., Коровина Н.Ю.

*Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра, МГППУ, г.Москва
ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы*

Актуальность. С 2013 года по настоящее время в рамках комплексной диагностики РАС у детей в НПЦ ДП (7-ое психиатрическое отделение) в протокол психологического диагностического обследования включены социально-коммуникативный скрининговый опросник (SCQ) для количественного измерения симптомов характерных для этих расстройств, а также план диагностического обследования при аутизме - ADOS.

Материалы и методы. Методика SCQ применяется для обследования детей старше 4 лет, при условии, что их умственный возраст не менее 2 лет. Значения суммарного показателя SCQ 15 и выше считаются признаком возможных аутистических расстройств. Нами было обследовано 800 детей в возрасте от 4 до 14 лет с помощью варианта методики, который направлен на оценку аутистической симптоматики с учетом всей истории развития ребенка. Исследовались три области функционирования: «Взаимное социальное взаимодействие», «Общение» и «Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные паттерны поведения», которые сфокусированы на формах поведения, редко проявляющихся у лиц, не страдающих РАС. Бланк «В течение жизни» заполнялся родителем.

Результаты. По результатам обследования 800 детей с помощью опросника SCQ у 106 детей значения суммарного показателя SCQ оказались ниже 15. У 694 детей значения суммарного показателя SCQ были более 15, что указывает на возможное наличие риска РАС. По результатам опросника дальнейшее обследование клинического психолога и врача психиатра с помощью методики ADOS детей из группы повышенного риска, подтвердило наличие РАС у этих детей.

Выводы. Таким образом, SCQ является весьма информативным скрининговым опросником для выявления детей с риском РАС и рекомендуется к использованию в популяциях детей старше 4 лет с нарушениями развития. Методика ADOS является более сложным инструментом, требующим высокую квалификацию специалиста, и позволяет более детально оценить профиль нарушения у детей с РАС.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАЛКИОН-ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ НЕЙРО- МЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ПНМЗ)

Дегонская Е.В., Евтушенко И.С., Евтушенко Л.Ф., Шаймурзин М.Р., Евтушенко А.В.

*Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР
Республиканская детская клиническая больница МЗ ДНР*

Актуальность. ПНМЗ у детей являются актуальной проблемой современной детской неврологии и характеризуются различной степенью прогрессирования мышечной атрофии и осложнений в функционировании легких и сердца, что приводит к ранней инвалидизации больных.

Цель. Изучение эффективности использования синглетно-кислородной Валкион-терапии в реабилитации детей с ПНМЗ.

Материалы и методы. В настоящее время прогрессирование НМЗ объясняется нарушением процессов свободно-радикального окисления. В этой связи особое значение приобретает немедикаментозный метод – мембраностабилизирующая синглетно-кислородная терапия (С.К. Евтушенко 2007 г.) при помощи аппарата «Valkion» (Швеция). Преимуществами метода в детской практике являются: неинвазивность, отсутствие необходимости работы с открытым кислородом и отсутствие побочных действий. Поступающим в Центр больным с НМЗ обязательно проводится ЭНМГ с помощью компьютерного электромиографа, ЭКГ, ЭХОКГ, исследование функции внешнего дыхания с помощью аппарата. Под нашим наблюдением находилось 105 больных в возрасте от 3 до 15 лет с ПНМЗ. Кардиомиопатия была диагностирована в 79 случаях - 75,2% (мальчиков - 53 чел., девочек – 26 чел.). Из них с ПМД Дюшенна 24 чел., Говерса-Веландер – 4 чел., Давиденкова – 5 чел., Роттауфа-Мортье-Бейера – 2 чел., Эрба-Ротта – 4 чел., Беккера – 2 чел., Ландузи-Дежерина – 2 чел., Эмери – Дрейфуса – 5 чел., структурной миопатией – 7 чел., невральной амиотрофией Шарко-Мари-Тута – 12 чел., спинальной амиотрофией Кугельберга-Веландера – 3 чел., Верднига-Гоффмана – 9 чел. На ЭКГ фиксировалось: снижение вольтажа ЭКГ (37,3%), синусовая тахикардия - в 42,4%, синусовая брадикардия в 15%, укорочение АВ-проводимости у 29% больных, экстрасистолия у 12% больных, нарушение реполяризации желудочков – у 18,4%, увеличение электрической активности левого желудочка – у 9,8%, АВ-блокада I степени у 3,4%, эктопический ритм у 4,8%, снижение вольтажа и инверсия зубца Т – 6%. ЭХОКГ изменения выражались в гипокинезии левого желудочка, пролапсе митрального клапана I-II степени, выявлении аномально расположенных хорд, дополнительных трабекул левого желудочка, относительного увеличения полости левого желудочка. У 58 % больных выявлено снижение объема легочной вентиляции по рестриктивному типу (от 15% до 60%), у 12 % - по смешанному типу. Все дети с базисной терапией (карнитин, ипидакрин) получали курсы Валкион-терапии в течение 10-14 дней 1 раз в день в зависимости от возраста в течение 3-6 минут на процедуру с одновременным употреблением специально активированной воды в количестве от 50 до 150 мл (согласно протоколу).

Результаты. У детей с нейромышечными заболеваниями на фоне Валкион-терапии по данным ЭКГ отмечена положительная динамика – уменьшение тахикардии до 10%, увеличение вольтажа, уменьшение признаков перегрузки левого желудочка. У детей с патологией органов дыхания не отмечено случаев респираторных заболеваний (несмотря на холодный период года) и не было обострений бронхитов.

Выводы. Включение методик использования Валкион-терапии в комплекс лечения у больных с прогрессирующей нервно-мышечной патологией замедляет развитие кардио- и пневмопатий и повышает эффективность реабилитации.

МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БИОУПРАВЛЕНИЯ В КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП

Дмитриенко Т.Г., Конова О.М., Кузенкова Л.М., Столярова Н.Л.

*ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва,*

Актуальность. Улучшение функциональных возможностей верхних конечностей у детей с двигательными нарушениями является одной из наиболее важных проблем современной реабилитации, так как именно моторная функция рук во многом определяет качество жизни ребенка, его социальную и бытовую адаптацию.

Цель. Целью исследования являлась оценка эффективности метода функционального биоуправления (БОС терапии) в коррекции моторной функции верхних конечностей у детей со спастическими формами детского церебрального паралича.

Материалы и методы. Обследовано 47 детей в возрасте от 5 до 17 лет со спастическими формами ДЦП, с двигательными нарушениями со стороны верхних конечностей. Основными критериями исключения были: уровень развития двигательных возможностей верхних конечностей 4-5 по шкале MACS, грубые нарушения когнитивных функций. У всех пациентов комплексная реабилитация включала в себя ботулинотерапию, массаж, ЛФК. В основной группе (n=28) дополнительно проводились тренировки на основе биологической обратной связи, направленные на развитие мелких движений кистей рук. Игровая форма занятий позволяет легко заинтересовать ребенка и мотивировать его на получение высоких результатов. Курс лечения включал 10 процедур, длительность занятия составляла 20 минут.

Результаты. Положительная динамика у пациентов основной группы характеризовалась увеличением мышечной силы по данным кистевой динамометрии на $0,8 \pm 0,2$ кг; уменьшением выраженности тремора по данным треморометрии на $0,72 \pm 0,2$ касаний в секунду. Показатели кардинациометрии также улучшились в среднем на $0,8 \pm 0,23$ количество касаний в секунду, время касаний в секунду снизилось с $0,72 \pm 0,14$ до $0,36 \pm 0,17$. Динамика соответствующих показателей в группе сравнения (n=19) была менее выражена и недостоверна. По тесту Френчай: в основной группе улучшение функции руки на 1 бал отмечалось у 25% детей, в группе сравнения только у 10,5%.

Выводы. Таким образом, полученные данные о благоприятном влиянии на восстановление двигательных функций верхних конечностей, включая мелкую моторику кистей рук, метода функционального биоуправления позволяют рекомендовать данную технологию для включения в комплексную реабилитацию пациентов с ДЦП, начиная с 5-ти летнего возраста.

ДВАДЦАТИВОСЬМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИППОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

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

Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР

Актуальность. Инвалидность, связанная с поражением ЦНС у детей с церебральным параличом, составляет значительный удельный вес в структуре детской заболеваемости. Реабилитация подобных детей продолжает быть длительной и не всегда достаточной, в связи с чем требуется поиск новых эффективных методов лечения.

Цель. Для интенсификации реабилитационного процесса с 1988 года в Донецком клиническом Центре нейрореабилитации внедрен и модифицирован метод лечебного катания на лошадях (иппотерапия), как составная часть восстановительного лечения детей с церебральным параличом.

Материалы и методы. Центр располагает специально обученными лошадьми, конюшней и ипподромом. Занятия по иппотерапии проводят инструктора по лечебной верховой езде при участии детей и родителей пациентов под контролем врача. В центре разработана специальная программа по иппотерапии с учетом разных форм церебрального паралича и возраста больных. К занятиям не допускаются дети, имеющие противопоказания: тяжелая степень церебрального паралича, наличие судорожного синдрома, выраженная негативная реакция и т.д. Во время занятий больные обучаются навыкам верховой езды и выполняют специальные упражнения: дыхательные, статические, моторные и другие, тормозящие произвольные двигательные акты: вовлечение в работу у больных ранее неактивных мышц, перераспределение мышечного тонуса во время езды, что формирует новые условные и безусловные антигравитационные связи. Для интенсификации функциональной коррекции патологической позы и подавления тонических рефлексов, развития установочных рефлексов с 2012 года используется рефлекторно-нагрузочный костюм "Гравистат" ("Гравитон"). За фиксированный промежуток времени 476 детям с различными формами церебрального паралича, прошедшим по три двухнедельных курса иппотерапии в год и параллельно проведено клиническое мониторирование.

Результаты. У 92,4 % больных всех форм (440 человек) улучшились статодинамические показатели, а у 89,9 % больных (428 человек) отмечена гармонизация мышечного тонуса. Отмечено уменьшение выраженности проявлений атаксии у 30 человек (41%) из 37 человек с атонически-астатической формой, а у 39 пациентов отмечено уменьшение выраженности гиперкинетического синдрома (61,9%) из 63 больных с гиперкинетической и смешанной (спастико-гиперкинетической) формами церебрального паралича. У всех пролеченных детей отмечено позитивное влияние иппотерапии на их психо-эмоциональный фон, улучшалось восприятие получаемых ими в центре процедур.

Выводы. Позитивное влияние метода иппотерапии в длительной комплексной реабилитации детей с церебральным параличом в виде улучшения у них статических, моторных, психо-эмоциональных показателей с потенцированием лечебного эффекта от применения других процедур является обоснованным.

ТРАДИЦИОННЫЕ И НЕТРАДИЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НИЖНИМ ПАРАПАРЕЗОМ И НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РАНЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Евтушенко И.А., Вовченко И.В., Евтушенко О.С., Фомичева Е.М.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР

Актуальность. Несмотря на новые реабилитационные технологии, восстановление утраченных двигательных и выделительных функций у детей перенесших взрыво-оскольчатые ранения остается актуальной.

Материалы и методы. У 8 детей (3 девочки, 5 мальчиков) в возрасте от 6 до 14 лет, перенесших взрывную травму, ушиб спинного мозга и операцию по удалению осколков и костных отломков в спинальном отделе позвоночника, в период 2014-2016 гг. после острого периода развилась различной степени выраженности нижняя вялая параплегия с отсутствием позывов к мочеиспусканию и дефекации. По разработанной в Центре методике, включающей электропунктуру – БАТ - I1, T1 с подключением иглы постоянного тока и БАТ на меридианах, проходящих "внутренним ходом" через спинной и головной мозг (Т; I; V; R); параллельно осуществлялось стимуляционное воздействие электрическим током на паретичные мышцы при помощи аппарата "Миотон". Сочетанно вводился нейромидин по 0,2 мл паравертебрально и в дистальные точки каналов V, R, E, RP. Пяти детям с отсутствием позывов к дефекации проводилась специальное ректальное введение жидкости с подсоединением к пластиковому шлангу и мягким наконечником до ощущения наполнения и опорожнения. Назначался специальный точечный массаж и ЛФК. Курсы проводились в течение двух лет с перерывом в 3-4 месяца.

Результаты. У всех наблюдаемых больных увеличился объем движений, появился тонус мышц, возвратилась чувствительность в аногенитальной зоне и стопах, установились позывы к мочеиспусканию и дефекации.

Выводы. Разработанная технология реабилитации (в рамках традиционных и нетрадиционных методов лечения) последствий перенесенных ранений позвоночника с ушибом спинного мозга и нарушением функции тазовых органов у детей – является достаточно эффективной.

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И АУТИКОПОДОБНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ, КАК ПРОЯВЛЕНИЯ "НАСИЛЬСТВЕННОЙ НОРМАЛИЗАЦИИ ЭЭГ" - СИНДРОМ ЛАНДОЛЬТА

Евтушенко С.К., Гагара Д.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г.Донецк, ДНР

Актуальность. "Насильственная нормализация ЭЭГ" (синдром Ландольта) представляет собой особую разновидность расстройств поведения при разрушительных формах эпилепсии у детей. Основные симптомы феномена Ландольта (СДВР или аутикоподобные расстройства) труднокурабельны и развиваются на фоне исчезновения эпилептических приступов при нормальной ЭЭГ.

Цель. Своевременная диагностика поведенческих расстройств у детей с синдромом "насильственной нормализации ЭЭГ", обусловленной злокачественно-текущими формами эпилепсии.

Материал и методы. 12 детей в возрасте от 6 до 12 лет (5 девочек, 7 мальчиков) со злокачественно текущей и труднокурабельной формой симптоматической эпилепсии (обусловленной фокально корковой дисплазией – 3 чел., агенезией мозолистого тела – 2 чел., склерозом гипокампа – 2 чел., гипоксически-ишемическими очагами субкортикальной локализации – 5 чел.). Проводилось тщательное клиническое и параклиническое обследование (МРТ, ЭЭГ мониторинг, медико-генетический центр), определялся уровень концентрации ПЭП. У наблюдаемых больных на фоне приема ПЭП возникли выраженные психомоторные и аутикоподобные расстройства с дефицитом внимания и расторможенностью (длительностью от 2х недель до 1 месяца), при отсутствии клинических эпилептических приступов и нормальной ЭЭГ. Детям без отмены АЭП рекомендовались: полиметилсилоксана полигидрат, аминофенилмасляная кислота, антитела к мозгоспецифическому белку S-100, пиридостигмина бромид. Параллельно назначался курс фолиевой кислоты, как антагониста дофамин-эргической активности. Во время эпизода "насильственной нормализации" на ЭЭГ отмечено увеличение низкоамплитудного (до 20 мкВ) высокочастотного бета-ритма и преобладание тета- и дельта-волн. Картина поведенческих расстройств нормализовалась в промежутке от 7 дней до 1 месяца с последующим продолжением приема антиконвульсантов (включая вальпроовую кислоту).

Результаты. Идентифицирован клинко-электрографический синдром Ландольта у детей с труднокурабельными формами эпилепсии и возникновением поведенческих расстройств, обусловленных "насильственной нормализацией ЭЭГ". Разработаны рекомендации по лечению выявленного феномена.

Выводы. При труднокурабельных и разрушительных формах эпилепсии у детей во время приема одновременно различных ПЭП могут возникать временные поведенческие расстройства на фоне нормализации ЭЭГ, трактуемые как синдром Ландольта, требующие транквилизирующей терапии.

ДЛИТЕЛЬНАЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕВРОПАТИЯ ЛОКТЕВОГО НЕРВА С ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ У ЮНОШИ 17 ЛЕТ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА И СТОЙКИЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ ОТ ПРОВЕДЕННОГО НЕВРОЛИЗИСА

Евтушенко И.А., Коровка С.Я., Евтушенко С.К., Кардаш А.М., Шаймурзин М.Р.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Длительная некурабельная с выраженным болевым синдромом посттравматическая невропатия локтевого нерва у юноши 17 лет с болезнью Вильсона-Коновалова (БВК).

Цель. Альтернативное нейрохирургическое вмешательство у юноши с БВК и посттравматической компрессионно-ишемической невропатией локтевого нерва.

Материал и методы. Достоверный диагноз БВК с наличием гиперкинетически-дистонического синдрома (как проявление цирроза печени и гиперспленизма) поставлен в 13 лет, и подтвержден исследованием в крови уровня меди, церулоплазмينا, наличие кольца Кайзера-Флешнера, консультацией в медицинской академии им. И.М. Сеченова. С начала болезни постоянно получает пеницилламин. Два

года назад при падении произошел перелом локтевого сустава. После иммобилизации появились интенсивные боли в области локтя с иррадиацией в кисть. Длительно амбулаторно, безуспешно применялись различные обезболивающие средства, включая ганглиоблокаторы. По данным ЭНМГ выявлены признаки аксонопатического поражения левого локтевого нерва в виде снижения амплитуды М-ответа и потенциала сенсорного ответа - 0,31 мВ и 0,09 мкВ и наличие выраженного туннельного синдрома в области кубитального канала. После КТ локтевого сустава выполнена операция – невролизис локтевого нерва. Рассечены спайки, сформирован канал локтевого нерва. Боли в локтевом суставе регрессировали. На фоне постоянного приема пенициллина больной получал курс ипидакрина, трифосаденина, Пиридоксин+ Тиамин+ Цианокобаламин+ Лидокаин. Функция руки восстановилась.

Результаты. Полный регресс болевого синдрома, обусловленного туннельной невропатией локтевого нерва, и восстановление функции руки после травмы локтевого сустава у юноши с болезнью Вильсона-Коновалова. В результате оперативного лечения по данным ЭМГ-мониторинга отмечена элевация параметров в сравнении с исходными: М-ответ – 1,2 мВ (в 3 раза), сенсорный ответ – 0,5 мкВ (в 5 раз).

Выводы. При длительно текущей и труднокурабельной болезни Вильсона-Коновалова, которая ограничивает функцию движения возможны падения, включая переломы суставов и трубчатых костей с возникновением туннельных (невропатий). Консервативная терапия малоэффективна. Показано оперативное вмешательство поврежденного нерва (невролизис).

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

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

Республиканский клинический центр нейрореабилитации ДНР, г. Донецк

Актуальность. Существующая практика отбора больных на восстановительное лечение, согласно общепринятым показаниям и противопоказаниям, исключает значительную группу пациентов из реабилитационного процесса. Это касается больных с тяжелым двигательным дефицитом и сопутствующим судорожным синдромом, с нервно-мышечными заболеваниями (НМЗ) и детей, перенесших вегетативное состояние (ВС).

Цель. Разработать и предложить новые формы реабилитации труднокурабельной группы детей.

Материалы и методы. В последние 20 лет в центре разработаны собственные и внедрены зарубежные оригинальные методики лечения: использование эмульгированной диеты в лечении детей с эпилептическим синдромом и “когнитивной” диеты в терапии детей с психоречевой задержкой; успешно применяется методика лечения больных с последствиями вегетативного состояния (авторы Евтушенко С.К. и Омеляненко А.А.) и методика долговременной реабилитации детей с НМЗ. Проводится диагностика и подбор адекватной антиконвульсанной терапии детям с церебральными параличами (ЦП) и сопутствующим судорожным синдромом, что позволяет осуществлять их комплексную реабилитацию. Пролечены пациенты в возрасте от 2х до 17 лет, перенесшие ВС (с последствиями энцефалитов, инсультов, тяжелых черепно-мозговых травм и утопления). Реабилитация пациентов, перенесших критическое состояние начинается с постоянной сенсорной стимуляции, раннего

формирования вертикальной позы с использованием ортопедических укладок. Краниопунктура на фоне внутримышечного введения вазоактивных препаратов дает эффект углубления сознания и формирования предвестников речи. Использование в процессе реабилитации медикаментозных средств (полипептиды коры головного мозга скота, комплекс - Инозина+Никотинамида+Рибофлавина+Янтарной кислоты) вызывает положительную динамику в неврологическом статусе пациентов. Тактика длительного восстановительного лечения больных с НМЗ (первичные мышечные дистрофии: Дюшенна, Беккера, Эрба-Ротта, Эмери-Дрейфуса, Ландузи-Дежерина, врожденная миопатия Фукуяма) включает применение медикаментозных (левокарнитин, убидекаренон, цитруллин малат, триметазидин, фосфокреатин) и немедикаментозных средств (ортезное обеспечение, массаж интактных групп мышц, лечебная физкультура с элементами дыхательной гимнастики, синглетно-кислородная терапия).

Результаты. У всех пациентов с последствиями ВС положительная динамика отмечалась уже после 1-го курса реабилитации, что выразилось в увеличении концентрации внимания, улучшения эмоционального фона, появлении мимических реакций и предвестников речи, снижения спастичности мышц паретичных конечностей и возобновления двигательных навыков. Эффективность реабилитации больных с НМЗ проявилась в замедлении прогрессирования патологического процесса, адаптации к имеющемуся неврологическому дефициту, повышении толерантности к физическим нагрузкам за счет коррекции дыхательных и кардиальных нарушений. Многочисленная группа детей с ЦП и сопутствующим судорожным синдромом на фоне приема адекватных доз антиконвульсантов положительно отреагировала на комплексное лечение с использованием всех разновидностей реабилитационного воздействия.

Выводы. Таким образом, разработанные методики реабилитации позволяют добиться регресса патологической неврологической симптоматики у труднокурабельной группы детей, улучшить прогноз заболевания и стабилизировать состояние больных.

КЛИНИЧЕСКИ ИЗОЛИРОВАННЫЕ СИНДРОМЫ В ДЕБЮТЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ

Евтушенко С.К., Москаленко М.А., Савченко Е.А.

*Республиканский центр демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний
у детей Донецк, ДНР*

Актуальность. Ежегодно заболеваемость рассеянным склерозом (РС) у детей возрастает, а с ней существенно увеличивается процент труднокурабельных больных, что диктует необходимость проводить достоверную диагностику и лечение данного заболевания современными средствами.

Материалы и методы. 81 ребенок в возрасте от 10 до 8 лет (48 девочек, 33 мальчика) с дебютом достоверного РС (критерии W.J. McDonald 2005г., 2010г.). Проведено углубленное клиническое и параклиническое обследование, включая исследование крови и ликвора, МРТ головного и спинного мозга с магневистом в динамике. По степени тяжести по шкале Куртцке (EDSS) было выделено три группы пациентов: I – до 2 баллов – 33 ребенка (40,7%); II – от 2,5 до 3,5 баллов – 40 детей (49,4%); III – более 4,0 баллов – 8 детей (9,9%). Жалобы при моносимптомном дебюте: онемение в конечностях – 14 детей (29,2%), снижение зрения – 15 (31,3%), слабость в

конечностях – 7 (14,6%), глазодвигательные нарушения с диплопией – 5 (10,4%), атаксия – 2 (4,2 %), асимметрия лица – 2, головная боль – 1 (2,1%), затруднение мочеиспускания – 1, снижение слуха – 1 пациент. При полисимптомном дебюте РС у многих детей была атаксия в сочетании с другими неврологическими нарушениями: парезами конечностей различной степени тяжести, сенситивными расстройствами, ретробульбарным невритом, глазодвигательными нарушениями, дизартрией, тазовыми и когнитивными расстройствами. В неврологическом статусе отмечался задний межъядерный офтальмопарез – у 68 детей (83,9%), горизонтальный нистагм – у 61 (75,3%), повышенные сухожильные рефлексy – у 81 (100%), кистевые рефлексy – у 31 (38,3%), симптом Членова-МакКарти – у 21 (25,9%), положительные пробы Барре – у 44 (54,3%), снижение вибрационной чувствительности – у 59 (72,8%).

Результаты. В I группе при МРТ очаги демиелинизации были выявлены у всех пациентов: множественные у 31 ребенка (93,3%), единичный очаг – у 2 детей (6,1%). Во II группе множественные очаги демиелинизации были выявлены у 82,5% детей, единичный очаг у 7,5%, у 10 % детей очагов демиелинизации не было. В III наиболее тяжелой группе больных очаги демиелинизации были выявлены у всех пациентов: множественные у 87,5% детей, единичный очаг у 1 ребенка (12,5%).

Выводы. Моносимптомный дебют РС у детей наблюдается у 59,3%, полисимптомный – у 40,7% соответственно. Выявляется достоверная диссоциация между первичным клиническим проявлением РС и картиной МРТ. Несмотря на преобладание неврологических расстройств легкой и средней степени тяжести у 87,7% диагностируются множественные очаги демиелинизации преимущественно в головном и в меньшей степени в спинном мозге, что требует своевременного назначения пульс-терапии, плазмафереза, с последующим быстрым переходом к иммуномодулирующей терапии (интерферон бета-1а, интерферон бета-1b, натализумаб, глатирамера ацетат).

