

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии»
Департамента Здравоохранения г. Москвы

при поддержке:
Правительства города Москвы
Департамента здравоохранения города Москвы
Союза реабилитологов России

Национальной ассоциации экспертов по детскому
церебральному параличу и сопряженным заболеваниям
Ассоциации междисциплинарной медицины
Российской остеопатической ассоциации



ПЕРВЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНГРЕСС

**«Физическая и реабилитационная
медицина в педиатрии: традиции и инновации»**

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА



6-7 апреля 2018
МОСКВА

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Абусуева Б.А., Шанавазова М.Д., Аскевова М.А.....	7
ПРИЧИНЫ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ДЦП	
Абусуева Б.А., Шанавазова М.Д., Аскевова М.А., Юхаранов Р.Г.....	7
СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Антоненко Ф.Ф., Пак О.И., Марухно Н.И., Слобина Е.Л., Пархоменко Р.А.,.....	8
Антоненко Ю.Д., Щербенко О.И., Киселев Д.А., Тимонин Е.М. ИНВАЗИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ РЕБРАМИ	
Батышева Т.Т., Иванова Е.С. Бойко Е.А., Иванчук Е.В., Гунченко М.М.,.....	9
Типсина Н.В., Уханова А. Н. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФРАКТАЛЬНОГО РИСУНКА В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ЭТАПЕ ЗНАКОМСТВА	
Батышева Т.Т., Типсина Н.В., Титова Е.Г., Маринова В.А., Иванова Е.С.....	10
КОРРЕКЦИЯ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С АЛАЛИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	
Батышева Т.Т., Токарева И.Ф.....	10
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ – ИНВАЛИДОВ И ИХ КОРРЕКЦИЯ С ПОМОЩЬЮ РЕСУРСНЫХ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ТЕХНИК	
Батышева Т.Т., Чебаненко Н.В., Тихонов С.В., Глазкова С.В., Левченкова В.Д.....	11
РЕАБИЛИТАЦИЯ ФУНКЦИЙ РУК ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ	
Белаш В.О.....	13
ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ	
Белаш В.О., Ненашкина Э.Н.....	13
ВОЗМОЖНОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ	
Бравославская С.В., Аванесян Ж.В., Мельникова Е.А.....	14
ПРОГРАММА «СОГРЕЕМ ДЕТСКИЕ СЕРДЦА» (РЕАБИЛИТАЦИОННО- ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОГЕМОТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НАХОДЯЩИХСЯ В СТАДИИ РЕМИССИИ)	
Власенко С.В., Голубова Т.Ф., Ларина Н.В., Османов Э.А.,.....	15
Марусич И.В., Савчук Е.А. БОТУЛИНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ	

ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ
ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Голубенко Т.А., Аргунова Г.В., Якубовский С.А.....	16
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РОБОТИЗИРОВАННОЙ МЕХАНОТЕРАПИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Голубова Т.Ф., Цукурова Л.А., Власенко С.В., Нувולי А.В.....	17
ВЛИЯНИЕ ИППОТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ (БЕЛКОВ ТЕПЛОВОГО ШОКА) У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	
Даниленко Л.А., Артамонова М.В., Бутко Д.Ю., Калинин А.В.....	18
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ НА ФОНЕ ПЕРЕКОСА ТАЗА	
Жеребцова В.А., Григорьева Е.А., Максименко А.А.....	18
АКТУАЛЬНЫЕ ОКАЗАНИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Жеребцова В.А., Максименко А.А.....	19
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ДВИЖЕНИЙ ПО МЕТОДУ ПРЕХТЛА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Жеребцова В.А., Шилина С.А., Ушакова С.Г.....	20
ПРИМЕНЕНИЕ РОБОТИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Животов В.А., Нейматов Э.М.....	21
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЯХ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	
Золотарев О.В., Логинова Ю.В.....	22
ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Иванова Л.Г., Мигачев Д.В, Татаринцева Р.Я., Татаринцева Г.Ю.....	22
ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ АУТИЗМЕ: СКРИНИНГ РИСКА РАЗВИТИЯ И ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ	
Иванова Л.Г., Татаринцева Р.Я., Татаринцева Г.Ю., Мигачев Д.В, Лебедева Е.Ю.....	23
СТРЕССОЗАВИСИМЫЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕДИАТРИИ. ПРОФИЛАКТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ, КОРРЕКЦИЯ	
Иванова Л.Г., Татаринцева Р.Я., Татаринцева Г.Ю., Мигачев Д.В, Марков Д.Л.....	24
ДИСТАНЦИОННЫЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ – ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ: ВОЗМОЖНОСТИ, ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ	
Игнатова Т.С., Скоромец А.П., Колбин В.Е., Сарана А.М.,	25

Щербак С.Г., Данилов Ю.П.

ТРАНСЛИНГВАЛЬНАЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ПОЗДНЕЙ
РЕЗИДУАЛЬНОЙ СТАДИИ

Казьмина Я.Е.....26
ВОПРОСЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ
С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС

Казьмина Я.Е.....27
КОГНИТИВНЫЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У
ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ковальчук Л.В..... 28
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО
МНОГОПРОФИЛЬНОГО САНАТОРИЯ

Козьявкин В.И., Качмар О.А., Кушнир А.Д., Матюшенко О, Гасюк М.....28
ВЛИЯНИЕ СПИНАЛЬНОЙ МАНИПУЛЯЦИИ НА СПАСТИКУ МЫШЦ
У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ:
РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Колбин В. Е., Игнатова Т. С.....29
ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЦП НОВЫМ МОТОРНЫМ НАВЫКАМ
В ПОЗДНЕЙ РЕЗИДУАЛЬНОЙ СТАДИИ

Корнилов Д.Н.....30
ОПЫТ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ В ЧАСТНОСТИ АУТИЗМ, СДВГ И ЗПР

Кузьмина Ю.О., Гореликова Е.А.....32
ВОЗМОЖНОСТИ ОСТЕОПАТИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ЗАДЕРЖКОЙ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ

Кулемзина Т.В..... 33
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ
ДЕЙСТВИЮ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Лян Н.А., Хан М.А.....33
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Максимова Е.В.....34
ВОЗДЕЙСТВИЯ В ОБЛАСТИ СОЛНЕЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ И
ДРУГИХ СПЛЕТЕНИЙ ЖИВОТА И ТЕЛА ВЫЗЫВАЮТ ОСЛАБЛЕНИЕ
СПАСТИКИ РЕБЕНКА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Максимова Е.В.....35
ТЕЛЕСНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ОПОРОЙ
НА ТЕОРИЮ ПОСТРОЕНИЯ ДВИЖЕНИЙ Н.А.БЕРНШТЕЙНА

Малкова Е.Е., Комолкин И.А., Витенберг М.В.....36
ДИНАМИКА САМООТНОШЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ

КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ
КЛЕТКИ (ВДГК) У ПОДРОСТКОВ

Меркушева Ю.С.....	36
ВЛИЯНИЕ ПРОДУКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАБОТЕ ПСИХОЛОГА У ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ (ДЕТИ - ИНВАЛИДЫ) НА ПРИМЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ЦЕНТРА ГБУ ДПС И ДСАО	
Миненко И.А.....	37
АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ	
Могилянцева Т.О., Щербак С.Г., Сарана А.М.....	38
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ ПО ПРОТОКОЛУ SOSORT С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОРСЕТИРОВАНИЯ (3D МОДЕЛИ НЕМЕЦКАЯ ШКОЛА)	
Молодцов А.Д.....	39
РОЛЬ НЕХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ АКУШЕРСКОГО ПАРАЛИЧА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	
Назаркин А. Я., Еремин А. В., Цой Е. В., Репетунов А. А.....	39
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА “ПОЭТАПНАЯ ФИБРОТОМИЯ В ОРТОПЕДИИ” ПРОФЕССОРА В. Б. УЛЬЗИБАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЫШЕЧНЫХ КОНТРАКТУР У ПАЦИЕНТОВ С ДЦП	
Низова Л.М., Соловьева И.Г.....	40
ПРОБЛЕМЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ	
Никитин М.В., Чукина И.М., Хан М.А., Уянаева А.И., Лян Н.А., Микитченко Н.А.....	40
ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО- КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КУОРТА ГЕЛЕНДЖИК	
Николаенко В.И., Маслов Е.В., Решетников И.О., Турова М.Л., Петрова О.А.,.....	41
Потапова Н.М., Родионова В.И. КОМПЛЕКСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ ЛФК и АФК ВО ВРЕМЯ ЗАНЯТИЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ У ВОСПИТАННИКОВ С ДЦП В ГБУ «КРОЦ»	
Новиков М.Л., Торно Т.Э., Фёдоров А.В., Карапетян А.С., Дружинин Д.С.....	42
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АКУШЕРСКОГО ПАРАЛИЧА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	
Новиков М.Л., Торно Т.Э., Фёдоров А.В., Карапетян А.С.....	43
РЕКОНСТРУКЦИЯ УЛЫБКИ КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ МЁБИУСА	
Новикова Е.В., Хан М.А., Николаев С.Н.....	44
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИОТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМ ДИЗРАФИЗМОМ	

Орешков А.Б., Абдулрахим М.....	45
ЭКСПРЕСС-ОРТЕЗИРОВАНИЕ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНЫМ ПЛАСТИКОМ ПРИ СПАСТИЧЕСКИХ ПАРАЛИЧАХ	
Павлова М.Е., Филиппова Е.С., Пшенникова Г.М.....	45
МЕТОД ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ (ТКМП) В КОМПЛЕКСНОЙ И МОНОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКАМИ РЕЧЕВОГО И ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	
Подгорная О.В., Тарасов Н.И., Коротеев В.В., Мальченко О.А.....	46
ЭТАПНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ	
Полетаев А.Б.....	47
О ПРИРОДЕ АУТИЗМА	
Савенкова А.А., Сарана С.М., Щербак С.Г., Мошонкина Т.Р., Герасименко Ю.П.....	47
ЧРЕЗКОЖНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ СПИННОГО МОЗГА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СО СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ	
Сафонова И.А., Приходько Н.Н., Бочкова Е.Н., Ефремова Т.Е.,.....	48
Колтунова И.Ю., Белашев С.В., Бондаренко Ю.С., Поповская В.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ СТРАДАЮЩИХ АУТИЗМОМ И РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПРАКТИКЕ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Сулова Г.А., Скоромец А.П., Суренкова И.Н.....	49
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	
Тамазян Г.В., Аргунова Г.В., Зайцева И.В.....	51
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Татаринцева Р.Я., Иванова Л.Г., Априамашвили Г.Г.....	52
ОСТЕОПАТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. РОЛЬ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ	
Татаринцева Р.Я., Иванова Л.Г., Мигачев Д.В., Априамашвили Г.Г., Цимбалов М.Ю.....	53
ОБЪЕКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА – НЕОБХОДИМЫЙ ИНСТРУМЕНТ В РАБОТЕ МАНУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА И ОСТЕОПАТА. ОЦЕНКА ЛОНГИТУДНОГО ЭФФЕКТА	
Тимонин Е.М., Киселев Д.А., Антоненко Ф.Ф., Антоненко Ю.Д., Аббасова Е.В.....	54
КИНЕЗИОТЕЙПИНГ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	
Хан М. А., Вахова Е.Л.	55
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ	

ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Хан М.А., Куянцева Л.В., Микитченко Н.А., Чубарова А. И.,.....55
Дегтярева М. Г., Асмолова Г.А.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Хан М.А., Куянцева Л.В., Школьников М.А., Конопко Н. Н..... 56

ПРЕФОРМИРОВАННЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Холодович Б.Г., Жидков М.Л., Холодович Е.Б.....57

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Чукина И. М., Никитин М.В., Хан М.А., Уянаева А.И., Микитченко Н.А.....57

ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КУРОРТА ГЕЛЕНДЖИК

Шевцов С.А., Нейматов Э.М., Животов В.А.....58

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, МАССАЖ И МЕДИЦИНСКИЙ ФИТОДИЗАЙН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ШКОЛЬНИКОВ

ПРИЧИНЫ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ДЦП

Абусуева Б.А., Шанавазова М.Д., Аскевова М.А.

ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ, г. Махачкала, Дагестан

Актуальность. Детский церебральный паралич – заболевание центральной нервной системы с разнообразными проявлениями. По данным ВОЗ распространенность ДЦП в мире составляет 1-2 ребенка на 1 тыс. новорожденных.

Цель. Уточнить роль этиологических факторов развития ДЦП.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУ РД «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями». Было обследовано 45 пациентов с различными формами ДЦП в период с 01.11.16 по 01.11.17 г. Из них раннего школьного возраста 6 детей (13,3%), дошкольного- 39 (86,7%).

Результаты. В настоящей работе приводятся результаты анализа прошедших под наблюдением обследование и лечение 45 детей с диагнозом ДЦП. Из них девочек с гемипаретической формой ДЦП – 1 (8,3%), спастической диплегией – 5 (41,6%), двойной гемиплегией – 6 (50%), мальчиков с гемипаретической формой – 8 (24,2%), атонически-астатической – 1 (3%), спастической диплегией – 14 (42,4%), двойной гемиплегией – 9 (27,3%). У всех детей был отягощен акушерский и перинатальный анамнез, у 58% матерей была угроза прерывания беременности, тяжелый гестоз – 40%, иммуноконфликт – 18%, 5% женщин - перенесли ОРВИ во время беременности, 15%- ранее лечились от бесплодия, хроническая внутриутробная гипоксия плода была у 82% матерей, признаки фетоплацентарной недостаточности у – 70%, обострение TORCH инфекций у - 43%.

Выводы. Представленные нами данные соответствуют мировым, что у мальчиков ДЦП встречается чаще, чем у девочек, и в большинстве случаев протекает в тяжелой форме. Наши материалы дали возможность представить распространенность ДЦП не только по полу и возрасту, но и по клиническим формам заболевания и оценке по шкалам в разных возрастных группах, что позволит более дифференцированно решить вопросы медико - социальной помощи для этого контингента больных.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ДЦП

Абусуева Б.А., Шанавазова М.Д., Аскевова М.А., Юхаранов Р.Г.

ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ, г. Махачкала, Дагестан

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП)- одно из самых распространенных заболеваний в мире. В результате поражения опорно-двигательного аппарата, речевой и психической сферы дети не могут самостоятельно осуществить рациональный уход за полостью рта и нуждаются в постоянном уходе.

Цель. Изучение распространенности, интенсивности кариеса зубов, гигиенического состояния полости рта, заболевания пародонта.

Материалы и методы. Обследованы 25 детей в возрасте от 1 до 4 лет (14 мальчиков, 11 девочек), проходивших реабилитацию на базе «Республиканского детского реабилитационного центра», которые страдали такими формами ДЦП как: гемипаретическая, гиперкинетическая, двойная гемиплегия, спастическая диплегия и 20 практически здоровых детей, обучающихся в ДНОУ ОЦ «Развитие». Все дети были распределены для сравнения на 2 группы: 1-я группа - 25 детей, страдающие различными формами ДЦП; 2-я группа - контрольная, включала 20 здоровых детей. При оценке стоматологического статуса учитывались такие показатели состояния полости рта, как: КП- число кариозных и

пломбированных зубов временного прикуса; УИК (уровень интенсивности кариеса; Индекс гингивита-GI; оценка гигиенического состояния полости рта проводилась при помощи индекса ОНI-S.

Результаты. Распространенность кариеса у детей 1 группы (с ДЦП) – составила 84%, что является высоким уровнем распространенности, а у 2-контрольной группы (здоровые дети) - 80%, что соответствует среднему оценочному критерию. Среднее значение индекса КП(з) у 4-летних детей в 1 группе составило 3,4, что соответствует высокому уровню интенсивности кариеса для временного прикуса. Во 2- группе КП(з) равен 2,5, что является средним уровнем интенсивности кариеса. Анализ УИК показал: в 1-гр. у 20 детей УИК составил 0,8 (средняя активность кариеса); у 5 детей- 0,3 (низкая активность кариеса). Во 2-гр. УИК у 14 детей составил 0,3 (низкая активность кариеса), у 6 (средняя активность кариеса), что следовательно ниже, чем у детей 1-группы. Оценка гигиенического состояния полости рта в 1-гр.(с ДЦП)- составила 1,8, что означает неудовлетворительное состояние полости рта, а у детей 2-гр.(здоровые дети) ОНI-S-0,7 оценивается как удовлетворительная гигиена полости рта. Индекс GI: у детей 1-й группы составил 1,5 (гингивит средней тяжести), во 2 группе GI -был значительно ниже и был равен 0.4 (легкий гингивит).

Выводы. Таким образом, полученные нами данные коррелируют с общемировыми данными и позволяют установить о преобладании пораженных кариесом зубов у детей с ДЦП по сравнению с здоровыми детьми. Также у больных с ДЦП значительно хуже гигиеническое состояние полости рта, состояние маргинального периодонта и состояние периодонта по клиническим признакам воспаления десны.

ИНВАЗИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ РЕБРАМИ

Антоненко Ф.Ф., Пак О.И., Марухно Н.И., Слобина Е.Л., Пархоменко Р.А., Антоненко Ю.Д., Щербенко О.И., Киселев Д.А., Тимонин Е.М.

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ РФ, г. Москва

Актуальность. Дефекты черепа у детей после полученных травм и операций нарушают качество жизни пациентов, так как являются постоянной угрозой травматизма мозга.

Цель. Продемонстрировать преимущества 15 летнего опыта инвазивной пластики костных дефектов черепа у детей методом аутокраниопластики ребрами.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 105 пациентов в возрасте от 4 до 18 лет (медиана – $8,8 \pm 1,7$ лет), которые имели дефекты черепа более 20 см^2 без тенденции к регенерации, и были оперированы в 2002 - 2014 гг. Мальчиков было – 86 (82%), девочек- 19(18%). Основными причинами костных дефектов черепа были: черепно-мозговая травма (94 пациента), эозинофильная гранулема-6, остеома лобной кости-3, остеомиелит теменной кости-2. Всем проводилась поздняя (в срок от 6 до 12 месяцев после полученного дефекта костей черепа) аутокраниопластика ребрами. Операции выполнялись двумя бригадами специалистов: детские хирурги с ортопедами проводили резекцию (забор) ребер и параллельно нейрохирурги готовили аутоотрансплантаты и закрывали дефекты черепа в виде «плота». Наркоз: эндотрохеальный с периоперационной эпидуральной анестезией 2% лидокаином. Среднее время операции составило $2,0 \pm 0,5$ часа.

Результаты. У всех 105 пациентов был получен хороший результат – устранен обширный дефект черепа. Детей с обширными дефектами черепа (более 100 см^2) было 5, с дефектами от 75 до 100 см^2 -21, от 50 до 75 см^2 -27, от 25 до 50 см^2 -52. Осложнения отмечены в 2 случаях (1,9%) в виде резорбции трансплантата - синдром «тонущего лоскута». Повторная аутокранио-пластика ребрами была успешной. Катамнез прослежен в виде

случайной выборки от 5 до 15 лет у 68 (65%) - послеоперационных осложнений (отторжения и инфицирования трансплантата) не отмечено. Полная регенерация ребер наступала через 6-12 месяцев.