О НОВЫХ ФАКТОРАХ В ЭТИОЛОГИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ

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

Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР

Актуальность. В этиологии и патогенезе ДЦП играют роль ряд факторов особенно в пре- и интранатальном периодах, включая иммуногенетическую предрасположенность (О.С. Евтушенко 1998). При этом последствия такого воздействия зависят не столько от природы вредного фактора, сколько от периода внутриутробного развития, совпадающего с определенным «критическим» этапом, влияющим на дизэмбриогенез, который и формирует патологию ЦНС.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 134 ребенка (мальчиков - 80, девочек - 54) в возрасте от 1 года до 10 лет с различными формами ДЦП. Двигательные нарушения соответствовали III–IV уровню GMFCS. Дети были разделены на три группы: 1-я группа - двойная гемиплегия 65 человек (48,5%), 2-я группа - спастическая диплегия 48 человек (35,8%), 3-я группа гемипаретическая форма 21 человек (15,6%). Задержка психо-рече-моторного развития различной степени тяжести отмечалась во всех 3-х группах.

Результаты. У 73% был отягощен пре- и перинатальный анамнез: малый срок гестации, длительное бесплодие у матери, угроза выкидыша во время беременности, нарушение фетоплацентарного кровотока, родовая травма, реанимационные мероприятия после рождения, предыдущие замершие беременности и

мертворожденные, привычное невынашивание беременности, антифосфолипидный синдром у матери (АФС), внутриутробная TORCH-инфекция, другие факторы. В целях уточнения наличия структурных изменений головного мозга у детей, проводилось МРТ головного мозга, которое выявило: в 1й группе – венрикуломегалию у 38%, кистозную дегенерацию у 55%; микроцефалию у 9%, фокальную корковую дисплазию у 4,6%, агенезию мозолистого тела у 6%, полимикрогирию у 7,6%. Полимикрогирия у 5 детей сочеталась с синдромом Денди-Уокера, у 7 с синдромом Арнольда-Киари. Во 2-й группе детей с преимущественно спастической диплегией обнаружена перивентрикулярная лейкомаляция, как следствие гипоксически-травматически-ишемического поражения ЦНС у 34 чел. (70%), в сочетании с венрикуломегалией у 10 человек (20%). У детей 3-й группы - 12 детей (57%) выявлена порэнцефалическая киста, агенезия мозолистого тела — 2 чел. (9,5%) и фокальные корковые дисплазии у 2-х человек (9,5%). В то же время, у 16 человек преимущественно с диплегической формой ДЦП на МРТ изменений головного мозга не выявлено! Проводилась дифференциальная диагностика с параплегией Штрюмпеля. При проведении иммуногенетического скрининга (HLA-антигены) у детей с ЦП обнаружено семь ведущих антигенов: A11, B5, B7, B12, B18, B22, B40, из них антигены B5, B7, B12 имели положительную ассоциацию, а антигены A11, B18, B22, B40 имели отрицательную ассоциацию с популяцией особенно тяжелых больных детей.

Выводы. Выявление пороков развития головного мозга у детей с церебральным параличом в сочетании с положительной ассоциацией антигенов позволяет определить прогноз дальнейшего развития ребенка, определить его реабилитационный потенциал и назначить поэтапную комплексную терапию, включающую медикаментозные и немедикаментозные средства.

ДОЛГОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ (НПАМ) ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р., Евтушенко И.С.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР

Актуальность. Поздняя диагностика и неадекватная тактика лечения, приводят к осложнениям и тяжелой инвалидизации наследственных прогрессирующих нейромышечных заболеваний.

Материал и методы. Базисный клинко-диагностический паттерн включал в себя клинко-синдромологический, молекулярно-генетический, функциональный, визуализирующий методы. У 348 детей (182 мальчика, 166 девочек) с наследственные нейромышечные заболевания, из них: 152 (43,7%) ребенка с ПМД, включая ПМД Дюшенна/Беккера – 62 ребенка, конечностно поясные МД (Эрба-Ротта) – 26, ПМД Эмери-Дрейфуса/Роттауфа-Мартье-Бейера – 15, МЭВ (Muscle-Eye-Brain Disease) – синдром – 13, врожденные структурные миопатии (мерозин-негативные, немалиновые, миопатии с множественным артрогриппозом, недифференцированные формы) – 10, врожденная миодистрофия Фукуяма – 8, ПМД – Бетлема – 5, дистальная МД – 4, Ландузи-Дежерина – 3, скапулоперонеальная миодистрофия Давиденкова – 2, окулофарингеальная МД Грефе – 2, мышечная дистрофия Ульриха – 2; 89 (25,6%) детей с наследственными мотосенорными полиневропатиями (1А, 1В, 2А, 3 тип), 107 (30,7 %) детей со спинальными амиотрофиями (СМА), в том числе СМА 1 (Верднига-Гоффмана), 2 (Дубовитца), 3 (Кугельберга-Веландер), 4, дистальная,

скапулоперонеальная. Кратность прохождения курсов реабилитации в Центре 1-2 раза в год, из них 16% детей поступали на лечение - 5-8 раз, 33% - 9 - 12 раз, 37% - 13-16 раз, 14% - 17-20 раз. Терапия НМЗ базировалась на непрерывном, комплексном лечении с учетом степени тяжести, стадии и сопутствующей соматической патологии: 1) лекарственные средства, сопряженные с митохондриальным обменом: убихинон, левокарнитин, цитруллин малат; 2) при дистрофинопатиях назначался преднизолон; 3) при кардиомиопатиях рекомендовался триметазидин, мельдоний и при дилатационных кардиомиопатиях – фосфокреатин в/в, парентерально комплекс метаболитических активных веществ, включая трифосфаденин, кокарбоксилазу и никотинамид в сочетании с синглетно-кислородной терапией; 4) при сопутствующей костно-суставной патологии - механизированная мануальная кровать, по показаниям – тендомиопластика, ортезное сопровождение; 5) для коррекции остеопении/остеопороза применялись препараты кальция и витамин Д3, по показаниям бисфосфонаты; 6) иммуномодуляция; 7) на ранних стадиях миелинопатии назначался пиридоксин+тиамин+цианкобаламин, при утяжелении миелинопатии - рекомендовали терапию, направленные на синтез сфингомиелина (парентерально вводились полипептиды коры головного мозга скота); 8) на ранних стадиях аксонопатий по данным электронейромиографии назначался ипидакрин, при усилении аксональной дегенерации - цитиколины в сочетании с тиоктовой кислотой; 9) при выявлении прогрессии нейропатии по данным ЭМГ мониторинга рекомендовался холина глицерофосфат в сочетании с метаболитической терапией воздействующей на митохондрии.

Результаты. Данные многолетнего динамического клинико-неврологического и нейрофизиологического мониторинга показали стабилизацию патологического процесса у 301 ребенка (80,5 %), с замедлением прогрессирования заболевания у 70 (19,5 %).

Выводы. Многоуровневый подход терапии к НМЗ, основанный на ранней диагностике с достоверной идентификацией возрастных двигательных паттернов при активном многолетнем наблюдении позволяет достаточно замедлить развитие осложнений и тяжелой инвалидизации.

ПЯТИЛЕТНИЙ КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ТУННЕЛЬНОЙ НЕВРОПАТИИ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОДКОЛЕННОГО КОСТНОГО ЭКЗОСТОЗА У ДЕВОЧКИ С ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЭРЕНФРИДА

Евтушенко И.А., Шаймурзин М.Р., Коровка С.Я., Евтушенко С.К., Кардаш А.М.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Костно- хрящевые экзостозы, обусловленные распространенным хондриоматозом (болезнь Эренфрида), сопряжены с возможностью возникновения прогрессирующих компрессионно-ишемических невропатий периферических нервов.

Цель. Идентификация ранних неврологических и электромиографических (ЭМГ) проявлений болезни Эренфрида с детерминацией лечебной тактики (включая хирургические вмешательства), направленная на предупреждение и терапию туннельных невропатий.

Материал и методы. Клинико- неврологическое обследование и ЭМГ-мониторинг у девочки с верифицированной компрессионно-ишемической невропатией малоберцового нерва, обусловленной распространенным остеохондроматозом.

Результаты. Заболевание дебютировало у девочки в возрасте 10 лет в виде развившегося ступня правой стопы и болевого синдрома. На основании клинических данных и генетического обследования диагностирован остеохондроматоз сустава, как проявление болезни Эренфрида. Амбулаторно и стационарно длительно проводилась различная медикаментозная и немедикаментозная терапия по поводу невропатии малоберцового нерва, не приносящая эффекта. По данным ЭМГ: снижение амплитуды моторного ответа на 96 %. Больной проведена операция – невролизис малоберцового нерва и удаление экзостоза головки малоберцовой кости. В последующем проводилось курсовое физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, миотон, массаж, аккупунктура, ношение специального приспособления с "возвратом" стопы во время ходьбы), курсы медикаментозной терапии (ипидакрин, Пиридоксин+ Тиамин+ Цианокобаламин+ Лидокаин, полипептиды коры головного мозга скота, проведено 2 курса гликозаминогликан- пептидного комплекса). Для более объективной оценки каждые 3 месяца в течение 5 лет выполнялась ЭМГ, оценивалось интервальное изменение параметров, которые сопоставлялись с данными клинко-неврологического статуса. На основании 5-летнего ЭМГ-мониторинга выявлена положительная динамика амплитуды моторного ответа в сравнении с исходными ЭНМГ-данными, коррелировавшее с клиническими данными в виде полного восстановления функции ходьбы.

Выводы. Множественный остеохондроматоз (болезнь Эренфрида) относится к орфанным заболеваниям. При наличии экзостозов коленных или других суставов, при возникновении туннельных компрессионно-ишемических невропатий, под контролем ЭМГ и при отсутствии медикаментозного эффекта от лечения, показан невролизис ишемизированного нерва, в частности – малоберцового.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Евтушенко О.С., Яновская Н.В., Евтушенко С.К., Сохань Д.А., Шаймурзин М.Р.,
Фомичева Е.М., Кутякова Е.И., Сажнева И.А., Вовченко И.В., Евдущенко Т.Г.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР

Актуальность. Заболевания нервной системы у детей– главная причина инвалидности и ведущее место в ней занимает церебральный паралич.

Цель. Применение разработанных индивидуальных методик интенсивной и многокурсовой реабилитации детей с органическими заболеваниями ЦНС (основанных на выявлении этиологических факторов, ведущего неврологического дефицита и индивидуального реабилитационного профиля ребенка).

Материалы и методы. Центр располагает специальным коечным фондом: функционируют палаты для детей с ЦП, перенесших апаллический синдром вследствие тяжелого повреждения головного мозга (травмы, энцефалита), с нервно-мышечной патологией, нарушением выделительных функций (С.К. Евтушенко 2007 г.) и другими различными заболеваниями нервной системы. Реабилитация проводится по разработанным индивидуальным курсовым программам, в которые входят: массаж сегментарный и точечный, различные виды лечебной физкультуры, стретч-гимнастики, применяется ИРТ (краниопунктура, лазеропунктура, мезотерапия), магнито-квантовая терапия, гидромассаж, мануальная кровать, мануальная терапия (по О.С. Евтушенко,

2007 г.), вакуумный массаж с использованием «Вакотрона», электроимпульсная терапия, динамическая проприоцептивная коррекция с помощью ЛК «Гравистат». Медикаментозное лечение проводится по синдромологическому принципу. При наличии задержки психо-речевого развития, применяются методики с использованием краниопунктуры, синглетно-кислородной терапии, специальных стимуляционных речевых методик, логопедических и педагогических методик на фоне медикаментозной нейротрофической терапии. После курса реабилитации для каждого ребенка разрабатывается индивидуальная программа медикаментозной терапии для потенцирования достигнутого успеха в домашних условиях. Для детей с сохранным интеллектом и наличием тяжелых двигательных расстройств функционирует специальная программа, стимулирующая интеллектуальное развитие ребенка, что дает возможность в дальнейшем поступление пациентов в учебные заведения различного уровня.

Выводы. В результате применения методики индивидуального подхода в лечении детей с различными органическими заболеваниями у 83 % детей отмечается стабильное улучшение, у 9% - непродолжительное улучшение, у 8% больных в виду грубого неврологического дефицита существенной динамики в моторном развитии добиться не удалось, но использование специальных методик, способствующих интеллектуальному развитию ребенка, позволило улучшить их социальную адаптацию.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Ёдгарова У.Г., Максудова Х.Н.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

Актуальность. Инсульт является основной причиной впервые выявленной эпилепсии в возрасте старше 65 лет, на него приходится 50-75% случаев эпилепсии, когда причина заболевания может быть установлена. Постинсультная эпилепсия обычно развивается в течение 3-12 месяцев после события; в первый год после инсульта риск развития судорожного приступа увеличивается в 20 раз, но приступ может случиться и спустя много лет. Диагностический подход к пожилым пациентам с впервые выявленным эпилептическим приступом должен включать всестороннюю оценку цереброваскулярных факторов риска.

Цель. Выявить и оценить основные факторы риска развития эпилепсии на фоне перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с последующей оптимизации прогноза при постинсультной эпилепсии.

Материалы и методы. Исследованы 20 пациентов с постинсультной эпилепсией, средней возраст 60-69 лет. Всем больным проведены клинико-неврологические и инструментальные исследования (ЭЭГ и МРТ головного мозга).

Результаты. В группе больных из 20 человек, перенесших инсульт, в 14 случаях (70%) он носил ишемический характер, в 6 (30,0%) – геморрагический. У 6 (30%) больных в дальнейшем развилась эпилепсия с легким течением, у 3 (15%) – со среднетяжелым, у 11 (55%) – с тяжелым. Левосторонняя локализация инсульта была у 10 больных (50%), правосторонняя – у 6(30,0%), двусторонняя – у 4 (20%) пациентов. Отмечено более тяжелое течение ПИЭ при левосторонней локализации инсульта: у 36,4% больных с левополушарной локализацией по сравнению с 16,7% с правополушарной. Время дебюта первого эпилептического припадка –у 12(60%)

пациентов приступ развился в течение первого года после перенесенного инсульта и 8(40%) в течение второго года. По данным ЭЭГ постинсультной эпилепсии выявлены следующие особенности: высокоамплитудная гиперсинхронизация основных корковых ритмов периодическое региональное замедление в височных и лобных областях, значительная межполушарная асимметрия и латерализованная эпилептиформная активность в проекции очага постинсультного размягчения. В 75% (15 пациентов) отмечено совпадение локализации очага постинсультных и очаговой эпилептиформной активности на ЭЭГ. У больных перенёсших ишемический инсульт, симптоматическая эпилепсия достоверно чаще развивалась после кардиоэмболии, в бассейнах СМА, преобладали очаги постинсультных рубцовых очагов корковой и корково-подкорковой локализации. У больных перенёсших геморрагический инсульт было отмечено постинсультная эпилепсия достоверно чаще развивалась после паренхиматозно-субарахноидальных кровоизлияний средних размеров, локализующихся в кортикальных отделах головного мозга.

Выводы. 1.Постинсультная эпилепсия достоверно чаще возникает у больных перенесших ишемический инсульт и чаще корковой локализации. 2.Межполушарная асимметрия и латерализованная эпилептиформная активность в проекции очага постинсультного размягчения являются нейрофизиологической особенностью постинсультной эпилепсии.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Жигорева М.В.

МПГУ, кафедра инклюзивного образования и сурдопедагогики, г. Москва

Актуальность. В настоящее время повышенное внимание к категории детей с тяжелыми множественными нарушениями развития объясняется возрастающим их количеством, а также вступлением в 2016 году Федерального Государственного Образовательного Стандарта (ФГОС) общего начального образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). В этом документе закреплены права детей с тяжелыми нарушениями развития, которые ранее не были представлены в образовательном пространстве на получение доступного образования в соответствии с их особыми образовательными потребностями. Труднейшую медико-психолого- педагогическую проблему представляет тяжелое множественное нарушение, образуемое сочетаниями недостатков слуха и детского церебрального паралича (ДЦП). Контингент детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата крайне неоднороден, как в клиническом, так и в психологическом отношении. По данным физиологов, все органы чувств, несмотря на особую индивидуальность реагирования их на внешние раздражители, передают информацию в нервную систему по универсальному коду, что создает условия для деятельности анализаторов как единой функциональной системы (И.М. Сеченов, И.П.Павлов). Деятельность одного анализатора всегда соотносится с деятельностью других анализаторов. Слуховой, двигательно-кинестетический анализаторы являются важнейшими органами связи между всеми анализаторами внешней и внутренней среды. При одновременном поражении двигательного и слухового анализаторов у детей крайне ограничена предметно-практическая деятельность, недостаточно сформирована моторная координация, беден практический опыт, слабо развита ориентировка в окружающем

пространстве, особо ярко проявляется недоразвитие речи. Потеря слуха с одновременным поражением двигательной системы создает более сложные условия для развития двигательной чувствительности. У них выявляются различные поражения двигательных возможностей рук, от выраженных нарушений до мелкой моторной неловкости, проявляющейся в тонких движениях пальцев. Все это сказывается на овладении дактилологией, которая требует точных дифференцированных движений. С трудом развивающаяся моторика рук может отразиться на формировании письма, требующего крепкого удержания приборов письма, выполнения различных двигательных актов при написании букв, слов, соблюдения строчной линии и т.д. Особые трудности возникают в овладении устной речью. В связи с ограниченной подвижностью мышц языка, губ, возникающими насильственными движениями в дыхательной и артикуляционной мускулатуре (в мышцах языка, лица) у детей часто нарушается звукопроизношение, в дыхательном отделе отмечался малый объем вдоха, голос тихий. У детей с нарушениями слуха и детским церебральным параличом, имеющаяся базисная основа механизмов овладения средствами общения, строящаяся на межанализаторном взаимодействии слуха и моторики, в значительной степени дисфункциональна. Нарушения речи проявляются в формировании лексики, в овладении грамматическим строем родного языка. Проблемы становления речи отражаются в овладении всех форм речи: устной, дактильной, письменной. В структуре множественного нарушения слуха и опорно-двигательного аппарата имеют место интеллектуальные нарушения, симптомы задержанного развития. При более выраженной интеллектуальной недостаточности у детей с ДЦП и нарушениями слуха проявления носят тотальный характер и определяют общее грубое социальное, психическое и речевое недоразвитие.

Выводы. Развитие детей с тяжелыми множественными нарушениями, где сочетаются патология опорно-двигательной системы и слуха проходит в особых условиях восприятия внешнего мира и взаимодействия с ним. Рассматриваемый контингент детей весьма разнообразен по своему составу, степень выраженности сочетанных нарушений различна. Такие дети нуждаются в создании специальных образовательных условий и помощи специалистов, которым необходимы глубокие знания о структуре множественного дефекта и психологических особенностях развития детей данной категории.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Затравкина Т.Ю., Куркин С.А., Рубашкин С.А.

*Научно– исследовательский институт травматологии, ортопедии и нейрохирургии
ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» МР РФ, г. Саратов*

Актуальность. Хирургическое лечение прогрессирующей нестабильности тазобедренных суставов при ДЦП остается актуальной проблемой детской ортопедии. В целях оптимизации тактики лечения, разработан и предложен алгоритм, учитывающий возраст ребенка, уровень глобальных моторных навыков по классификации Gross Motor Function Classification System (GMFCS) и текущее состояние тазобедренных суставов.

Цель. Оптимизация тактики лечения хирургического пациентов со спастической нестабильностью тазобедренных суставов III – V уровней GMFCS.

Материалы и методы. Было проведено клиническое и рентгенологическое обследование 58 пациентов III, IV и V уровней по классификации GMFCS, находившихся на лечении в ДТОО НИИТО. Все пациенты страдали детским церебральным параличом в форме тетрапареза. При клиническом обследовании пациентам проводились следующие тесты на определение спастичности мышц нижних конечностей: Томаса, Дункана – Эли, hamstring – тест, аддукторный тест. Также выполнялась рентгенография тазобедренных суставов в фасной проекции и с внутренней ротацией нижних конечностей в тазобедренных суставах.

Результаты. При обследовании у 26 пациентов был определен III уровень GMFCS, у 18 больных – IV уровень, у 14 больных – V уровень. При клиническом обследовании у всех пациентов были выявлены приводящие контрактуры тазобедренных суставов и спастичность m. Psoas. У детей в возрасте до 4 лет контрактуры носили динамический характер. При оценке состояния тазобедренных суставов учитывались такие рентгенометрические показатели, как шейно – диафизарный угол (ШДУ), ацетабулярный индекс (АИ), миграционный индекс (МИ). Значения МИ более 10% расценивалось как нестабильность тазобедренных суставов, более 50% - как подвывих, более 70% - как вывих бедра. Хирургические вмешательства предпринимались у пациентов в возрасте старше 3 лет. Детям младшего возраста была рекомендована продленная ботулинотерапия в сочетании с ношением отводящих ортезов для тазобедренных суставов. При сочетании вальгусной деформации проксимальных отделов бедренных костей более 140° и величины МИ более 30% пациентам выполнялись тенотомии приводящих мышц, при увеличении АИ больше 25° также выполнялась тенотомия сухожилия подвздошно-поясничной мышцы. При нарастании ШДУ более 145° и значений МИ более 40% пациентам выполнялась деторсионно – вализирующая остеотомия проксимального отдела бедра в сочетании с тенотомией приводящих мышц и m. Psoas. Коррекция тазового компонента производилась у пациентов IV и V уровней при сочетании увеличения АИ более 25° и МИ более 50%. При сохраненной зоне роста дна вертлужной впадины выполнялась остеотомия таза по Salter, при закрытии зоны роста – трехуровневая остеотомия таза. Послеоперационный катамнез составил от 6 мес до 1,5 лет. Случаев рецидива нестабильности тазобедренных суставов не наблюдалось. У пациентов V уровня GMFCS отмечалась выраженная остеопения проксимальных отделов бедренных костей, в связи с чем рекомендуем избегать длительной послеоперационной иммобилизации.

Выводы. Разработанный алгоритм позволяет предупредить развитие тяжелых форм нестабильности тазобедренных суставов, провести оптимальную хирургическую коррекцию с учетом возрастных особенностей тазобедренных суставов у детей с ДЦП.

ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДОЛГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДЦП В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ

Исанова В.А.

ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет, г.Казань

Актуальность. Одной из главных целей реабилитации в понятийном подходе на международном уровне является устранение ограничений жизнедеятельности, восстановление утраченных функций с последующей интеграцией больного в привычную для него общественно-полезную деятельность, независимо от средовой инфраструктуры в которой он пребывает. Общие цели реабилитации преследуют

восстановление стабильного состояния здоровья, трудоспособности и определенной активности в обыденной жизни, по возможности в том виде и объеме, которые типичны для его жизненной ситуации. Эти цели могут быть достигнуты посредством инновационных технологий в реабилитации и альтернативными, адаптационными навыками жизнеобеспечения с применением «запасных стратегий» (коляска, компьютер, ортез) способствующих приспособлению к окружающим условиям на основе реабилитационной необходимости, реабилитационной способности и реабилитационного прогноза.

Реабилитационный подход предусматривает применение комплекса мер медицинского, педагогического, профессионального и социального характера во взаимодействии с врачебным, сестринским, физиотерапевтическим, эрготерапевтическим, логопедическим, диетологическим и психотерапевтическим обеспечением включая различные виды помощи по преодолению последствий заболеваний, изменению образа жизни, снижению воздействия факторов риска. Медицинская и социальная реабилитация имеет всеохватывающий подход, включающий не только диагностику, но и учет нарушенных навыков, последовавших за болезнью, ограничения или ущемления участия индивида в профессиональной и общественной жизни. Использование инновационных технологий, одной из которых является авторская методика кинезотерапии в РПК "Атлант" должно быть неотъемлемой частью реабилитации. Данная методика работает на патогенетической основе восстановления системы организации движения у пациентов с двигательными нарушениями, оказывает уникальное воздействие на активизацию антигравитационного механизма, позволяя пациентам ускорять процессы вертикализации и способности к мобильности.

Выводы. Таким образом, мероприятия по оптимизации деятельности реабилитационных и социальных учреждений системы здравоохранения, социальной защиты, образования, должны быть направлены на эффективность проводимых реабилитационных мероприятий, обоснования экономических эффектов от проводимой реабилитации, перестройки рабочих процессов с рациональным использованием кадрового потенциала, материально-технического оснащения, внедрения инновационных технологий и принципов организации качества услуг с позиции МКФ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ТЕРАПИИ СИНДРОМА МЫШЕЧНОЙ ГИПОТОНИИ У ДЕТЕЙ

Каримова Н.А., Шамансуров Ш.Ш., Гулямова М.К., Саидазизова Ш.Х.

Ташкентский институт Усовершенствования Врачей, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Синдром мышечной гипотонии (СМГ) или «вялые состояния»- не редкость в практике детского невролога. Часто вялое состояние является результатом последствий перинатальных поражений, нарушений спинномозгового кровообращения, спинальных инсультов, наследственно дегенеративных состояний и др. Ребенок с СМГ поздно вертикализуется, подвержен частым воспалительным заболеваниям дыхательной системы, входит в группу часто болеющих детей. В данном синдроме бывают заинтересованы как правило, супрасегментарные структуры, клетки переднего рога, нервы, мышцы, нервно-мышечные соединения, и др. Комплексное воздействие на двигательную структуру имеет весьма положительный эффект в лечении таких больных

Цель. Изучить эффективность комплексного подхода к терапии у детей с СМГ.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 38 больных с вялыми состояниями от 1 до 3 лет. Из них 20 девочек и 18 мальчиков. Клинически все больные имели признаки «вялого ребенка» в различной степени выраженности мышечной гипотонии. Больные с миодистрофиями были исключены из обследования. Всем больным помимо тщательного клинического осмотра проводилось электронейромиография на 2-х канальном аппарате «НейроЭМГ-микро 2» с накожными concentрическими электродами, с изучением поверхностной ЭНМГ в покое и при сокращении мышц, по методикам, рекомендуемым Гехт Б.М., Попелянским Я.Ю. (2005). Больные были разделены на 2 группы, где 1 группе больных (21 детей) проводилось комплексное медикаментозное и нейрофизиологическое (электростимуляция мышц) лечение с массажем, а 2-й группе (17 больных) только медикаментозное лечение без электростимуляции. Медикаментозное лечение включало назначение препаратов антихолинэстеразного действия, витаминов группы В, препаратов улучшающих миелинизацию и метаболитов. 1 группа больных также получали массаж и электромиостимуляцию.

Результаты. У подавляющего большинства больных 32 чел (84%) перинатальный фон был отягощен. 50% детей были соматически ослаблены, и имели проявления анемии, последствия рахита, гипокальциемию, белково-энергетическую недостаточность. В первой группе больных после курса комплексной терапии у 18 детей (85,7%) нами отмечалось улучшение как объема двигательной активности мышц, так и мышечного тонуса увеличение мышечной силы с 3 баллов до 4-5 баллов, улучшение вертикализации, больные начали отмечать улучшение походки, меньше утомлялись. Во второй группе только у 8 больных (17%) отмечалась значительная двигательная динамика, тогда как у остальных 83 % больных эффект был минимальным. Данные поверхностной и стимуляционной ЭНМГ, показали в 1 группе у 97% больных увеличение скоростных показателей и амплитуды М ответа.

Выводы. У больных с СМГ применение электростимуляции наряду с медикаментозным лечением способствует предотвращению мышечной атрофии, повышению сократительной способности, тонуса мышц, улучшению кровообращения мышц и проводимости нервных стволов, а также электровозбудимости нервно-мышечного аппарата, восстановлению объема движений. Комплексный подход к терапии данного состояния с применением немедикаментозных методов воздействия достоверно дополняет базисную терапию.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТА С ГИПОМЕЛАНОЗОМ ИТО

Кислякова Е.А.¹, Быкова Т.М.²

¹Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск

²Больница восстановительного лечения, г. Смоленск

Актуальность. Гипомеланоз Ито (ГИ) является сложным, многоуровневым и до конца не изученным заболеванием, лечение и коррекция которого требует междисциплинарного подхода с привлечением специалистов различных специальностей.

Цель. Оценить особенности психологического статуса пациента с ГИ.

Материалы и методы. Обследован мальчик 10 лет с диагнозом: гипомеланоз Ито. Симптоматическая эпилепсия с частыми фокальными и атоническими

приступами. Легкий левосторонний гемипарез. Умеренные когнитивные нарушения. Гипоталамический синдром. Методики психологического тестирования: 1) исследование умственного развития («Рисунок человека»), 2) пространственного мышления (по Коос), 3) словесно – логического мышления (тест структуры интеллекта Р.Амтхауэра), 4) кратковременной памяти («Заучивание 10 слов»), 5) объёма и концентрации внимания («Корректурная проба», буквенный вариант для детей 8-10 лет).

Результаты. Рисунок пациента, представляет собой схематическое изображение с полным отсутствием пластических элементов, реалистичных деталей и симметричности, необходимых для данного возраста. Обращает на себя внимание игнорирование основных частей тела - рук, и акцентирование фрагментов лица и головы (усиленно прорисованные волосы, глаза, безэмоциональная улыбка), утрированно увеличенные стопы. Эти детали могут свидетельствовать о тревожном состоянии мальчика, желании найти "опору" и поддержку у окружающих, боязнь и неспособность делать что-то самому. Отсутствие второстепенных деталей ушей, бровей, туловища, одежды; пластики, динамичности в фигуре свидетельствуют о нарушении эстетической ориентации ребенка. Непропорциональные размеры головы, ног, туловища свидетельствуют о нарушении осознания телесной конгруэнтности. Изображение дома в нижнем правом углу страницы так же характеризуется асимметричностью, несоблюдением пропорций, схематичностью, незавершенностью, использованием тонких волнистых линий. Все эти особенности могут свидетельствовать о внутренней тревоге, потребности в чувстве защищённости. По рисунку также можно судить об умственном развитии. Количественная оценка выполнения задания составила 14 баллов, что соответствует 5-6-летнему возрасту. Нормой для детей 10-11 лет считается показатель от 24 до 30 баллов. При исследовании словесно-логического (32,7 балла из 100) и пространственного мышления (выполнение только простых заданий), выявлен низкий уровень его сформированности, соответствующий возрасту 5-6 летних детей. Обобщенная кривая запоминания имеет вид: 5-6-6-6,5-7, средний показатель составил 6,1 единицы, исходя из представленных данных, выявляется слабое развитие процесса сохранения поступающей информации (в норме 7,7 для данного возраста).

Выводы. Психологические тесты помогают создать индивидуальный "психофизический портрет" пациента, приблизиться к пониманию психологической сущности, взаимосвязи телесных и психических проявлений недомогания, оценить уровень задержки развития ребенка. По данным психологических тестов, пациент условно может овладеть школьной программой, но для этого должен быть правильно выстроен, специально разработан и организован коррекционно - обучающий процесс, купированы психологические и социальные проблемы.

СЛУЧАИ НАДСЕГМЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

Клещенко Е. И., Трубилина М. М., Гончаренко Е. М., Траленко Е. С.

ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ Краснодарского края, г. Краснодар

Актуальность. Диагностика дисфункции вегетативной нервной системы может вызывать затруднения у врачей, т.к. для нее характерно отсутствие специфических клинических признаков. Надсегментарный уровень дисфункции, обуславливающий нарушение адаптационно-компенсаторных реакций на изменения в организме-

наиболее сложный в диагностике случай и является диагнозом исключения. Наиболее тревожным нарушением вегетативной нервной системы на надсегментарном уровне является нарушение терморегуляции, а именно гипертермия. Данное состояние вызывает наибольшее беспокойство у пациентов и их родителей и, как правило, влечет за собой использование значительного арсенала лекарственных средств.

Цель. Изучить случаи надсегментарной дисфункции с гипертермическим синдромом по обращаемости в детский диагностический центр.

Материалы и методы. В 2016-2017 годах зарегистрировано 4 случая обращения на консультацию к врачу в детский диагностический центр ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» пациентов с жалобами на повышение температуры тела до фебрильных цифр (38-42⁰С). Из них 3 пациента юноши 9,11 и 12 лет и одна девушка 11 лет. Все пациенты предъявляли жалобы на периодический подъем температуры до фебрильных цифр в дневное время, без эффекта от жаропонижающих препаратов, ночью температура не повышалась. Предъявляемым жалобам предшествовали перенесенные тяжелые инфекционные заболевания. Все пациенты консультированы педиатром, неврологом, ревматологом, инфекционистом, оториноларингологом, хирургом, фтизиатром. При объективном осмотре: самочувствие удовлетворительное, по органам и системам - без патологии. При обследовании отсутствие воспалительных изменений в общеклинических анализах, биохимический анализ крови без патологии. ИФА; ПЦР (кровь): ВПГ, ЦМВ, ВЭБ инфекция, ВГ 6 - отрицательные. Проведено обследование ЭКГ, ЭХО-КГ, ЭЭГ, УЗДГ сосудов шеи, МРТ, КТ, ВЭЭМ - без патологии. Учитывая стойкую гипертермию, отсутствие эффекта от назначенного ранее лечения, один пациент госпитализирован в неврологическое отделение детской краевой больницы, один в НИИ им. Бурденко г. Москва. Два пациента лечились амбулаторно. Всем выставлен диагноз «надсегментарная дисфункция, гипертермический синдром». На фоне приема антидепрессантов в сочетании с вегетокорректорами температура нормализовалась.

Результаты. Гипертермия может быть симптомом не только инфекционного заболевания или воспалительного процесса, но и быть проявлением надсегментарной дисфункции вегетативной нервной системы. По нашим наблюдениям возникает в подростковом возрасте, у мальчиков встречается чаще, чем у девочек.

Выводы. Данные случаи показывают, что надсегментарная дисфункция с гипертермическим синдромом встречается у детей и подростков, является диагнозом исключения, при адекватно проведенной терапии достигается коррекция симптомов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СТАЦИОНАРЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Клочко Н.А.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, г.Москва

Актуальность. Профилактика эмоциональных и поведенческих нарушений у детей после тяжелой травмы, возникающих вследствие длительного восстановительного периода.

Цель. Разработка и практическое применение метода психологической работы, как удобного инструмента, способствующего быстрому восстановлению и возвращению ребенка в социально активную жизнь.

Материалы и методы. Исследование проводилось с детьми возрастом от 7 до 18 лет, проходящими курс лечения в НИИ НДХ и Т, в разных отделениях, в течение 2017 года. Приняли участие 24 пациента, проведено 7 групповых занятий. В группу входили от 3 до 4 человек, находящихся в одной палате, в одной возрастной категории. Формат работы - разовое занятие длительностью 60-90 минут по программе, с использованием техник игровой психотерапии, с элементами арт-терапии и метода дискуссии.

Результаты и выводы. 1. В процессе исследования были проанализированы рисунки на заданную тему и обнаружено, что у детей актуализируются переживания с ситуациями, которые классифицируются по определенным темам, выявлено 8 сюжетов. На их основании и других особенностей в рисунке можно диагностировать актуальное эмоциональное состояние пациента, существующие внутриличностные конфликты и их напряженность, а также уровень социальной адаптации, что подтверждается полученными материалами по опросникам и методикам Лазаруса, Люшера, Спилберга и Ханина, клинической беседе и методу наблюдения.

2. Во время занятий целенаправленно актуализировались положительные эмоции из прошлого опыта, и стимулировалось межличностное взаимодействие в обсуждении собственных переживаний. В результате, проведенная работа имеет положительную оценку со стороны родителей и лечащих врачей, которые отмечают улучшение настроения, повышение активности и оживления интересов у пациентов после занятий.

3. Собранный материал стал хорошей основой для работы с родителями, оказания им помощи во взаимоотношениях с ребенком, для его дальнейшего благополучного психосоциального развития.

ВЛИЯНИЕ СПИНАЛЬНОЙ МАНИПУЛЯЦИИ НА СПАСТИКУ МЫШЦ И ЛОВКОСТЬ ДВИЖЕНИЙ РУКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Козявкин В.И., Качмар О.А., Кушнир А.Д., Матюшенко О.А., Гасюк М.Б.

Международная клиника восстановительного лечения, Трускавец, Украина.

Актуальность. Спастичность мышц является важным клиническим синдромом при церебральных параличах, а ее контроль - одной из важных целей лечения. В настоящее время существует широкий спектр лечебных мероприятий, направленных на снижение спастичности, но в связи с недостаточной эффективностью традиционных методов широко изучаются альтернативные подходы к снижению спастичности, включая применение мануальной терапии. На основании предыдущих исследований была сформулирована гипотеза, что проведение спинальной манипуляции сопровождается снижением спастичности мышц.

Цель. Целью данного исследования было изучение влияния спинальной манипуляции на спастичность мышц и ловкость движений руки у пациентов с церебральными параличами.

Материалы и методы. 79 детей со спастическими формами церебрального паралича, возрастом 7-18 лет, без выраженных контрактур запястья и гиперкинетического синдрома после первого обследования были рандомизированы в две группы. Ни пациенты и их родители, ни исследователи не знали к какой группе принадлежит больной. Обследование пациентов наряду с неврологическим осмотром включало измерение спастичности и оценку ловкости рук. Уровень спастичности мышц

запястья измерялся количественно с помощью устройства Neuroflexor. Принцип его работы заключается в том, что измеряя сопротивление пассивным движениям конечности с разной скоростью, Neuroflexor позволяет количественно определить и дифференцировать невральный компонент (НК) мышечного тонуса, который соответствует спастичности, от не-невральных компонентов: эластичности и вязкости, характеризующих механические свойства мышц и сухожилий. Ловкость движений руки оценивалась с помощью теста «Кубики в коробке» (Box&Blocks test), определяющего, сколько кубиков может испытуемый переместить из одного отделения коробки в другое через перегородку за одну минуту. Пациентам из экспериментальной группы проводилась спинальная манипуляция на грудном, шейном и поясничном отделах позвоночника, детям из контрольной группы проводилась имитация спинальной манипуляции. Через 5 минут после манипуляции/имитации проводилось повторное обследование. Поскольку результаты измерений спастики не соответствовали нормальному распределению, для анализа применялись непараметрические тесты – U - критерий Манна - Уитни для оценки различий между группами и критерий Вилкоксона для оценки изменений в группе. Проведение исследования было одобрено комитетом по медицинской этике. Все пациенты/родители подписали информированное согласие.

Результаты. В экспериментальной группе после спинальной манипуляции наблюдалось снижение неврального компонента мышечного тонуса, то есть спастики мышц, на 2,18 ньютона от значения: медиана 5,53 межквартильный диапазон 8,66 до медианы 3,35 с межквартильным диапазоном 7,19, что является статистически достоверным $P=0,002$. В контрольной группе снижение было незначительным. Отмечена статистически достоверная разница между изменениями показатель спастики между двумя группами $P=0,034$. Улучшение показателей ловкости рук отмечалось в обеих группах, в экспериментальной группе на 4,1 кубика (95%CI 5,5 – 2,7) и в контрольной группе на 3,0 кубика (95%CI 4,4–1,7) но разность между группами статистически не достоверна $P=0,28$.

Выводы. Исследование указывает на снижение спастики мышц предплечья после проведения спинальной манипуляции у пациентов с церебральным параличом. Изменений ловкости движений рук не выявлено. Необходимо исследование длительного влияния мануальной терапии на спастичность мышц.

СИСТЕМА ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (СИНР) В.И.КОЗЯВКИНА- НОВЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Козявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Волошин Т.Б.

Международная клиника восстановительного лечения (МКВЛ), г. Трускавец, Украина

Актуальность. Количество детей с аутизмом в настоящее время неуклонно растет, проблема растространяется в геометрической прогрессии. Опыт реабилитации пациентов с расстройствами аутистического спектра в Международной клинике восстановительного лечения говорит о необходимости комплексного интенсивного подхода к терапии данного заболевания.

Цель. Оценить эффективность реабилитации по СИНР у детей с аутизмом.

Материалы и методы. Были обследованы 45 детей в возрасте от 3 до 18 лет с диагнозом «Детский аутизм» (F84.0), у которых имелась коморбидная неврологическая

патология (от пирамидной недостаточности до пара- и тетраплегий). Всем пациентам проводилась реабилитация в МКВЛ на протяжении двух недель по системе СИНР. Оценка результатов проводилась с помощью анкетирования родителей, которое проводилось дважды- до и после двухнедельного курса реабилитации по системе СИНР. Для оценки эффективности реабилитации детей с аутизмом в Международной клинике восстановительного лечения использовался стандартизированный инструментарий, а именно шкала для оценки эффективности лечения аутизма- Autism Treatment Evaluation Checklist (АТЕС). Выбор данной шкалы обусловлен тем, что она предназначена для оценки эффективности практически любого метода лечения ребенка с аутизмом.

Результаты. До начала реабилитации по системе СИНР средний балл по шкале АТЕС составил $64,9 \pm 9,26$ балла, что свидетельствует о наличии у детей отчетливых нарушений коммуникации, речевых функций, социализации, поведенческого реагирования. После завершения курса реабилитации этот показатель уменьшился до $56,5 \pm 6,7$ балла, то есть имеет место положительная динамика оцениваемых показателей. В целом улучшение психоэмоционального состояния наблюдалось у 90% детей. Наибольшие изменения были отмечены в речевой сфере (16,6 балла до и 14,4 балла после курса), социализации (15,2 балла до и 12,6 балла) и поведении (20,2 балла до и 17,3 балла).

Выводы. В результате проведенного курса реабилитации по системе СИНР была отмечена определенная редукция аутистической симптоматики в виде улучшения речи (дети начинали говорить новые слоги, слова), уменьшения признаков деструктивности, улучшения качества общения с окружающими, а также формировались новые навыки самообслуживания. Перспективы исследования состоят в дальнейшей, с учётом требований доказательной медицины, апробации и оценке эффективности системы СИНР для лечения пациентов с расстройствами аутистического спектра.

ОРГАНИЧЕСКИЕ АЦИДУРИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Колесникова Е.В., Минаева О.А., Соболева О.А.

*ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России,
кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, г. Ставрополь
ГБУЗ СК Краевая детская Клиническая больница, г. Ставрополь*

Актуальность. Термин «органическая ацидурия», или «органическая ацидемия». Относится к группе заболеваний, которые характеризуются повышенной экскрецией органических кислот с мочой. Пропионовая ацидемия (ацидурия) – генетически гетерогенное наследственное заболевание из группы органических ацидемий, обусловленное дефицитом пропионил-КоА карбоксилазы. Заболевание встречается в разных популяциях. Частота среди европейского населения составляет 1:350000 новорожденных. Тип наследования аутосомно-рецессивный. Различают две формы: тяжелую неонатальную форму и форму с поздним дебютом (младенческая). Заболевание характеризуется острой манифестацией в первые дни жизни (при неонатальной форме), реже - в первые месяцы жизни (при младенческой форме), протекает приступообразно. Начальные признаки - рвота, дегидратация, отказ от еды, снижение массы тела, инфантильные спазмы, дыхательные расстройства (тахипноэ, сменяющееся апноэ), генерализованная мышечная гипотония, гиперрефлексия, вялость, сонливость, коматозные состояния.

Материалы и методы. Ребенок О. 4 года поступил в ГБУЗ СК «Краевая Детская Клиническая Больница» с жалобами на задержку интеллектуального, психоречевого и физического развития, спонтанные движения конечностей, трудности при кормлении (кормится только через зонд), тяжелое течение простудных заболеваний с потерей веса. С возраста 1 месяца появились приступы срыгивания и рвоты, начала отставать в психомоторном развитии. В 3 месяца появились судороги, при рвоте запах ацетона. В 6 месяцев отмечались повторные судороги на фоне фебрильной температуры. В возрасте 6 месяцев ребенок был обследован в лаборатории наследственных болезней обмена веществ.

Результаты. На основании высокого уровня проприонилкарнитина в крови и высокой экскреции 3-гидроксипропионовой, 3-гидроксимасляной кислот, метлцитрина и проприониглицина был установлен диагноз пропионовой ацидурии. С 7 месяцев жизни получает специализированное диетическое лечение (Анамикс инфант) через зонд.

Выводы. Данный клинический случай продемонстрирован с целью привлечения внимания неврологов к проблеме наследственных болезней обмена веществ. Несмотря на объективные сложности в диагностике пропионовой ацидурии, такие как клиническая картина с наличием характерных кризов, обусловленных токсической энцефалопатией, лабораторные изменения, регистрирующие тяжелый метаболический кетоацидоз, специфические изменения в крови и моче, помогают не только заподозрить наличие заболевания, но и своевременно назначить специфическое лечение и сохранить жизнь ребенку.

ОСТЕОТОМИЯ ТАЗА ПО ДЕГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАЗИИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Колоян К.А., Яврян В.В., Антарян А.В., Хачатрян А.Л., Симонян Ю.А.

Медицинский Центр “Арабкир”, Ереван, Армения

Актуальность. Дисплазия вертлужной впадины и паралитический вывих в тазобедренном суставе являются частой проблемой у детей с ДЦП, спастической квадриплегией (GMFCS IV, V). Методом выбора при лечении этих больных является реконструкция тазобедренного сустава, включающая открытое вправление с капсулопластикой, коррегирующую остеотомию бедренной кости, а также остеотомию таза с целью увеличения покрытия головки бедра. Наиболее часто применяются остеотомии таза с переориентацией вертлужной впадины (Солтер, Стил, Ганц) или же наращивание крыши вертлужной впадины (Стели). В 1969 году Дега описал остеотомию таза, позволяющую изменить как направление, так и форму вертлужной впадины.

Целью работы явилось определение эффективности остеотомии таза по Дега при лечении ацетабулярной дисплазии у детей с ДЦП. Данное ретроспективное исследование включает 34 больных с ДЦП (GMFCS IV, V), оперированных в нашей клинике по поводу спастического подвывиха или вывиха в тазобедренном суставе в период с 2008 по 2014 годы. Средний возраст больных составил 6.7 (от 3 до 13 лет), из них 18 больных были мальчики, а 16 - девочки. У 29 больных операция произведена двусторонне и лишь у 5 больных – с одной стороны (в общей сложности 63 сустава). Во всех случаях остеотомия таза по Дега сочеталась с подвартельной варизирующей

укорачивающей остеотомией бедра и открытым вправлением. Отдаленные результаты изучены у всех 34 детей в среднем до 74.4 месяца (от 3 до 9 лет).

Результаты. Лишь у 3 больных отмечался повторный подвывих. Ацетабулярный индекс (AI) улучшился с 36.6° до 21.2°. В 6 случаях наблюдался асептический некроз головки бедра, а у 3 детей имела место оссификация мягких тканей, не повлиявшая на функцию сустава.

Выводы. Таким образом, остеотомия таза по Дега имеет определенные преимущества: 1) легко осуществима и не требует внутренней фиксации, 2) позволяет обеспечить хорошее переднее и латеральное покрытие головки бедра, 3) может быть произведена одновременно с обеих сторон детям до 11-13 лет, 4) позволяет изменить направление и форму вертлужной впадины.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОГО НЕВРОЛОГА

Корсакова Л. Ю.

Государственный университет Дубна, Московская область

Актуальность. Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей являются актуальными проблемами современного общества. Ребенку с отклонениями очень сложно адаптироваться в окружающем мире и чувствовать себя защищенным. Юридически, лица с таким непростым заболеванием как ДЦП признаются недееспособными и зависят от опекунов. Однако, это не единственный важный момент в работе с больным ребенком. Очень важно изучать и заниматься правовыми аспектами деятельности детского невролога. Знание законов помогает найти компетентный подход к работе с такой личностью, а также защитить беспомощного человека.

Цель данной работы разобраться в законах, которые защищают и помогают детям с отклонениями.

Материалы и методы. Для оформления материалов работы использовался анализ закона РФ “О государственных пенсиях”, жилищный кодекс РФ, КЗоТ РФ, Федеральный закон РФ “О социальной защите инвалидов в РФ”.

Результаты. По итогам моей работы было выявлено, что, несмотря на то, что опекуны детей с ДЦП имеют права на жилплощадь и неполный рабочий график, создаются минимальные условия для их адаптации в социуме. Так, на 2017 год для передвижения детей по крупным центрам в России почти не было создано площадок. Например, лестницы всё также не приспособлены для их передвижения и ребенок с нарушением опорно-двигательной системы оказывается замкнутым в системе «дом – лечебный центр – дом». По культурно- исторической концепции Выготского полная реабилитация ребенка с ограниченными возможностями возможна только при внедрении его в общественные институты. Таким образом, если ребенок, в силу непредусмотрительности законов РФ, не может изучать социальный мир, то у него отпадает потребность в развитии и преодолении порогов в общении.

Выводы. Итак, подводя итог, нужно отметить, что необходимо разрабатывать новые проекты для адаптации детей с отклонениями, и этим должны заниматься детские неврологи, так как они являются качественными специалистами в данной области и только они могут помочь разработать качественный план адаптации детей в социуме.