Выводы. Наш многолетний опыт показывает, что инвазивная пластика обширных дефектов черепа у детей методом аутокранио-пластики ребрами обладает преимуществами над другими способами реабилитации таких пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФРАКТАЛЬНОГО РИСУНКА В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ЭТАПЕ ЗНАКОМСТВА

Батышева Т.Т., Иванова Е.С. Бойко Е.А., Иванчук Е.В., Гунченко М.М.,
Типсина Н.В., Уханова А. Н.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Психотерапия изобразительным творчеством особенно актуальна в школьном возрасте, когда вербализировать свое внутреннее состояние трудно из-за стеснения или недостатка рефлексивных навыков. В условиях дневного стационара арт-терапевтические методы работы создают возможность для одновременной диагностики и трансформации эмоционального состояния пациента.

Целью исследования является диагностика психоэмоциональных состояний у детей с психоневрологическими заболеваниями в момент прохождения лечения.

Материалы и методы. В условиях дневного стационара № 5 НПЦ ДП было обследовано 20 школьников (8 чел начальные классы, 12 средние классы), 10 детей с диагнозом ДЦП, 10 детей с диагнозом невротические реакции (далее НР). На первом индивидуальном занятии детям предлагалось нарисовать необычный рисунок при помощи арт-терапевтического метода «Фрактальное рисование». Данный метод основан на взаимосвязи между актуальным психическим состоянием, мелкой моторикой и цветовым решением. В литературе упоминаются сложности применения фрактального метода с детьми с ММД. Раскрашивание множества «окошек» утомляет, появляются ошибки внимания, упрощение инструкции. В нашей работе, учитывая особенности детей, чтобы снизить трудоемкость вызывающую утомление, выбор цвета раскрашиваемых «окошек», в отличие от оригинала методики, производится в «открытую». Необходимый материал: простой карандаш, набор цветных карандашей/фломастеров большого количества цветовых оттенков, лист бумаги (А4).

Результаты. Снижение устойчивости внимания и допущение ошибок наблюдалось в обеих группах. Резкие, угловатые линии, цвета - красный, коричневый, черный в большей степени встречались у школьников с НР. Это может говорить о переживании своей проблемы, как острой и эмоциональной нестабильности. Гармоничные сочетания цветов жёлтый, зеленый, голубой чаще встречаются у школьников с ДЦП, что говорит о стабильном эмоциональном состоянии. По окончании рисования в обеих группах отмечалось улучшение актуального психоэмоционального состояния. В конце занятия дети описывали свое настроение как «спокойное», «весёлое», «легкое».

Выводы. Метод фрактального рисования применим в исследовании особенностей психоэмоциональной сферы у школьников с психоневрологическими заболеваниями, однако требует особого подхода и адаптацию инструкции. По окончании рисования детьми отмечалось улучшение актуального психоэмоционального состояния, что говорит о пользе арт-терапевтического подхода. Школьники с НР по сравнению со школьниками с ДЦП, демонстрируют в большей степени эмоциональную нестабильность. Дальнейшая психо-

коррекционная работа с детьми с НР должна быть направлена на гармонизацию эмоционального состояния и включать в себя арт-, музыка- и пескотерапию.

КОРРЕКЦИЯ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С АЛАЛИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В связи с тем, что в последние годы увеличивается число детей, страдающих алалией, то остро встает проблема изучения и коррекции речи таких детей. Алалия является сложным органическим нарушением, вызванным поражением головного мозга в период внутриутробного развития, во время родов или в первые годы жизни ребенка (до трех лет). Эффективной логопедическая работа может быть только в том случае, если она проводится комплексно на фоне активного медикаментозного и психотерапевтического лечения. Обучение речи детей идет успешнее в условиях стационара, где есть возможность целенаправленно осуществлять весь комплекс медико-психолого-педагогических мероприятий.

Цель. Изучение и апробация медико-психолого- педагогических основ коррекции недоразвития речи у детей с алалией, нормализация речевого и неречевого механизма у детей с алалией.

Материалы и методы. При работе используются разные приемы, методы, которые следует рассматривать не изолированно, а в комплексе, как имеющие общую направленность в коррекционно-воспитательном воздействии. Эффективным для развития речи оказывается использование ритмики и логоритмики, метод графомоторной стимуляции речи при моторной алалии (автор Башинская Т.В., Пятница Т.В.). Так же в своей работе по коррекции моторной алалии мы активно используем кинезиотерапию, миофункциональную коррекцию, транскранеальную микрополяризацию. Интересно так же использование биоэнергопластики. Так же на занятиях используем техники арт- и песочной терапии.

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 с алалией в условиях Дневного стационара. Организация Дневных стационаров для детей раннего возраста является приоритетным направлением в помощи семьям, воспитывающим детей.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ – ИНВАЛИДОВ И ИХ КОРРЕКЦИЯ С ПОМОЩЬЮ РЕСУРСНЫХ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ТЕХНИК

Батышева Т.Т., Токарева И.Ф.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Родители, воспитывающие детей – инвалидов, в силу крайне сложной жизненной ситуации постоянно находятся в состоянии хронического стресса. При этом матери больных детей подвержены стрессу в большей степени, чем отцы, поскольку последние менее вовлечены в процесс ухода и реабилитации ребенка, и не настолько сильно выпадают из привычной социальной среды. С течением времени нарушения здоровья матерей становятся более выраженными. Так, у матерей возникают сердечно – сосудистые и

эндокринные заболевания (ранний климакс, расстройства менструального цикла), функциональные расстройства желудочно – кишечного тракта. Родители, постоянно заботящиеся о больных детях, часто указывают на отсутствие сил, общую усталость, состояние депрессии и тоски. Такое разнообразное проявление психосоматических жалоб связано как с длительным воздействием травматической ситуации, так и с накоплением повторных психотравм в процессе жизни матери, не связанных непосредственно с заболеванием ребенка (от конфликтов в быту и в социуме, до ухода мужа). На фоне общей неблагоприятной психологической обстановки такие повторные психотравмы воспринимаются как более тяжелые, глубокие и длительные психотравмирующие ситуации.

Результаты. Согласно исследованиям, проведенным в НПЦ ДПН с 2014 года, мы выявили, что среди родителей детей – инвалидов наиболее выраженными признаками являются: страхи и фобии (на 56,4% выше, чем у матерей контрольной группы), депрессивные расстройства (на 41,98% выше, чем у матерей контрольной группы), неврастенические расстройства (на 36% выше, чем у матерей контрольной группы), навязчивости (на 41,57% выше, чем у матерей контрольной группы), психастенические нарушения (на 49,6% выше, чем у матерей контрольной группы), соматические нарушения (на 41,4% выше, чем у матерей контрольной группы). Как показатель высокого уровня истощения физических и психических ресурсов, родители детей с ДЦП отмечают: сильную усталость (у 63% респондентов), неудовлетворенность собой (у 60% респондентов), постоянное психическое напряжение (у 60% респондентов), отсутствие радости (у 47% респондентов), чувство опустошенности (у 44 % респондентов), безразличие ко всему происходящему (у 42 % респондентов), бессонницу (у 28 % респондентов и т.д.

Выводы. Мы считаем, что одним из ведущих направлений в работе с психосоматическими нарушениями родителей детей – инвалидов является разработка психологической программы, направленной на мобилизацию, активацию их ресурсов, на повышение их внутреннего ресурсного потенциала как важного фактора преодоления стресса, нормализации психического и физического состояния. Данная программа, как мы полагаем, должна включать ряд корректно подобранных психофизиологических ресурсных психотехник, направленных на увеличение ресурсного потенциала родителей путем активации и восстановления позитивной динамики их внутренних психологических ресурсов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ФУНКЦИЙ РУК ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Батышева Т.Т., Чебаненко Н.В., Тихонов С.В., Глазкова С.В., Левченкова В.Д.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. При всех формах детского церебрального паралича (ДЦП) развитие дифференцированных движений рук не просто замедлено, но и качественно нарушено. У 75-90% детей движения остаются дефектными, а у 30-45% резко ограничены в течение всей жизни. Ручная моторика - это основа для выработки навыков самообслуживания, развития манипулятивной деятельности, для формирования учебных навыков. Ограничение функции рук также является серьезным препятствием для социальной адаптации больных.

Материалы и методы. Обследование ручной моторики осуществляются неврологом совместно с ортопедом, специалистом по лечебной физкультуре, логопедом с последующей выработкой единого подхода к лечебно-педагогической коррекции нарушений. Важнейшим показателем является объем движений в суставах. О мышечной силе судят по сопротивлению, которое может оказать ребенок при пассивном движении в том или ином суставе. Оценка производится по пятибалльной шкале. Степень спастичности мышц определяется по модифицированной шкале Ашфорта в баллах. Функциональная способность

рук оценивается по шкале MACS. Необходимо также отметить участие рук в удержании вертикальной позы стоя и в процессе передвижения: при пользовании костылями, коляской и другими средствами, при ползании, передвижении на четвереньках. Оценивается уровень сформированности навыков самообслуживания и функциональные возможности рук в быту. Тест на стереогноз проводится путем идентификации деревянных форм и других знакомых предметов. Тест отражает важные функции кисти: способность к перцептивным действиям, активному осязанию. Для проверки тактильной чувствительности предлагаются одинаковые предметы с разным качеством поверхности. Восстановление функции рук – это, в первую очередь, снижение мышечного тонуса, уменьшение влияния тонических рефлексов и воспитание на этой основе разнообразных активных движений руки. Для уменьшения спастичности мышц применяются лекарственные средства. В НПЦ ДПН ДЗМ широкое распространение получил метод ботулинотерапии. Снижение тонуса большой грудной мышцы увеличивает объем движений плеча, уменьшает влияние патологической синергической цепочки на мышцы туловища и рук. Большое место в комплексе восстановительных мероприятий занимает физиотерапевтическое лечение. Широко используется иглорефлексотерапия. Лечебная физкультура должна начинаться с первых месяцев жизни больного. Занятия направлены на увеличение подвижности плечевого пояса, воспитание разгибания и супинации предплечья, разгибания кисти и пальцев, отведения и оппозиции большого пальца. Методики подбираются индивидуально в зависимости от особенностей мышечных синергий, сформировавших патологический двигательный стереотип. Перед началом лечебной физкультуры необходимо достичь максимально возможного расслабления спазмированных мышц с помощью массажа. Приемы мышечного расслабления подбираются в соответствии с задачами воспитания определенных произвольных движений и практических навыков: покачивание ребенка в «позе эмбриона», на большом мяче в положении на животе или на спине, методы Фелпса, Мишель ла Матье, занятия на батуте и т.д. Применяется классический лечебный, сегментарный, точечный массаж. При спастичности используются приемы поглаживания, похлопывания, потряхивания и тормозной тип точечного массажа. Вся работа по коррекции и восстановлению движений в суставах рук проводится под контролем рефлекс-запрещающих позиций, создаваемых различными положениями головы по отношению к телу. Воспитание каждого движения начинается с пассивного его выполнения с помощью методиста. Пассивные упражнения приучают больного к различным направлениям и амплитуде движений, тренируют новые координационные отношения в сложной работе мышц, обслуживающих сустав. Отработка произвольного движения проводится, по возможности, в игровой форме. Каждое движение автоматизируется и переносится в повседневную жизнь больного, расширяя возможности самообслуживания. Метод динамической проприоцептивной коррекции, разработанный К.А. Семеновой и соавторами, с успехом применяется при лечении больных ДЦП от 3 до 25 лет и старше. Наблюдения показали, что устройства «Пингвин», «Адели», «Гравистат», основные звенья которых располагаются на туловище и нижних конечностях, оказывают свое влияние и на моторику рук. Значительно снижается тонус мышц, постепенно угасают патологические синергии.

Выводы. Каждый освоенный в процессе лечебных мероприятий двигательный навык следует незамедлительно включать в повседневную жизнь ребенка и практическую деятельность. Расширение двигательных возможностей рук, овладение новыми практическими навыками, способность добиваться успеха, видеть результат своих действий побуждают ребенка к новым действиям, мотивируют дальнейшее развитие предметной, игровой и познавательной деятельности.

ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ

Белаш В.О.

*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург
ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, г. Санкт-Петербург*

Актуальность. Частота речевых расстройств у детей варьируется от 5-10% до 20% и выше. Общие нарушения речи отмечаются в среднем у 30% детей, пришедших в первый класс школы, то есть объективно в течение дошкольного периода у трети всей популяции детей речевая функция не достигает нормы и требует дополнительных корригирующих воздействий специалистов.

Цель. Обосновать применение остеопатических методов коррекции для восстановления звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 30 детей старшего дошкольного возраста (СДВ), 20 мальчиков и 10 девочек. Все пациенты в зависимости от применяемой методики лечения были разделены на две группы по 15 человек. Основная группа получала остеопатическую коррекцию (в течение 3мес. с кратностью приема 1 раз в 15 дней) на фоне комплексной терапии, а контрольная группа - только комплексную терапию. Комплексная терапия включала: коррекционные занятия с логопедом, медикаментозное (ноотропные препараты, ангиопротекторы, витамины группы «В») и физиотерапевтическое (транскраниальная и трансвертебральная микрополяризация) лечение.

Результаты и выводы. 1. Для детей СДВ с нарушением звукопроизношения характерны соматические дисфункции, которые могут проявляться на глобальном (ритмогенное нарушение), региональном (регион головы, шеи, таза) и локальном (1 ребро, грудобрюшная диафрагма) уровнях. 2. Показана корреляционная зависимость между выявленными соматическими дисфункциями и изменениями по шкале звукопроизношения. 3. Комплексный подход к реабилитации детей СДВ с нарушением звукопроизношения, дополненный коррекцией соматических дисфункций остеопатическими методами, способствует достижению более значимого терапевтического результата.

ВОЗМОЖНОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Белаш В.О.¹, Ненашкина Э.Н.²

¹ *Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург*

² *ООО «Институт остеопатии Мохова» ГБОУ ВПО СЗГМУ
им. И.И. Мечникова г. Санкт-Петербург*

Актуальность. Осложнения беременности при патологии почек встречаются в 82-89%, а невынашивание беременности - в 31% случаев (Шехтман М.М., 2005г).

Цель. Научно обосновать возможность остеопатического сопровождения беременных с хроническими заболеваниями мочевыводящей системы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 45 женщин в возрасте от 25 до 45 лет (средний возраст $36 \pm 1,0$ г), со сроком беременности от 13 до 27 недель. Сформированы три группы по 15 человек: основная (беременные с патологией почек)–

получала медикаментозное и остеопатическое лечение; контрольная (беременные с патологией почек) - получала только медикаментозное лечение; сравнения (здоровые беременные) - проводилось динамическое наблюдение и обследование.

Результаты и выводы. 1. Для беременных с патологией почек по сравнению со здоровыми беременными более характерно наличие соматических дисфункций глобального и регионального уровней. 2. Остеопатическая коррекция в комплексной терапии беременных с патологией почек достоверно более значительно способствует снижению выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале ($11 \pm 0,79$ баллов и $26 \pm 1,53$ баллов соотв., $p < 0,05$) и уменьшению выявляемости расширения чашечно-лоханочной системы почек (6,7% и 73,3% соотв., $p < 0,05$) по сравнению с изолированной традиционной медикаментозной терапией. 3. Включение остеопатической коррекции в комплексную терапию беременных с хронической патологией почек, по сравнению с изолированной медикаментозной терапией, благоприятно сказывается на развитии ребенка, что находит отражение в показателях массы тела у новорождённых ($3600 \text{ г} \pm 0,34$ и $3250 \text{ г} \pm 0,46$ соотв., $p < 0,05$).

ПРОГРАММА «СОГРЕЕМ ДЕТСКИЕ СЕРДЦА» (РЕАБИЛИТАЦИОННО- ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОГЕМОТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НАХОДЯЩИХСЯ В СТАДИИ РЕМИССИИ)

Бравославская С.В., Аванесян Ж.В., Мельникова Е.А.

МДОУ «Детский сад № 385 Дзержинского района Волгограда», г. Волгоград

Актуальность. Онкологическое заболевание ребенка – серьезное испытание не только для него самого, но и для всей его семьи. Одним из важных направлений является психологическая реабилитация всех членов семьи онкологических больных.

Цель. Помочь ребёнку и его родителям адаптироваться к новым условиям жизни, социальному пространству, а также справиться, с последствиями проявления психологических травм, полученных на этапе лечения, через развитие, эмоционально – личностной сферы.

Материалы. Музыкальный центр, аудиозапись (шум воды, пение птиц, ритм сердца), мольберты, светильник звёздное небо, кресла груши, использование сенсорного оборудования: разноцветные модули, сухой дождь. аквалампа, тропинка здоровья.

Методы. 1) игровой коррекции: психогимнастика, словесные, подвижные игры с правилами; 2) арт–терапия, музыкотерапия, пескотерапия и др.; 3) беседы, консультирование; 4) этюды на выражение отдельных качеств характера и эмоций; 5) здоровьесберегающие технологии: пальчиковая гимнастика, релаксационные упражнения.

Результаты. Авторская программа реабилитационно- психолого-педагогического сопровождения детей была представлена на Всероссийский конкурс научно –практической конференции «Актуальные вопросы психологии детства» г. Казань и получила специальную номинацию «За открытое сердце». А так же была представлена на конкурсе на соискание региональной премии «Гражданская инициатива». В номинации «Сохрани жизнь» - лауреат региональной премии. Надеемся, что данная авторская программа будет интересна и полезна для специалистов и родителей, столкнувшихся с таким тяжелым недугом в дошкольном возрасте. Поможет детям перебороть страхи и ощутить свою значимость. Почувствовать радость, поддержку самого близкого человека. Активизирует у родителей выработку эффективных стратегий адаптации после болезни.

Выводы. Программа игр –занятий разработанных для детей 4-6 лет(совместно с родителями) может использоваться в работе с детьми перенесших онкогематологические заболевания и находящихся в стадии ремиссии.

БОТУЛИНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Власенко С.В.¹, Голубова Т.Ф.¹, Ларина Н.В.³, Османов Э.А.²,
Марусич И.В.¹, Савчук Е.А.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. Гиперкинетические формы детского церебрального паралича являются наиболее сложной формой для курации с мало прогнозируемыми эффектами. Подбор терапии всегда является проблемой для реабилитационного круга специалистов. До настоящего времени не существует рекомендаций по использованию методов и средств, позволяющих эффективно воздействовать на различные патологические синдромы. Ботулинотерапия широко используется в терапии заболеваний нервной системы сопровождающихся спастичностью и гиперкинетическим синдромом (кривошея, дистония и др.).

Целью настоящего исследования стало изучение эффективности ботулинотерапии у больных ДЦП, гиперкинетической формой.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 76 детей с гиперкинетической формой ДЦП. Средний возраст обследуемых составил 9±4,63 лет. Всем больным проводилось неврологическое обследование. Степень выраженности гиперкинезов определялся с помощью шкалы оценки дистонии Барри-Олбрайта (Barry-Albright Dystonia Scale, BAD).