ПРОБЛЕМА СПАСТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Кочубей Г.Н., Устинова А.В., Павлов А.В.

КГБУЗ Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства, г. Красноярск

Актуальность. Нестабильность тазобедренных суставов (ТБС) — одно из наиболее частых ортопедических осложнений у пациентов с ДЦП.

Цель. Оценить частоту нестабильности ТБС в зависимости от формы ДЦП, возраста пациента и уровня GMFCS.

Материалы и методы. Объектом исследования были 308 пациентов в возрасте до 18 лет со спастическими формами ДЦП. Из них со спастическим тетрапарезом - 161 человек (52%), с нижним спастическим парапарезом - 114 человек (37%), с гемипарезом - 33 человека (11%). Для оценки состояния ТБС нами использовалась классическая коксометрия, для определения прогноза и дальнейшей тактики лечения - индекс Reimers. Среди больных со спастическим тетрапарезом преобладали пациенты трех возрастных групп: 7-15 лет – 37,9%, 3-7 лет – 35,4%, до 3 лет – 22,4%. Из них по шкале GMFCS I уровень имели 2,5% больных, II-6,8%, III-29,2%, IV-46,6%, и V-14,9%. Нестабильность ТБС выявлена у 66 пациентов (40,9%): в возрасте 3-7 лет со II-V уровнем GMFCS у 50,9% детей, в возрасте 7-15 лет с IV и V уровнем у 50,9%. В группе больных со спастическим парапарезом преобладали дети 3-7 лет - 43,8% и 7-15 лет - 40,4%. Большинство имели III уровень GMFCS - 46,5% и II уровень - 30,7%. Нестабильность ТБС выявлена у 22,8% детей 3-7 лет и у 23,9% детей 7-15 лет с I по V уровнем GMFCS. Среди больных со спастическим гемипарезом преобладали дети в возрасте 7-15 лет - 51,5% и 3-7 лет - 27,3%. Уровень GMFCS варьировал у этой группы пациентов от I до III. Нестабильность ТБС выявлена в одном случае.

Результаты. Таким образом, спастическая нестабильность ТБС имела место у 93 из 308 пролеченных детей со спастическими формами ДЦП — у 30%. Наиболее часто нестабильность ТБС выявлялась у детей со спастическим тетрапарезом с III, IV и V уровнем GMFCS – у 44,5%.

Выводы. Своевременное и систематическое рентгенологическое обследование пациентов с ДЦП позволяет адекватно оценить развитие ТБС, прогнозировать его дальнейшее формирование и определить необходимый объем консервативных и оперативных мероприятий, направленных на предотвращение или уменьшение нестабильности ТБС.

ЛЕЧЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНОМ ДЕТЕЙ С ПАРАЛИЧОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Красавина Д.А.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Паралич лицевого нерва является в настоящее время одной из актуальных патологий периферической нервной системы. Число пациентов, страдающих этим заболеванием неуклонно растет. Повышается процент детей в этой группе заболевания. Воспалительный фактор занимает первое место, среди них: отогенное поражение, неврит. Ятрогенные причины занимают второе место, что с

одной стороны обусловлено особенностью роста новообразований основания черепа и уха, с другой – необходимостью частых оперативных вмешательств при сложной топографической анатомии нерва. В настоящее время при удалении новообразований мостомозжечкового угла применение микрохирургической техники позволяет у большинства больных сохранить анатомическую целостность нерва, тем не менее, функция его восстанавливается или сохраняется лишь не более чем у 50% больных. В детском возрасте проблеме нейропатии лицевого нерва отводится значительно меньшее число исследований, хотя не все вопросы данного заболевания у детей изучены полностью. По данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность нейропатии лицевого нерва составляет 13-24 случая на 100000 населения. Пациенты детского возраста составляют при этом 30% от общего числа больных нейропатией лицевого нерва, отличаясь возрастным и этиологическим полиморфизмом. Паралич Белла у детей составляет от 8,5 до 89,3% среди всех форм нейропатий лицевого нерва.

Цель. Выявить с помощью единого алгоритма обследований (ряда тестов) степень вовлеченности из-за патологического процесса при нейропатии лицевого нерва половин лица, которая характеризуется гиперактивностью эфферентных и афферентных систем и пораженная с выраженным сенсомоторным дефицитом. Составить протокол введения препарата в группы мышц для коррекции лица и предотвращения тяжелых офтальмологических осложнений.

Материалы и методы. В группу были включены 6 детей с невритом лицевого нерва, двое - острый период (катамнез заболевания 3 недели) и 4 с катемнезом заболевания более 3-4 лет. Всем пациентам было проведено стандартное неврологическое обследование с оценкой функции мимической мускулатуры с использованием шкалы Хауса-Бракманна, шкал силы мышечного тонуса, шкалы синкнезии, шкалы функций лицевого нерва, ЭНМГ.

Результаты. Паралич мимических мышц приводит не только к тягостным переживаниям ребенка и косметическим изъянам, но и к нарушению функций фонации, жевания, а также глотания. Грозное осложнение, как нейропаралитический кератит, причиной которого является лагофтальм, приводит у детей к рубцеванию роговицы, потере или снижению зрения. Таким образом, паралич лицевого нерва значительно снижает качество жизни и социализацию в обществе у детей. При лечении целесообразно рассматривать применения ботулинотерапии на разных этапах заболевания. Применение БТА купирует болевой синдром, снижает моторные синкинезии, мимические контрактуры.

Выводы. Методы стандартной расширенной диагностики по шкалам и применение ЭНМГ дает возможность оценить степень поражения лицевого нерва и качественно создать протокол для введения препаратов ботулотоксина типа А по широкому спектру показаний с возможностью регенерации в отдаленные сроки терапии.

НОВЫЙ ПУТЬ СОЧЕТАНИЯ БОТУЛОТОКСИНА И МЯГКО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОРТЕЗОВ

Красавина Д.А.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. В настоящее время инъекции ботулинического токсина типа А— рекомендованный и общепризнанный компонент комплексного лечения пациентов с

детским церебральным параличом. В сочетании с консервативной ортопедической коррекцией, физической реабилитацией, медикаментозным лечением ботулинотерапия позволяет эффективно модифицировать патологический двигательный стереотип пациента с детским церебральным параличом, способствует приобретению новых моторных навыков, а также снижает риски вторичных ортопедических деформаций. Из всех используемых на сегодняшний день методов коррекции локальной спастичности у пациентов с детским церебральным параличом ботулинотерапия обладает наиболее высоким уровнем доказанной эффективности и безопасности (уровень «А»), в связи с этим особую актуальность приобретает сочетание ботулинотерапии с применением мягко-функциональных ортезов.

Цель. В своем исследовании мы ставили задачу оценить: исправление и / или предотвращение деформаций, обеспечение опоры, облегчения обучения навыкам, улучшение походки, повышения ее эффективности, а именно, улучшение постурологического баланса у детей с ДЦП с применением компрессионного белья после проведения БТА терапии на этапах реабилитации.

Материалы и методы. Мы использовали мягкий компрессионный фиксатор на руку и легинсы у детей с гемиплегией также компрессионную футболку у детей с нарушениями осанки. В группу вошли 8 человек с диагнозом ДЦП GMFCS II (4 мальчика, 4 девочки, в возрасте 6-8 лет), плохо контролировавшие движения и перенос веса тела, что затрудняло их походку. Также в группу вошло еще 4 человека с отставанием моторных функций, в 3 года дети сидели без поддержки несколько секунд, но не имели переходных движений и возможностей двигаться на полу.

Результаты. Курс реабилитации был разделен на 2 этапа. В первом этапе дети с врачом ЛФК проходили комплекс упражнений без помощи мягко-функциональных ортезов, во втором этапе выполнялись все те же упражнения, посредством ношения компрессионных ортезов не менее 3-4 часов в день. Сравнивая двигательные возможности детей в ортезах и без них, было отмечено улучшение двигательных возможностей с сокращением времени на приобретение новых двигательных стереотипов.

Выводы. Мягко-функциональные ортезы помогают снизить расход энергии за счет уменьшения потребности в самостоятельной компенсации нарушений движения. Дети с нарушенной чувствительностью положения и движения своих конечностей в пространстве, за счет применения методик глубокого давления могут лучше двигаться и контролировать свое тело. Мягко-функциональные ортезы помогают добиться физической стабилизации организма и обеспечивают постуральный контроль, помогают «организовать» сенсорную систему, чтобы помочь сфокусироваться и сконцентрировать внимание. Непосредственно при контакте с кожей происходит косвенно влияние на внутренние ткани, таким образом, подобранное давление обеспечивает корректное и полезное усиление афферентации детской проприоцептивной системы, в результате чего улучшается чувствительность тела и конечностей, улучшается основная мышечная и суставная стабилизация и увеличивается четкость мускульной активности и движений.

О НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПРИЧИНАХ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Левченкова В.Д., Титаренко Н.Ю., Батышева Т.Т., Чебаненко Н.В., Слободчикова Н.С.

*ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы
Научно - производственный центр «Огонёк», г.Москва*

Актуальность. Значительную часть среди детей с ограниченными двигательными возможностями составляют больные, страдающие детским церебральным параличом (ДЦП). Распространённость ДЦП по данным различных авторов составляет от 2,5 до 8,9 на 1000 детского населения и не имеет тенденции к снижению, что связано, по-видимому, с неблагоприятным влиянием на развивающийся внутриутробно мозг различных экологических и социально-психологических факторов, а также с интенсивным развитием технологий выхаживания новорождённых, родившихся недоношенными с экстремально низкой массой тела, в состоянии асфиксии или получивших тяжелую черепно-мозговую травму при рождении. Применение современных технологий выхаживания способствует выживанию новорожденных, но не гарантирует их благополучного психомоторного развития в дальнейшем. Знание характера причин и вызываемых ими нарушений структуры и функции нервной системы необходимо для понимания патогенеза заболевания на разных этапах его течения, а значит, и плана восстановительного лечения, которое может в определенной степени компенсировать и корректировать нарушения деятельности головного мозга и центральной нервной системы в целом.

Материалы и методы. С целью изучения наиболее частых причин возникновения ДЦП были ретроспективно проанализированы этапы развития спастических форм церебрального паралича (спастической диплегии и двойной гемиплегии) у 209 больных в течение всего периода детства, начиная с периода новорождённости. В 34 случаях в связи с летальным исходом проведено аутопсическое исследование морфологической основы ДЦП и клинико-морфологическое сопоставление.

Результаты. В результате ретроспективной оценки условий внутриутробного развития и рождения обследованных детей (n=209) были выявлены различные факторы, которые могут оказывать отрицательное влияние как на организм ребёнка в целом, так и на пре- и постнатальное формирование структуры и функции его центральной нервной системы. К таким факторам относятся: хронические заболевания матерей (38,76%; из них 29,66% – хронические воспалительные заболевания внутренних органов); перенесённые во время беременности острые вирусные инфекции (23,44%); наблюдавшиеся во время беременности стрессовые ситуации, отрицательные эмоции, психотравмирующие эпизоды (16,7%); отягощенный акушерский анамнез (выкидыши предшествующих беременностей (15,31%); угроза выкидыша текущей беременности (23,44%); поздние токсикозы беременности (22,97%); слабость родовой деятельности (39,71%); длительный безводный период (32,54%), интранатальная асфиксия (72,25%); применение акушерских пособий (18,66%) и другие нарушения течения периода беременности и родов. Анализ состояния новорождённых при различном сочетании упомянутых патологических факторов показал, что наиболее тяжёлым оно было у детей, родившихся от матерей, перенесших острые инфекции во время беременности или обострение хронических инфекций (пиелонефрит, тонзиллит и другие), а также от матерей, имевших выкидыши предшествующих беременностей и угрозу выкидыша на протяжении настоящей беременности. Крайне тяжёлым было

состояние тех новорождённых, которые, помимо отмеченных факторов, перенесли ещё интранатальную асфиксию. В дальнейшем у таких детей формировались тяжёлые формы ДЦП. Следует подчеркнуть, что макроскопически изменения головного мозга были обнаружены только у 50 % умерших больных ДЦП, однако при гистологическом исследовании различные по степени выраженности патологические изменения структур двигательного анализатора мозга выявлены у всех больных.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Маджидова Ё.Н, Базарова С.Р, Эргашева Н.О.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент, Узбекистан

Введение. Головная боль (ГБ) - одна из наиболее частых жалоб пациентов не только в неврологической, но и в общемедицинской практике. Среди многообразия ГБ выделяют первичные ГБ, когда ГБ и связанные с ней симптомы составляют ядро клинической картины (мигрень, кластерная ГБ и ГБ напряжения). Помимо медицинской стороны существует и социально-экономический аспект проблемы ГБ. Согласно современным данным о механизмах первичных головных болях основными задачами терапии следует считать нормализацию тормозных процессов в стволе головного мозга и восстановление активности антиноцицептивной системы.

Цель. Изучение эффективности рефлексотерапии в комплексном лечении первичных головных болей.

Материалы и методы. Обследовано 6 больных (4 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 20 до 40 (в среднем $32,5 \pm 0,6$) лет, с диагнозом мигрень без ауры и 8 больных (3 женщина и 5 мужчина) в возрасте от 15 до 35 (в среднем $28,7 \pm 0,4$) лет, страдающих с головной болью напряжения, а также здоровые добровольцы (10 человек) группа которых не отличалась от больных по полу и возрасту. Обследование включало неврологический осмотр, визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), Миннесотский тест (ММП), методы нейрофизиологической диагностики (ЭНМГ, РЭГ, ЭЭГ, МРТ). Определялись средняя частота приступов (СЧП), средняя длительность приступа (СДП) в часах, средняя интенсивность боли (СИБ) в баллах по ВАШ. Статистический анализ проводился непараметрическими методами. Было проведено по 3 курса рефлексотерапии. В контрольной группе рефлексотерапия не назначалась. Для иглоукалывания использовались корпоральные и аурикулярные точки общего, вегетотропного и психотропного действия. Обычно применялась средняя сила стимуляции, но при депрессиях предпочитали «тонизацию».

Результаты. В I и II группе отмечался выраженный клинический эффект рефлексотерапии, который заключался в уменьшении СЧП (до лечения $4,6 \pm 0,5$ в м-ц, после $1,6 \pm 0,5$ в м-ц $p < 0,01$) сокращении СДП (до лечения $14,1 \pm 0,8$ ч, после $4,5 \pm 0,6$ ч $p < 0,01$) и снижении СИБ (до лечения $8,5 \pm 0,6$ б, после $5,8 \pm 0,7$ б, $p < 0,05$), нормализация эмоционально - аффективных расстройств (шкала тревоги-депрессии ММП до лечения $79,7 \pm 3,2$ б, после $68,4 \pm 3,6$ б, $p < 0,01$). Наиболее значительному регрессу подвергся показатель среднего значения ВАШ в группе I -5,4 балла, в группе II -5,1 балла по сравнению с группой контроля- 3,1 балла.

Заключение. Рефлексотерапия является эффективным средством лечения первичных головных болей. Ее действие состоит в снижении частоты, длительности и интенсивности головных болей. Рефлексотерапия нормализует процессы торможение в ЦНС, восстанавливает активность антиноцицептивной системы. Метод безопасен и

экономичен, при длительном применении. Вышесказанное делает рефлексотерапию методом выбора в комплексном лечении первичных головных болей.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ТЕЛЕСНОЙ ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С 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.

ООО «Со-творение», Москва

Актуальность. Уровни построения движений, предложенные Н. А. Бернштейном, можно рассматривать, и как уровни функционирования человеческого тела, и как уровни построения психики человека. Уровень А – соответствует развитию кишечнорастворимых (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 Е - 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). У человека – это система ганглиев или сплетений - «брюшной мозг». В телесно ориентированной психотерапии мы можем активизировать отдельные ганглии этой системы или всю систему в целом.

Материалы и методы. Работа проводилась с детьми, посещающими центр «Со-творение», в том числе с детьми, имеющими диагноз ДЦП – спастическая диплегия и тетрапарез – 10 детей. Использовался метод «Со-творение» - методика системной телесно ориентированной психотерапии, на основе теории построения движений Н.А.Бернштейна (Авторское свидетельство №29 Профессиональной Психотерапевтической Лиги). После общей активации тела, на 2-3 приеме использовали упражнение, которое носит рабочее название «Брюшко» - стимуляция ганглиев тела. Примерная последовательность работы – область чуть выше лобковой кости; область пупка; область чуть ниже окончания грудины (солнечное сплетение); область, приметно, в центральной части грудины (сердечное сплетение); подбородок; область в основании копчика (под «хвостом»).

Результаты. В результате активизируется восприятие всей брюшной части тела человека, выравнивается и углубляется дыхание, синхронизируются движения ребер и диафрагмы, улучшается работа кишечника. У детей с детским церебральным параличом уменьшается тоническое перенапряжение, спастика. Эффект постепенно целостно охватывает все тело.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ВЯЛОГО РЕБЕНКА – ТЯЖЕЛАЯ ВРОЖДЕННАЯ ФОРМА МИОТОНИЧЕСКОЙ ДИСТРОФИИ I ТИПА: СЛОЖНЫЙ ДИАГНОЗ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ НЕВРОЛОГИИ

Мамаева Е.А.*, Федорова Л.А.***, Воронович С.Э.***

* ФГБУ «СЗФМИЦ им В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

*** ДГБ №17 Святителя Николая Чудотворца, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Синдром вялого ребенка, не имея нозологической самостоятельности, может быть основным клиническим проявлением более чем 100 заболеваний, манифестирующих в период новорожденности. Дифференциальная диагностика достаточно сложна в связи с выраженным клиническим и патогенетическим разнообразием, возможности вовлечения любого уровня нервной системы, включая изолированный мышечный уровень поражения.

Цель. Проиллюстрировать алгоритм дифференциальной диагностики синдрома вялого ребенка на примере врожденной тяжелой формы миотонической дистрофии I типа.

Материалы и методы. Новорожденная девочка родилась от женщины 28 лет с отягощенным соматическим анамнезом (гипотиреоз, пролапс митрального клапана) от I беременности, протекавшей на фоне многоводия, слабого шевеления плода. Роды I естественные преждевременные в 30 6/7 недель. Масса тела при рождении 1330 г., длина 41 см, оценка по шкале Апгар 3/5/7 баллов. Осмотр выявил особенности фенотипа: эквиноварусная двусторонняя деформация стоп, готическое небо, микрогнатия. При дальнейшем динамическом наблюдении в неврологическом статусе преобладали косвенные симптомы мышечной слабости (потребность в ИВЛ в связи с неэффективностью самостоятельного дыхания, слабого кашлевого рефлекса, бульбарных нарушений) на фоне диффузной мышечной гипотонии, отсутствия глубоких рефлексов, минимальной двигательной активности. При проведении УЗИ органов брюшной полости, ЭХО-КГ данных за врожденные пороки развития внутренних органов, органомегалию не получено. Результаты ТМС исключили течение органических ацидурий / аминокислородопатий, дефектов β -окисления жирных кислот. Уровень КФК в анализе крови – 64,6 ед/л (норма). По данным ЭНМГ, выявлены признаки первично-мышечного поражения. Неврологический осмотр матери выявил миотонические феномены (симптом «разогрева» в речи, миотонический спазм при разжимании пальцев рук).

Результаты. Молекулярно-генетическое исследование подтвердило наличие патологической экспансии CTG повторов в гене DMPK у матери и ребенка, что позволило диагностировать тяжелую неонатальную форму врожденной миотонической дистрофии у ребенка и классическую взрослую форму заболевания у матери.

Выводы. Использование пошагового алгоритма диагностики: определение топического уровня мышечной гипотонии (центральный или периферический), при подозрении на периферическую гипотонию – оценка неврологического статуса матери, при необходимости - определение уровня КФК в анализе крови, ЭНМГ, позволит облегчить дифференцировку редких заболеваний из группы нервно-мышечных расстройств, а также наследственных болезней обмена в периоде новорожденности.

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ У ДЕТЕЙ С ГЕМАТОГЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ

Маслова Н.А, Щедеркина И.О., Свиринов П.В., Ларина Л.Е.,
Колтунов И.Е., Заваденко Н.Н.

*ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»; г.Москва
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г.Москва*

Актуальность. Острые нарушения мозгового кровообращения у детей – одна из актуальных проблем детской неврологии. Смертность от инсульта входит в 10 наиболее распространенных причин смертности среди детей и подростков. Ранняя диагностика острых нарушений мозгового кровообращения у детей часто затруднена в связи с низкой настороженностью специалистов в отношении данной патологии у детей, что приводит к отсроченному началу лечения и увеличивает процент инвалидизации в исходе ОНМК у детей и подростков.

Цель. Выявление возможной связи между тяжестью острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу у детей и подростков и типом нарушения гемостаза.

Материалы и методы. Проанализированы ретроспективно 134 истории болезни детей, находящихся на диспансерном учете в гематологическом центре Морозовской Детской Городской Клинической Больницы, имевших в анамнезе указание на перенесенный ОНМК (80 мальчиков и 54 девочки) по ишемическому типу. Тяжесть ОНМК оценивалась по международной шкале PedNIHSS. Отдаленные исходы ОНМК в периоде более 1 года измерялись по шкале неврологических исходов детского инсульта PSOM. Результат <2,5 оценивался как легкий исход, 2,5-5-среднетяжелый, >5-тяжелый. Система гемостаза оценивалась по стандартизированному протоколу, используемому в Гематологическом центре ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ».

Результаты. Среди обследованных 100% детей был выставлен диагноз: гематогенная тромбофилия (среди них антифосфолипидный синдром 3%; гиперлипопротеинемия 17%; гипергомоцистеинемия 22%; пограничная гомотеинемия 4%; дефицит протеина С 13%; дефицит протеина S 9%). Среди других этиологических факторов выделены: сердечно-сосудистые причины 5%; осложнения комплексного лечения онкологических заболеваний 1,5%; недифференцированная дисплазия соединительной ткани 32%; инфекционные заболевания ЦНС 1%. При оценке тяжести ОНМК при поступлении в стационар были получены следующие данные: инсульт легкой степени тяжести (1-4б) перенесли 20 детей; среднетяжелый (5-15б) – 70 детей; умеренно тяжелый (16-20б) – 16 детей и тяжелый (более 21б) – 6. Наибольший процент тяжелых инсультов встречался среди детей с дефицитом протеина С (13,5%); умеренно тяжелых – среди детей с дефицитом протеина S (18%); инсультов средней тяжести – у детей с гиперлипопротеинемией (84,6%); легких – у детей с гипергомоцистеинемией (11,5%). Среди детей с тяжелыми инсультами полиморфизм генов гемостаза был выявлен у 83%: гомозиготная мутация МТГФР (33%), гетерозиготная мутация МТГФР (33%), гетерозиготная мутация в гене Фактора 5 Лейден (17%). Отдаленные исходы в данной группе: легкий исход – 33%; умеренно тяжелый исход – 50%; тяжелый исход – 17%. Среди детей с умеренно тяжелыми инсультами полиморфизм генов гемостаза был выявлен у 56%: гетерозиготная мутация МТГФР (37,5%), гетерозиготная мутация в гене Фактора 5 Лейден (12,5%), гетерозиготная мутация в гене протромбина (6%). Отдаленные исходы: легкий исход - 50%; умеренно тяжелый исход - 43,7%; тяжелый исход - 6,3%. Среди

детей со среднетяжелыми инсультами полиморфизм генов гемостаза был выявлен у 57%: гетерозиготная мутация МТГФР (44,3%), гомозиготная мутация МТГФР (8,6%); гетерозиготная мутация в гене Фактора 5 Лейден (2,8%), гетерозиготная мутация в гене протромбина (1,4%). Отдаленные исходы: легкий исход - 88,6%; умеренно тяжелый исход - 11,4%; тяжелый исход - 0%. Среди детей с инсультами легкой степени тяжести полиморфизм генов гемостаза был выявлен у 75%: гетерозиготная мутация МТГФР (40%), гомозиготная мутация МТГФР (20%); гетерозиготная мутация в гене протромбина (15%). Отдаленные исходы: легкий исход - 95%; умеренно тяжелый исход: 5%; тяжелый исход - 0%. Наличие возможных провоцирующих факторов (острые и хронические инфекции, травмы, физические нагрузки) отмечалось в 83,3% детей из группы с тяжелыми инсультами; у 50% детей с умеренно тяжелыми инсультами; у 67,4% детей с инсультами средней тяжести и у 50% детей с легкими инсультами.

Выводы. 1. Наличие и тип полиморфизмов в генах гемостаза достоверно не влияли на тяжесть и исход ишемического инсульта у детей с гематогенной тромбофилией, однако выявлялись в 57,4% случаев. Таким образом, детей с полиморфизмами генов гемостаза следует включить в группу риска по развитию ишемического инсульта.

2. Детей с установленной гипергомоцистеинемией, гиперлипопротеинемией и дефицитом протеина С, которые наиболее часто встречались в исследуемой группе детей, следует включить в группу риска по развитию ОНМК.

3. В отношении детей с дефицитом протеинов С и S можно предполагать развитие более тяжелого инсульта с умеренно тяжелым/тяжелым исходом. Такие дети в случае развития ОНМК требуют консультации гематолога для решения вопроса об объеме гепаринотерапии.

3. Дополнительные анамнестические факторы (острые и хронические инфекции, травмы, физические нагрузки) могут влиять на развитие ОНМК у детей, однако их наличие в нашем исследовании достоверно не влияло на тяжесть инсульта и его исход.

4. Детям из выявленных групп риска по развитию ОНМК следует избегать травм, интенсивных физических нагрузок, проводить активную профилактику и лечение острых и хронических инфекционных заболеваний.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОНЕТИЧЕСКОЙ РИТМИКИ ПРИ ВЫЗЫВАНИИ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Машницкая Т.Б., Айнетдинова А.М., Тишкова- Горынина А.В.,
Колова И.А., Петренко Е.А.

Актуальность. Речь – это результат согласованной деятельности многих областей головного мозга. Речевая функция играет важную роль в психическом развитии ребенка, в процессе которого происходит становление познавательной деятельности, способности к понятийному мышлению. Полноценное речевое общение является необходимым условием осуществления нормальных социальных человеческих контактов, что расширяет представления ребенка об окружающей жизни. Овладение ребенком речью в определенной степени регулирует его поведение, помогает спланировать адекватное участие в разных формах коллективной деятельности. Речь относится к высшим уровням организации движения. В коре больших полушарий моторный центр и речевой располагаются в непосредственной

близости, поэтому развитие движений и речи, также как их нарушение, идет параллельно. Еще В.М.Бехтерев писал, что движение тесно связано с речью и способствует ее развитию. Развитие моторики непосредственно влияет не только на развитие речи, но и на развитие мышления. Ребенок, владеющий четко скоординированными движениями с высоким уровнем развития моторики, обладает не только связной речью, но и хорошей памятью, вниманием. Речь – как продукт деятельности мозга, имеет физиологические механизмы, поэтому для нормального и своевременного развития речи необходима сохранность всех мозговых систем. Это прежде всего речедвигательный анализатор. Е.М.Мастюкова, анализируя ранний возраст, также отмечала, что для психического развития ребенка большое значение имеет взаимосвязь формирования действий ребенка и его речи. По единодушному мнению исследователей, ранний возраст (1-3года) является сензитивным периодом в развитии речи. У детей с задержкой речевого развития отмечается недостаточность как общей, так и речевой моторики. Двигательная активность является одним из важнейших условий не только физического, но и психического развития ребенка. Чем разнообразнее движения, тем больше стимулируются моторные области и более разнообразная информация поступает в мозг. Несформированность общей моторики проявляется в виде плохой координации. Поэтому при работе с детьми дошкольного и особенно раннего возраста с речевой патологией большое значение имеет работа по развитию общей и мелкой моторики. Совокупность движений тела и речевых органов способствует снятию мышечного напряжения, выработке правильного диафрагмально-грудного дыхания, продолжительности выдоха, его силы и плавности. Кроме общепринятых упражнений для развития моторики необходимо использовать элементы фонетической ритмики.

Фонетическая ритмика – это система двигательных упражнений, в которых различные движения корпуса, головы, рук, ног сочетаются с произнесением определенного речевого материала. Эти упражнения используются для развития силы голоса, темпа речи и речевого дыхания. Фонетическая ритмика изначально была разработана для детей дошкольного возраста (4-6 лет) с нарушениями слуха для облегчения у них процесса вызывания и формирования правильного произношения. Использование ее элементов у детей раннего возраста дало положительный эффект при вызывании у них речевых звуков и формирования начатков речи. Необходимо ориентироваться на то, что в норме к концу раннего возраста дети должны использовать в речи структуру простого распространенного предложения. Фонетическая ритмика очень удобна для вызывания звуков у детей раннего возраста, так как она не предусматривает механического вторжения в полость рта. Это важно для детей с психоневрологической патологией, потому что даже самое легкое прикосновение может вызвать негативную реакцию. Движения, используемые при фонетической ритмике очень просты и доступны, что дает возможность выполнять их маленьким детям. В основе обучения лежит работа над элементами слова (звуком, слогом).

Цель. Задачи ритмики: соединить работу речедвигательного анализатора с развитием общей моторики; способствовать формированию речи; нормализовать выдох, умение изменять силу и высоту голоса. Реализация этих задач помогает добиться вызывания речи у безречевых детей. Кроме этого у детей развивается слуховое внимание и его произвольность, мимическая мускулатура, пространственные представления.

Результаты. Следуя принципу от простого к сложному, начинать работу по развитию фонетической ритмики необходимо с произнесения гласных звуков, так как их произнесение можно варьировать как по длительности, так и по громкости. В

дальнейшем работа будет вестись в направлении отработки произнесения слов и предложений. В соответствии с методикой, демонстрируем движение и добиваемся сопряженного выполнения с произнесением определенного звука, при этом логопед находится перед ребенком. Если ребенок не в состоянии выполнить данное движение самостоятельно, необходимо ему помочь, взяв его за ручки и выполнив вместе с ним. При необходимости, для более лучшего запоминания движений, хороший эффект дает выполнение перед зеркалом, при этом логопед находится за спиной ребенка, помогая ему. Необходимо учитывать, что на начальном этапе обучения все движения выполняются с ребенком только индивидуально. В процессе обучения, добившись самостоятельного выполнения необходимых движений, можно объединять детей в небольшие, по 2-3 человека подгруппы. При вызывании звуков используются движения, характер которых определяется характером артикуляции. Все движения выполняются в определенном ритме и сопровождаются моторными реакциями. Работа начинается с произнесения звуков на длинном выдохе. При выполнении движения, логопед должен добиваться четкого его выполнения. Затем движение усложняется: варьируется быстрота выполнения и громкость произнесения звука. На этом этапе, кроме развития общей и артикуляционной моторики у ребенка развивается мышление и формируются понятия: тихо-громко; быстро-медленно. После усвоения вызванного звука, можно приступить к следующему этапу работы. Только после того, как ребенок сможет четко произносить все гласные звуки, включая дифтонги, с одновременным выполнением требуемых движений, можно приступить к вызыванию согласных звуков. При этом работа ведется только на сохранных звуках. Из практики, длительность работы по вызыванию и отработке произнесения одного звука у каждого ребенка сугубо индивидуально. Фонетическая ритмика также способствует развитию просодических компонентов речи, улучшая ее мелодико-интонационные характеристики, улучшению диафрагмально-реберного типа дыхания, что в свою очередь имеет общий Оздоровительный эффект, а также способствует развитию кинестетической составляющей движения.

Выводы. Таким образом, методика работы с использованием фонетической ритмики обладает определенной универсальностью, т.к. эту методику можно применять в независимости от возраста ребенка, учитывая только уровень его речевого развития. Коррекционно-логопедическая работа с использованием фонетической ритмики делится на два этапа: 1.Работа по вызыванию звуков и слогов. 2.Работа на материале слов, словосочетаний и предложений.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТАМЕРНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЛЕЙКОМАЛЯЦИЕЙ

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

ОГБУЗ «Городская детская больница г. Белгорода»

Актуальность. Благодаря достижениям неонатальной медицины, стремительно развивающейся в последние годы в нашей стране, значительно возросла выживаемость детей, рожденных раньше срока. Тем не менее, у недоношенных детей наблюдается повышенный риск развития стойких неврологических нарушений, зачастую приводящих к инвалидизации. Перивентрикулярные поражения (ПВЛ) головного мозга (ГМ) – специфический тип повреждения мозгового вещества у недоношенных

новорожденных, что связано с особенностями морфологии данной области до 33 недели гестации. Наиболее типичные клинические проявления ПВЛ – спастические формы ДЦП (спастическая диплегия, спастический тетрапарез).

Целью данной работы было изучение эффективности применения методики метамерной инъекционной фармакотерапии (МИФ) в отношении детей с повреждением перивентрикулярной области (по данным НСГ или МРТ головного мозга), родившихся раньше срока (до 33 недели гестации).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе «Психоневрологического отделения для детей раннего возраста № 4» ОГБУЗ «Городская детская больница г. Белгорода». В работу включены 24 пациента от 1 года до 2-х лет с ПВЛ (по данным НСГ и МРТ), без сопутствующих аномалий строения ГМ. В неврологическом статусе у всех детей преобладали нарушения мышечного тонуса по спастическому типу с преимущественным повреждением нижних конечностей (спастическая диплегия). Обследование включало в себя анализ жалоб родителей, сбор анамнеза, стандартный неврологический осмотр, а также использование «Системы оценки глобальных моторных функций» (GMFCS) для определения уровня моторного развития пациентов, модифицированной шкалы Эшворта для оценки мышечного тонуса. Пациенты были разделены на 2 группы (по 12 человек в каждой). Дети 1 группы помимо стандартной медикаментозной терапии (ноотропы, нейротрофики, сосудистые ЛП, миорелаксанты), массажа, ЛФК и физиопроцедур, прошли курс метамерной инъекционной фармакотерапии. Методика направлена на стимуляцию нейронального метаболизма, синтеза белка и ДНК в нейроне, аксонального транспорта путем введения биологически активных препаратов (ноотропы) по сегментарным зонам тела, что обеспечивает адресное локальное воздействие на сегментарные, а затем и на надсегментарные структуры ЦНС. Пациенты 2 группы получали курс лечения по стандартной схеме, без включения МИФ.

Результаты. Через 1 месяц после выписки у 10 пациентов (83 %) отмечалось уменьшение спастичности на 1 балл по шкале Эшворта, у 2 пациентов (17 %) – на 2 балла. 5 пациентов (42 %) овладели новыми моторными навыками, с оценкой по шкале GMFCS на 1 балл выше, чем при поступлении. У 6 пациентов (50 %) выполнение приобретенных моторных навыков стало более точным, исчезли патологические синкинезии. У 1 пациента (8%) увеличился объем движений в крупных суставах. Во 2 группе через 1 месяц у 12 пациентов (100%) отмечалось уменьшение спастичности, но оценка по шкале Эшворта осталась прежней. У 3 пациентов (25 %) двигательные навыки были оценены по шкале GMFCS на 1 балл выше. У 9 пациентов (75 %) уровень развития моторных навыков остался прежним, но увеличился объем активных движений, исчезли патологические синкинезии.

Вывод. Проведенное исследование показало эффективность применения методики МИФ в комплексном лечении недоношенных детей с ПВЛ, с нарушениями мышечного тонуса по центральному типу (спастическая диплегия или тетрапарез). Таким образом, поиск и внедрение новых методик лечения недоношенных детей с патологией ЦНС позволяет нам снизить процент инвалидности в этой группе и улучшить качество жизни маленьких пациентов и их семей .

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОЙ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ЭКЗОСКЕЛЕТ «ЕХОАТЛЕТ» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Михайлова О.В., Побута О.В., Лебедева Л.Н.

ГАУ города Москвы РЦ «Текстильщики», Москва

Актуальность. В настоящее время в целях поиска эффективных методов реабилитации проводится апробация новой инновационной технологии экзоскелет «ЕхоАтлет».

Цель. Проанализировать эффективность технологии экзоскелет «ЕхоАтлет» в социальной адаптации инвалидов-колясочников.

Материалы и методы. Для тренинга были отобраны 5 пациентов («Пилотов») с травматическим поражением спинного мозга и рассеянным склерозом. Проведена полная реабилитационная диагностика с оценкой по различным шкалам и тестам до и после курса реабилитации. В течение от 1 до 1,5 месяцев в рамках программы комплексной реабилитации проводились 60 минутные тренировки в экзоскелете ЕхоАтлет под руководством врача и специалиста по реабилитации. Задачей тренировок являлось восстановление двигательных навыков. Помимо тренировок проводилось обучение «Пилота» самостоятельной настройке интерфейса на костылях, моделированию различных программ передвижения, регулировке скорости ходьбы. Результаты. По данным реабилитационной диагностики, проведенной по окончании курса комплексной реабилитации, включающим клинический осмотр, оценку мышечного тонуса по шкале Ashworth, шкале депрессии Бека, шкале личностной тревожности Шихана, шкале реактивной тревожности Спилберга, у 100% «Пилотов» отмечалось частичное восстановление глубокой чувствительности, у 40% (2 человека) отмечалась тенденция к снижению мышечного тонуса в нижних конечностях, у 100% улучшение психо-эмоционального состояния.

Выводы. Тренировки в экзоскелете «ЕхоАтлет» способствуют восстановлению естественного для человека вертикального положения, возможности встать в полный рост, ходить, подниматься по лестнице, нормализации биологических процессов (уходят застойные явления, урологические инфекции, проблемы с давлением, кровообращением, дыханием), улучшению психо-эмоционального состояния, что значительно повышает качество жизни.

МЕТОДЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Михайлова О.А., Рябова Е.Н., Мельникова М.В., Гаврилова Н.В.

*ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие», г. Астрахань*

Актуальность. В работе представлен анализ ближайших и отдаленных результатов функционального биоуправления с биологически обратной связью «Реакор» у детей с задержкой психоречевого развития, синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

Цель работы состоит в оценке возможных направлений и методов профилактики и коррекции разнообразных нарушений социального функционирования у детей с патологией нервной системы, сопровождающейся нарушениями речевого развития, синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

Материалы и методы. С целью определения особенностей речевого и психоэмоционального развития детей и коррекции нарушений, использовались следующие методы: диагностический врачебный осмотр с использованием психологических тестов, экспериментально-психологическое исследование; заключение логопеда и дефектолога, а также аппаратные методы исследования: ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, аудиограмма, нейрокартирование и программно-аппаратный комплекс «Активациометр». При работе с детьми, имеющими патологию нервной системы, предпочтение отдают таким методам воздействия, которые не нарушают гомеостаз внутренней среды, не окажут побочного действия на другие органы и системы, не повредят целостность кожных покровов, не вызовут у ребёнка болевых ощущений, не сформируют привыкание к воздействию аппарата. А так же воздействие должно быть доступным, легко управляемым, и обладать «биологической обратной связью». Именно таким методом является функциональное биоуправление с биологически обратной связью «Реакор». Материалом исследования послужили особенности речевого и психоэмоционального развития детей, а также скрининговые замеры энергообмена, регистрация активации полушарий головного мозга, с помощью которого проводилась диагностика психоэмоционального состояния ребёнка с поражением нервной системы до и после «Альфа-тренинг» с целью получения объективных данных об эффективности реабилитационной программы.

Результаты. Пациенты с патологией нервной системы не способны провести границу между эмоциональным состоянием и соматическими ощущениями. В процессе работы с детьми, при технической поддержке средств, используемых в методе БОС, информация о параметрах физиологических характеристик легко воспринимается и, после некоторой тренировки, становится доступна осознанному изменению в заданном направлении. В последующем тренировки позволяют зафиксировать полученные результаты, путем произвольной саморегуляции, и использовать навыки и приемы биоуправления. Анализ изменений психоэмоционального уровня показал стабилизацию психического тонуса, снижение состояния напряжения, повышение жизнедеятельности. Оценка функциональной асимметрии полушарий и межполушарного взаимодействия показал перестройку ведущего правого полушария в сторону левого, а также выравнивание функциональной асимметрии. При повторных замерах на нейрокартографе отмечается улучшение энергообмена в левом полушарии, что демонстрирует закрепление положительного эффекта программы «Альфа-тренинга».

Выводы. В процессе нашей работы мы имели дело с множественным разнообразием неврологических, психических и эмоционально-волевых нарушений у детей, требующих постоянной комплексной реабилитации, которая должна осуществляться персонифицировано, поэтапно и систематично. Функциональное биоуправление с БОС «Реакор» можно с уверенностью рекомендовать для длительного курсового применения в реабилитации детей с патологией нервной системы как в комплексе с другими методами, так и в качестве монотерапии. Биоуправление может быть использовано в качестве самостоятельной психотерапевтической методики, а также служить эффективным инструментом, помогающим врачу достичь более выраженного и стойкого терапевтического эффекта, исключить или снизить дозу назначаемых препаратов, научив пациента управлять вегетативными функциями.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Морошек Е.А., Аронскинд Е.В.

Медицинский центр «Здоровое детство», г. Екатеринбург

Актуальность. Основными этапами двигательного онтогенеза на первом году жизни ребенка являются: удержание головы, повороты со спины на живот, сидение, передвижение на четвереньках, вертикальная стойка и самостоятельная ходьба. Каждый этап реализуется в определенные эпикризные сроки и управление становлением двигательных навыков является бессознательным процессом. При повреждении центральной нервной системы в перинатальном периоде сроки реализации навыков сдвигаются в сторону увеличения в зависимости от тяжести, и страдает качество проявления двигательного стереотипа. Известно, что нарушение формирования двигательного навыка и моторного контроля можно лечить путем стимуляции и облегчения рефлексотормозящих механизмов произвольных движений больного ребенка с помощью методов адаптивной физической культуры (Бобат-терапия и Войта-терапия). Проведено клиническое исследование группы детей с ППЦНС тяжелой степени, которые получали восстановительное лечение методами АФК (Бобат-терапия, Войта-терапия) и массаж.

Цель. Оценить влияние ранней реабилитации на сроки формирования двигательных навыков у недоношенных детей.

Материалы и методы. Основную группу (n=12) составили дети с ППЦНС тяжелой степени с гестационным сроком 28-30 недель, и ПКВ к сроку начала реабилитации 48-52 недели, которые получали лечение по схеме: 12-дневный ежемесячный курс кинезиотерапия (Войта, Бобат) в сочетании с общим массажем, с последующими занятиями в домашних условиях в течение месяца. Исследование длилось до достижения детьми 1 года скорректированного возраста. Оценка неврологического статуса проводилась ежемесячно [Мюнхенская функциональная диагностика развития, Казань, 2004]. Группу контроля (n=22) составили дети аналогичного возраста рожденные в 2016 году, которые получали медикаментозную терапию и курсы общего массажа. Оценка проводилась по данным анализа медицинской документации ретроспективно.

Результаты. В результате исследования 8 детей (67%) основной группы развивались в соответствии со скорректированным возрастом, 4 ребенка (33%) имели темповую задержку психомоторного развития. В группе контроля: 4 ребенка (18%) развивались в соответствии со скорректированным возрастом, 12 детей (54%) имели темповую задержку психомоторного развития и 6 детям (27%) в 1 год фактического возраста был поставлен диагноз ДЦП (GMFCS I) ($p < 0,05$)

Выводы. Таким образом, раннее начало восстановительного лечения методами АФК (Бобат-терапия, Войта-терапия) способствовало на своевременное формирование двигательных навыков у недоношенных детей рожденных на 28-30 неделе гестации.

ПРОГРАММА ПО АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ (АФК) ДЛЯ ДЕТЕЙ С ДЦП «ШАГ ЗА ШАГОМ»

Николаенко В.И., Маслов Е.В., Петрова О.А., Турова М.Л., Потапова Н.М.

*ГБУ «Комплексный реабилитационно-образовательный центр» Департамента труда
и социальной защиты населения г. Москвы*

Актуальность. Программа «Шаг за шагом» с элементами упражнений и игр с гимнастическими предметами и снарядами рассчитана на детей с ДЦП. Так как игра как форма активности занимает значительное место в жизни ребёнка, все упражнения и задания проходят в виде игры. При работе с такими детьми всё внимание должно быть направлено на выявление их потенциальных возможностей и формирование мотивации к определенным действиям, которые были бы им близки и понятны. Дети с ограниченными возможностями независимо от степени тяжести патологических нарушений при грамотной организации занятий подвижными играми могут получать удовольствие от общения и добиваться больших успехов в физическом и психомоторном развитии. Основное требование к подвижным играм – они должны быть всегда интересны детям и направлены на совместное движение и контакт с другими детьми.

Целью АФК является улучшение общего физического развития, улучшение психологических возможностей детей. Создание условий для реабилитации и социальной адаптации детей с ДЦП через игровую деятельность. Для этого ставятся следующие задачи: развитие навыков взаимодействия между детьми, как во время занятий в парах, так и во время командных действий, совершенствование двигательных возможностей, использование спортивного инвентаря по назначению, повышение концентрации внимания к командам тренера, освоение выполнения общеразвивающих упражнений, развитие физических качеств (быстроты, ловкости, координации, меткости, силы), формирование правильной осанки, обучение взаимодействиям с партнёрами и командным действиям, знакомство с популярными видами спорта.

Материалы и методы. Для занятий используются следующие виды упражнений с гимнастическими предметами и снарядами: упражнения с мячами овербол динамичны и эмоциональны, способствуют развитию скоростно-силовых качеств, координационных способностей, быстроты простой и сложной двигательной реакции, требуют проявления находчивости, способности к концентрации и переключению внимания, а также, пространственной, временной, динамической точности движений. Упражнения и игры с тактильными кольцами являются примером простейшего вида тренажёра. Занятия с такими кольцами направлены на развитие двигательных и функциональных возможностей детей. А так же формированию правильной осанки и развитию манипулятивной функции верхней конечности. Занятия с гимнастическими палками позволяют детям овладеть целым комплексом упражнений, способствующих укреплению разных групп мышц корпуса и конечностей. Упражнения с мешочками способствуют развитию координационных способностей, быстроте двигательных реакций, ловкости, меткости. Упражнения и игры с обручами используются для совершенствования навыков двигательной активности детей и улучшения их физической работоспособности.

Результаты. В результате освоения программного материала к концу года воспитанники осваивают: правила техники безопасности во время занятия, основные правила и технику спортивных и подвижных игр

Огромным преимуществом адаптивной физической культуры является улучшение психомоторного развития наших воспитанников через игровые упражнения, делающих занятия интересными и эмоционально насыщенными. У учащихся повышается мотивация, волевые качества, появляется стремление к победе. Это в свою очередь приводит к формированию личности с максимальным самораскрытием и самореализацией в качестве социально значимого субъекта.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОСПИТАННИКОВ С ДЦП НА БАЗЕ ГБУ КРОЦ

Николаенко В.И., Турова М.Л., Потапова Н.М., Петрова О.А., Родионова В.И.

*ГБУ «Комплексный реабилитационно-образовательный центр» Департамента
труда и социальной защиты населения г. Москвы*

Актуальность. Одним из основных направлений работы является медицинская и социальная реабилитация, которая включает в себя двигательную реабилитацию учащегося.

Материалы и методы. Центр имеет все необходимое оборудование для проведения двигательной реабилитации на самом современном уровне. Залы ЛФК оснащены современным оборудованием, позволяющим проводить занятия в зависимости от диагноза и двигательных возможностей ребенка. Имеются оборудованные массажные кабинеты.

Результаты. Все классы имеют два «динамических часа» в неделю, во время которых проводятся занятия ЛФК малогрупповым методом. На них воспитанники центра под контролем инструктора занимаются аналитической гимнастикой, направленной на профилактику формирования контрактур, увеличения объема активных движений в суставах верхних и нижних конечностей, укрепления паретичных мышц, формирования мышечного корсета. Обязательными являются упражнения для тренировки равновесия, устойчивости, развития координации движений. В конце каждого занятия проводится тренировка вертикализации и ходьбы. Для каждого больного это строго индивидуально и зависит от его двигательного статуса. Для кого-то это стойка верткализатора или перемещение в подвесной мобильной системе «Орторент М», а кто-то отрабатывает «правильный» рисунок ходьбы на беговой дорожке и реципрокные взаимоотношения верхних и нижних конечностей на циклическом тренажере. Большое значение отводится занятиям по улучшению манипулятивной функции верхних конечностей. Это особенно актуально для учащихся начальных классов, только начинающих писать и испытывающих большие трудности из-за нарушений мышечного тонуса и патологических установок верхних конечностей. Для этих целей оборудована специальная зона, оснащенная тренажерами для проведения посуставной гимнастики для верхних конечностей, формирования мелкой моторики, тренировки координации. Кроме групповых занятий учащиеся в течение года получают курс индивидуальной реабилитации, включающий в себя курс массажа, физиотерапии, индивидуальные занятия ЛГ. Индивидуальный курс разрабатывается для каждого воспитанника после совместного осмотра специалистами центра. Учащиеся центра регулярно проходят стационарное лечение в специализированных стационарах не только Москвы, но и в других городах России, где по показаниям получают хирургическое лечение. Не все стационары имеют возможность проведения полноценной послеоперационной реабилитации, поэтому

для таких воспитанников в центре разрабатывается и проводится комплекс индивидуальных занятий в зависимости от проведенной операции. Специалисты центра владеют всеми современными методиками реабилитации больных с ДЦП после хирургического лечения. Для восстановления объема движений в суставах оперированной конечности используется, в том числе, механотерапия на тренажере ARTROMOTACTIVE – К». Количество больных получающих реабилитацию после хирургического лечения на базе Центра увеличивается с каждым годом, так как родители оценили преимущества в том, что ребенок не пропускает занятия в школе и получает полноценную, индивидуальную разработку.