Результаты и обсуждение. Гиперкинезы носили преимущественно хореатетонидный характер и сопровождали ребенка на протяжении всей его жизни. Курсы реабилитации проводились регулярно, несколько раз в год и включали в себя преимущественно лечебную гимнастику, массаж. Медикаментозное обеспечение составляли препараты включенные в стандарт лечения больных ДЦП. Физиотерапия была представлена преимущественно магнитотерапией. Со слов родителей развитие ребенка происходило с задержкой, обусловленной преимущественно насильственными движениями. Эффективность лечения была минимальной или отсутствовала. При этом у 56 больных (73,68%) отмечалось усиление гиперкинезов на фоне проводимого лечения, что требовало отмены процедур или перерыва до нормализации состояния. Согласно тестированию по шкале дистонии общий балл в группе составил 29,46±1,04. Вклад каждого из сегментов в общий уровень дистонии был разным, и преимущественно составили туловище и конечности. Таким образом, у больных отмечалась выраженная дистония, которая занимала более 50% времени, и нормальный постуральный контроль\функцию конечности. Анализируя нарушения движений, были выделены группы мышц, преимущественно определяющие выраженность патологических поз. Всем детям была проведена ботулинотерапия. После проведения инъекции пациенты продолжили стандартный курс реабилитации, при этом медикаментозного воздействия

больше не проводилось в связи с ее не эффективностью. Анализируя эффективность ботулинотерапии мы не отметили усиление гиперкинезов, связанного со снижением мышечного тонуса, что является одним из факторов нерешительности в проведении ботулинотерапии у пациентов с гиперкинетическими формами заболевания. Так же перераспределения дистонических движений на другие мышечные группы также не произошло. Мы отметили уменьшение интенсивности насильственных движений, проявляющееся в снижении силы произвольного мышечного сокращения. Такой эффект позволил добиться увеличения двигательных возможностей ребенка при выполнении упражнений во время ЛФК. Все родители и специалисты отметили, что проведение процедур значительно облегчилось, так как возрос период минимально выраженности дистонии. Повторное тестирование по шкале дистонии выявило снижение общего балла до $22,03 \pm 3,21$ и приблизилось к состоянию умеренной дистонии занимающей менее 50% времени, что не мешало лежать, сидеть, стоять и/или ходить. Таким образом, включение в курсы реабилитации ботулинотерапии у больных с гиперкинетической формой заболевания может оказывать выраженный положительный эффект, что позволит добиваться положительного прогресса в адаптации больного с ДЦП.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РОБОТИЗИРОВАННОЙ МЕХАНОТЕРАПИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Голубенко Т.А., Аргунова Г.В., Якубовский С.А.

ФГБУ «РРЦ «Детство» Минздрава России, Московская область

Актуальность. Снижение инвалидности и повышение качества жизни детей с поражением центральной нервной системы является чрезвычайно важной задачей современной медицины. Проблемными остаются вопросы медицинской и социальной реабилитации, что определяет поиск новых, более эффективных методов восстановительной терапии. Изучение и разработка новых, современных методов коррекции двигательных нарушений, применение патогенетически направленного комплекса реабилитации с использованием роботизированной механотерапии приобретает особую актуальность и способствует улучшению качества лечения.

Цель. Провести сравнение данных биомеханики походки у детей со спастическими формами ДЦП (средней тяжести) при применении роботизированного тренажера «Локомат» с последующей оценкой результативности проводимых реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Проведено исследование кинематических характеристик ходьбы и стабильнографическое обследование 74 детей ДЦП (средней тяжести со спастической диплегией, которые были разделены на две группы: 1 группа получила лечение с использованием методов традиционного лечения, 2 группа – реабилитационное лечение с применением роботизированного тренажера «Локомат», с последующим сравнительным анализом динамики изучаемых параметров.

Результаты. Проведение реабилитационного лечения с применением роботизированного тренажера «Локомат», способствует положительной клинико-неврологической динамике двигательных расстройств, улучшению кинематики шага у 58% детей и способствует переходу на более высокий уровень моторного развития по классификации GMFCS-E&R - 17,4% больных ДЦП.

Выводы. Применение современных инновационных способов лечения в программе реабилитации снижает тяжесть неврологических нарушений, значительно компенсирует расстройства вертикализации, способствует компенсации двигательных нарушений, уменьшению степени ограничений жизнедеятельности.

ВЛИЯНИЕ ИППОТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ (БЕЛКОВ ТЕПЛОВОГО ШОКА) У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Голубова Т.Ф.¹, Цукурова Л.А.², Власенко С.В.¹, Нуволи А.В.³

¹ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», РФ, 297412, г. Евпатория

²Кубанский медицинский институт, Краснодар

³ООО «Институт дельфинотерапии», РФ, Евпатория

Актуальность. Устойчивость организма к воздействию эндогенных и экзогенных факторов во многом зависит от механизмов адаптации на физиологическом, биохимическом и психическом уровнях. Одним из важных компонентов антистресс-системы организма, лимитирующей эффекты патологической стресс-системы, являются белки теплового шока, запускающие репаративные процессы и индуцирующие программы, которые устраняют либо повреждения в клетке, либо сами поврежденные клетки. Анималотерапия является распространенным методом в реабилитации детей с психической и неврологической патологией и один из ее видов – иппотерапия. Это метод реабилитации, который позволяет учитывать физический и психологический статус ребенка, а также, способствует адаптации детей к изменяющимся условиям.

Целью исследования явилось изучение динамики периферических стресс-лимитирующих факторов (белков теплового шока) в процессе санаторно-курортного лечения и иппотерапии у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС).

Материалы и методы. Нами обследовано 45 детей с РАС - (F 84) в возрасте от 3 до 15 лет. I группа - 22 детей, получивших общее санаторно-курортное лечение (СКЛ); II группа – 23 ребенка, которые на фоне СКЛ получили курс иппотерапии (ИТ). Обследование включало осмотр специалистами, оценку в сыворотке крови белков теплового шока (Heat shock proteins) – Hsp27, Hsp70 (до и после комплексов лечения). ИТ проводилась на базе «Евпаторийского военного детского клинического санатория имени Е.П. Глинки» МО РФ. Сеансы ИТ проводились ежедневно, длительностью 30 минут, в количестве 10 занятий.

Результаты. Выявлено снижение Hsp27 в общей группе (ОГ) и при всех степенях тяжести, а Hsp70 в ОГ и более выраженное при тяжелой степени тяжести. После лечения в I группе отмечено достоверное ($p < 0,01$) повышение Hsp27 и Hsp70. Во II группе показатели шаперонов в ОГ имели более выраженную динамику ($p < 0,001$) в сравнении с I группой лечения. При оценке динамики показателей, учитывая тяжесть заболевания отмечено, что значения Hsp27 и Hsp70 имели более выраженное повышение ($p < 0,001$, $p < 0,01$, соответственно) при средней степени тяжести, чем при тяжелой ($p < 0,05$).

Следовательно, и СКЛ, и в большей мере СКЛ+ИТ способствуют нормализации адекватных адаптивных реакций на клеточном уровне для выживаемости нейронов, которые в данном исследовании опосредованы своевременной работой шаперонов.

Выводы. Отмечено ослабление нейропротективных свойств головного мозга у детей с РАС, связанных с нарушением энерготропных механизмов, антиапоптотических функций головного мозга, обусловленных снижением уровня шаперонов. Выявлены однонаправленные эффекты СКЛ и СКЛ+ИТ, которые оказывают общее стимулирующее воздействие на экспрессию Hsp27 и Hsp70, тем самым проявляя антиоксидантную, антиапоптотическую, антистрессовую, нейропротективную функции у детей с аутизмом, причем указанные эффекты более выражены с включением в СКЛ курса ИТ.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ НА ФОНЕ ПЕРЕКОСА ТАЗА

Даниленко Л.А., Артамонова М.В., Бутко Д.Ю., Калинин А.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Актуальность. Перекос тазового пояса у детей с функциональными нарушениями осанки с точки зрения биомеханики можно рассматривать как статический, формирующийся в результате включения компенсаторных механизмов поддержания вертикального положения. Без своевременной коррекции статические нарушения являются предрасполагающим фактором для развития структурных изменений.

Цель. Повышение эффективности медицинской реабилитации детей с функциональными нарушениями осанки на фоне перекоса таза за счет инструментальной объективизации дифференцированного применения средств механической и физической коррекции.

Материалы и методы. На базе консультативно-диагностического центра клинической больницы СПбГПМУ проведено комплексное клинико-инструментальное исследование 92 детей и подростков от 7 до 15 лет. Ортопедический статус оценивали стандартно клиническими методами осмотра и функционального тестирования. Для оценки статической составляющей двигательного стереотипа был использован метод компьютерной оптической топографии. С целью выявления статико-кинематических расстройств проводилась компьютерная стабилотография. Программа медицинской реабилитации включала ортостатическую коррекцию стельками-компенсаторами, дифференцированную учебно-коррекционную лечебную гимнастику, БОС-терапию, гидрокинезотерапию. Повторное клинико-инструментальное обследование назначалось через 4-6 месяцев выполнения программы.

Результаты. Улучшение статических показателей двигательного стереотипа, нормализация баланса в динамике.

Выводы. Эффективность комплексного применения стелек-компенсаторов, гидрокинезотерапии, БОС-терапии и лечебной гимнастики у детей с функциональными нарушениями осанки на фоне перекоса таза обусловлена их однонаправленным и взаимно дополняющим действием. Инструментальный мониторинг дает возможность индивидуализировать и объективизировать программу медицинской реабилитации.

АКТУАЛЬНЫЕ ОКАЗАНИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Жеребцова В.А., Григорьева Е.А., Максименко А.А.

ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», Тула

Актуальность. ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» является ведущим учреждением Тульской области, оказывающим реабилитационную помощь детям с психоневрологической патологией мультидисциплинарной командой специалистов: неврологов, реабилитологов, педиатров, психиатров, ортопедов, психологов, логопедов и др., владеющих современными методами диагностики и медицинской реабилитации. Преимущество в работе отделений патологии новорожденных учреждений родовспоможения г. Тулы и Центра раннего вмешательства нашего учреждения позволяет детям групп риска по развитию неврологической патологии (недоношенные, рожденные с

низкой и экстремально низкой массой тела) с первых месяцев жизни получать возможность медицинской реабилитации в условиях дневного стационара, с 1 года – в условиях круглосуточного стационара.

Материалы и методы. В реестре Центра лечения детского церебрального паралича наблюдаются 707 детей, проживающих в Тульской области. Более половины из них получают регулярные курсы реабилитации в нашем Центре. Эффективность реабилитации детей, больных ДЦП зависит не только от процедур, проводимых в условиях стационара, но и от продолжения рекомендованных занятий на дому. С целью оптимизации взаимодействия в структуре «врач-пациент-семья» и формирования индивидуальной программы реабилитации разработана региональная модель оказания эффективной помощи детям с тяжелыми двигательными нарушениями, основанной на методах с доказанной эффективностью. В результате взаимодействия специалистов Центра детской психоневрологии и кафедры неврологии университета Нью-Мексико (Альбукерке, США) в рамках научно-образовательного проекта, поддерживаемого Фондом «Обнаженные сердца» (Москва) из множества вариантов шкал выбраны оптимальные по информативности и реалистичные по трудоемкости при использовании в практической работе шкалы для оценки исходного состояния и формирования функционального диагноза: GMFCS - шкала оценки глобальных моторных функций, FMS - шкала оценки моторных функций, CFCS - шкала оценки коммуникации, MACS - шкала оценки функции руки, EDACS - шкала оценки питания, шкала оценки спастичности по Эшворту, а также шкалы для оценки эффективности реабилитационной программы: PMAL – шкала оценки функции руки в динамике, Communication Matrix - матрица общения, VFMF - шкала оценки бимануального функционирования тонкой моторики в динамике, CP QOL-Child - опросник качества жизни ребенка, SAFE - оценка составляющих элементов кормления, AWS – шкала оценки эмоционального благополучия взрослых, GMFM 66 – оценка глобальных моторных функций, шкалы оценки физического развития детей (ВОЗ), шкала достижения цели. При работе с детьми с тяжелыми двигательными нарушениями начальным этапом является постановка Smart-цели (измеримой, достижимой, реалистичной по времени) для каждого пациента с учетом пожеланий семьи, на основе которой формируется индивидуальная программа реабилитации и план занятий дома, включая методы физической реабилитации, ассистивных и коммуникативных технологий. Главная задача мультидисциплинарной команды специалистов - сделать членов семьи ребенка своими единомышленниками. Показатель эффективности совместной работы – это достижение SMART-цели и улучшение объективных показателей, оцененных по шкалам, улучшение качества жизни ребенка и семьи в целом.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ДВИЖЕНИЙ ПО МЕТОДУ ПРЕХТЛА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Жеребцова В.А., Максименко А.А.

ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», Тула

Цель. Выделить группу риска по развитию церебрального паралича у детей раннего возраста методом оценки генерализованных движений по методу Хайнца Прехтла (Австрия). В настоящее время данный метод является одним из ведущих в Западной Европе для ранней диагностики неврологического дефицита у новорожденных.

Материалы и методы. На основе оригинальной системы оценки генерализованных движений (метод Прехтла), проанализированы видеозаписи генерализованных движений 40 новорожденных, в том числе 23 с низкой массой тела при рождении (1501-2500г), из них 3 - доношенных с задержкой внутриутробного развития, с очень низкой массой (1001-1500г) - 9

пациентов, и с экстремально низкой массой при рождении (менее 1000г) - 5 пациентов, с массой свыше 2500г - 3 пациента.

Результаты. Оценка при рождении по шкале Апгар на 1 минуте: 1-3 балла - 8 пациентов, 4-6 баллов - 12 пациентов, 7 и выше баллов - 19 пациентов, 1 пациент - домашние роды. В дыхательной поддержке нуждались 22 пациента (55% от общего числа). На аппарате искусственной вентиляции легких в режиме принудительной вентиляции были 15 пациентов, в режиме вспомогательной вентиляции (CPAP) - 7 пациентов, из них на дыхательной поддержке свыше 1 месяца - 2 пациента с экстремально низкой массой тела. Данные нейросонограммы: ВЖК I степени - у 8 пациентов, ВЖК II- III степени - у 4 пациентов (из них с формированием перивентрикулярной лейкомаляции - 2 пациента), с постгеморрагической окклюзионной гидроцефалией - 1 пациент, со смешанной неокклюзионной гидроцефалией - 1 пациент. Гипоксия и незрелость отмечалась у 19 пациентов. Гипоксия, незрелость и перивентрикулярное кровоизлияние 1 степени - 9 пациентов. Ведущий неврологический синдром: синдром двигательных нарушений отмечен у 37 пациентов. Гидроцефальный синдром - 3 пациента (из них 1 с окклюзионной гидроцефалией, у 2 пациентов были неонатальные судороги). Из 40 пациентов: 37 - выписаны из отделения недоношенных под наблюдение невролога, умерло 3 пациента (7,5%). При видеооценке генерализованных движений были выявлены следующие варианты: «обедненный» набор движений (PR) - 29 пациентов, судорожно-синхронизированные движения (CS) - 6 пациентов, хаотичные (Ch) - 2 пациента. Нормальные генерализованные движения отмечались у 3 пациентов.

Выводы. Таким образом из 40 обследованных по методу Прехтла пациентов: у 20 % (8 детей) отмечается высокий риск развития неврологического дефицита – эти дети нуждались в активной ранней реабилитации и программах ранней помощи, и 72,5% (29 детей) нуждались в динамическом наблюдении невролога для своевременного выявления возможных неврологических нарушений в дальнейшем. Значение метода анте- и постнатальной оценки движений плода и новорожденного по Прехтлу состоит в возможности ранней диагностики и прогнозирования отдаленных неврологических нарушений, в том числе церебрального паралича.

ПРИМЕНЕНИЕ РОБОТИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Жеребцова В.А., Шилина С.А., Ушакова С.Г.

ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», Тула

Актуальность. На протяжении последних лет в структуре детской инвалидности одно из ведущих мест принадлежит болезням нервной системы, в том числе церебральному параличу (ЦП).

Материалы и методы. На базе ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» функционирует центр для детей больных церебральным параличом. На учете находится 707 человек. За 2017 год лечебно-реабилитационные мероприятия получили 606 пациентов, из них со спастическим церебральным параличом – 88; спастической диплегией – 254; дискинетическим церебральным параличом – 19; детской гемиплегией – 181; атаксическим церебральным параличом – 48; другим видом ДЦП – 16. По степени тяжести – легкой 8; средне-тяжелой 590; тяжелой 8. Каждому ребенку с ЦП, поступающему на лечение в центр, составляется индивидуальная программа реабилитации с учетом шкал функционирования GMFCS и возраста пациента. При всем многообразии медицинских технологий, имеющихся в арсенале центра, важное место занимает роботизированная терапия. В отделении восстановительного лечения применяется роботизированная система «Локомот», комплекс

«Tyrostation» механотерапевтический тренажер с БОС «Мотомед», функционально-программируемая электростимуляция в движении. Разработаны ряд схем включения роботизированной терапии в индивидуальную программу реабилитации, в том числе, после нейрохирургических и ортопедических вмешательств; после проведения ботулинотерапии; в комплексе консервативной терапии. Продолжительность роботизированных реабилитационных технологий 20-40 минут, курс 10-12 процедур с периодичностью 3-4 раза в год. В процессе занятий пациентами приобретаются новые двигательные навыки, улучшается динамическая и поструральная стабильность пациента в вертикальном положении, формируется оптимальный стереотип ходьбы, развиваются манипулятивные навыки руки, увеличивается объем движений в суставах. В 2017 году роботизированную терапию получили 367 детей с церебральным параличом, что составило 61% от общего числа пациентов с церебральным параличом, прошедших лечение в центре.

Результаты. По нашим наблюдениям применение роботизированных технологий в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий обеспечивает более высокие темпы и качество становления двигательных навыков, а многократно повторяющиеся тренировки улучшают повседневную двигательную активность, что подтверждается результатами оценки клинического, инструментального анализа состояния здоровья пациента (шкалы GMFCS, MACS, GMFM, FMS, видеодокументирование).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЯХ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Животов В.А., Нейматов Э.М.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Актуальность. Состояние здоровья детей, несомненно, зависит от заболеваний у беременных, при этом особенно значимы заболевания опорно-двигательной системы. Частота болей в нижней части спины (БНЧС) при беременности в III триместре, по данным разных авторов, колеблется от 56% до 76,6%. Однако существуют лишь единичные исследования, оценивающие эффективность остеопатического лечения БНЧС у беременных и его влияние на состояние новорожденных.

Цель. Сравнение эффективности остеопатической коррекции в лечении БНЧС у беременных в III триместре.

Материалы и методы. Исследование проводилось с ноября 2016-го по октябрь 2017-го года среди 68 беременных женщин (средний возраст $26,2 \pm 6,7$ лет), при сроке беременности 25-39 недель, с жалобами на боли в нижней части спины. В основной группе было проведено 2 сеанса остеопатического лечения с интервалом 2 недели, в контрольной группе специфичное для БНЧС лечение не проводилось (стандартный подход). Каждый сеанс длился около 50 минут. Всем испытуемым были проведены: тест Роланда-Морриса, оценка боли по визуально-аналоговой шкале и опросник Мак-Гилла - в день обращения, во время 2-го сеанса и через 1 неделю после 2-го сеанса.

Результаты. В середине и конце курса реабилитации (21-й день) у пациенток основной группы достоверно быстрее ($p < 0,05$) и значительнее ($p < 0,05$) улучшилась симптоматика по вышеназванным шкалам и опросникам, чем в контрольной группе. При этом значимая динамика наблюдалась уже на 14-й день, особенно по шкале Мак-Гилла ($p < 0,05$).