Выводы. Качественная реабилитация в стенах нашего центра обеспечивает полноценную двигательную разработку у воспитанников, не прерывая образовательный процесс. Данная модель является оптимальной для детей с ОВЗ.

ОРТЕЗИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ПАРАЛИЧАМИ ИННОВАЦИОННЫМИ АППАРАТОМ НА ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ

Новиков¹ В.И., Климов² Ю.А., Квасова² О.В., Шмакова³ Н.С.

*ООО «Протезно-ортопедическое малое предприятие «ОРТЕЗ»¹,
ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы²,
АО «Технопарк Слава»³, Москва*

Актуальность. У детей при последствиях детского церебрального паралича (ДЦП) возникают тяжелые патологии опорно-двигательной системы. Наиболее часто поражаются дистальные отделы нижних конечностей. Одним из компонентов комплексной реабилитации таких больных является ортезирование ортопедическими аппаратами на голеностопный сустав. Актуальность работы объясняется тем, что в применяемых ортезах не учитывается ряд специфичных медико-биомеханических требований. Применяемые аппараты недостаточно функциональны, имеют большую массу, неудобны в эксплуатации и др.

Цель. Проведение исследований, разработка медицинских, биомеханических требований, создание, изготовление, апробация гаммы ортопедических аппаратов на голеностопный сустав на основе композиционных материалов и внедрение их в практику.

Материалы и методы. Выполнение работы проведено на кластерной основе. Пациентами - дети с диагнозом ДЦП разбитые по возрасту от 4 до 12 лет и по группам в зависимости от степени поражения, наблюдались до, в процессе и после ортезирования.

Результаты. Проанализировано современное состояние исследований и разработок в области применения ортопедических аппаратов в комплексной реабилитации, рассмотрены медицинские и биомеханические аспекты и осуществлена разработка требований к аппарату. Осуществлена разработка биомеханических схем, создан базовый аппарат с оригинальными полимерными шарнирами и его модификации, в том числе шарнирами с упругим пружинным упором и шинами из титана. Проведенная апробация выявила при использовании разработанных аппаратов значительное повышение функциональности, облегчение в процессе передвижений, снижение ударных нагрузок, повышение комфортности, удобства пользования, надежности. Отмечена нормализация биомеханических характеристик при ходьбе в разработанных аппаратах, улучшение лечебно-восстановительного эффекта.

Выводы. Результаты проведенных исследований, выработанные во взаимосвязи с поражениями опорно-двигательной системы при спастических параличах дистальных отделов нижних конечностей у детей медицинские, биомеханические требования, созданные аппараты позволяют их использовать в условиях амбулаторного приема и в специализированных отделениях больниц, центров в процессе комплексной медицинской реабилитации.

ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ КОНТРАКТУР У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ДЦП) КЛИНИЧЕСКИМ ОРТЕЗИРОВАНИЕМ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНЫМ ПЛАСТИКОМ

Орешков А.Б.*, Абдулрахим М.**

** ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей
экспертов» Минтруда России, г.Санкт-Петербург*

*** Медицинский центр клинического ортезирования «Ортотерапия»,
г.Санкт-Петербург*

Актуальность. Длительное пребывание мышц детей с ДЦП в спастическом состоянии приводит к позиционному нейрогенному кифосколиозу; контрактурам плечевого пояса и свободной верхней конечности: сгибательная контрактура локтевого сустава, пронаторная контрактура предплечья, ульнарная девиация кисти, сгибательные контрактуры лучезапястного сустава, пястно-фаланговых и межфаланговых суставов, приведение первого луча; вывихи первого пястно-фалангового и межфалангового суставов; контрактурам тазового пояса и свободной нижней конечности: сгибательно-приводящая контрактура бедра с развитием его подвывиха и вывиха, сгибательная контрактура коленного сустава, эквинусная деформация голеностопного сустава в сочетаниях с вальгусной деформацией стопы с отведением переднего отдела (торсией костей голени, вывихом таранной кости с формированием «стопы-качалки») или варусной деформацией стопы с приведением ее переднего отдела.

Цель. Обеспечение пациентов с ДЦП техническими средствами реабилитации (ТСР), в частности корсетами, тьюторами на всю руку и на всю ногу должно соответствовать Приказам Минтруда N1024н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" и N998н "Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации". При этом профилактическое направление борьбы с контрактурами зачастую несвоевременно. Само традиционное ортезирование бывает неэффективным из-за нарушения правила биомеханики действий в трех точках на сегменты в одной плоскости и нечетких рекомендаций врача.

Результаты. Предлагаются профилактика и консервативное лечение нейроортопедических осложнений методом клинического ортезирования на основе свойств низкотемпературных пластиков. Для этого целесообразно использовать модульную систему тьюторов, которая позволяет воздействовать на основные восемь контрактур спастической руки и пять контрактур спастичной нижней конечности. При этом используется принцип последовательного устранения контрактур. Ортезирование производится в момент обращения пациента к врачу, а также может быть выполнено в месте расположения пациента при сложности его транспортировки, что актуально в

паллиативной службе. Затраты по времени составляют: тугор на сустав около 5 минут, корсет жесткой фиксации или функционально-корректирующий 30-60 минут. На предлагаемый способ получено положительное решение ФИПС о выдаче патента на заявку N 2016103259 «Комплект модулей- ортезов для лечения пациентов с генерализованным детским церебральным параличом» с приоритетом от 01.02.2016. Указанный способ эффективен при других нейроортопедических заболеваниях: спинальные мышечные атрофии, последствия вялых параличей, последствия инсультов и др.

СПЕЦИФИКА ПРОЕКТИРОВАНИЯ КОРРЕКЦИОННО- ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ С ДЕТЬМИ С ОВЗ

Пантелеева Л.А.

МГОУ, г. Москва

Актуальность. Для наиболее успешного включения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в общеобразовательную школу необходимо создание образовательной среды, частью которой является психолого-педагогическое, логопедическое сопровождение. Анализ теоретических материалов по логопедическому сопровождению детей с ОВЗ, а также изучение реального состояния проблемы в опыте работы общеобразовательного учреждения в условиях инклюзии подтверждают существование противоречия между имеющимся потенциалом логопедических средств сопровождения детей с ограниченными возможностями и недостаточной научно-теоретической и практической разработанностью реализации логопедического сопровождения в инклюзивном обучении.

Материалы и методы. Для выявления детей с ОВЗ различных категорий, поступивших в общеобразовательную школу, была разработана схема, которая позволила представить общую картину нарушений у детей.

Результаты. Из 150 обучающихся было выявлено 35 человек с нарушениями развития. Проведенное подробное логопедическое обследование позволило выявить, что среди детей около 30% обучающихся с ОВЗ нуждаются в логопедической помощи. Это не только дети с речевыми нарушениями (общее недоразвитие речи разных уровней, заикание, нарушение письменной речи), но и с недостатками слуха (глухота, тугоухость, с кохлеарным имплантом), зрения (миопия, амблиопия и др.), опорно-двигательного аппарата (детский церебральный паралич), с нарушениями эмоционально-волевой сферы, с расстройствами аутистического спектра, с синдромом Дауна, с СДВГ и другими нарушениями. Таким образом, в исследовании установлено, что группа детей с ОВЗ полиморфна и характеризуется особенностями общего и речевого развития, что определяет особые образовательные потребности их и необходимость создания специальных условий психолого-педагогического, логопедического сопровождения в инклюзии. Сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в условиях инклюзивного образования рассматривается как междисциплинарная деятельность специалистов образовательной организации, направленная на развитие и оптимальное включение ребенка с особыми образовательными потребностями в образовательную деятельность и взаимодействие с другими учениками. Успешность преодоления речевых расстройств у детей с ОВЗ обусловлена решением образовательных и социально-развивающих задач с учетом психофизических особенностей детей с ОВЗ, что реализуется путем взаимодействия

достижений клинических, психологических, лингвистических, педагогических наук, составляющих базовую основу логопедии с практикой. Коррекционно-логопедическая работа должна носить согласованный комплексный характер и выстраивается в единую программу совместной коррекционно-педагогической деятельности, позволяющей развивать речевые, двигательные функции, исправлять поведенческие расстройства, особенности высших психических функций, преодолевать нарушения общения. Специфика проектирования коррекционно-логопедических мероприятий выражается в учете актуальных и потенциальных возможностей детей, относящихся к той или иной категории нарушений.

Выводы. Таким образом, в настоящее время логопедическая работа приобретает особую многогранность, где методологическим ориентиром становится междисциплинарный подход, реализуемый за счет ассимиляции знаний и приемов из смежных наук. Логопедическая работа в условиях инклюзии является комплексной технологией, особой культурой поддержки и помощи ребенку с ОВЗ в решении задач речевого развития, обучения и социализации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАТЕКАЛЬНОЙ БАКЛОФЕНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА (ОПЫТ ННПЦН ИМ. АКАД. Н.Н. БУРДЕНКО)

Пасхин Д.Л., Декопов А.В., Томский А.А., Мачевская О.Е., Салова Е.М.

ФГАУ «ННПЦН им. акад. Н.Н.Бурденко» МЗРФ, г. Москва

Введение. Заболеваемость ДЦП во всем мире составляет примерно 2-3,6 случаев на 1000 живых новорожденных, из них 70% больных страдают спастическими формами заболевания. Повреждение нейронов в головном мозге приводит к снижению их тормозного влияния на рефлекс растяжения, что проявляется спастическим синдромом. Стойкое патологическое повышение мышечного тонуса со временем приводит к вторичным деформациям опорно-двигательного аппарата и стойкому болевому синдрому. Инtrateкальная терапия баклофеном позволяет корректировать патологический мышечный тонус при спастических формах ДЦП.

Цель. Проанализировать эффективность хронической инtrateкальной терапии баклофеном у больных со спастическими формами ДЦП.

Материалы и методы. С 2008 года в ННПЦН им. акад. Н.Н. Бурденко помпы для инtrateкальной терапии баклофеном были имплантированы 37-м пациентам с ДЦП. Возраст пациентов составил от 5 до 35 лет, средний возраст - $16,1 \pm 9,3$ лет. Клиническая картина чаще всего проявлялась сочетанием спастического тетрапареза и вторичной мышечной дистонии. Показаниями для имплантации были тяжелый генерализованный спастический синдром, затрудняющий уход и проведение реабилитационных мероприятий, резистентность к консервативной терапии, положительный баклофеновый скрининг тест. Больные по функциональному статусу были разделены на две группы: без перспектив для двигательной реабилитации (4-5 категория по шкале GMFM) – 29 больных и с перспективой для двигательной реабилитации (2-3 категория по шкале GMFM) – 8 больных. Выраженность спастичности оценивалась по шкале Ashworth и составляла в I группе $4,5 \pm 0,52$ балла, $3,8 \pm 0,55$ балла для II группы.

Результаты. Катамнез составил от 6 месяцев до 9,5 лет. У всех пациентов отмечалось снижение тяжести спастического синдрома. В I группе показатели шкалы Ashworth улучшились до $2,2 \pm 0,7$ баллов ($p \leq 0,01$), за исключением одного случая, когда

у пациента превалировала картина вторичной мышечной дистонии. Во II группе показатели шкалы Ashworth улучшились до $1,8 \pm 0,44$ балла ($p \leq 0,01$). Локомоторный статус пациентов (шкала GMFM) на фоне терапии статистически значимо не изменился. Только 2 пациента имели функциональное улучшение, и перешли из 4 категории в 3.

Заключение. Хроническая интратекальная терапия баклофеном позволяет снизить тяжесть спастического синдрома при ДЦП, без существенного влияния на функциональный статус пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЦП НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Попков Д.А., Гатамов О.И., Борзунов Д.Ю.

ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А.Илизарова» Минздрава РФ, г. Курган

Актуальность. В последние 30 лет отмечается увеличение количество взрослых людей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП), что обусловлено увеличением их выживаемости, связанной с улучшением медицинской и, в частности, хирургической помощи. Неврологические, двигательные (в первую очередь) расстройства при ДЦП объясняются статичной энцефалопатией, однако деградация состояния пациентов особенно со спастическими формами церебрального паралича обусловлена прогрессированием ортопедических осложнений: контрактур, деформаций, подвывихов и вывихов, развитием ранних артрозных явлений. При оперативном лечении и у пациентов II, III, IV GMFCS используется принцип одномоментных многоуровневых ортопедических оперативных вмешательств.

Целью данного исследования явилось изучение результатов ортопедического многоуровневого хирургического лечения пациентов взрослого возраста, страдающих ДЦП, выполненного в Центре имени академика Г.А.Илизарова.

Материал и методы. В данное исследование вошли 220 пациентов, страдающих ДЦП, относящихся к II, III, IV GMFCS, которым производились многоуровневые оперативные ортопедические вмешательства. Средний возраст на момент операции составил $23,2 \pm 3,7$ лет (от 18 до 47 лет). По классификации GMFCS: II – 45 пациентов, III – 108, IV – 67. Особенности походки, классификация по паттернам передвижений оценивались по Rodda et Graham (2001, 2004). Также для оценки двигательных способностей использовался Gillette Functional Assessment Questionnaire. При планировании операций были количественно определены цели лечения (goal-oriented surgery; Horstmann NM et al, 2009). Средний период наблюдения составил $1,7 \pm 1,2$ лет.

Результаты. В объеме 317 вмешательства в различных сочетаниях между собой были выполнены следующие элементы оперативного лечения (всего 1016): апоневротомия икроножных мышц – 104, удлинение ахиллова сухожилия – 22, пересадки сухожилий на стопе – 47, удлинение медиальной группы сгибателей коленного сустава – 98, трансфер m.rectus femoris на m.gracilis или m.semitendinosus, – 44, низведение надколенника и пластика его собственной связки – 56, проксимальная тенотомия прямой мышцы – 10, апоневротомия или тенотомия m.psoas – 42, аддуктотомия различного объема – 198, деторсионные остеотомии бедра и/или большеберцовой кости – 68, надмышечковые разгибательные остеотомии бедра – 78, подтаранный артродез – 44, удлинение пяточной кости по Evans – 14, коррекция hallux

valgus - 28, артродез первого плюсне-фалангового сустава – 53, трехсуставной артродез стопы – 54, артродез таранно-ладьевидного сустава – 12, артродез/коррекция деформаций на II-V пальцах стоп – 41, удлинение голени с интрамедуллярным армированием - 3. В среднем, на одно вмешательство пришлось 3,2 элемента операции. Запланированные величины коррекций были достигнуты во всех случаях. Максимальный функциональный эффект проявлялся через 12-24 месяца после операции при условии правильной ранней и последующей реабилитации. На момент последнего контрольного осмотра отмечены улучшение следующих параметров: скорость ходьбы, периметр ходьбы, нормализация/улучшение правильного первичного контакта стопы, увеличение клиренса шага, правильная ориентация стопы относительно вектора движения, увеличение разгибания коленного сустава в опорную фазу и пикового сгибания – в неопорную фазу. Согласно Gillette Functional Assessment Questionnaire улучшение способностей к передвижению произошло в 174 случаях (79,1%). Улучшение ухода за пациентами было отмечено в 102 случаях (94,4%) из 108, когда данная проблема присутствовала до лечения. Уменьшение/исчезновение болевого синдрома, связанного с артрозными изменениями отметили 123 (82%) из 150 больных, предъявлявших такие жалобы до вмешательства.

Заключение. Многоуровневые оперативные вмешательства у взрослых пациентов с ДЦП не только одновременно устраняют все нарушения биомеханической цепи конечности(ей), но и обеспечивают функциональный результат при условии, если цели лечения адекватно определены и направлены на улучшение функциональных возможностей пациента, улучшения качества жизни больного, ухода за ним, а применяемые методы хирургии обеспечивают условия для ранней полноценной нагрузки на конечности. У взрослых пациентов оперативное лечение также позволяет снизить или исключить болевой синдром, связанный с ранними артрозными изменениями в суставах нижних конечностей. Оперативное лечение должно сопровождаться ранней активизацией пациентов, полноценной ранней и последующей реабилитацией.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Пятницына И.А.

ОГБУЗ «Городская детская больница города Белгорода», г. Белгород

Актуальность. Ранний период развития ребёнка от рождения до трёх лет выделяется в онтогенезе человека как наиболее значимый этап процесса становления основных нервно-психических функций. В первые годы жизни ребёнок проходит путь от человека беспомощного к человеку активному. Именно в раннем детстве происходит усвоение важнейших компонентов общечеловеческого опыта, являющегося фундаментом дальнейшего развития: закладываются основы психической деятельности, эмоции, мотивационно-потребностной сферы, идёт подготовка к самостоятельному хождению, к речевой деятельности. В связи с этим исключительно важное значение приобретает ранняя дифференцированная диагностика отклонений в развитии. В случае повреждённого или дефицитарного развития ребёнка ранняя диагностика даёт возможность максимально раннего начала коррекционно-педагогической работы, что является залогом успешного формирования компенсаторных механизмов, коррекции первично нарушенных психических и

моторных функций при обратимых дефектах, профилактики вторичных отклонений в развитии. Причиной тому является необычная пластичность мозга в раннем возрасте, его чрезвычайная восприимчивость к внешним воздействиям.

Материалы и методы. На базе ОГБУЗ «Городская детская больница города Белгорода» с 1990 года функционирует Психоневрологическое отделение для детей раннего возраста №4, куда госпитализируются дети с 3 месяцев до 3-х лет с двигательными и психоречевыми нарушениями. В отделении, помимо медицинского персонала, работает логопед. Основными обязанностями которого являются: обследование ребёнка, т.е. диагностика; беседа и консультация с родителями; и исходя из этого (в зависимости от состояния речевого развития ребёнка) – индивидуальные занятия, т.е. коррекция речевых нарушений. Логопедическое обследование ребёнка состоит из: выяснения строения и функционирования основных органов артикуляции, состояния произвольного артикуляционного праксиса, дифференцированности слухового внимания к неречевым и речевым сигналам, сформированности понимания речи, в том числе простых и сложных речевых инструкций, объёма пассивного и активного словарного запаса. По мере необходимости логопед берет детей на индивидуальные занятия с обязательным присутствием родителя, на котором он наблюдает и, можно сказать, «учится», как развивать подвижность артикуляционного аппарата и мелкой моторики рук, расширять пассивный и активный словарь ребёнка.

Результаты. Большинство детей с диагнозом органическое поражение ЦНС, из них больше половина – это дети с различными формами ДЦП. Но необходимо отметить, что все занятия с логопедом проводятся на фоне лечения ребёнка в отделении медикаментозными средствами и сеансами физиотерапии. Клинический пример-ребенок Катя Т. (3 года). Ребёнок от I беременности, протекавшей с токсикозом во II пол., отёки, повышением артериального давления. Роды преждевременные, I-е (на сроке 32 недели беременности) путём кесарева сечения. Вес 1200 г. На 10-е сутки переведена в отделение недоношенных. Кормилась через зонд до 1 месяца. В отделении недоношенных находилась на лечении 2,5 месяца. В дальнейшем проходила и до сих пор проходит курсы лечения в отделении. Общие психические реакции. В эмоциональный контакт вступает. Играет самостоятельно, проявляет фантазии. Книжками интересуется больше, чем игрушками. Внимание устойчивое. Познавательные реакции активные. Зрительное и слуховое внимание удовлетворительное. Зрительно-моторная координация развивается. Страдает мелкая моторика рук. Предпочитает работать левой рукой. Артикуляционный аппарат. Лицо выразительное, мимика живая. Язык по средней линии, узкий, мышечный тонус повышен нерезко. Движения языком выполняет медленно, с трудом, кончик языка вверх не поднимается. Трудности в переключении от одной артикуляционной позы к другой. Замедленный темп артикуляционных движений. Голос недостаточной силы и звонкости. Дыхание неритмичное. Самостоятельно кусает, жуёт медленно; при глотании не поперхивается. Общая моторика. Ходит у опоры и ползает. Импрессивная речь. Ребёнок понимает обращенную речь. Выполняет речевые инструкции. Ориентируется в окружающей обстановке и простых сюжетных картинках. Понимает слова, обозначающие предметы и действия, хуже признаки. Запас знаний и представлений расширяется. Экспрессивная речь. Общается с окружающими с помощью простой фразовой речи из 2-х слов, крайне редко 3-х слов. Словарный запас беден. Активный словарь состоит из звукокомплексов, слов-предметов, слов-действий, мало слов-признаков. Предлогами пользуется редко. Разборчивость речи снижена. Слоговая структура слов нарушена. Дефектное звукопроизношение переднеязычных звуков. Заключение. ДЦП, спастическая диплегия. Задержка речевого развития по дизартрическому типу. Первое коррекционное занятие началось чуть больше года

назад, тогда девочка пользовалась «лепетным разговором» крайне редко и произносила, только несколько лепетных слов, обращенных к родителям. В конце каждого курса занятий у ребёнка появлялись небольшие улучшения: расширялся пассивный и активный словарь, появлялись новые звукоподражания и слова, улучшалась артикуляция и мелкая моторика рук. Маме обязательно давались рекомендации на дом.

Выводы. Приведённая выше история болезни показывает, что, несмотря на органическое поражение головного мозга, при условии раннего, регулярного и комплексного (медико-педагогического) лечения, возможно компенсаторное восстановление (полное или частичное) нарушенных речевых функций.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ У ДЕТЕЙ

Саатова Д.С., Убайдуллаев О.Х. Нурмухамедова М.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Гипотиреоз- одна из самых частых нарушений функционального состояния щитовидной железы, что делает эту клиническую проблему актуальной для врачей разных специальностей. Неврологические расстройства является составляющей клинической картины практически всех формы гипотиреоза, причем в ряде случаев они формирует синдромологическое ядро, значительно обгоняя другие проявления заболевания. Тем не менее, вопросам взаимосвязи двух систем а клинической практике не придается достаточного значения

Цель. Изучить клинико- нейрофизиологическое состояние нейромоторной системы у больных гипотиреозом в условиях дефицита тиреоидных гормонов и в процессе достижения медикаментозной компенсации.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование больных с гипотиреозом, включающее в себя клиническое, неврологическое, лабораторное и электронейромиографическое исследования.

Результаты. Поражение периферической нервной системы проявлялось чувствительной полиневропатией (85,5%) в сочетании с туннельными невропатиями (66,8%), дополнялось миотоническим феноменом (22,38%) и миопатическим синдромом (18,43%). Поражение центральной нервной системы было представлено когнитивными нарушениями (73,4%) в сочетании с вестибуломозжечковыми (78,6%), пирамидными (58,6%) и экстрапирамидными (16,4) синдромами. Данные изменения сопровождалась вегетативными нарушениями, неврозоподобным, астеническим синдромами и признаками поражения черепных нервов.

Выводы. Неврологические нарушения имели связь с тяжестью гипотиреоза: при слабо выраженном гормональном дефиците (Субклинический гипотиреоз) имело место преобладание неврозоподобного, цефалгического и ряда рефлекторных вертеброгенных синдромов (вертебрального, мышечно- тонического и рефлекторно- болевого); у больных с отчетливым гормональным дефицитом (клинический гипотиреоз) преобладала клиника когнитивных, экстрапирамидальных нарушений, миопатический и нейродистрофический синдромы.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ МОНОНЕВРОПАТИЙ ВСЛЕДСТВИЕ РАНЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Сажнева И.А., Евтушенко О.С., Евтушенко С.К., Фомичёва Е.М.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, г. Донецк, ДНР

Актуальность. В связи с боевыми действиями в Донбассе на реабилитацию в Центр поступают дети, перенесшие взрыво-осколочные ранения конечностей, сочетающиеся с повреждением нервных стволов и развитием периферических парезов в конечностях. В связи с этим возникла необходимость создания методики ранней восстановительной терапии детей с данной патологией.

Цель. Разработать методику реабилитации утраченных двигательных функций у детей с мононевропатиями, развившимися вследствие ранения конечностей.

Материалы и методы. На лечении в центре находилась пациентка П. 6 лет. В августе 2014 г. девочка получила открытый минно-осколочный перелом нижней трети диафиза правой плечевой кости со смещением, разрывом двуглавой и трёхглавой мышц, повреждением лучевого и срединного нервов. В клинической картине: имеются рубцы в области нижней трети правого плеча, периферический дистальный парез правой верхней конечности с амиотрофией и снижением мышечной силы в кисти, отсутствием сухожильных рефлексов, гипестезией по лучевой половине ладонной поверхности и первых трёх с половиной пальцев на тыльной поверхности правой кисти. Активные движения в правой руке ограничены: затруднены тыльное сгибание кисти, пронация предплечья, разведение пальцев, противопоставления и отведение 1 пальца. Контрактура правого локтевого сустава. Проведение стимуляционной ЭНМГ выявило выраженное снижение скорости проведения импульса по срединному нерву справа на 50%, снижение амплитуды М-ответа с соответствующих мышц кисти. При исследовании лучевого нерва отмечены слабые мышечные сокращения при стимуляции на плече, но данных для математической обработки М-ответа не получено.

В соответствии с нашей методикой была разработана индивидуальная программа восстановительной терапии для данного ребёнка. Девочка получала медикаментозную терапию, включающую ипидакрин, актовегин, Пиридоксин+ Тиамин+ Цианокобаламин+ Лидокаин, тиоктовую кислоту, никотиновую кислоту. В течение 10 дней проводилась иглорефлексотерапия сеансами по 7-10 минут с использованием биологически активных точек (БАТ) находящихся на меридианах GI, IG, MC, TR, P. По точкам этих же меридианов назначалась лазерное воздействие и мезотерапия с внутрикожным введением 1,5% ипидакрина 0,1-0,2 мл на каждую БАТ. Одновременно по щадящей методике была назначена низкочастотная электростимуляция мышц-разгибателей кисти (аппарат “Амплипульс”), включая длинный лучевой разгибатель запястья, короткий лучевой разгибатель запястья, мышца отводящая большой палец. Ребёнок получал курс массажа и лечебной гимнастики (с элементами stretch) по специальной методике, направленные на восстановление утраченных функций кисти.

Результаты. На фоне проведенной терапии у ребёнка улучшились тыльное сгибание и разведение пальцев правой кисти, выросла мышечная сила в ней. На ЭНМГ увеличилась скорость проведения импульса в пострадавших нервах.

Выводы. Проведенная терапия показала высокую эффективность лечения невропатии лучевого и срединного нервов у пациентки П. 6 лет, перенесшей минно-осколочное ранение правой руки с повреждением периферических нервов. Данную методику совместного применения медикаментозной и немедикаментозной терапии

можно рекомендовать для реабилитации мононевропатий у детей, полученных в результате огнестрельных ранений конечностей.

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Симашкова Н.В., Блинова Т.Е.

ФГБНУ Научный Центр Психического Здоровья, г. Москва

Актуальность. Разработка систематики обсессивно- компульсивных нарушений детского возраста является одной из актуальных задач для решения ряда терапевтических и социальных проблем детской психиатрии. К навязчивым или обсессивным расстройствам в общей психопатологии относятся моторные (движения, действия) и идеаторные (мысли, воспоминания, сомнения, страхи) нарушения, возникающие независимо и вопреки желанию больного. Элементарные двигательные навязчивости, характерные для детей дошкольного возраста, чаще возникают в форме тиков. У детей младшего школьного возраста отмечаются более сложные моторные навязчивости, приобретающие характер целенаправленных произвольных действий, а также навязчивых задержек тех или иных действий. Двигательные навязчивости не только определяют клиническую картину различных этапов заболевания (Р.А. Наджаров, 1955; Г.И. Завидовская, 1970), но и выступают в качестве осевых симптомов (А.А. Шюркуте, 1987) при различных нозологических заболеваниях. Так, кататонические стереотипии могут трансформироваться в двигательные навязчивости при детском аутизме и шизотипическом расстройстве.

Целью настоящего исследования является создание типологии психомоторных нарушений в структуре расстройств аутистического спектра и шизотипического расстройства.

Материалы и методы. На базе клиники ФГБНУ НЦПЗ были обследованы с пациенты с диагнозами по МКБ-10: «Детский аутизм, F 84.02» и «Шизотипическое неврозоподобное расстройство, F 21.3» с использованием следующих методов: клинического, патопсихологического, нейрофизиологического.

Результаты. По результатам исследования больные разделились на 3 группы: 1) детский аутизм (ДА) с навязчивыми движениями на выходе из кататонии, 2) шизотипическое расстройство с Жилеподобной симптоматикой (двигательные навязчивости + вокализмы), 3) шизотипическое расстройство с комбинированными двигательными и идеаторными навязчивостями. У пациентов с ДА на ЭЭГ выявлялись повышенный уровень бета-активности, а также наличие сенсомоторного ритма, сочетающиеся с признаками дисфункции глубоких структур головного мозга. У обследованных до лечения отмечался нерегулярный повышенный альфа-ритм с дефицитом «возрастного ритма», с улучшением в динамике при приеме психофармакотерапии. При психологическом исследовании на первый план выступали признаки искаженного дизонтогенеза с задержкой психо-речевого развития. У пациентов с шизотипическими расстройствами на ЭЭГ чаще всего выявлялись признаки дисфункции глубоких структур г.м., повышение спектральной мощности тета-активности. Альфа-ритм чаще соответствовал возрастной норме или был несколько снижен. Также отмечались изменения ирритативного характера.

Выводы. По итогам психологического обследования выявлялись – диссоциированное психическое развитие, специфика развития эмоционально-личностной сферы, в виде аффективной нестабильности, тревожности, особенностей

коммуникации и неврозоподобные расстройства. У пациентов углублялись аутистические черты характера.

ОСОБЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МЛАДЕНЦЕВ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Скляднева В.М., Кузиванова А.А., Павлова Н.Н., Лазуренко С.Б.

*ФГБУ "Национальный научно- практический Центр Здоровья Детей"
Министерства здравоохранения РФ, г. Москва*

Актуальность. Согласно данным статистики в 2016 году зарегистрировано около 64 тысяч детей– инвалидов, причем 50% из них с впервые выявлены в возрасте до 4-х лет. В большинстве случаев у детей-инвалидов имеют место различные неврологические и сенсорные нарушения, а также заболевания опорно-двигательного аппарата, в том числе ДЦП. Для социальной адаптации и абилитации младенцев с сочетанными нарушениями развития необходимо изучить особенности становления основных линий психического развития, что позволит разработать индивидуальную программу психолого-педагогической помощи.

Цель. Выявить особенности становления двигательной активности у детей с сочетанным поражением ЦНС.

Материалы и методы. 52 ребенка с сочетанным поражением ЦНС. Беседа, наблюдение, анализ медицинской документации, психолого-педагогическое обследование (методика Э.Л.Фрухт, методика Лазуренко С.Б., Стребелева Е.А.).

Результаты. Первые поисковые движения головы, глаз и губ регистрируются у детей с перинатальной патологией ЦНС в возрасте от 3 до 6 месяцев жизни только при воздействии стимулами высокой интенсивности на основные анализаторы, в том числе тактильный. Эти психологические ответы наблюдаются однократно, повторно не вызываются в силу их мгновенного истощения.

Вывод. Содержание индивидуальной коррекционно-педагогической работы с младенцами, у которых выявлены особенности становления движений должно включать в себя разнообразные методы и приемы сенсорной стимуляции для активизации функциональных возможностей анализаторов, формирования ориентировочных реакций и постурально-моторных навыков, в том числе движений органов артикуляции.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Смоляк А.М., Турок Г.А.

*ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие», г. Астрахань*

Актуальность. Раннее выявление и коррекция психосоматических состояний и расстройств способствует их устранению с максимальной вероятностью. Психосоматические расстройства и заболевания всегда обусловлены психологическими

факторами, иными словами — это болезни, главными причинами которых являются мыслительные процессы, фантазии и представления больного, а не патологические процессы, происходящие в структуре внутренних органов. В основе патогенеза психосоматического расстройства лежит изучение механизма реагирования организма, его систем и тканей на остро воздействующий стрессовый фактор. В стрессовых ситуациях ребенок остается один на один со своими проблемами, и вымещает их из области психологии в область физиологии. В этом случае и возникают психосоматические расстройства у детей. Часто бывает очень сложно заподозрить психологическую основу реальной болезни. Но если болезнь возвращается вновь и вновь без видимой на то причины, имеет смысл рассмотреть психосоматику, как возможное объяснение.

Материалы и методы. В основу терапии психосоматических расстройств должны лежать следующие принципы. Во-первых, это комплексный (мультидисциплинарный) подход. Лечение больного должны осуществлять психиатр, невролог, психотерапевт, педиатр или детские специалисты различного профиля в условиях в многопрофильные больницы. Во-вторых, должен соблюдаться принцип приоритетности психиатра во всех случаях за исключением ургентных состояний, когда психофармакотерапия отступает на второй план. В-третьих, принцип преемственности лечебного процесса при передаче больного для курирования другим специалистом. Необходимо учитывать, наряду с локализацией, степень выраженности функциональных нарушений при проведении симптоматической терапии. И, в-четвертых, клиничко-патогенетический подход, с учетом особенности депрессии, как основного фактора возникновения психосоматических расстройств.

Результаты. Детский возраст, характеризующийся незавершенностью формирования и созревания структурно-функциональных отделов мозга, высокой пластичностью психики и наличием больших компенсаторных возможностей, отличается тем, что любое позитивное саногенное воздействие вызывает у ребенка как лечебный, так и развивающе- гармонизирующий эффект. В самом деле, избавив ребенка от болезненных симптомов и психотравмирующих переживаний, мы тем самым создаем предпосылки для нормального онтогенеза психики. С другой стороны, скорректировав дизонтогенетические механизмы, существующие на том или ином «этаже» строящейся психической организации, мы вправе рассчитывать на то, что более зрелая, опытная и жизнестойкая личность самостоятельно справится со многими психогенными образованиями и стрессирующими воздействиями.

Выводы. Таким образом, оптимальной моделью конечного результата собственно лечебной либо психопрофилактической работы с ребенком или подростком является приближение его психического статуса к такому гипотетическому состоянию, которое (с учетом наследственно-конституциональных предпосылок его индивидуальности и при наличии адекватных условий жизни и воспитания) было бы характерно в данном возрасте при нормально протекающем онтогенезе.

РОЛЬ НЕЙРОСОНОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ДИНАМИКИ РЕГРЕССА НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Сохань Д.А., Евтушенко С.К., Евтушенко О.С., Яновская Н.В.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, г. Донецк, ДНР

Актуальность. В литературе в недостаточной степени представлены исследования с оценкой обратного развития клинических и нейросонографических (НСГ) симптомов поражения мозга у детей первого года жизни перенесших церебральную ишемию 1 и 2 степени.

Цель. Изучить динамику обратного развития клинических и НСГ проявлений церебральной ишемии на фоне лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Обследованы 96 детей с перенесенной перинатальной церебральной ишемией 1 и 2-й степени в возрасте от 1 месяца до 1 года в период за 2015-2017 годы. Церебральная ишемия 1 степени отмечалась у 36 детей, церебральная ишемия 2 степени отмечалась у 60 детей. Мальчики составили 67%, девочки-33%. Диагностика степени тяжести церебральной ишемии была основана на критериях, рекомендованных Ю.И. Барашневым (2004): нарушение мышечного тонуса, повышение сухожильных рефлексов, нервно-рефлекторная возбудимость.

Результаты. Основные сонографические изменения при церебральной ишемии 1 степени: в 1 месяц – незначительное превышение размеров субарахноидальных пространств и межполушарной щели (до 4-6 мм) в 3 месячном возрасте - сохранение расширения межполушарной щели и субарахноидальных пространств. И уже с 6 месяцев у этих детей изменений в размерах субарахноидального пространства и межполушарной щели не регистрировались, но сохранялось увеличение большой цистерны (до 12 мм), сохраняющееся до окончания наблюдения (до 1 года). Клинические синдромы церебральной ишемии 1 степени: низкая оценка по шкале Апгар (6-7 баллов) на первой минуте и изменения в неврологическом статусе: синдром церебральной возбудимости (18%), мышечный гипертонус (18%), гиперрефлексия (21%). По достижению 1 года 79% детей не имели отклонений неврологической симптоматики, у 9% пациентов отмечались остаточные проявления в виде симптоматической гидроцефалии. Особенности НСГ картины последствий церебральной ишемии 2 степени, по сравнению с группой детей, перенесших ишемию 1 степени: превышение размеров субарахноидального пространства до (6-8 мм), межполушарной щели до (6-8 мм), ширины тел до (8-10 мм), и задних рогов боковых желудочков до (16-20 мм). В 3-х и 6-ти месячном возрасте сохранялись увеличенные размеры субарахноидального пространства и межполушарной щели, а также присоединялось расширение ретроцеребелярного пространства: размеры субарахноидального пространства составили 6-8 мм, против 3,2-4мм у детей с ишемией 1 ст, показатели межполушарной щели 6-8 мм, против 2,3-3,8 мм в сравниваемой группе. При этом отмечалось нарастание средних размеров затылочных рогов боковых желудочков в 9 и 12 месяцев до 16-19 мм. Клинические проявления при более тяжелых формах церебральной ишемии характеризовались длительным сохранением признаков перинатального поражения ЦНС: у 92% пациентов до 6 месяцев и у 65% у детей до возраста 1 год. Только 2 детей (3%) в 1 месяц отсутствовали изменения в неврологическом статусе при наличии патологии на нейросонографии. Все дети проходили курсы интенсивного реабилитационного лечения с применением медикаментозных средств, методов физиотерапии, мануальной терапии, лечебной

физкультуры, массажа. В зависимости от тяжести состояния и регресса неврологической симптоматики получали 3-4 курса в течение года. В анамнезе церебральная ишемия 1 степени сопровождалась полным восстановлением НСГ-показателей с отсутствием клинических неврологических проявлений перенесенной гипоксии у 30% к возрасту 3-х месяцев и 58% - к концу первого года жизни. Динамическое наблюдение за детьми, перенесшими церебральную ишемию 2 степени показало сохранение отклонений в неврологическом статусе у 38% детей (нарушение мышечного тонуса, гипо- или гиперрефлексия, синдром повышенной возбудимости) Формирование симптоматической гидроцефалии, расширение межполушарной щели и конвекситальных пространств в течение всего периода наблюдения сохранялось у 33% детей по достижению 1 года. Вместе с тем у 42% пациентов с церебральной ишемией 2 степени к 1 году отмечено полное клиническое выздоровление.

Выводы. Таким образом, более тяжелые формы церебральной ишемии характеризуются большей продолжительностью сохранения НСГ признаков, и клинических проявлений последствий ишемического поражения ЦНС у 92% пациентов к 6 месячному возрасту и у 63% детей, достигших возраста 1 год. Полученные данные позволяют осуществлять динамическую оценку наиболее важных клинических и НСГ признаков, характеризующих данную патологию, сопоставлять темпы обратного развития ведущих неврологических синдромов и ультразвуковых параметров поражения головного мозга и, соответственно, оптимизировать реабилитационные мероприятия детям с перинатальной гипоксической энцефалопатией.

ЗНАЧИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АГЕНЕЗИЕЙ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА, СТРАДАЮЩИХ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Тараканова Т.Ю.¹, Милованова О.А.²

¹ГБУЗ МО Коломенская ЦРБ, г. Коломна, Московская область

²ФГОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель. Провести анализ факторов резистентности у пациентов с агенезией мозолистого тела (АМТ), страдающих симптоматической эпилепсией.

Материалы и методы. Обследовано 10 пациентов (8 девочек, 2 мальчика) в возрасте 1,5-17 лет (средний возраст 8,1±3,7 года) с АМТ, страдающих симптоматической эпилепсией. Всем пациентам проведено клинико-неврологическое обследование, электроэнцефалография, магнитно-резонансная томография головного мозга, медико-генетическое консультирование.

Результаты. У всех обследованных пациентов диагностирована симптоматическая эпилепсия (СЭ), резистентное течение. При нейровизуализации АМТ сочеталась: с субэпендимальной гетеротопией в стенке боковых желудочков (n=4); полимикрогирией (n=3); папилломой левого сосудистого сплетения (n=1); фокальной корковой дисплазией лобно-теменной доли (n=1); лобарной голопроэнцефалией (n=1). У всех пациентов в клинической картине доминировали выраженные двигательные и интеллектуальные расстройства. У 6 (60%) пациентов с АМТ выявлены эпилептические приступы по типу тонических инфантильных спазмов с частотой 2–14 серий в сутки. У 3 (30%) пациентов с АМТ – сложные фокальные моторные с вторичной генерализацией; у 1 (10%) пациента с АМТ – сложные

парциальные моторные приступы. Дебют эпилептических приступов в 80% (n=8) был на первом году жизни (в возрасте 2-8 месяцев), в 20% (n=2) - на втором году жизни.

Выводы. В большинстве случаев у пациентов с симптоматической эпилепсией верифицированные с помощью МРТ головного мозга АМТ и нарушения кортикального развития мозга ухудшают прогноз, способствуя резистентному течению заболевания.

РОЛЬ АГЕНЕЗИИ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА АЙКАРДИ У ДЕТЕЙ

Тараканова Т.Ю.¹, Милованова О.А.²

¹ГБУЗ МО Коломенская ЦРБ, г.Коломна, Московская область

²ФГОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Актуальность. Синдром Айкарди (СА) представляет собой врожденное мультисистемное заболевание, характеризующееся агенезией мозолистого тела, инфантильными спазмами, олигофренией и хориоретинальными лакунарными очагами.

Цель. Определение значимости радиологических проявлений и возможные этиологические факторы у пациентов с синдромом Айкарди.

Материалы и методы. Нами обследованы 8 девочек, страдающих СА (средний возраст – 3,13±1,05 лет). Всем пациентам проведено стандартное анамнестическое, соматическое, неврологическое обследование, ЭЭГ, КТ/МРТ головного мозга, офтальмоскопия.

Результаты. У матерей пациенток во всех случаях установлены осложнения в 1–2 триместрах беременности – чаще всего это были острая вирусная или бактериальная инфекция респираторного тракта либо внутриутробная инфекция. У 7 из 8 больных обнаружены черепно-лицевые дисморфии. У всех больных в возрасте 5–6 месяцев дебютировали инфантильные спазмы (до 10–20 приступов в сутки), а неврологическая картина включала спастическую пара- или гемиплегию, задержку психического и речевого развития. На ЭЭГ у 5 из 8 больных доминировал типичный паттерн гипсаритмии. На КТ/МРТ головного мозга в различных сочетаниях обнаружены: агенезия мозолистого тела, атрофия вещества мозга, структурные изменения в проекции зрительной лучистости – у всех больных; аномалия Денди-Уокера – у 3; киста полости прозрачной перегородки – у 3; пахикирия и полимикрокирия – у 2 пациентов. При офтальмоскопии обнаружены разнокалиберные хориоретинальные лакунарные очаги и переменная сочетанная аномалия зрительных нервов.

Выводы. В исследовании выявлены характерные неврологические, радиологические, нейрофизиологические и офтальмологические проявления СА. У всех больных верифицированы агенезия мозолистого тела, атрофия вещества мозга и структурные изменения в проекции зрительной лучистости. Причиной формирования распространенной церебральной патологии у больных с СА стало длительное воздействие неблагоприятных антенатальных факторов, способствующих нарушению нормального развития мозга ребенка.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОУРОВНЕВЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОДВЫВИХЕ И ВЫВИХЕ БЕДРА У ДЕТЕЙ С ДЦП

Томов А.Д., Дьячков К.А., Попков Д.А.

ФГБУ «РНЦ «ВТО» имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава РФ, г. Курган

Актуальность. Ввиду высокого процента встречаемости вывиха бедра при спастических формах тяжелых степеней ДЦП (33 - 70%) тема актуальна.

Цель. Изучить результаты реконструктивных операций при подвывихах и вывихах бедра у детей с тяжелыми формами ДЦП в рамках многоуровневых хирургических вмешательств в ближайшем и отдаленном периоде наблюдения

Материалы и методы. Исследованы результаты применения многоуровневых вмешательств у 50 детей (спастическая диплегия, IV и V уровни по GMFCS, средний возраст $6,2 \pm 1,37$ лет) с ДЦП, осложненным вывихами бедер. Оперативные вмешательства были выполнены в период 2012-2015 гг. Средний период наблюдения составил $2,8 \pm 1,7$ лет. Всем пациентам в самый ближайший послеоперационный период проводились мероприятия постурального менеджмента, пассивной вертикализации, мобилизации тазобедренных суставов, ортезного сопровождения.

Результаты. Всем детям выполнялась реконструкция т/б сустава. При двусторонней форме вывиха промежуток между операциями составил $38,1 \pm 25,8$ дней. Во всех случаях к концу первого года после операции достигнуто увеличение амплитуды отведения бедра более 30° , сгибание - более 100° , возможность комфортной позы сидя и правильной пассивной симметричной вертикализации, устранение болевого синдрома в повседневной жизни. Форма и позиция стопы позволяли использовать обувь для пассивной вертикализации и при прогулках. Данный результат сохранился у 47 пациентов к концу второго года наблюдения. У трех пациентов отмечались частичные рецидивы деформаций стоп и уменьшение амплитуды отведения бедер до 20° , однако возможность пассивной симметричной позы стоя и сидя, ношение обуви оставались осуществимы. Через 2 года все рентгенологические показатели оставались в рамках нормальных значений в период наблюдения. Но наблюдалась слабая тенденция на снижение достигнутой гиперкоррекции, не выходящая за границы нормы.

Выводы. Многоуровневые операции у детей с тяжелыми формами ДЦП, где ведущим звеном патологии является вывих бедра, направлены на достижение коррекции всех имеющихся ортопедических проблем на нижних конечностях. Результатом таких вмешательств является достижение нормальных анатомических параметров, создание условия для проведения реабилитационных мероприятий, постурального менеджмента, что крайне важно для нормального развития тазобедренных суставов и предотвращения рецидива подвывихов и вывихов бедер у детей.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭНДОКРИНОПАТИЯМИ

Убайдуллаев О.Х., Саатова Д.С., Зияходжаева Л.У.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

Актуальность. При многих эндокринных заболеваниях наблюдаются нарушения функций нервной и нервно-мышечной системы. Вопрос требует как научных подходов в целях разрешения данной проблемы, так и внедрения их в тактику ведения пациентов с данной патологией с разработкой дифференциальных критериев при поражении нервно-мышечного аппарата при различных эндокринопатиях. Эндокринные заболевания часто встречаются среди детей, при которых наряду с нарушением функции внутренних органов и тканей вследствие гипо- или гиперфункции желез эндокринной системы отмечаются и неврологические осложнения.

Цель. Изучить дифференциально-диагностические аспекты нервно-мышечных синдромов у детей и подростков с эндокринопатиями.

Материалы и методы. Обследование проводилось у 50 больных эндокринными заболеваниями в возрасте с 6 до 15 лет с нервно-мышечными синдромами. Исследования проводились в научно-исследовательском институте эндокринологии по клиническим признакам, лабораторным показателям (общий анализ крови), инструментальным (ЭМГ, ЭНМГ) методом диагностики.

Результаты. Результаты обследований показали, что из 50 больных у 24 был выявлен гипотиреоз, и это составило 48%. У 10 (41.67%) больных с врожденным гипотиреозом отмечался псевдомиотонический синдром с гипертрофией мышц, синдром Геркулеса, у 14 (58.33%) больных с приобретенным гипотиреозом, миопатический синдром. Было изучено, что при гипотиреозе такие изменения связаны с уменьшением количества йода в щитовидной железе. У 10 (38.46%) больных выявили сахарный диабет и у них наблюдались диабетическая полиневропатия, при которой чувствительные, двигательные, вегетативно-трофические нарушения сочетались с расстройствами координации движений в дистальных отделах конечностей. Было определено, что такие изменения при сахарном диабете связаны с нарушением превращения глюкозы в триглицериды, избыточным количеством сорбитола и фруктозы, которые приводят к отеку периферических нервов и микроангиопатией, приводящей к ишемии. Из 9 (34.61%) больных с патологией паращитовидной железы, у 5 (19.23%) было выявлено гиперфункция паращитовидной железы, у этих больных определены нарушения движений в виде миопатии, развивалась мышечная слабость наиболее выраженная в проксимальных отделах. У 2 (8%) больных определена гипофункция паращитовидной железы. У этих больных нервно-мышечный синдром развивался очень редко. Эти изменения связаны с изменением количества кальция и фосфора.