Выводы. 1. Метод остеопатической коррекции эффективнее для лечения беременных женщин с БНЧС, чем общепринятый в настоящее время подход, 2. Эффективность метода позволяет рекомендовать его для комплексной нелекарственной реабилитации при данной патологии у беременных женщин.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Золотарев О.В., Логинова Ю.В.

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет
имени Н.Н. Бурденко» МЗ РФ*

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) является основной причиной детской неврологической инвалидности в мире, что объясняет необходимость обширного комплекса реабилитационных мероприятий у детей.

Цель. Проанализировать возможности и результаты реабилитационных мероприятий детей с различными формами ДЦП.

Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 89 пациентов с ДЦП, среди них 67,4% мальчиков и 32,6% девочек. По степени зрелости дети разделялись на доношенных - 40,4%, недоношенных – 59,6%, из которых с экстремально низкой массой тела, менее 1500 г, было около половины. Течение ДЦП у 19 детей отягощалось симптоматической эпилепсией.

Результаты. На фоне реабилитации значительное улучшение отмечалось в 21,3% случаев, незначительный результат – в 41,6%, и в 37,1% - результат практически отсутствовал. Среди детей первой группы, большинство были недоношенными с массой тела более 1500 г. У них чаще всего оставались сохранными высшие мозговые функции (ВМФ). В эту группу вошли дети с диплегической и гемипаретической формами ДЦП. У детей второй группы в 57,7% выявлялись выраженные нарушения ВМФ; у 2 отмечалась симптоматическая эпилепсия. Наилучшие результаты показали доношенные и недоношенные с массой тела более 1500 г. В эту группу вошли дети со всеми формами ДЦП. В третью группу вошли в основном дети с двойной гемиплегической формой ДЦП – 96,7%. Среди них в 56,7% отмечалась симптоматическая эпилепсия и выраженные нарушения ВМФ. У недоношенных с массой тела более 1500 г так же отмечались более высокие результаты реабилитации.

Выводы. 1. Симптоматическая эпилепсия и выраженные нарушения ВМФ являются основными неблагоприятными факторами реабилитационного прогноза.
2. Недоношенные дети с массой тела более 1500 г имеют наиболее значительные результаты реабилитации и наиболее лучший прогноз.

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ АУТИЗМЕ: СКРИНИНГ РИСКА РАЗВИТИЯ И ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Иванова Л.Г.¹., Мигачев Д.В.², Татаринцева Р.Я.¹., Татаринцева Г.Ю.¹.

¹. *Кафедра клинической физиологии и нелекарственных методов терапии Факультета
повышения квалификации медицинских работников Российского университета
дружбы народов, г. Москва*

². *ООО «Лаборатория практической психофизиологии БИОКОР», г. Москва*

Актуальность. Актуальной проблемой общества становится рост числа психических заболеваний у детей. Отличительной особенностью расстройства аутистического спектра (РАС) является совокупность соматических и психических нарушений состояния здоровья ребенка, что вовлекает в процесс диагностики, лечения и реабилитации широкий круг специалистов медицинского и психологического профиля. В 2001 году Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) объявила РАС одной из самых значимых проблем в психиатрии. Заболевания из этой группы обладают различными причинами возникновения, вариативностью проявлений и степенью тяжести нарушений, что существенно затрудняет

постановку диагноза. По всему миру идут работы по выявлению максимально ранних, на данный момент с 3-х месячного возраста ребенка, и специфичных маркеров аутизма, от поведенческих расстройств до биомаркеров, для максимально раннего начала комплексной медицинской, социальной и психолого-педагогической реабилитации.

Цель. Именно поэтому, нами была поставлена задача найти метод, обеспечивающий специалистам возможность совместного ведения ребенка с РАС, обеспечивающая преимущество диагностики и лечения ребенка у психологов и врачей.

Материалы и методы. Нами были рассмотрены проблемы РАС с позиции клинической физиологии и были выявлены характерные совокупности физиологических изменений вариабельности сердечного ритма.

Результаты. На основании полученных результатов были выявлены состояния, не являющиеся однозначными маркерами аутизма, но коррелирующие и с тяжестью психического состояния ребенка и, самое главное, имеющие прогностическое значение как по риску возникновения аутизма у ребенка, так и по прогнозу коррекции и лечения. Полученные данные позволили создать скрининговую методику позволяющую проводить неинвазивный дистанционный скрининг состояния выявления детей из группы риска по развитию аутизма для дальнейшей углубленной диагностики. Использование технологий m-Health для сопровождения и индивидуального подбора корректирующих методик для детей с РАС показала высокую эффективность.

СТРЕССОЗАВИСИМЫЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕДИАТРИИ. ПРОФИЛАКТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ, КОРРЕКЦИЯ

Иванова Л.Г.¹., Татаринцева Р.Я.¹., Татаринцева Г.Ю.¹., Мигачев Д.В.², Лебедева Е.Ю.¹.

¹. кафедра клинической физиологии и нелекарственных методов терапии Факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов, г. Москва

². ООО «Лаборатория практической психофизиологии БИОКОР», г. Москва

Актуальность. Повышение заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями, рост числе детей-инвалидов, существенно ухудшает перспективы демографической ситуации в России. Рост коморбидной патологии, особенно за счет сочетания с неврологическими или психическими нарушениями или заболеваниями, заставил обратить внимание специалистов на важность выделения и оценки уровня стресса у детей. За последние годы были доказаны общие закономерности формирования дезадаптационных психовегетативных синдромов как реакции на хронические стрессорные воздействия, психологического или физического происхождения, тем самым, фактически являясь пусковым механизмом для развития широкого спектра заболеваний. Стресс, как неспецифическая физиологическая реакция организма, не зависит от генеза, но отражается на всех уровнях функционирования организма, включая геном. Привычной для врачей является оценка окислительного стресса, на биохимическом уровне, однако в широкой клинической практике необходимо иметь более ранние маркеры, позволяющие выявить начальные изменения систем регуляции под влиянием стресса, которые запускают каскад адаптационных механизмов и формирование патологических нарушений, а в последствии – заболеваний. Признавая важность оценки уровня стресса необходимо внедрение в широкую практику методик объективной оценки, разделения физиологического и психогенного стресса и выявление индивидуальных факторов риска, на основе анализа объективной информации. Более 50 лет в физиологии используется неинвазивный метод оценки состояния систем адаптации, позволяющий объективизировать уровень напряжения систем регуляции. В системе показателей, получаемых при математической обработке вариабельности сердечного ритма (ВСР), есть индекс напряжения (ИН), который может быть использован как количественный маркер уровня стресса. Созданная

система мобильного скрининга, на основе технологии m- Health, позволяет сделать оценку уровня стресса доступной для широкого круга специалистов и включить системную работу с фактором стресса в повседневную врачебную практику, для достижения устойчивого лечебного и реабилитационного эффекта.

ДИСТАНЦИОННЫЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ – ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ: ВОЗМОЖНОСТИ, ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Иванова Л.Г.¹, Татаринцева Р.Я.¹, Татаринцева Г.Ю.¹, Мигачев Д.В.², Марков Д.Л.¹

¹. *Кафедра клинической физиологии и нелекарственных методов терапии Факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов, г. Москва*

². *ООО «Лаборатория практической психофизиологии БИОКОР», г. Москва*

Актуальность. Среди важных вопросов педиатрической практики стоит проблема раннего, донозологического выявления нарушений, в том числе связанных с проблемами внутриутробного развития, родами и периодом раннего развития, для проведения своевременных коррекционных и реабилитационных процедур. Отмечаемая специалистами тенденция к ухудшению здоровья детей всех возрастных групп, рост психических и коморбидных патологий, требует новых подходов и к диагностике, и к оценке текущего состояния здоровья: предикции, то есть возможности предвидения развития заболеваний и осложнений при текущем развитии и состоянии ребенка; персонификации – понимания индивидуальной реакции организма на групповой фактор риска и выделение индивидуальных, особых факторов риска развития заболевания у конкретного ребенка. Возникает потребность в динамическом наблюдении и сопровождении детей с уже имеющимися хроническими заболеваниями, для выявления провоцирующих и отягощающих факторов, в том числе психологических. Стандартные методы обследования и опросы не могут достоверно решить эти задачи. В первую очередь, из-за того, что для выявления действующих факторов требуется наблюдение практически в режиме «реального времени», что не может быть обеспечено средствами лабораторной диагностики. При выявлении действующих психологических факторов необходимо учитывать проблему умышленного или неосознанного искажения информации о состоянии и реакции ребенка.

Материалы и методы. Среди методов, которые доступны для объективного дистанционного скрининга состояния, нами выбран метод психофизиологической оценки состояния, основанный на регистрации variability сердечного ритма (BCP, HRV), коррелирующего с изменением психологического или физического состояния человека.

Результаты. Динамический анализ состояния пациента в привычных бытовых условиях и автоматическая математическая обработка данных, существенно упрощает использование, делая технологию доступной для широкого круга специалистов, не имеющих специального образования по функциональной диагностике. Наличие блока контроля дополнительных биометрических показателей состояния (ЭЭГ, ЭГК, спирометрия, АД и др.), а также дневников для родителей, позволяют получить комплексную картину состояния для специалиста, и активно вовлечь родителей в процесс лечения, обеспечивая партисипативность и повышая приверженность лечению, соответственно улучшая результат. Внедрение технологий мобильной телемедицины (m-Health), основанных на возможностях персональной комплексной оценки состояний в привычной обстановке, под воздействием типичных для пациента нагрузок, позволяет перейти к превентивной, то есть предупредительной, медицине с выявлением индивидуальных факторов риска и подбором индивидуальных лечебных и реабилитационных методов.

ТРАНСЛИНГВАЛЬНАЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ПОЗДНЕЙ РЕЗИДУАЛЬНОЙ СТАДИИ

Игнатова Т.С.¹, Скоромец А.П.²Колбин В.Е.¹, Сарана А.М.^{1,3},
Щербак С.Г.^{1,3}, Данилов Ю.П.⁴

1. Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения «Городская больница №40», Санкт-Петербург
2. Детская городская больница №1 кафедра неонатологии и неонатальной реаниматологии ГОУ ВПО СПбГМПУ
3. Санкт-Петербургский Государственный университет, медицинский факультет
4. Лаборатория тактильной коммуникации и нейрореабилитации. Департамент Кинезиологии; Университет штата Висконсин

Актуальность. Нейрореабилитация пациентов с детским церебральным параличом ставит перед собой задачи улучшения не только отдельных функций, таких как равновесия, координации движения, удержание позы в пространстве, мышечный тонус, но и состояние пациента в целом. Для этого необходимо эффективно научить пациента новым моторным навыкам. Нейростимуляция в сочетании с уже существующими процедурами является перспективным средством повышения эффективности нейрореабилитации. Нейростимуляция языка является, на данный момент, наиболее эффективной и наиболее безопасной стимуляцией центральной нервной системы. Два основных краниальных нерва от передней поверхности языка обеспечивают передачу нервных импульсов непосредственно в структуры ствола мозга, активируя комплекс ядер тройничного нерва и ядро солитарного тракта. Непосредственно активируются также кохлеарные ядра, структуры медуллы и верхние отделы шейного отдела позвоночника (С2 и С3). В зону вторичной активации попадает ретикулярная формация ствола мозга, комплекс вестибулярных ядер и вентральная часть мозжечка.

Материалы и методы. В исследовании на базе ГБ№40 приняло участие 65 детей с церебральным параличом (форма спастическая диплегия) в возрасте от 3 до 13 лет. Пациенты были с сохранным интеллектом, в анамнезе не имели судорожных приступов. Испытуемая группа включила 45 пациентов, контрольная – 20 пациентов. Дети в испытуемой группе получали стандартное лечение, 10 ежедневных занятий ЛФК (20-25 минут) и транслингвальную нейростимуляцию (20 мин). Пациенты контрольной группы получали стандартную терапию и 10 ежедневных занятий ЛФК (20-25 минут) без нейростимуляции. Специализированная ЛФК была разработана на базе ГБ№40 в виде трех комплексов упражнений, которые подбирались индивидуально, основываясь на клинической картине и психомоторном развитии пациента. 10 пациентам проводилось исследование ф-МРТ до и после курса занятий с применением нейростимуляции. Пациенты оценивались по стандартным шкалам GMFSC (Шкала больших моторных навыков), FMS (функциональная моторная шкала), шкала Берга, шкала Ашворта (спастичность). 30 пациентам проводилось ЭЭГ до начала курса и в конце курса лечения. Основной задачей исследования было повышение эффективности формирования новых моторных навыков. Пациент за 10 занятий должен был сформировать новый моторный навык, закрепить его и уверенно использовать в повседневной жизни.

Результаты. Индекс общего моторного контроля (шкала FMS) статистически значимо улучшился, что также было подтверждено значимой активацией моторных зон по данным ф-МРТ.

Выводы. Предлагаемая методика является инновационной в области нейрореабилитации, неинвазивной. Ежедневная 20 минутная стимуляция языка в течение двух недель активизирует врожденные способности мозга к улучшению моторной функции и способствует эффективному образованию новых моторных навыков. Использование

нейростимуляции при помощи прибора PoNS, в сочетании с лечебной гимнастикой (целенаправленных занятий), позволяет улучшить эффективность восстановления двигательных функций и развитие моторных навыков.

ВОПРОСЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС

Казьмина Я.Е.

ФГБУ «РРЦ «Детство» Минздрава России, Московская область

Актуальность. В настоящее время особенно значимым является факт изменения отношения государства к лицам с нарушениями в развитии. Права детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности регулируются отечественным законодательством и международными конвенциями и соглашениями. Принятая Генеральной ассамблеей ООН Конвенция о правах ребенка (26.01.1990 г.) гарантирует права всех детей, в том числе детей с ограниченными возможностями. Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995) определил понятия «инвалид», «реабилитация», закрепил право на воспитание, образование и социально-бытовую адаптацию детей-инвалидов. Под специальным образованием мы понимаем обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями развития и здоровья, направленное на их наиболее полную социальную интеграцию в общество, на достижение максимально возможного уровня образованности с учетом индивидуальных особенностей ребенка. Эффективность специального образования зависит от внедрения в жизнь общества принципа нормализации, который гарантирует социальные привилегии детям с хроническими заболеваниями ЦНС наравне с остальными. Но для успешной интеграции в обучении и воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья необходимо перенести акцент с принципа нормализации на другой важный принцип — «качество жизни». Под последним понимается упор на потребности индивидуума, как на центральный фактор, и на право лиц с ограниченными возможностями здоровья на предоставление им условий для наиболее полного удовлетворения этих потребностей. «Качество жизни» определяют как способ жизни в результате комбинированного воздействия факторов, влияющих на здоровье, счастье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительную работу, образование, социальный успех, а также возможность свободных действий, справедливость и отсутствие какого-либо угнетения. «Качество жизни» измеряется не только по потребностям самих лиц с нарушением развития, но и по качеству жизни их семей. Чем меньше ощущает семья последствия заболевания своего ребенка с нарушением психического и физического развития, тем выше «качество жизни».

Цель системы образования для детей с ограниченными возможностями здоровья — максимально возможная социализация. В качестве основной цели реабилитации детей-инвалидов выдвигается формирование их личности с учетом общего и особенного в их способностях к творческой и физической деятельности и создание условий для самореализации, саморазвития конкретной личности путем интеллектуального, эмоционального, нравственного, культурного, профессионального и других направлений развития личности.

Результаты. Наиболее эффективна социализация в условиях интеграции. Конечная цель специального образования детей с физическими и психическими отклонениями — полное интегрирование в обществе, использование ими социальных привилегий и благ, доступных остальным гражданам.

Выводы. Интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья становится в нашей стране ведущим направлением в развитии специального (инклюзивного) образования.

КОГНИТИВНЫЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Казьмина Я.Е.

ФГБУ «РРЦ «Детство» Минздрава России, Московская область

Актуальность. Спектр и степень выраженности когнитивных и нейропсихологических нарушений у детей с заболеваниями нервной системы переменны, однако именно они обуславливают последующие ограничения в их социальной адаптации. Наблюдаются нейродинамические нарушения: модально неспецифические нарушения внимания, памяти, наблюдается замедленный либо наоборот ускоренный непродуктивный темп деятельности. Модально-неспецифические нарушения внимания проявляются рассеянностью, либо повышенной отвлекаемостью, возможно истощаемостью, может наблюдаться сужение объема внимания, нарушение концентрации в любом виде деятельности, либо отмечается тугоподвижность. Модально-неспецифические нарушения памяти проявляются преимущественно нарушениях кратковременной памяти по всем модальностям, страдает как двигательная и зрительная, так и слухоречевая. Может быть затруднена фиксация текущих событий, усилены механизмы интерференции (повышена тормозимость следов). Часто страдают и гностические функции, в частности зрительный предметный и симультанный гнозис. Что может быть обусловлено как аномалиями развития органов зрения, так и корковой недостаточностью (функциональным дефицитом затылочных отделов коры ГМ). Могут наблюдаться различные нарушения речевого развития, также связанные либо с поражением подкорковых структур, либо функциональным дефицитом корковых отделов: премоторных, теменных, височных. У детей часто выявляются дизартрии, алалии (моторная, сенсорная, сенсомоторная), может наблюдаться задержка речевого развития. В дальнейшем при обучении в школе выявляются нарушения письменной речи: дислексии, дизграфии. У детей с заболеваниями нервной системы не редки нарушения интеллектуального развития. Могут наблюдаться как темповые задержки развития, так и умственная отсталость различной степени. Отсюда встает вопрос о возможности социализации таких детей.

Цель. Представить методы коррекции когнитивных и нейропсихологических нарушений у детей с заболеваниями нервной системы.

Материалы и методы. Специалистами нашего центра используются различные методы коррекции, которые являются неотъемлемой частью реабилитации детей с нарушениями нервной системы такие как: тренировочный комплекс «Звуковой луч», «Сенсорная среда»; комплексы «Пертры» и «Монтессори»; используется целый ряд компьютерных программ в кабинете информационно - коммуникационных технологий направленных на развитие познавательных процессов; нейропсихологические коррекционно-восстановительные процедуры и процедуры двигательного праксиса на оборудовании биологической обратной связи (БОС), адаптированные к детскому возрасту; различные методы арт-терапии.

Результаты. Использование таких методов повышает эффективность реабилитации, происходит развитие нарушенных функций. Отмечается высокая результативность занятий, что естественно повышает мотивационный компонент и самооценку наших пациентов.

Выводы. Применение таких коррекционных методов у детей с нарушениями нервной системы позволяет повысить эффективность развития когнитивных и двигательных функций, а также улучшает эмоционально-волевой компонент.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО САНАТОРИЯ

Ковальчук Л.В.

ФГБУ Детский санаторий «Васильевское» Минздрава России, Московская область

Актуальность. ФГБУ ДС «Васильевское» Минздрава России расположено в Одинцовском районе Московской области. Коечная мощность 200 коек. Принимает детей на медицинскую реабилитацию (2 и 3 этапы) и санаторно-курортное лечение. С 2015 года санаторий оказывает медицинскую помощь детям по медицинской реабилитации в рамках Московской областной базовой программы ОМС. Для выполнения плановых объемов были открыты койки медицинской реабилитации на функциональной основе. С 2018 года организовано отдельное структурное подразделение – отделение медицинской реабилитации на 24 койки: 18 круглосуточных и 6 дневного стационара. Порядок медицинского отбора и направления детей на медицинскую реабилитацию осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» и Приказом МЗ РФ от 02.12.2014 г. № 796 «Об утверждении положения об организации оказания специализированной в том числе высокотехнологической медицинской помощи». При поступлении формируется индивидуальная реабилитационная программа. По окончании лечения оформляется выписка с указанием результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, эффективности проведенного лечения, рекомендаций, реабилитационного прогноза.

Результаты. За 2015–2017 годы медицинскую реабилитацию получил 1261 ребенок, из них в условиях круглосуточного стационара – 817 человек (65%) и дневного стационара при стационаре – 444 (35%). Ежегодно утвержденные объемы по Московской области остаются прежними. При этом количество поступивших из других регионов увеличивается ежегодно: в 2015 году – 20 чел. (7%), в 2016 – 84 чел. (21%), а в 2017 – 214 чел. (38%). На медицинскую реабилитацию поступают пациенты с патологией органа зрения, патологией нижних дыхательных путей, опорно-двигательного аппарата. Все дети поступали на лечение в поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания или при хроническом течении заболевания, имели хороший реабилитационный потенциал, хорошо переносили лечение и были выписаны с улучшением.

ВЛИЯНИЕ СПИНАЛЬНОЙ МАНИПУЛЯЦИИ НА СПАСТИКУ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

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

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 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. Уровень спастичности мышц запястья измерялся количественно с помощью устройства Neuroflexor, которое регистрируя сопротивление пассивным движениям конечности с разной скоростью, позволяет дифференцировать невральные компоненты мышечного тонуса, который соответствует спастичности, от не-невральных компонентов: эластичности и вязкости, характеризующих механические свойства мышц и сухожилий. Пациентам из экспериментальной группы проводилась спинальная манипуляция, детям из контрольной группы - имитация. Через 5 минут после манипуляции/имитации проводилось повторное обследование.

Результаты. В экспериментальной группе после спинальной манипуляции наблюдалось снижение неврального компонента мышечного тонуса на 2,18 ньютона ($P=0,002$). В контрольной группе снижение было незначительным. Отмечена статистически достоверная разница между изменениями показателя спастичности между двумя группами $P=0,034$.

Выводы. Исследование указывает на снижение спастичности мышц предплечья после проведения спинальной манипуляции у пациентов с церебральным параличом.

ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЦП НОВЫМ МОТОРНЫМ НАВЫКАМ В ПОЗДНЕЙ РЕЗИДУАЛЬНОЙ СТАДИИ

Колбин В. Е., Игнатова Т. С.

ГБУЗ городская больница №40, Санкт-Петербург

Актуальность. Имеются многочисленные варианты лечения, реабилитации, восстановления утраченных функций при поражении детей церебральным параличом. Мы провели исследование по эффективности воздействия на ребёнка с диагнозом «церебральный паралич» методом, которому присущи все признаки педагогического процесса.

Цель. Выявить эффективность метода, взяв за основу теорию и методику физического воспитания, подходы к обучению, формирования двигательной активности детей с церебральным параличом.

Материалы и методы. Во время неинвазивной нейромодуляции черепных нервов прибором PoNS, обучали новым двигательным действиям, используя методы физического воспитания: 1. *Целостный метод или метод целостно-конструктивного упражнения.* Сущность состояла в том, что техника двигательного действия осваивалась с самого начала в целостной своей структуре без расчленения на отдельные части. В нашей методике это процесс обучения сидению. 2. *Расчленено-конструктивный метод.* Мы применяем на начальных этапах обучения. Расчленяем целостное двигательное действие (преимущественно со сложной структурой) на отдельные фазы или элементы с поочередным их разучиванием и последующим соединением в единое целое. Таким образом, мы обучали стоянию и хождению. Основным критерием, на который мы опирались, было понятие физического воспитания, специфическим содержанием которого являются обучение движениям, воспитание физических качеств, овладение специальными знаниями и осознанной потребности в физических занятиях. Основным средством для достижения поставленных нами целей мы выбрали физические упражнения, которые направили на реализацию наших задач, сформировали и организовали по закономерностям физического воспитания. Мы рассматривали физические упражнения с одной стороны, как конкретное двигательное действие, с другой – как процесс многократного повторения. Также в процессе нашей работы мы учитывали все законы формирования двигательного навыка.

Результаты. Данная методика была апробирована на отделении медицинской реабилитации детей на базе СПб ГБУЗ ГБ№40 одновременно с применением неинвазивный нейродуляции черепных нервов прибором PoNS. Было пролечено 50 детей с диагнозом: ДЦП. Спастическая диплегия, 3 ребенка ДЦП атонически- астатическая форма. Уровень моторного развития при поступлении по шкале GMFSC 12 человек 4 уровень, 7 человек 2 уровень, 31 человек 3 уровень, 3 человека 1 уровень. Все пациенты прошли лечение по данной методике в течение 2 недель. По окончании курса мы отметили у всех пациентов положительную динамику в виде снижения мышечного тонуса, улучшение координации движения, улучшения контроля положения головы и тела в пространстве. 29 ребенка после первого курса научились ходить с использованием средств опоры, 7 человек освоили навык самостоятельной ходьбы, 5 пациентов научились самостоятельно сидеть.

Выводы. Таким образом, применение метода обучения новым моторным навыкам позволит повысить эффективность лечения церебрального паралича у детей.

ОПЫТ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В ЧАСТНОСТИ АУТИЗМ, СДВГ И ЗПР

Корнилов Д.Н.

Семейный центр «Со-творение», г. Москва

Актуальность. Все чаще в профессиональных кругах и СМИ говорят ребятам с РАС. Деятельность в плане оказания помощи детям с подобными особенностями развития так же за последнее десятилетие существенно продвинулась. Однако, в плане адаптации имеется ряд сложностей. Так включенность таких ребят в жизнь общества остается ограниченной, а после 18 лет (окончание школы) дети, в большинстве своем, остаются сидеть дома, а адаптация сходит на нет. Разговоров об инклюзивном образовании становится все больше, в них участвуют как представители министерства образования, так и родители детей с РАС. Но на данный момент подобные группы скорее уникальны и не носят какой-либо массовости.

Цель. В процессе своей практики основной целью для себя ставил помочь детям максимально полностью интегрироваться в жизнь социума, сделать их максимально самостоятельными и независимыми от внешних изменений.

Материалы и методы. Для достижения этой цели в 2010 году была организована группа, состоящая на 80% из детей с развитием не сильно отклоняющимся от нормы и детьми с РАС. На 2007 год возрастной состав колебался от 5,5 лет до 9. По тематической наполненности делилась на три блока: «Спорт» (коррекционно-развивающие занятия с использованием техник УШУ, карате и нейропсихологии), «Творчество», «Взаимодействие посредством компьютера». Так же было предусмотрено два перерыва «на обед». Спустя полгода был введено дополнительное свободное время перед началом первого блока, а так же дополнительное время после занятий для свободного общения детей, родителей и педагогов. Каждый из блоков решает определенные задачи для достижения цели, описанной выше. 20 минут перед началом занятий дети собираются обсуждают любыми доступными им средствами события произошедшие на неделе. Это может быть вербальное общение, возня и беготня в спортивном зале, демонстрация своих достижений за неделю (пройденные уровни на ПК или планшете, поделки, прочитанные книги, просмотренные фильмы). Так же в это время ребята договариваются как они проведут и в каком составе нынешний день. Таким образом формируется свободная и непринужденная атмосфера, располагающая к межличностному опосредованному общению. Спортивный блок включает в себя физические нагрузки с чередованием статических и динамических упражнений. Достаточно много внимания уделяется взаимодействию в парах, с частой сменой партнеров. С периодичностью

10-15 мин каждому предлагается продемонстрировать одно из своих любимых упражнений (или ряд формальных упражнений разминки, стоек, ударов, блоков), которое будут выполнять присутствующие на занятии. За 15 мин до конца проводится турнир (бег, выталкивания, прыжки, борьба и т.д.), где двое выступают, а остальные поддерживают участников (шумят, топают, кричат, скандируют). Завершается занятие самостоятельными упражнениями. Выполняя задание каждый отмечает в бланке его выполнение (педагог при этом не контролирует выполнение заданий, если его об этом не просит ребенок). Задачи блока: физическая разрядка, укрепление мышц и связок, улучшение координации движений, взаимодействие на телесном уровне, возможность продемонстрировать себя социальными способами, работа с реакцией на неудачу. После тренировки ребята отправляются на перерыв. В течение перерыва происходит взаимодействие на социально-бытовом уровне: разогреть еду, найти столовые приборы, помыть посуду. Помимо этого, за общим столом происходит общение, дети делятся, меняются едой, пробуют что-то новое. Вторым блоком изначально была игра в солдатики. Модель солдата клеилась, раскрашивалась и презентовалась перед группой. Затем начиналась игра по определенному сценарию (сценарий задавался педагогом или одним из участников). Но, в связи с исчезновением из розничной торговли солдатиков, решено было остановиться на свободном творчестве. Дети выбирали, что они хотят сделать (домашняя задумка, поделка, увиденная в центре, предложение педагога или товарища). При этом разрешено пользоваться всем, что есть в мастерской: карандаши, фломастеры, конструкторы, пластилин, глина, бумага, картон, тряпки, клей и остальной подручный материал. По окончании работы проходит презентация своей работы, после чего начинается голосование. У каждого творца есть два голоса. Как правило, первый голос отдается своему другу, с которым получилось хорошее взаимодействие в течение дня, а второй уже касается самой поделки. Задачи блока: расширение инструментария для творчества, самопроявление в творческой деятельности, навык презентации себя и своего проекта, умение ставить цель и находить способы ее достижения. Во время второго перерыва ребята подводят итоги второго блока и начинают договариваться во что они будут играть на компьютере, распределяют места и задачи для успешной игры. Само взаимодействие за компьютером может иметь несколько форм: игра за одним компьютером сразу нескольких человек, игра по сети друг против друга, кооперативная игра по сети против компьютера. Оговорюсь, что предлагаемые игры лежат в зоне ближайшего развития, то есть достаточно сложные для ребенка. В этом случае игра является не доступной без установки контакта и может быть спокойно завершена при выходе взрослого из игры. Задачи блока: умение договариваться, распределять ресурсы, опосредованно взаимодействовать для достижения общей цели, выстраивание тактики для решения поставленных задач. По завершению занятий ребята рассказывают и демонстрируют родителям (по желанию) свои достижения, причем не только своим. В процессе работы были выявлены принципы, помогающие естественной адаптации детей с РАС в жизнь группы: ненасильственное включение (ребенок сам выбирает, когда он готов начать взаимодействие); опора на сильные стороны, качества и навыки личности, с дальнейшим расширением и углублением; поддержка уникальности личности и ее самопроявления; поддержка безопасности в группе с сохранением конкуренции; эмоциональная включенность в деятельность со стороны педагогов; коррекционное и развивающее воздействие происходит за счет формирования экологичной с психической точки зрения среды.

Результаты. Результатом деятельности такой группы стала сформированность внутригрупповой культуры. Так адаптированные ребята заменили уже ушедших подростков и передают опыт своего поведения, навыков и знаний приходящим детям. Участники группы самостоятельно стали интересоваться праздниками, поздравлять друг друга, дарить подарки. Взаимодействие между детьми вышло за пределы группы дети дружат между собой организуют выходы на прогулки, ходят в гости. Так же это сказалось и на повседневной жизни ребят, часть из которых перешло на обучение в обычную школу, где также

завязывается дружба с одноклассниками. Так же сформировалась определенная общность взрослых, взглянувших на своих детей под иным углом – у родителей появилась возможность гордиться своими чадами и из результатами, что сильно повлияло на эмоциональную обстановку в семье, а это привело к значительным улучшениям в области эмоциональной стабильности и комфорта у детей. Внутри группы взрослые начали общаться и поддерживать не только своих мальчиков и девочек, но чужих, что здорово расширило возможность установки контактов и способов взаимодействия с миром. Однако, сейчас есть определенные сложности, связанные с недостаточной проработанностью дальнейшего общения старших ребят (12+). Частично это решается с помощью организации загородных лагерей, где подростки живут максимально самостоятельно и учатся брать ответственность за свои действия на себя, а так же создавать комфортные условия для младших ребят. Следующий шаг профессиональная ориентация подростков, опирающаяся на их сильные качества и стороны, но это уже требует функционального переоборудования центра и набора специалистов готовых работать над этими задачами.

ВОЗМОЖНОСТИ ОСТЕОПАТИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ЗАДЕРЖКОЙ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ

Кузьмина Ю.О.¹, Гореликова Е.А.²

¹ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

²ЧОУ ДПО «Институт остеопатии», Санкт-Петербург

Актуальность. Значительная часть неврологических расстройств у детей первого года жизни связана с гипоксически- ишемическими поражениями центральной нервной системы (ГИП ЦНС), которые составляют 60-80% всех поражений ЦНС. Одним из проявлений ГИП ЦНС являются двигательные нарушения. Исходы ГИП ЦНС могут варьировать от минимальных мозговых дисфункций до грубых двигательных расстройств при ДЦП.

Цель. Оценить возможности остеопатии в комплексной реабилитации детей первого года жизни с задержкой моторного развития на фоне перенесённой в родах гипоксии-ишемии 1-2 степени.

Материалы и методы. Обследованы 146 детей в возрасте от 1 до 9 месяцев с диагнозом: последствия церебральной гипоксии-ишемии 1-2 ст., задержка моторного развития (F82). 86 детей - основная группа и 60 детей – группа контроля. Все дети получали стандартный курс лечения. Детям основной группы дополнительно проводилась остеопатическая коррекция соматических дисфункций, 3-5 процедур на курс с частотой 1 раз в 7-10 дней. Наиболее частыми проявлениями двигательных нарушений были мышечная дистония и гемипарез. Повторная оценка неврологического статуса проводилась через 2 месяца после первичного осмотра.

Результаты. На фоне остеопатической коррекции отмечалась выраженная положительная динамика в состоянии всех детей основной группы в виде уменьшения мышечного дисбаланса, увеличения объема активных и пассивных движений, исчезновения патологических рефлексов, восстановления выпрямительных реакций, становления координации движений, улучшения силы и манипулятивных функций кисти. В контрольной группе была также отмечена положительная динамика, но менее выраженная. У 64% детей в основной и 28% детей в контрольной группе двигательные нарушения после проведенного лечения исчезли.

Выводы. Таким образом, остеопатическая коррекция соматических дисфункций у детей с перинатальными ГИП ЦНС дает лучший результат по сравнению со стандартным лечением, особенно при мышечных дистониях ($p < 0,05$).

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ ДЕЙСТВИЮ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Кулемзина Т.В.

Национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

Актуальность. Формирование клинико- психологических проявлений у детей в результате действия чрезвычайной ситуации имеет специфические особенности, поскольку у этой категории пациентов со временем формируется ощущение беспомощности, незащищенности, несправедливости.

Цель. Продемонстрировать возможности коррекции нарушений здоровья у детей, возникшие в результате действия чрезвычайной ситуации.

Материалы и методы. Дети 12-ти лет (54 человека) обоих полов, находившиеся в течение трех месяцев в зоне непрерывного действия чрезвычайной ситуации, физически не травмированные, находившиеся в условиях ограничения жизнедеятельности и явившихся свидетелями травмирования других людей. Применялась рефлексотерапия (классическая иглотерапия, точечный массаж, прижигание – 3-и курса по 10 сеансов каждый с интервалом в 21 день в сопровождении элементов рецептивной музыкотерапии) с обязательным присутствием во время сеансов одного из родителей для обеспечения психологической поддержки. Одновременно каждому маленькому пациенту подбирался по принципу унитарности с учетом не только симптоматических, но и конституциональных характеристик классический гомеопатический препарат растительного либо минерального происхождения (*Aconitum napellus*, *Pulsatilla*, *Agarius muscarius*, *Ignatia*, *Arsenicum album*, *Graphites*, *Magnesia phosphorica*).

Результаты. Сочетанное применение рефлексотерапии и гомеотерапии способствовало регрессированию симптоматических проявлений и восстановлению у детей физических, психических, ментальных конституциональных признаков. Контроль за ходом лечебного процесса, который формировался со снижением рисков возникновения обострений, производился еженедельно в соответствующие день недели и время в течение 180 дней.

Выводы. Таким образом, исторически сформированные лечебные системы, имеющие многолетнюю историю применения и доказанную временем эффективность, могут быть использованы в сочетании для лечения психосоматических нарушений у детей.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Лян Н.А., Хан М.А.

ГАУЗ МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Москва

Актуальность и социальная значимость проблемы медицинской реабилитации детей, больных хроническими бронхолегочными заболеваниями, в том числе бронхиальной астмой, обусловлена высокой распространенностью (до 10-15% в детской популяции), тяжелым, нередко прогрессирующим течением процесса, неблагоприятным влиянием на рост и развитие ребенка, возможностью ранней инвалидизации. В связи с чем необходим поиск и разработка новых немедикаментозных технологий медицинской реабилитации, направленных на различные патогенетические звенья заболевания, прежде всего на улучшение бронхиальной проходимости за счет противоотечного, бронхолитического и дренирующего действий. Широкое применение находит импульсное низкочастотное электростатическое поле в комплексной медицинской реабилитации детей с бронхиальной

астмой, приводящее к улучшению бронхиальной проходимости, характеризующемся уменьшением бронхиальной обструкции на уровне периферических бронхов, повышению уровня общей физической работоспособности. С целью рефлекторного влияния на тонус бронхов, нормализации функционального состояния центральной нервной системы, регулирования механизмов формирования бронхиальной гиперреактивности бронхов применяются интерференционные токи. Биорегулируемая электронейростимуляция оказывает биорезонансное, биосинхронизирующее действия, обладает обратной биологической связью. Отмечается улучшение клинических симптомов бронхиальной астмы у детей, повышаются показатели функции внешнего дыхания, улучшается состояние вегетативной нервной системы, улучшаются процессы перекисного окисления липидов в мембранах эритроцитов, показатели гуморального иммунитета. Данные о благоприятном мукорегулирующем, бронхолитическом действии галотерапии и выраженном дренирующем эффекте флаттер-терапии явились основанием для комплексного применения этих физических факторов. Неселективная и селективная хромотерапия оказывают положительное влияние на клиническое течение заболевания, способствуют увеличению показателей функции внешнего дыхания. Снижению возбудимости рецепторов слизистых оболочек и способности гладкомышечных структур к спазмам способствуют «сухие» углекислые ванны. ЛФК является одним из ведущих средств физической реабилитации детей с заболеваниями органов дыхания, в том числе БА. Физическая реабилитация детей с бронхиальной астмой обязательно включает различные аспекты респираторной терапии: волевое управление дыханием, дыхание через сопротивление, звуковая гимнастика, применение индивидуальных дыхательных тренажеров и др., позволяющих проводить тренировку дыхательной мускулатуры с созданием сопротивления как в фазе вдоха, так и выдоха. Массаж способствует ликвидации бронхоспазма, улучшению отделения мокроты, повышению силы дыхательной мускулатуры. Одним из методов двигательной реабилитации детей с бронхиальной астмой является гидрокинезотерапия. Различные виды климатического воздействия способствуют выраженной перестройке реактивности детского организма, продлению ремиссии заболевания.