Выводы. Результаты исследований показали, что клинические проявления эндокринопатий и нервно-мышечные изменения встречается чаще среди детей от 5 до 18 лет. При всех эндокринопатиях нервно-мышечный синдром уменьшается на фоне лечения основного заболевания.

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ И ПИЩЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Урбанович М.Ю., Воликова С.В.

*ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии, Москва
Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ
«Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени
В.П. Сербского» Минздрава России, Москва*

Актуальность. Современное общество через СМИ пропагандирует ориентацию на внешний успех, конкурентное поведение, стремление к популярности. Телевидение, социальные сети, печатные издания транслируют образ модной и успешной молодежи, так как он пользуется большим спросом и успешно продается. Такие современные тенденции пагубно влияют на неокрепшее подростковое сознание, формируют завышенные и нереалистичные стандарты красоты, и установку на патологическую неудовлетворенность собой и своей внешностью. Так, от нервной анорексии страдают от 0,3 до 1% подростков, от нервной булимии – 1-3%. Примечательно, что уровень смертности от нервной анорексии самый высокий для психических расстройств, а именно 20%. Из-за этого актуальным и своевременным оказывается изучение перфекционизма, направленного на внешность и стремление соответствовать жестким стандартам современной красоты и моды. Среди отечественных психологов данный «подвид» перфекционизма исследовался А.Б. Холмогоровой и П.М. Тархановой, и получил название «физический перфекционизм». В зарубежных и отечественных (Холмогорова, Тарханова, 2013) исследованиях данного феномена было показано, что он является одной из самых распространенных форм перфекционизма среди молодежи. При этом «физический перфекционизм» обнаруживает тесную связь с эмоциональной дезадаптацией, неудовлетворенностью своим телом, нарушениями пищевого поведения и желанием обратиться к услугам пластического хирурга, нежели другие формы перфекционизма (Bastiani A., Rao R., Weltzyn T., Kaye W., 1995; Cain et al, 2008; Haase, 2013; Srivastava, 2009; Yang, & Stoeber, 2012; Холмогорова, Тарханова, 2013). Таким образом, наиболее подробного рассмотрения требуют вопросы изучения личностных факторов, а именно уровня общего перфекционизма и так называемого физического перфекционизма, влияющих на формирования у подростков чрезмерно завышенных стандартов красоты и нереалистичных параметров тела, что является потенциальным риском развития нарушений пищевого поведения.

Материалы и методы. Было обследовано 79 подростков. Исследование проводилось на клинической (23 человека) и популяционной выборке (32 человека). Средний возраст испытуемых – 15 лет. Клиническая группа представлена больными со следующими диагнозами: 21 человек – F 50.0 Нервная анорексия; 1 человек – F50.1 Атипичная нервная анорексия; 1 человек – F50.2 Нервная булимия. Для исследования были использованы следующие методики:

- Опросник детского перфекционизма (Флетт)
- Опросник физического перфекционизма (Холмогорова, Дадеко, 2010)
- Опросник детского перфекционизма (Холмогорова, Воликова, 2008)
- Шкала пищевого поведения (EDI)
- Опросник образа собственного тела (Скугаревский, Сивуха)
- Шкала детской тревоги (Прихожан)
- Шкала детской депрессии (Ковак)

Теоретические основания работы представлены моделью перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогорова и многоуровневая психо-социальной моделью расстройств аффективного спектра (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, 1999)

Результаты. Анализируя полученные данные можно говорить о наличии связи между расстройствами пищевого поведения, эмоциональными нарушениями и перфекционными установками. В клинической группе стремление к худобе, «идеальному» телу и внешности, а также субъективное недовольство своим обликом связаны с перфекционными установками (показатели общего, физического и социально-предписанного перфекционизма), а также с аффективными нарушениями, самооценочной тревожностью, склонностью не доверять людям. Перфекционные установки и стремление к совершенствовать свою внешность, тревога и снижение настроения впоследствии изменяет телесное чувствование и значительно затрудняют осознание нужд своего тела. Описанные корреляции частично встречаются и в контрольной группе, (то есть у девочек без нарушений пищевого поведения), однако подобные связи выражены «мягче», подобное поведение гораздо менее характерно для них, например, в контрольной группе не выявлены связи с социально-предписанным перфекционизмом и тревожной симптоматикой, физический перфекционизм и стремление к худобе не приводят к нарушению телесного чувствования и не являются «моно идеей». Также, исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что существуют различия между клинической и популяционной группами по показателям депрессии ($p=0,000$) и перфекционизму, а именно двум его «подвидам»: социально предписываемому ($p=0,010$) и родительскому ($p=0,000$). Примечательно, что данные показатели более выражены в популяционной группе. Также крайне примечательно, что популяционная группа, то есть дети без психиатрических диагнозов, в целом, даёт более тяжёлую картину в опросниках, направленных на пищевое поведение, восприятие образа собственного тела и перфекционизм. Предположительно, это связано с тем, что клиническая выборка демонстрируют фасадность и дают социально желательные ответы с целью быстрее выписаться из психиатрической больницы. Также, можно предполагать низкую откровенность и плохое опознавание своих чувств и реального состояния у больных с расстройствами пищевого поведения.

Выводы. Представленный материал может быть полезен для понимания личностных особенностей больных пищевыми расстройствами. Полученные данные свидетельствуют о том, что больные отличаются высокой степенью фасадности и социальной желательности, отрицанием собственных проблем. Такие особенности важно учитывать в медицинских и реабилитационных учреждениях, а также при психотерапевтической работе с данной группой пациентов. Данные могут быть полезны при разработке новых опросников, психологического сопровождения больных и их семей, ранней диагностики развития нарушений пищевого поведения, выделения группы «риска».

ВОЗМОЖНОСТИ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Фомичева Е.М., Евтушенко О.С., Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР

Актуальность. В настоящее время актуальность реабилитации и абилитации детей с различными наследственными заболеваниями приобретает особую значимость,

так как постоянно растет количество детей с данной патологией. В связи с наследственным генетическим характером заболевания, его неуклонным прогрессированием, невозможностью полного излечения и восстановления утраченных функций целью терапии является замедление прогрессирования, а также адаптация пациентов к повседневной жизни. Реабилитация направлена на восстановление или компенсацию утраченных функций с помощью медицинских, физических, педагогических мер и средств. В то же время, абилитация – это комплекс медикаментозных, немедикаментозных средств, направленный на поддержание тех функций и умений, которыми пациент владеет на данный момент и является наиболее оптимальным подходом к наследственным прогрессирующим заболеваниям нервной системы.

Материалы и методы. В 2014-2016 под нашим наблюдением находилось 34 ребенка (1-я группа) с наследственными дегенеративными заболеваниями нервной системы: в 2014- 2,4%, в 2015 – 6,6%, в 2016 – 7,9% от всех пролеченных за год детей. Это были дети со спинальной мышечной атрофией, прогрессирующими мышечными дистрофиями Дюшенна, Беккера, Эмери-Дрейфуса, наследственной мотосенсорной полиневропатией, наследственной спастической параплегией Штрюмпеля, осложненной спастической параплегией тип Тройера, нейрофиброматозом Реклинзаузена. Также пролечено 19 детей (2-я группа) с хромосомными аномалиями в 2014- 1,2%, в 2015 – 3,6%, в 2016 – 4,3%. Это дети с синдром Дауна, синдром Эдвардса, синдром Ангельмана, Прадера-Вилли, Клайнфельтера и другими недифференцированными микроаномалиями хромосом. Данные цифры полностью не отражают показатели общей заболеваемости наследственными дегенеративными заболеваниями нервной системы, а отражают активность реабилитационного лечения детей с данной патологией, т.к. один больной проходит курс реабилитации в отделении 3-4 раза в год. В связи с тем, что практически все реабилитационные воздействия опосредуются через родителей больных детей, которые принимают самое непосредственное участие в процессе восстановительного лечения, обучаются простейшим приемам абилитации, продолжая, по возможности, лечебный процесс в домашних условиях. По нашим данным начало абилитации больных с наследственными заболеваниями нервной системы, которая зависит от формы заболевания, должно начинаться с момента возникновения ранних клинических проявлений. Но методология абилитации (психологическая и неврологическая) подобных детей должна начинаться уже с момента генетически подтвержденного диагноза, даже при отсутствии симптомов заболевания.

Выводы. Абилитация детей включает в себя дозированное применение медикаментозных средств, физической реабилитации, психологической коррекции, методов коррекции речи, а также других немедикаментозных средств с учетом реабилитационного потенциала ребенка. Необходима настороженность по данной группе заболеваний у педиатров, неврологов, ортопедов, чтобы все дети с подозрением на наследственные дегенеративные болезни нервной системы были своевременно направлены на обследование в медико-генетическую консультацию.

ЗНАЧЕНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Хамидова Н.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Перинатальный период (с 28 недель беременности до 7 дней жизни ребенка) — один из основополагающих этапов онтогенеза, то есть индивидуального развития организма, "события" которого влияют на возникновение и течение заболеваний нервной системы и внутренних органов у детей. ППЦНС – это перинатальные поражения нервной системы, а именно - группа патологий, неблагоприятных факторов, воздействующих на плод в первые дни после рождения или в процессе родов. Это собирательный диагноз, включающий в себя: церебральную дисфункцию, нарушение мозгового кровообращения, перинатальную энцефалопатию и др.

Цель. Изучить особенности клинико-диагностического течения перинатальной патологии у детей грудного возраста.

Материалы и методы. Нами было обследовано 126 больных: 68 мальчиков и 58 девочек, в возрасте от 3 месяцев до 1 года, дети с острым течением бронхопневмонии в отделении детей грудного возраста клиники ТашПМИ. У детей с перинатальной патологией в анамнезе выявлено отягощенное течение беременности и родов: анемия (II-III степени), ранние и поздние гестозы у 72; неблагоприятное течение родов у 12, и наличие ВУИ у 18 -матерей больных детей.

Результаты. У больных в неврологическом статусе наблюдалось беспокойство, вскрикивания, тремор подбородка, общая болевая гиперестезия, при тяжелой степени перинатальной патологии отмечалось выбухание и пульсация большого родничка; сходящееся косоглазие, выраженная мышечная гипотония во всех конечностях, оживление сухожильных рефлексов, наличие патологического рефлекса Бабинского, мраморность кожных покровов у детей с вегето-висцеральным синдромом. При НСГ – исследования выявлено постгипоксическое изменения головного мозга у 72, вентрикулодилатация I-II степени у 14, и ВЖК у 8 больных; ЭЭГ – исследования у 22 больных выявлено дисфункция стволовых структур головного мозга, у 38 общемозговые изменения;

Выводы. Дети раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС страдают часто простудными заболеваниями, особенно бронхопневмониями, и клиническое течение синдромов перинатальной патологии ЦНС у этих детей более ярко выражено. Необходимо проводить комплексное обследование и лечение больных с бронхо-легочными заболеваниями у детей раннего возраста, с целью устранения осложнений перинатальной патологии.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОПИОИДНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ В ПРОЦЕССЕ ДЕЛЬФИНОТЕРАПИИ

Цукурова Л.А.¹, Нуволи А.В.², Власенко С.В.³, Лысенко В.И.²

¹Кубанский медицинский институт, РФ, 350015, Краснодар, ул. Буденного, 198

²ООО «Институт дельфинотерапии», РФ, 297400, Евпатория, ул. Кирова, 47/51

Актуальность. У детей с аутизмом качество адаптационного ответа, играющего основную роль при экстремальных ситуациях, значительно нарушено. Один из основных ее механизмов – опиоидная система, роль которой в клинической симптоматике аутизма является малоизученной.

Целью исследования была оценка состояния опиоидной системы у детей с аутизмом и динамика показателей в процессе дельфинотерапии (ДТ).

Материалы и методы. Обследовано 54 ребенка с общими расстройствами психологического развития (ОРПР) - (F84) в возрасте от 3 до 14 лет. I группа - 26 детей, получивших общее санаторно-курортное лечение (СКЛ); II группа – 28 детей, которые на фоне СКЛ получили курс ДТ. Контрольную группу (КГ) составили 25 здоровых детей. Общее СКЛ включало: сезонную климатотерапию, массаж классический ручной №10, лечебную гимнастику индивидуально №15, йодо-бромные ванны №10, Т–36–35⁰С, продолжительность 10 минут, через день. ДТ проводилась на базе Евпаторийского дельфинария «Степная гавань». Методика дельфинотерапии: проводилась ежедневно, длительностью 20 минут, в количестве 8 процедур. Обследование включало осмотр специалистами, оценку в сыворотке крови β -эндорфина, фактора роста головного мозга (BDNF) и фактора роста нервов (NGF).

Результаты. Выявлено достоверное повышение β -эндорфина, снижение NGF и BDNF в ОГ. Отмечено снижение показателей BDNF у мальчиков и повышении β -эндорфина у девочек, а также, снижение NGF, как у мальчиков, так и девочек. Тяжесть заболевания не выявила существенных различий между средней и тяжелой степенью в показателях β -эндорфина и NGF, а показатели BDNF были значительно снижены при тяжелой степени. В зависимости от формы ОРПР значительные отличия выявлены в повышении показателей β -эндорфина при синдроме Аспергера (F84.5) и гиперактивном расстройстве, сочетающемся с умственной отсталостью и стереотипиями (F84.4) в сравнении с показателями при синдроме Каннера (F84.0), также, выраженное снижение показателей NGF при синдроме Каннера и дезинтегративном психозе (F84.3), и снижение уровня BDNF при синдроме Каннера и гиперактивном расстройстве, сочетающемся с умственной отсталостью и стереотипиями. Выявлены сильные положительные корреляционные связи уровня β -эндорфина с NGF и BDNF. После проведенного СКЛ в I группе отмечено достоверное повышение показателей β -эндорфина ($p<0,01$) и NGF ($p<0,05$) в группе ОРПР со средней степенью тяжести клинических проявлений. Содержание BDNF после лечения достоверно увеличилось в ОГ, при средней и тяжелой степени аутизма ($p<0,01$). Во II группе показатели β -эндорфина достоверно повысились в ОГ ($p<0,001$), при средней степени тяжести ($p<0,05$) и при тяжелой степени заболевания ($p<0,001$). Уровень NGF после лечения повысился в ОГ ($p<0,001$) и при тяжелой форме заболевания ($p<0,01$). Содержание BDNF также, как и при общем СКЛ, достоверно увеличилось в ОГ ($p<0,001$), при средней ($p<0,05$) и тяжелой ($p<0,001$) степени тяжести.

Выводы. Выявлено, что у детей с ОРПР имеется повышенное содержание β -эндорфина с более высокими значениями у девочек и при средней степени тяжести заболевания, что может свидетельствовать о напряженном функционировании адаптационной системы. Установлено снижение уровня нейротрофических факторов - NGF и BDNF с более выраженными изменениями у мальчиков и при тяжелой степени тяжести, что значительно снижает нейропротективные свойства головного мозга. Выявлено неспецифическое стимулирующее воздействие на нервную систему СКЛ и ДТ, с более выраженным эффектом при ДТ, что позволяет рекомендовать ее при разных

формах аутизма, но ограничивать при формах ОРПР с выраженной психопатологической и аффективной симптоматикой, а также, сопутствующей эпилепсией.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ СЕНСОРНО-ВЕГЕТАТИВНЫМИ НЕВРОПАТИЯМИ

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

Республиканский клинический центр нейрореабилитации г.Донецка МЗ ДНР

Актуальность. Наследственные периферические сенсорно- вегетативные невропатии (НПСВН) – представляют тяжело курабельную группу нейродегенеративной патологии, характеризующейся высокой частотой осложнений не только со стороны нейро-мышечного аппарата, но и соматической системы. И одним из актуальных вопросов является поздняя диагностика и неадекватная тактика лечения, нередко, вследствие ошибочного диагноза, недооценка комплексов симптомов, под которыми могут «маскироваться» НПСВН и их возрастных паттернов. В структуре дефектуры наиболее часто звучат: врожденная косолапость, вальгусные стопы, аномалии спинного мозга, перинатальная энцефалопатия. В то же время, данные мировых и собственных исследований констатируют, что сегодня, в ходе диагностического поиска должны использоваться все источники информации, как строго клинические, так и параклинические, необходимые для обеспечения наилучшего возможного лечения, включая перспективную таргентную терапию, что позволит максимально замедлить патологический процесс и «перейти» ко взрослым в относительно доброкачественной форме.

Цель. Раннее выявление ведущих клиничко-параклинических маркеров наследственных периферических сенсорно-вегетативных невропатий, дифференциальная диагностика различных типов НПСВН, разработка методов лечения.

Материал и методы. За период с 2005 по 2017 года на базе Республиканского клинического центра нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР пролечено 26 детей (15 (57,7 %) мальчиков, 11 (42,3 %) девочек) с генетически подтвержденными формами наследственных периферических сенсорно-вегетативных невропатий, включая 8 (30,8 %) детей с НПСВН 1 типа, 7 (26,9 %) пациентов – НПСВП 2 типа, 11 (42,3 %) больных с синдромом Райли-Дея. Базисный клиничко-диагностический паттерн включал: адаптированный и модифицированный вариант диагностической международной шкалы NIS-LL (2013); молекулярно-генетический (Москва); функциональный (электронейромиография, а также ЭМГ-мониторинг (каждые 3-6-9-12 месяцев), спирометрия, Эхо-КГ, ЭКГ; визуализирующий (денситометрия); лабораторный (КФК, ионизированный кальций, витамин Д3). Диагностированы базисные клинические симптомы, специфичные для различных типов НПСВН. 1 тип НПСВН - дебют 11,3±1,4 года, «язвы» на ногах (76,3 %), нейросенсорная тугоухость (84,5 %), прогрессирующая перонеальная слабость (86,7 %). ЭНМГ – сенсорная миелинопатия (76,3 %). НПСВН 2 типа (врожденная форма) - отсутствие всех видов болевой чувствительности при сохранной тактильной чувствительности (100 %), ЭНМГ – сенсорная аксонопатия (87,8 %). Синдром Райли-Дея - с рождения мышечная гипотония (92,4 %), гиполакримия (86,1 %), отсутствие грибовидных сосочков на языке (96,5 %), кифосколиоз (94,8 %), ЭНМГ – сенсорная аксонопатия (96,3 %) + миопатия (73, 4 %). Лечение НПСВН было

перманентным, комплексным с учетом степени тяжести, стадии заболевания, сопутствующей патологии, ЭНМГ-идентификации миелино-, аксонопатического поражения. При пароксизмальных расстройствах с выраженным болевым синдромом назначали производные дибензозепина, габапентины. При миелинопатии исходя из данных электронейромиографии рекомендовали пиридоксин+тиамин+цианокобаламин в сочетании с терапией, направленной на активацию внутриклеточного синтеза белка. При аксональной дегенерации по данным электронейромиографии рекомендовали тиоктовую кислоту с ипидакрином. При выраженных атрофических изменениях мышц назначали короткими курсами по возрасту синтетический тестостерон в сочетании с мельдонием.

Результаты. Данные многолетнего клинико-параклинического мониторинга отразили стабилизацию патологического процесса у 18 детей (69,2 %), что проявлялось в виде сохранения функции передвижения, объема активных и пассивных движений в конечностях, предупреждения прогрессирования костно-суставных деформаций, константности базисных электромиографических параметров от уровня исходных показателей.

Выводы. Ранняя идентификация клинико-параклинических маркеров различных типов НПСВН, с четким выделением возрастных двигательных расстройств может использоваться для формулировки достоверного диагноза, необходимого для обеспечения последующего лечения, включая перспективную таргетную терапию.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОСМИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ГАУ РЦ «ТЕКСТИЛЬЩИКИ» ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ ДЦП

Шацкова М.О., Побута О.В.

ГАУ города Москвы РЦ «Текстильщики», Москва

Актуальность. Технологии космической медицины активно используются для реабилитации лиц с двигательными ограничениями, значительно повышая ее эффективность.

Цель. Проанализировать эффективность применения космических технологий у лиц с двигательными нарушениями вследствие ДЦП.

Материалы и методы. Для оценки эффективности метода сухой иммерсии (СИ) было обследовано 120 детей со спастическими формами ДЦП, которые получили до 15 сеансов СИ, продолжительностью до 45 минут каждый; метод опорной стимуляции - 49 детей с различными формами ДЦП, получивших до 15 процедур, продолжительностью до 30 минут; лечебный костюм «Регент» (ЛК) - 56 детей с различными формами ДЦП, получивших до 15 занятий. Для оценки эффективности использовали данные клинического осмотра до и после проведения курса, данные инструментальной оценки мышечного тонуса, анализа биомеханической структуры ходьбы, стабилотрии.

Результаты. Метод СИ воздействовал на патогенетические особенности поддержания вертикальной позы, привел к снижению показателя спастичности, изменению патологического стереотипа ходьбы, восстановлению вегетативных реакций. Курс опорной стимуляции привел к улучшению мышечного тонуса, изменению патологического стереотипа ходьбы, уменьшению проявления пареза, нарастанию объема движений в голеностопном и коленном суставах паретичной конечности, улучшению координации движений, уменьшению проявления

двигательной атаксии и моторной неловкости. Курс занятий в ЛК привел к коррекции нарушений походки и позы, уменьшению степени пареза, увеличению объема, разнообразию и точности движений, уменьшению патологических двигательных стереотипов, повышению толерантности к физическим нагрузкам.

Выводы. Включение в комплекс реабилитационных мероприятий космических технологий значительно повышает эффективность реабилитации, приводя к сокращению сроков появления результатов реабилитации и увеличивая возможности пациентов.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ С ЗАДЕРЖКОЙ СТАТО-МОТОРНОГО И ПСИХО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

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

Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР

Актуальность. Рост заболеваемости детей с перинатальным поражением ЦНС обусловлен большей выживаемостью недоношенных детей с низкой массой тела и патологией ЦНС, а также достижениями реанимационных перинатальных и репродуктивных технологий (ЭКО).

Цель. Разработать раннюю поэтапную многокурсовую методику реабилитации у детей первого года жизни, с задержкой психомоторного развития различной этиологии, основанной на выявлении этиологических факторах и клинически ведущим неврологическим дефицитом.

Материалы и методы. В течение 13 лет в Центре функционирует отделение ранней реабилитации на 10 коек для детей в возрасте от 3х мес. до 1-го года с задержкой стато-моторного, когнитивного и предречевого развития вследствие различных этиологических факторов. За это время получили лечение 2500 детей. Для уточнения диагноза и тактики лечения при поступлении дети дополнительно проходят комплекс клинко-инструментальных исследований: НСГ, УЗДГ сосудов головного мозга и шеи, ЭЭК, УЗИ внутренних органов, при необходимости проводится МРТ головного и спинного мозга, цитогенетическое исследование, дети консультируются у генетика. Оценка психомоторного развития детей раннего возраста проводится по стартизированной шкале INFANIB (Infant Neurologiscal Internatisonal Battery, 1995). При проведении дообследований были выявлены аномалии развития головного мозга - кортикальная дисплазия (лиссэнцефалия (агирия), пахигирия, микрополигирия, шизэнцефалия). Подобные изменения были характерны для детей, рожденных с использованием ЭКО. Были выявлены последствия интранатальных инстультов, приведших в дальнейшем к развитию неврологического дефицита. В зависимости от выявленной этиологии, ведущего неврологического дефицита проводился комплекс курсовых реабилитационных мероприятий, который включал в себя оригинальные физиотерапевтические методики: массаж, ЛФК с элементами Войта, «мягкая» мануальная терапия (по О.С. Евтушенко, 2007г.); ортопедическая коррекция, аппаратная электростимуляция («Амплипульс», «АЭСТ»), электровакуумстимуляция мышц спины при помощи аппарата «Вакотрон», магнитная терапия; рефлексотерапия, в том числе и лазеропунктура, электропунктура, магнитолазерная терапия, мезотерапия, чрезкожная электропунктура дистальных точек на аппарате «Ласпер».

Медикаментозное лечение проводится по синдромологическому принципу включая ноотропную и нейротрофическую терапию в возрастных дозировках.

Результаты. В результате проведенного лечения произошла нормализация мышечного тонуса. Дети становились более коммуникабельными, активнее вступали в контакт, увеличивалась доречевая продукция: гуление, лепет, ускорилось становление речи.

Выводы. После лечения по стандартизированной шкале INFANIB, 1995 г. разница суммы баллов до и после лечения составила 7,4 балла ($p < 0,01$).