ВОЗДЕЙСТВИЯ В ОБЛАСТИ СОЛНЕЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ И ДРУГИХ СПЛЕТЕНИЙ ЖИВОТА И ТЕЛА ВЫЗЫВАЮТ ОСЛАБЛЕНИЕ СПАСТИКИ РЕБЕНКА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПРАЛЛИЧОМ

Максимова Е.В.

ООО «Со-творение», Москва

Актуальность. Наша работа идет с опорой на уровни построения движений Н.А. Бернштейна. Уровень А – тонус и напряжение тела. Уровень В – врожденные и приобретенные двигательные автоматизмы. Уровень С – восприятие и достижение значимых в пространстве целей. Уровень D – 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 выделили уровень автономной регуляции тела, как подуровень V, тесно связанный с уровнем А. Этот уровень, филогенетически, соответствует нервной системе червей. 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

тетрапорез – 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.

ТЕЛЕСНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ОПОРОЙ НА ТЕОРИЮ ПОСТРОЕНИЯ ДВИЖЕНИЙ Н.А.БЕРНШТЕЙНА

Максимова Е.В.

ООО "Со-творение", Москва

Уровни построения движений, предложенные Н. А. Бернштейном, можно рассматривать, как уровни построения и тела, и психики человека. Поэтому коррекционная работа с особыми детьми включает в себя, не только построение афферентного и эфферентного синтеза каждого уровня, но и построение общения, поведения, игры, речи - основ построения психики ребенка.

Уровень А – тонус и построение напряжений тела; глубокая чувствительность уровня А считается основой Я-сознания. Коррекция: стимуляция глубокой чувствительности, протраивание целостного восприятия своего тела, построение позотонических рефлексов – опорных, осевых, вестибулярных, тоническое единение в общении.

Уровень В – уровень двигательных автоматизмов тела; основа неосознанного вписывания в мир. Коррекция: стимуляция поверхностной чувствительности, объединение поверхностной и глубокой чувствительности в единое восприятие; стимулирование бокового зрения и сигнального слуха, вызывание двигательных автоматизмов движения и общения в игре.

Уровень С – основа целостного сознания человека. Коррекция: развитие целостного восприятия в четырех основных зонах пространства; заполнение напряжением дистальных отделов тела, кисти, стопы, пальцев, достижение целей во всех зонах пространства; раппорт в общении; чередование в общении; развитие мимики и интонаций общения; развитие игры по подражанию.

Уровень D – основа мифического сознания человека. Коррекция: построение топологического восприятия, построение пластики D-тела и движений по представлению, основные мифологические сюжеты и роли в игре.

Группа уровней Е – как основа абстрактного мышления и творчества. Коррекция: развитие речи, мышления, творчества.

Вся работа ведется от низших уровней к высшим, от афферентного синтеза к построению эфферентного ответа и поведения. У детей с РДА уходят страхи и появляется любопытство, у детей с ДЦП уходит спастика.

ДИНАМИКА САМООТНОШЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (ВДГК) У ПОДРОСТКОВ

Малкова Е.Е., Комолкин И.А., Витенберг М.В.

*РГПУ им. А.И. Герцена
СПб ГПМУ, Санкт-Петербург*

Актуальность. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) составляет 90% от общего числа врожденной патологии грудной клетки и встречается в 8 случаях на 1000 новорожденных. Подростки с ВДГК, как правило, испытывают психоэмоциональные проблемы, которые проявляются в сниженной самооценке, повышенной тревожности, депрессивности и замкнутости. Актуальность исследования обусловлена тем, что применение современных медицинских технологий направлено, прежде всего, на устранение анатомо-физиологического дефекта и оно, бесспорно, играет важнейшую роль в лечении подростков с ВДГК. В то же время, в процессе подготовки к операции и восстановительном периоде, представляется важным учет всех аспектов самооотношения подростков, уровня тревожности и депрессивности.

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики самооотношения подростков с ВДГК в процессе хирургической коррекции.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 35 подростков в возрасте 13-18 лет с ВДГК, находящиеся на хирургическом отделении № 2 клиники ФГБОУ ВО СПб ГПМУ МЗ РФ в связи с предстоящим оперативным лечением ВДГК и через 6 месяцев после установки импланта. В качестве методов были использованы «Опросник самооотношения» (ОСО) В.В. Столина, Методика многомерной оценки детской тревожности (МОДТ) Е.Е. Малковой, Методика «Депрископ» П. Хеймаса, А.И. Подольского, оригинальная проективная методика «Цветовой образ тела» (ЦОТ) А.О. Тепляковой, опросник PEEQ (The RectusExcavatum Evaluation Questionnaire).

Результаты. Выявлено, что у подростков после хирургической коррекции ВДГК обнаруживается положительная динамика самооотношения, связанная с принятием собственного тела, повышением самооценки и уверенности в себе. Кроме того, после проведения хирургической коррекции у подростков с ВДГК наблюдаются качественные изменения в формировании образа собственного тела, снижение уровня тревожности, исчезновение признаков депрессивных проявлений.

ВЛИЯНИЕ ПРОДУКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАБОТЕ ПСИХОЛОГА У ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ (ДЕТИ - ИНВАЛИДЫ) НА ПРИМЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ЦЕНТРА ГБУ ДПС И ДСАО

Меркушева Ю.С.

Московский Государственный Областной Университет, г. Москва

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, каждый десятый житель планеты является инвалидом. В Российской Федерации, как и во многих странах, дети-инвалиды составляет более 2,0% от общего числа детского населения. В последние годы отмечена тенденция к увеличению числа детей-инвалидов. Каждый год в России рождается более 25 тыс. детей с различными заболеваниями. В связи с этим процесс социализации, адаптации и реабилитации детей в современном обществе приобретает большую актуальность и значимость. Инвалидность у детей связана с ограничением их жизнедеятельности, является причиной социальной дезадаптации, приводящий к нарушению

в развитии, затруднению в самообслуживании, обучении и овладении в будущем профессиональными навыками. В центр ГБУ ЦПС и Д САО в отделение реабилитации обращаются родители с особенностями развития детей, которые имеют диагнозы как: гипердинамический синдром, ДЦП, ЗПР, аутизм, атипичный аутизм, минимальная мозговая дисфункция, умственная отсталость, синдром Дауна и др.

Цель. Психолог помогает этим детям адаптироваться в социуме, проводит коррекционно-развивающие занятия по развитию когнитивной сферы (память, внимание, мышление и т.д.) и овладение в будущем профессиональным навыком.

Методы. Основные методы работы психолога с такими детьми- это продуктивная деятельность: проективные методики (рисование с элементами арт-терапии); конструирование (по моделям); лепка (игра с пластилином); недирективная игротерапия: игры с песком и водой с целью коррекции эмоционального дискомфорта ребенка, а также сенсорная комната.

Результаты. В результате коррекционно-развивающих занятий с психологом отмечается незначительная положительная динамика в формировании сенсорных эталонов, восприятии, развитии внимания, наглядно-действенного мышления, а так же развитии мелкой моторики и навыков продуктивной деятельности (лепка, рисование, конструирование).

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Миненко И.А.

Кафедра интегративной медицины ПМГМУ имени И.М. Сеченова, Москва

Актуальность. В настоящее время происходит прогрессирующее ухудшение здоровья детей и подростков. Наблюдается рост проявлений агрессивности, токсикоманий, иных форм девиантного и делинквентного поведения и значительное снижение их возрастного порога. Большое количество детей демонстрирует задержки и искажения психоречевого развития, несформированность произвольной саморегуляции, дисграфии, различные психопатологические феномены (повышенную возбудимость, истощаемость), соматическую и психосоматическую уязвимость, проявляющуюся в виде сосудистых, костно-мышечных нарушений, снижения иммунитета и десинхроноза различных систем организма. В совокупности это приводит к эмоционально-личностной когнитивной неготовности к обучению и адекватной адаптации к социуму.

Цель. Разработка научно-обоснованного алгоритма диагностики и реабилитации детей и подростков для интеграции и самореализации их в социуме с учетом психо-физических возможностей.

Материалы и методы. Для изучения психологического и клиничко-неврологического статуса, составления реабилитационных программ и прогнозирования ожидаемых результатов были обследованы 64 учащихся школы – интерната 1-7 классов в возрасте от 8 до 14 лет с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью в рамках диагнозов F-70, F-71 по МКБ-10. Исследования проводились в несколько этапов: 1) Клиническое неврологическое и мануально-терапевтическое исследование проводилось с целью выявления биомеханически значимых изменений, особенно со стороны отделов, оказывающих влияние на состояние мозгового кровотока. 2) Нейропсихологическое исследование позволяло оценить эмоционально-моторную и эмоционально-сенсорную устойчивость детей, быстроту мышления, способность оперирования пространственными представлениями. 3) Инструментальное исследование включало несколько методов:

ультразвуковое дуплексное сканирование магистральных экстра- и транс- краниальных сосудов; электроэнцефалографию, вариационную пульсометрию, нейроэнергокартирование.

Результаты и их обсуждение. При проведении неврологического и мануально-терапевтического исследования этих детей в 96 % случаев был выявлен выраженный постуральный дисбаланс и гипертонус мышц верхнего плечевого пояса с нарушением пространственных представлений и реципрокной координации, а также спазм дыхательной диафрагмы в сочетании с различными видами нарушения осанки. Сопоставление клинической картины и полученных объективных данных позволяет сделать предварительное заключение: мышечно-тонические синдромы шейной и кранио-verteбральной локализации становятся причиной компрессии сосудистых сплетений на экстракраниальном уровне, что в свою очередь, способствует ухудшению мозгового кровообращения и развитию гипоксической энцефалопатии со всеми вытекающими психологическими и эмоциональными проблемами. Вегетативно-сосудистый компоненты и афферентно-эфферентная нейровазальная дизрегуляция могут способствовать нарушению логопедического статуса и затруднению развития речи, что является определяющим в развитии интеллектуальных способностей, обучающих навыков, и адаптации детей в социуме. Исследование продолжается.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА ДЕТЕЙ ПО ПРОТОКОЛУ SOSORT С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОРСЕТИРОВАНИЯ (3D МОДЕЛИ НЕМЕЦКАЯ ШКОЛА)

Могилиянцева Т.О., Щербак С.Г., Сарана А.М.

*СПБГБУЗ "Городская больница №40", Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский Государственный Университет, медицинский факультет*

Актуальность. Лечение идиопатического сколиоза у детей и подростков является одной из самых сложных проблем детской ортопедии. Количество детей с тяжелыми формами идиопатического сколиоза (деформации более 20 градусов по Совв) составляет в популяции не менее 0.6 %. Международным обществом консервативного лечения сколиоза SOSORT разработан протокол лечения пациентов от 05.2006года. Согласно протоколу SOSORT пациенты с тяжелыми прогрессирующими формами деформаций позвоночника получают лечение в специализированных клиниках (стационар) и основными методами лечения являются корсетотерапия с высокой степенью коррекции деформаций и ЛФК с применением авторских, научно доказанных методик. Одной из широко известных и научно доказанных методик является Шрот - терапия. Одной из ведущих европейских клиник ,имеющих многолетний опыт интенсивной стационарной реабилитации является клиника им. К.Шрот Asklepios (Германия). В современной модификации часто используется программа "SCHROTH Best Practice Program" (автор H.R.Weiss).

Материалы и методы. Клиника СПб ГБУЗ "Городская больница№40" представляет результаты (краткосрочные) лечения группы детей в период с 03.2015 года до 01.2018 года (33 человек из них- 29 девочки, 4 мальчика), страдающих идиопатическим сколиозом, средний возраст составил- 9,6 лет, средний рост 134.5см, средний вес- 29.5 кг., средняя величина деформации позвоночника - угол Совв составила 26.2 градуса, все дети без признаков "зрелости" (признак Риссера- 0), фактор прогрессирования по формуле: угол Совв (3х значение признака Риссера) / возраст ребенка составил 2.72, что соответствует риску прогрессирования развития деформации у пациентов более 40 градусов Совв в 100% случаев.

Результаты. Средняя величина коррекции сколиотической деформации в 3D корсете немецкой школы составила 64.5 %, средняя величина коррекции после 12 месяцев лечения составила - 39% от начальной деформации, что в градусах составило 10.2 градуса Совв.

Выводы. Лечение детей с прогрессирующим идиопатическим сколиозом в соответствии с рекомендациями SOSORT и использованием корсетов 3D немецкой школы позволяет получить положительные и обнадеживающие краткосрочные результаты.

РОЛЬ НЕХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ АКУШЕРСКОГО ПАРАЛИЧА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Молодцов А.Д.

ООО «Международный институт функциональной реконструктивной микрохирургии» МЦ «Мотус», г. Ярославль

Актуальность. Дети с акушерским параличом верхней конечности со спонтанной реиннервацией нуждаются в реабилитации, без хирургического вмешательства.

Цель. Обзор моделей пациентов; обзор нарушений функций верхней конечности при акушерском параличе; обзор реабилитационных методик, применяемых в МИФРМ МЦ «Мотус».

Материалы. БИ-012 (комплекс Бослаб), ботулотоксин, тейпы, гимнастический инвентарь, фото-видео контроль.

Методы. ЛФК, разработка объема пассивных движений, БОС-терапия, ботулинотерапия, методы моторного переобучения, тейпирование.

Результаты. Увеличение объема активных и пассивных движений в паретичной руке, увеличение вовлеченности пораженной конечности в бытовую активность, обучение родителей алгоритму занятий в домашних условиях.

Выводы. Все дети с акушерским параличом нуждаются в непрерывной реабилитации, поэтому первостепенной задачей является разработка индивидуальной реабилитационной программы, а также обучение родителей алгоритму занятий в домашних условиях.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА “ПОЭТАПНАЯ ФИБРОТОМИЯ В ОРТОПЕДИИ” ПРОФЕССОРА В. Б. УЛЬЗИБАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЫШЕЧНЫХ КОНТРАКТУР У ПАЦИЕНТОВ С ДЦП

Назаркин А. Я., Еремин А. В., Цой Е. В., Репетунов А. А.

АО “Институт клинической реабилитологии”, г. Тула

Актуальность. ДЦП - одно из самых частых неврологических заболеваний, приводящих к инвалидности, снижающих качество жизни, требующих длительной дорогостоящей, трудоемкой для пациента реабилитации. Поиск действенных и эффективных методик улучшения двигательных навыков у пациентов с ДЦП является актуальной задачей современной медицины.

Цель. Оценить эффективность метода “поэтапная фибротомия в ортопедии” профессора В. Б. Ульзибата при реабилитации детей с ДЦП.

Материалы и методы. В исследование включено 83 пациента в возрасте от 2,6 до 13,4 лет со спастическими формами ДЦП. Средний курс лечения - 2 этапа оперативного лечения по методу В. Б. Ульзибата. Период наблюдения от 2 до 5 лет. Для оценки моторных нарушений использовалась шкала больших моторных функций GMFM-88. Пациенты до и после операции были разделены на пять групп в зависимости от степени нарушения двигательной активности.

Результаты. После лечения во всех группах мы наблюдали достоверное увеличение общего суммарного балла в среднем на 23. Выявлена достоверная ассоциация между разницей баллов до и после лечения и уровнем двигательных навыков ($r_s = 0,4$ $p < 0,05$), т.е. чем хуже исходный уровень, тем больше разница в баллах. Также выявлена отрицательная достоверная ассоциация между разницей баллов до и после лечения и возрастом проведения операции ($r_s = -0,5$ $p < 0,05$). Большинство детей (61%) после хирургического лечения перешли на более высокий уровень физической активности. Количество детей с минимальными нарушениями двигательной активности (1-я группа) после лечения удвоилось, а количество детей с наиболее тяжелыми нарушениями (4-я и 5-я группа) сократилось вдвое. Большинство детей показали улучшение либо в пределах своей группы (39%), либо перешли на 1 уровень выше (49%). 12% пациентов перешли на 2-4 уровнях вверх.

Выводы. Метод “поэтапная фибротомия в ортопедии” профессора В. Б. Ульзибата показал высокую эффективность в реабилитации детей с ДЦП с различной тяжестью заболевания. Наиболее выраженный эффект отмечается у детей в возрасте 3-7 лет.

ПРОБЛЕМЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Низова Л.М., Соловьева И.Г.

ПГТУ, г. Йошкар-Ола, республика Марий Эл

Актуальность. В предыдущие годы за счёт активной поддержки семьи, материнства, детства стало возможно переломить негативные демографические тенденции: добиться роста рождаемости и снижения смертности. Но сегодня демографические потери 90-х неминуемо дают о себе знать. Это прежде всего снижение рождаемости, так как семьи начинают создавать малочисленное поколение 90-х годов.

Материалы и методы. Демографическое развитие в Республике Марий Эл (РМЭ) сдерживается негативными тенденциями: сокращение численности женщин наиболее активного репродуктивного возраста (более 3000 ежегодно); снижение рождаемости детей в 2017 году против 2016 года на 20, 2 %; главными причинами смертности детей первого года жизни являются врожденные аномалии (16,2 %), внешние причины (13,5 %), болезни нервной системы (5,4 %), инфекционные болезни (2,7 %), болезни органов дыхания.

Результаты. Учитывая вышеназванные проблемы в РМЭ разработан план по снижению младенческой смертности с учетом 3-х уровневой системы оказания медицинской помощи детям. Разработаны памятка для родителей по предупреждению смертности детей от внешних причин и памятка для родителей по «синдрому внезапной смерти». Используется практика выездных форм оказания медицинской помощи детскому и женскому населению, открыт дистанционный телемедицинский консультативный центр на базе государственного бюджетного учреждения «Перинатальный центр» и телемедицинские абонентные пункты во всех центральных районных больниц. Главная цель развития материнства и детства – доступность и качество медицинской помощи.

ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КУРОРТА ГЕЛЕНДЖИК

Никитин М.В.¹, Чукина И.М.¹, Хан М.А.², Уянаева А.И.², Лян Н.А.², Микитченко Н.А.²

¹СКК «Вулан» - НКФ ФГБУ «НМИЦ РК» МЗ России, Геленджик, Краснодарский край

²ГАУЗ МНП ЦМРВиСМ ДЗМ, Москва

Актуальность. Санаторно-курортное лечение является важным этапом медицинской реабилитации детей, больных бронхиальной астмой. Течение бронхиальной астмы в значительной мере подвержено воздействию климатических условий. Климатические особенности Черноморского побережья курорта Геленджик обосновывают возможность эффективной реабилитации детей с метеопатическими реакциями, страдающими БА.

Цель. Изучить эффективность комплексного санаторно-курортного лечения детей с бронхиальной астмой в условиях курорта Геленджик.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 69 детей с БА. Среди обследованных детей было 42 мальчика (60,9%) и 27 девочек (39,1%) в возрасте 4-11 лет (средний возраст 7,2 года). Метеопатические реакции наблюдались по классификации В.Ф. Овчаровой (1982). Методы лечения: комплексное санаторно-курортное лечение – санаторный режим, массаж, ингаляции с минеральной водой, лечебная физкультура, традиционные недозированные технологии климатотерапии (аэро- и гелиотерапия). Методы исследования: определение метеозависимости по анкетам, ежедневный мониторинг метеорологических параметров на территории санатория «Вулан» по данным (АМС) автоматической метеостанции на базе модуля WXT520.

Результаты. Комплексное санаторно-курортное лечение способствовало уменьшению метеопатических реакций, изменению структуры и тяжести их проявления. Анализ показал, что за период пребывания в санатории преобладающими после лечения у 71% детей были реакции легкой степени, исчезали тяжелые проявления метеопатических реакций.

Выводы. Значимым эффектом применения комплексного санаторно-курортного лечения является механизм последствия, который выражается в улучшении функционального состояния организма, которое наступает уже после лечения на курорте и может сохраняться довольно длительное время.

КОМПЛЕКСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ ЛФК и АФК ВО ВРЕМЯ ЗАНЯТИЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ У ВОСПИТАННИКОВ С ДЦП В ГБУ «КРОЦ»

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

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

Актуальность. Одним из основных направлений работы центра является двигательная реабилитация учащихся. Все классы имеют два «динамических часа» в неделю, а учащиеся первых классов ежедневные занятия, по индивидуальному плану комплексной реабилитации, разработанному после осмотра междисциплинарной бригадой специалистов в начале учебного года. 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.

Цель. Создание оптимальной схемы занятий для улучшения манипулятивной функции верхних конечностей и условий для реабилитации и социальной адаптации детей с ДЦП через игровую деятельность. Занятия ЛФК жизненно важны и необходимы. Но, к сожалению, ввиду их монотонности и однообразности, вызванной двигательными нарушениями и психологическими особенностями у занимающихся, происходит частичная или полная потеря мотивации.

Материалы и методы. Проанализировав данную ситуацию, нами была модифицирована игра «Попади в мишень». Занятие по двигательной реабилитации делится на подготовительную, основную и заключительную части, во время которых используются различные виды и формы ЛГ, занятия на тренажерных устройствах. Данная игра проводится в заключительной части занятия как «награда». Таким образом, мы мотивируем учащихся на занятиях выполнять комплексы упражнений лечебной гимнастики. Предвкушение предстоящей игры создает положительный эмоциональный фон на все занятие. Помимо стимулирующего эффекта улучшается и двигательная составляющая, увеличивается амплитуда движений в суставах верхних конечностей, улучшается дифференциация мышечных усилий, улучшается манипулятивная функция, а также концентрация внимания и глазомер. Во время группового занятия идет развитие коммуникативных функций и способности взаимодействовать в коллективе. В процессе обучения учащийся видит эффект, которого он достиг в процессе занятий, динамику и то, над чем необходимо еще работать. Игра «Попади в мишень»: Инвентарь - мяч теннисный. Цель игры - развивать ловкость, координацию, навыки взаимодействия в команде. Описание игры - занимающиеся садятся на стулья, коляски, выстроенные в одну линию. Перед ними, в зависимости от их навыков и умений, разложены различные по сложности мишени. У каждого занимающегося в руках мяч. По команде инструктора, выполняется бросок мяча в мишень. Попадание засчитывается, если мяч остался в мишени. Если бросок выполнен без команды, игрок бросивший мяч, пропускает ход. Выигрывает участник, набравший максимальное количество очков.

Выводы. Таким образом сочетанное использование на занятиях по двигательной реабилитации ЛФК и АФК позволяет усилить мотивацию у учащихся независимо от тяжести заболевания и создать положительный эмоциональный фон во время всего занятия. Дети с ограниченными возможностями независимо от степени тяжести двигательных нарушений при грамотной организации занятий малоподвижными играми могут получать удовольствие от общения и добиваться больших успехов в физическом и психомоторном развитии.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АКУШЕРСКОГО ПАРАЛИЧА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Новиков М.Л., Торно Т.Э., Фёдоров А.В., Карапетян А.С., Дружинин Д.С.

*“Центр хирургии нервов и параличей”
ГАУЗ ЯО КБ СМП им. Н.В.Соловьева, г. Ярославль*

Актуальность. Причиной акушерского паралича верхней конечности является избыточная тракция за голову ребенка при головном предлежании или за верхнюю конечность при тазовом предлежании, приводящая к натяжению элементов плечевого сплетения (ПС). Частота акушерских повреждений (АППС) составляет от 0,3-3,9 случаев на 1000 новорожденных. Несмотря на повышение качества оказываемой акушерской помощи, количество пациентов с АППС не уменьшается даже в США и странах западной Европы. Ежегодно только в Центральном Федеральном округе более 1000 детей получают повреждение плечевого сплетения при рождении. Около 10% пациентов с повреждением ПС на уровне нейропраксии имеют полное восстановление функции конечности в первый месяц жизни. Порядка 60% от общего количества детей с АППС типа Эрба-Дюшена демонстрируют хорошие темпы и качество спонтанной регенерации с восстановлением отведения плеча и сгибания в локте к 3 месяцам. Однако, даже в этой группе у большинству детей не удаётся избежать последствий АППС. Дети с недостаточным спонтанным восстановлением функции конечности, разрывами и отрывами спинальных нервов нуждаются в ранних микрохирургических реконструкциях нервных стволов. Тяжелые АППС

приводят к выраженным нарушениям развития верхней конечности и являются причиной инвалидности в детском возрасте.

Цель. Разработать тактику хирургического лечения родового паралича верхней конечности.

Материалы и методы. С 2010 по 2017 годы в нашем центре наблюдалось 500 детей с родовой травмой плечевого сплетения, 183 из них были оперированы (всего 275 операций). Первичные реконструкции различных структур плечевого сплетения нами выполняются в раннем возрасте (3- 18 месяцев). Из 132 первичных реконструкций в 34 случае мы ограничивались невролизом различных структур сплетения, 87 реконструкций включали в себя транспозицию ветви добавочного нерва на надлопаточный, в 18ти выполнялась пластика ветвей сплетения аутонервными трансплантатами, в 10 невротизация ветви двуглавой мышцы (операция Оберлина). В 4 наблюдениях выполнялась невротизация мышечно-кожного нерва из межреберных нервов. Показания к микрохирургическим операциям при родовом параличе верхней конечности у детей до 1 года: отрыв одного и более корешков ПС; отсутствие активного отведения в плечевом суставе в 3 месяца; невозможность сгибания в локте >МЗ в возрасте 4-6 месяцев; отсутствие наружной ротации плеча после 4-5 месяцев. Вторичные реконструкции нами выполняются в основном после 3-х лет и направлены на устранение какой-либо деформации или дисфункции конечности.

Результаты. Всего выполнено 143 операции. Большая часть из них (60) это транспозиция сухожилия широчайшей мышцы спины для восстановления отведения и наружной ротации плеча. У 13 детей была выполнена корригирующая ротационная остеотомия плечевой кости, ещё у 8 лучевой кости. 40 операций включали в себя различные варианты транспозиций сухожилий на предплечье и кисти.

Заключение. Микрохирургические реконструкции выполненные в раннем возрасте направлены на реиннервацию парализованных мышц, что снижает степень вторичных деформаций верхней конечности, и уменьшает количество необходимых вторичных реконструкций. Вторичные реконструкции восстанавливая какую-либо конкретную функцию улучшают реабилитацию руки в целом. Многообразие подходов к лечению в раннем возрасте и вариантов вторичных реконструкций требует разработки стандартизированного протокола при данной патологии.

РЕКОНСТРУКЦИЯ УЛЫБКИ КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ МЁБИУСА

Новиков М.Л., Торно Т.Э., Фёдоров А.В., Карапетян А.С.

Медицинский центр “Мотус”, г. Ярославль

“Центр хирургии нервов и параличей” ГАУЗ ЯО КБ СМП им. Н.В.Соловьева, г. Ярославль

Введение. Синдром Мёбиуса (СМ)- редкое (1: 50 000) состояние врожденного двустороннего паралича лицевого и отводящего нервов (P.J. Moebius, 1888). С различной частотой к нарушению функции VI и VII пар может присоединяться паралич других черепных нервов (подъязычного - 25%, тройничного - 6%). Характерный внешний вид пациентов с СМ: неподвижное маскообразное лицо, сходящееся косоглазие. Они зачастую имеют невнятную речь, не могут полностью закрыть глаза и рот. Общеизвестно, что мимика важна для социальной адаптации и полноценного развития личности. Больной СМ, лишенный возможности улыбаться, незаслуженно воспринимается окружающими как интеллектуально неполноценный. Главной задачей хирургического лечения СМ является воссоздание мимики. Двусторонняя пересадка стройной мышцы бедра на лицо стала стандартом хирургического лечения СМ.

Материалы и методы. С 2006 г. по 2017 год в нашем центре были обследованы 82 пациента с врожденным односторонним и двусторонним лицевым параличом. Диагноз синдрома Мёбиуса был подтвержден у 31 пациента в возрасте от 3 до 29 лет. Двенадцати из них была выполнена двусторонняя микрохирургическая пересадка на лицо порции стройной мышцы бедра для воссоздания улыбки.

Результаты. Послеоперационных осложнений не было. Ни один больной не предъявляет жалобы на расстройства жевания. Все 24 пересаженных мышц реиннервированы и восстановили свою сократительную способность. Пациенты способны воспроизводить улыбку с хорошо выраженной носогубной складкой, тракцией углов рта и поднятием верхней губы без необходимости сжимать челюсти. Пересаженные на лицо мышцы повысили тонус щек, улучшили контроль движений рта и артикуляцию.

Выводы. Микрохирургическая реконструкция улыбки может использоваться, как эффективный метод в комплексе мероприятий по социальной адаптации детей с синдромом Мёбиуса и другими формами врожденного лицевого паралича.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИОТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМ ДИЗРАФИЗМОМ

Новикова Е.В., Хан М.А., Николаев С.Н.

*ГАУЗ МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, г. Москва
ГБУЗ ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ, г. Москва*

Актуальность. Спинальный дизрафизм- группа врожденных аномалий развития позвоночника и спинного мозга, характеризующаяся расщеплением позвоночника. Характерными клиническими признаками миелодисплазии являются разнообразные денервационные изменения со стороны нижних конечностей, ортопедические изменения, тазовые нарушения (недержание мочи и кала) и трофические нарушения. Хирургическое лечение является важной составляющей частью детей со спинальным дизрафизмом, но успех оперативных вмешательств во многом зависит от проведения дальнейших реабилитационных мероприятий. Медицинская реабилитация таких детей проводится на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах с включением современных технологий физиотерапии, средств лечебной физкультуры и других методов. Медицинская реабилитация начинается сразу после хирургического лечения в палатах интенсивной терапии и специализированных отделениях. На первом этапе большое внимание уделяется коррекции тазовых нарушений. С этой целью назначают электростимуляцию, лекарственный электрофорез, лазерное излучение в зависимости от типа нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. Доказана эффективность высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии у детей с арефлекторным мочевым пузырем. Второй этап медицинской реабилитации проводится в реабилитационных отделениях и центрах медицинской реабилитации, направлен на коррекцию двигательных нарушений. С этой целью в настоящее время активно внедряются современные технологии физиотерапии, такие как многоканальная электростимуляция, хромотерапия, динамическая электронейротимуляция. Третий этап медицинской реабилитации является наиболее продолжительным, проводится в амбулаторно-поликлинических условиях и включает различные оздоровительные технологии, такие как аэроионотерапия, галотерапия, бальнео-, грязелечение.

ЭКСПРЕСС-ОРТЕЗИРОВАНИЕ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНЫМ ПЛАСТИКОМ ПРИ СПАСТИЧЕСКИХ ПАРАЛИЧАХ

Орешков А.Б.*, Абдулрахим М.**

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

** Медицинский центр клинического ортезирования «Ортоотерация»,
Санкт-Петербург

Актуальность. Длительная спастичность у детей с ДЦП приводит к позиционному нейрогенному кифосколиозу; контрактурам плечевого, тазового поясов и конечностей. 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 профилактика контрактур зачастую несвоевременна. Традиционное ортезирование бывает неэффективным из-за нарушения правила биомеханики давления в трех точках на сегменты в одной плоскости.

Материалы и методы. 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: тьютор на сустав около 5 минут, корсет жесткой фиксации или функционально-корригирующий 30-60 минут.

Результаты. 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.

Выводы. Указанный способ эффективен при других нейроортопедических заболеваниях: спинальные мышечные атрофии, последствия вялых параличей, последствиях инсультов и др.

МЕТОД ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ (ТКМП) В КОМПЛЕКСНОЙ И МОНОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКАМИ РЕЧЕВОГО И ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Павлова М.Е., Филиппова Е.С., Пшенникова Г.М.

ООО Реабилитационный центр «Радуга», г. Якутск

Актуальность. Поиск наиболее оптимальных схем реабилитации детей с неврологической патологией имеет высокую востребованность в наши дни. При доказанной высокой эффективности метода ТКМП вопрос о наиболее рациональном способе ее проведения - в виде монотерапии или же в составе комплексного курса лечения, остается не ясным.

Цель. Сравнить эффективность применения ТКМП в терапии детей с ЗРР, ЗПР при монотерапии и в составе комплексного курса реабилитации.

Материалы и методы. Исследовано 78 медицинских карт детей в возрасте 2 - 6 лет, с диагнозом ЗРР (57,6%), ЗПРР (43,2%), прошедших курс лечения в реабилитационном центре «Радуга». ТКМП получали либо в виде монотерапии (35,9%), либо комплексного индивидуализированного лечения, включающего ЛФК, массаж, мануальную терапию, ноотропные препараты, занятия с логопедом (64,1%). Динамика оценивалась через 10 дней от начала процедур, через 2-3 мес., через 6 мес. и через год. Проанализированы жалобы, анамнез, оценки логопеда, неврологический статус и ЭЭГ.

Результаты. После курса ТКМП в n=78 наблюдений, улучшение отмечалось в 97%, без динамики 3%, ухудшений нет. Более половины отмечали увеличение активного словарного запаса, улучшение поведения сопоставимо в обеих группах сравнения. Рост познавательного интереса и улучшение сна встречался чаще при монотерапии. В группе детей, получавших комплексную терапию, вдвое больше тех, кто стал лучше понимать обращенную речь (22% обследованных), из них с ЗПРР- в 4 раза, более контактными, социализированными стало в полтора раза больше детей (35%) чем, при монотерапии (р

Выводы. При назначении ТКМП с целью улучшения поведения, сна, словарного запаса, познавательного интереса у ребенка с ЗРР и ЗПР дошкольного возраста, может оказаться достаточно монотерапии. Для достижения успеха в более сложной задаче, как коммуникативность, социализация, значительный прогресс речи, более оправдано назначение комплексного реабилитационного лечения в полном арсенале средств.

ЭТАПНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ

Подгорная О.В.¹, Тарасов Н.И.², Коротеев В.В.², Мальченко О.А.³

¹ГАОУЗ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы

²ГБУЗ Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы

³ГБУЗ Детская городская клиническая больница святого Владимира ДЗ г. Москвы

Актуальность медицинской реабилитации детей со сколиозом обусловлена высокой распространенностью патологии в структуре ортопедических заболеваний детского возраста (4-13%), инвалидность при сколиозе составляет 8-9%. Своевременная диагностика деформации позвоночника возможна при регулярно проводимом осмотре, с применением современных методов в т.ч. скрининг диагностики.

Целью программы реабилитации детей со сколиозом является создание благоприятных условий достижения коррекции, стабилизации деформации, профилактики развития функциональных нарушений кардиореспираторной, нервно-мышечной систем, снижения инвалидности, улучшения качества жизни.

Материалы и методы. Программа медицинской реабилитации детей со сколиозом включает соблюдение ортопедического режима, полноценное питание, витаминотерапию, технологии физио-, кинезотерапии, в ряде случаев лечение проводится в специализированных школах-интернатах круглогодичного функционирования. Ведущим средством консервативного лечения сколиоза является лечебная физкультура, физические упражнения комплекса способствуют повышению силовой выносливости мышцы туловища, позволяют добиться корригирующего, общеукрепляющего действия, улучшить осанку, показатели деятельности кардиореспираторной системы. При быстро прогрессирующих формах сколиоза проводят оперативное лечение с применением современных погружных конструкций различных модификаций для достижения одномоментной коррекции деформации.

Результаты. Раннее начало медицинской реабилитации таких пациентов, соблюдение этапности и преемственности свидетельствуют об отсутствии потери достигнутой интраоперационно коррекции деформации по данным катанестического наблюдения.

О ПРИРОДЕ АУТИЗМА

Полетаев А.Б.

*ООО «МИЦ «Иммункулус»,
ФНКЦ Реаниматологии и реабилитологии, г.Москва*

Актуальность. Термин аутизм (РАС) объединяет гетерогенную группу системных изменений, затрагивающих, помимо ЦНС, другие органы и системы тела, включая желудочно-кишечный тракт, поджелудочную железу и органы малого таза. Некоторые варианты аутизма (до 10%) базируются на генетических аномалиях, но большинство случаев относится к своеобразной патологии внутриутробного развития, формируемой под влиянием разных химических или инфекционных агентов, действующих опосредованно через стойкие изменения иммунной системы беременной. в этом проявляется феномен эквивинальности действия факторов-индукторов РАС. Иммунные изменения, связанные с нарушениями продукции цитокинов и естественных аутоантител, индуцируют изменения со стороны разных органов и тканей плода и определяют системные нарушения развития, характерные для РАС. Степень выраженности нарушений со стороны ЦНС и иных органов и систем зависит от его генетически детерминированных особенностей резистентности и этапов внутриутробного развития, на которые приходится патогенное воздействие. в части случаев нарушения, сформировавшиеся во внутриутробном периоде, могут длительное время не проявляются или почти не проявляются в характерных поведенческих нарушениях. однако под влиянием острых инфекционных заболеваний, вакцинации или иных провоцирующих влияний, может происходить срыв компенсации, проявляющийся в регрессе психомоторного и речевого развития ребенка и появлении изменений, типичных для РАС. Перспективными маркерами РАС (информативными и пригодными для массового скрининга) являются некоторые маркерные аутоантитела сыворотки крови, изменения которых лежат в основе или сопровождает развитие РАС. Анализ изменений в содержании таких аутоантител может позволить выявлять женщин группы риска по рождению детей с РАС еще до планирования беременности, а также выявлять детей группы риска по РАС в первые месяцы их жизни. Массовый скрининг лиц группы риска (детей первых месяцев жизни и женщин, планирующих беременность/беременных) на характерные изменения маркерных аутоантител может стать инструментом существенного снижения частоты РАС. При этом важно будет использовать не только опережающую диагностику, но и адресное проведение ряда коррекционных мероприятий, направленных на устранение выявленных нарушений.

ЧРЕЗКОЖНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ СПИННОГО МОЗГА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СО СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Савенкова А.А., Сарана С.М., Щербак С.Г., Мошонкина Т.Р., Герасименко Ю.П.

*СПб ГБУЗ «Городская больница №40», Санкт-Петербург,
ГБУ «Институт физиологии им. И.П. Павлова» РАН, Санкт-Петербург*

Актуальность. Проблема лечения больных, перенесших позвоночно- спинномозговую травму, является одной из самых сложных в системе нейрореабилитации. Спинальная травма

влечет за собой тяжелые, зачастую стойкие функциональные нарушения, что обуславливает актуальность поиска новых и усовершенствования имеющихся средств и методов реабилитации. Сравнительно недавно появился новый метод реабилитации у таких больных – чрезкожная электрическая стимуляция спинного мозга (ЧЭССМ). Он создан на основе эпидуральной электрической стимуляции, которая уже с успехом применяется в реабилитации.

Материалы и методы. На базе ГБ№40 было проведено пилотное исследование, в котором приняло участие 7 детей со спинно-мозговой травмой в возрасте от 5 до 16 лет с уровнем травмы от С5 до L3 и давностью травмы от 3 мес до 7 лет. Больные проходили стандартный курс восстановительного лечения, который включал ЛФК, механотерапию, в т.ч. роботизированную, массаж, физиотерапию и ЧЭССМ. Для ЧЭССМ применялся аппарат БиоСтим-5 производства 000 «Косима». Стимулирующий электрод (катод) в виде диска диаметром 2,5 см фиксировался на средней линии позвоночника между остистыми отростками С5-6, Th11-12 и L1-2. Индифферентные электроды (анод) располагались симметрично на коже над гребнями подвздошных костей. Величина тока подбиралась индивидуально, так чтобы он не был болезненным и в тоже время вызывал мышечный ответ с нижних конечностей (30-120 мА). Частота электростимуляции составляла 15-30 Гц. Длительность 30 минут, на курс 10 процедур. ЧЭССМ проводилась одновременно с индивидуальной тренировкой, подобранной в зависимости от функциональных способностей больных и поставленных задач. Пациенты оценивались по стандартным шкалам (ASIA, Ашворт, мышечная сила), также проводился стандартный неврологический осмотр, оценка мочевыделительной функции, из инструментальных методов исследования – транскраниальная и спинальная сегментарная магнитная стимуляция (ТКМС) до и после курса лечения. Курс лечения составлял 2-3 нед.

Результаты. По результатам исследования значительные улучшения получили у 2х пациентов (по шкале ASIA 1 ребенок перешел из типа А в тип В, 1 ребенок перешел из типа В в тип D). Все пациенты, у которых имелась мышечная сила в нижних конечностях, отметили ее улучшение. У 5 пациентов появилась ранее отсутствующая мышечная сила (до 1-2х б). У 2х пациентов опустился уровень гипо- и анестезии, еще у 2х появилось мышечно-суставное чувство. У 3х пациентов улучшилась функция мочевыделительной системы (появились позывы на мочеиспускание, уменьшилось количество остаточной мочи). По данным ТКМС также отмечалась положительная динамика (увеличение возбуждения мотонейронов, снижения порога их возбудимости, ускорение проведения импульса).

Выводы. Таким образом, полученные положительные результаты позволяют рекомендовать использовать в комплексной реабилитации детей с позвоночно-спинномозговой травмой чрезкожную стимуляцию спинного мозга. Однако, очевидно, что необходимо продолжать исследования с целью более широкого внедрения данной методики в нейрореабилитацию пациентов с повреждением спинного мозга. Необходимо оптимизировать интенсивность и продолжительность занятий, расширить диапазон тренировочных упражнений, объективизировать процедуру тестирования.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ СТРАДАЮЩИХ АУТИЗМОМ И РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПРАКТИКЕ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Сафонова И.А., Приходько Н.Н., Бочкова Е.Н., Ефремова Т.Е., Колтунова И.Ю.,
Белашев С.В., Бондаренко Ю.С., Поповская В.С.

ГБУ РО «ОДКБ» г. Ростова-на-Дону

Цель. Изучение эффективности применения комплексной реабилитации детей, страдающих аутизмом и расстройствами аутистического спектра (РАС).

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов (40 мальчиков, 10 девочек) в возрасте с 3-18 лет (средний возраст $12,5 \pm 1,5$), проходивших лечение по поводу аутизма и расстройств аутистического спектра. Использовались следующие методы и методики: анализ медицинской документации, интервьюирование, оценка состояния пациента с применением ряда оценочных шкал, ЭЭГ, психодиагностическая методика; медикаментозная коррекция, различные методики физической реабилитации - ФТЛ, ЛФК, массаж, классическая корпоральная ИРТ по схеме «У – син», фармакопунктура, логопедическая коррекция.

Результаты. В результате реабилитационных мероприятий у больных выявлено улучшение коммуникативного поведения, улучшение когнитивных и речевых функций, поведенческих реакций.

Вывод. Комплексная реабилитация достаточно эффективна при ведении больных с аутизмом и РАС. Положительный эффект от реабилитационных мероприятий отмечается в любых возрастных категориях и при своевременном раннем их назначении.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Суслова Г.А., Скоромец А.П., Суренкова И.Н.

*Кафедра реабилитации ФПК и ППГБОУВПО СПб ГПМА
СПб ГБУЗ ГП № 106 ДПО № 53, г. Санкт-Петербург*

Актуальность. С каждым годом в связи с развитием технологий в неонатологии увеличивается количество выхаживаемых детей, рожденных раньше назначенного срока, младенческая смертность по данным Министерства здравоохранения снизилась в стране в среднем на 16 %, достигнув 5,2% на 1 тыс. При этом количество детей инвалидов в возрасте до 18 лет в Российской Федерации ежегодно продолжает расти, согласно данным федеральной службы государственной статистики. По данным Министерства здравоохранения РФ ежегодно более 110 тысяч детей рождаются преждевременно, что составляет порядка 5,7% от общего числа рожденных детей. Недоношенные дети составляют группу риска по формированию инвалидности. Показатель инвалидизации недоношенных детей составляет от 10 до 15 %. В среднем стоимость выхаживания недоношенного ребенка весом менее 1 кг от рождения до момента его выписки из стационара составляет 500 тысяч рублей и более (данные Научного медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова). Прогресс на первом и втором стационарных этапах выхаживания недоношенных детей сменяется отсутствием в дальнейшем на амбулаторном этапе алгоритма ведения и реабилитации детей, рожденных преждевременно. Недоношенный ребенок нуждается в ранней, систематичной и комплексной реабилитации. Несмотря на то, что на стационарном этапе существует и успешно функционирует система выхаживания, это не решает всех проблем здоровья недоношенных детей.

Целью настоящего исследования явилось создание преемственности в системе реабилитации недоношенных детей, определение основных принципов ведения недоношенных детей, разработка алгоритма комплексной медико-психологической реабилитации недоношенных детей в условиях амбулаторно-поликлинической службы.

Материалы и методы. На базе СПб ГБУЗ ГП 106 ДПО 53 было проведено исследование на тему «Медико – психологическая реабилитация и лечение недоношенных

детей в условиях амбулаторно – поликлинической службы». Объектом исследования явились недоношенные дети, поступившие в отделение реабилитации в порядке рождения и прикрепления к поликлинике в системе ОМС с января 2009 года по декабрь 2014 год. В исследование были включены первые, поступившие в отделение 117 недоношенных детей (выборка по детям не проводилась). Критериями включения явились недоношенные дети со сроком гестации от 26 недель до 37 недель, массой тела при рождении от 800 грамм до 2600 грамм. Исследование также включало в себя сравнительный анализ основной группы недоношенных детей и контрольной группы, состоящей из 20 недоношенных детей экстремально-низкой массой тела и низкой массой тела, гестационным возрастом от 24 до 36 недель, не подвергавшихся экспериментальному воздействию. Контрольная группа была детально проанализирована по данным амбулаторных карт (форма № 112), дети данной группы поступили в отделение реабилитации (ГБУЗ ГП 106 ДПО 53) с января 2009 года по декабрь 2014 года с уже установленной инвалидностью.

Результаты. В ходе исследования были определены основные принципы ведения недоношенных детей в амбулаторно-поликлинической службе: ранее начало; доступность; системность; комплексность. Для осуществления данных принципов необходимо создать преемственность, которая включает в себя: организация передачи данных о ребенке со стационарного этапа на амбулаторный этап для использования времени эффективной реабилитации; преемственность совместного наблюдения участкового педиатра и реабилитационного отделения поликлиники; преемственность в наблюдении всеми необходимыми специалистами до 1 года и далее до 18 лет (по клиническим показаниям). Основой реабилитации недоношенного ребенка является раннее начало. В исследовании были определены и применены на практике оптимальные сроки начала реабилитации. Из 117 недоношенных детей, участвующих в исследовании, 86 % детей поступили в отделение и начали реабилитацию с 1-го по 4-ый (включительно) месяц жизни. Данный процент был достигнут благодаря принципу преемственности организованному в амбулаторно-поликлинической службе (передача информации о недоношенном ребенке через участкового педиатра после первого патронажа в отделение реабилитации). Созданное отделение реабилитации в своей работе основывалось на принципе дневного стационара в «шаговой» доступности. Каждый недоношенный ребенок, прикрепленный к поликлинике в системе ОМС, благодаря преемственности поступал в отделение реабилитации, для получения комплексной и систематической помощи. В исследовании все недоношенные дети получали реабилитацию, включающую в себя физиотерапию, массаж, лечебную физкультуру, гидрокинезотерапию, мануальную терапию и медикаментозную терапию. Ведущими специалистами отделения являлись невролог, педиатр, врач ЛФК, врач физиотерапии, психолог, логопед. При необходимости дополнительных консультаций специалистов, привлекались врачи поликлиники (хирург, ортопед, отоларинголог, гастроэнтеролог, кардиолог, окулист). Недоношенным детям, получавшим реабилитацию в отделении, были доступны все необходимые лабораторные и инструментальные методы обследования поликлиники. Системность наблюдения выражается в непрерывном лечении и контроле за прохождением назначенных реабилитационных мероприятий, в возможности проследить динамику развития недоношенного ребенка, при необходимости скорректировать план реабилитации, а также наблюдать ребенка до достижения им совершеннолетнего возраста, учитывая все особенности развития и состояния здоровья каждого ребенка. В ходе исследования разработан алгоритм комплексной медико-психологической реабилитации недоношенных детей в условиях амбулаторно-поликлинической службы: создание и ведение регистра недоношенных детей (журнал, отражающий все данные о прикрепленных недоношенных детях к поликлинике, их количество, степень недоношенности, физические показатели, состояние здоровья по основным и сопутствующим заболеваниям, возраст снятия ребенка с диспансерного учета); проведение ежемесячной диспансеризации недоношенного ребенка, учитывая индивидуальные особенности каждого с привлечением необходимых специалистов; контроль развития моторных навыков (в исследовании

разработана рекомендуемая норма развития моторных навыков недоношенных детей); применение разработанной комбинации методов реабилитации для недоношенных детей в необходимые сроки реабилитации; психологическая поддержка семьи недоношенного ребенка. Таким образом, в исследовании было определено, что наличие отделения реабилитации на базе поликлиники и ведение детей по разработанному алгоритму дает возможность оказать недоношенному ребенку комплексную, доступную и системную реабилитацию, с первых месяцев жизни ребенка. Из 117 недоношенных детей, исследуемой группы в период с 2009 по 2014 год на инвалидность вышло 3 ребенка (2,5%) с диагнозом ДЦП, 1 (0,8%) ребенок с нарушением зрения и слуха. На декабрь 2017 года по данной методике прошли реабилитацию 525 недоношенных детей, из которых дети, вышедшие на инвалидность, составляют 2,5 % от общего количества.

Выводы. 1. Преемственность в реабилитации недоношенных детей создана при переходе со стационарного на амбулаторный этапы без перерыва, преемственность создана и в амбулаторно – поликлинической службе. 2. Установлен оптимальный срок начала реабилитации недоношенных детей – с 2-х до 4-х месяцев жизни ребенка. 3. В современных условиях медико-психологическая реабилитация недоношенных детей в амбулаторно – поликлинической сети возможна и имеет ряд преимуществ: раннее начало в шаговой доступности, системность, комплексность.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Тамазян Г.В., Аргунова Г.В., Зайцева И.В.

ФГБУ «РРЦ «Детство» Минздрава России, Московская область

Актуальность. Детская инвалидность в мире увеличивается ежегодно на 10%, при этом в ее структуре преобладают болезни нервной системы, составляющие 19,5%. Эффективность комплексной реабилитации определяется правильной диагностикой и, разработанной на основании полученных данных, индивидуальной лечебной программой. Ведущими принципами реабилитации детей с заболеваниями нервной системы являются: раннее начало, комплексный мультидисциплинарный подход, дифференцированный характер, непрерывность, длительность, этапность, преемственность. Восстановительное лечение должно проводиться в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, и включать следующие направления: медицинская реабилитация (медикаментозная терапия, коррекция двигательных и постуральных нарушений); психолого-педагогическая и логопедическая коррекция; социально-средовая адаптация семьи.

Цель. Провести оценку эффективности комплексной реабилитации у детей с заболеваниями нервной системы (средней тяжести).

Материалы и методы. Проведено клинко-неврологическое обследование с оценкой двигательных возможностей 120 детей, страдающих ДЦП и с последствиями ЧМТ (средней тяжести): 52 ребенка со спастическим тетрапарезом, 35 - с левосторонней гемиплегией и 33 - с правосторонней гемиплегией с определением индивидуального статуса больного до и после лечения, последующей оценкой эффективности проведенного лечения.

Результаты. Результатом проведения комплексной реабилитации является уменьшение двигательных нарушений на 47%, уменьшение выраженности контрактур в 1,5 раза, улучшение позы и локомоции больных, возможностей самообслуживания на 45%,

Выводы. Применение комплексной реабилитации открывает возможности для моторного и психического развития, что способствует достижению основной цели реабилитации - повышению качества жизни пациентов.

СТЕОПАТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. РОЛЬ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Татаринцева Р.Я., Иванова Л.Г., Априамашвили Г.Г.

*Кафедра клинической физиологии и нелекарственных методов терапии Факультета
повышения квалификации медицинских работников Российского университета
дружбы народов, г. Москва*

Актуальность. Выявление биомеханических нарушений на ранних стадиях, позволит существенно сократить время, количество обследований, дозы лекарственных препаратов и, самое главное, повысить эффективность лечения широкого круга заболеваний, предотвратить их переход в хронические формы, а также провести профилактику развития сопутствующей патологии. Биомеханические блоки, нарушающие или ограничивающие движения, могут возникнуть на любом этапе развития и роста ребенка, поскольку могут быть вызваны: последствиями внутриутробного развития, проблемами в родах, привычками самого ребенка и особенностями среды, в которой он растет, в том числе, сформированной его родителями или окружением. Как правило, начальные нарушения функционирования костно-мышечной системы могут быть преходящими, возникающими периодически под влиянием какой-либо нагрузки или травмы, и не вызывать видимых изменений. К таким нагрузкам и травмам относятся: длительная вынужденная поза, вывихи, переломы, подъем тяжести и другие. Но при повторении или сочетании нескольких факторов, организм начинает перестраиваться и возникают устойчивые компенсаторные нарушения костно-мышечной системы, которые приводят к нарушению как физических движений, так и нарушению кровоснабжения и иннервации внутренних органов и тканей, включая головной мозг. Биомеханические нарушения могут идти, какое-то время, без видимых клинических нарушений. Но при отсутствии своевременного лечения или коррекции этих нарушений развивается соматическая патология, неврологические или психические нарушения, со временем- до тяжелых форм заболеваний, составляющих подавляющее большинство самых распространенных педиатрических проблем. В клинической практике, на этом этапе, первыми признаками являются соматические или неврологические нарушения: нарушения моторики органов ЖКТ, нарушения сна, снижение или отсутствие аппетита, астении, вегетососудистые дистонии, нарушения ритма сердца, сосудистые нарушения и кризы, частые респираторные заболевания, нарушения работы почек и головные боли. У новорожденных детей, особенно с проблемами в родах и родовыми травмами – нарушения сосания, срыгивание, нарушение сна и повышенная возбудимость, ограничение движений или проблемы с положением тела. В подростковом возрасте –дополняются нарушения полового созревания и половые дисфункции. По данным различных исследований – от 50 до 70% детей нуждаются в помощи мануального терапевта или остеопата. По нашим данным – не менее 70% детей коррекция биомеханики поможет существенно улучшить состояние здоровья. Обязательными для консультации мануального терапевта или остеопата являются выявления задержек психического или речевого развития ребенка, появление поведенческих и психических нарушений, особенно, при отсутствии других, клинически значимых, причин их возникновения.

Длительность базового скрининга, при устойчивых навыках, занимает 1 минуту, но позволяет выявить пациентов, имеющих грубые биомеханические блоки. Более развернутый скрининг, длительностью не более 5 минут, позволяет объективизировать скрытые биомеханические нарушения. Остеопатический скрининг, разработанный для специалистов широкого профиля, в первую очередь, не имеющих специализации по мануальной терапии или остеопатии, поможет выявлять нуждающихся в консультации у мануального терапевта или остеопата, а, при необходимости, в соответствующем лечении и должен стать рабочим

инструментом специалистов педиатрического профиля. Osteопатический скрининг при педиатрическом осмотре позволит выявить нарушения, без коррекции которых, не может быть достигнут устойчивый лечебный эффект.

ОБЪЕКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА – НЕОБХОДИМЫЙ ИНСТРУМЕНТ В РАБОТЕ МАНУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА И ОСТЕОПАТА. ОЦЕНКА ЛОНГИТЮДНОГО ЭФФЕКТА

Татаринцева Р.Я¹., Иванова Л.Г¹., Мигачев Д.В²., Априамашвили Г.Г¹., Цимбалов М.Ю¹.

1. Кафедра клинической физиологии и нелекарственных методов терапии Факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов, г. Москва

2. ООО «Лаборатория практической психофизиологии БИОКОР», г. Москва

Актуальность. Исследования, проведенные за последнее десятилетие и отечественными и зарубежными специалистами подтвердили как лабораторными, так и функциональными методами диагностики, положительные результаты применения мануальных методов для широкого спектра заболеваний, преимущественно неврологических. Тем не менее, существует ряд встречающихся проблем, связанных с неэффективностью, или ухудшениям, или осложнениям состояния после лечения у специалистов по мануальным практикам. Мы считаем, что необходимо выделить следующие моменты, решение которых позволит минимизировать возможные риски и расширить спектр применения: необходимость комплексной оценки состояния пациента непосредственно сеансом терапии, для принятия решения о возможности проведения мануальных процедур; необходимость оценки непосредственного влияния проводимых процедур в процессе мануального лечения. Поскольку мануальная терапия является очень сильным средством воздействия, последствия для здоровья пациента, в случае неадекватно подобранной терапии, могут быть серьезными. Третьим моментом, является важный мотивационный момент – поскольку действие мануальной терапии может иметь отсроченный накопительный эффект или даже проходить через локальные ухудшения состояния, необходимо иметь инструмент объективизации состояния для демонстрации пациенту непосредственного эффекта от процедур, подкрепляющего ожидания от лечения. Тем самым повышая приверженность лечению. Однако, использование, для постоянного контроля эффекта, средств лабораторной диагностики вызывает существенные затруднения, как за счет отсутствия жестко коррелирующих биомаркеров, так и за счет, в большинстве случаев, инвазивности метода и скорости получения информации, что делает эти методы неприемлемыми, как минимум для контроля состояния пациента в процессе мануальной терапии. Использование стандартных методов функциональной диагностики (например-ЭЭГ), в качестве рутинных методов оценки, ограничено и неудобством использования, и отсутствием достаточного количества приборов и специалистов, на них работающих, а также неудобством выполнения.

Материалы и методы. Нами рассмотрен в качестве базового метода – модификация метода Баевского. Психофизиологический скрининг проводится непрерывно до, во время и некоторое время после лечения пациента, в комфортных для врача и пациента условиях, с автоматической компьютерной обработкой результатов по стандартам variability сердечного ритма (VSR). Метод позволяет оценивать не только изменение физиологических параметров частоты сердечных сокращений, но и отслеживать состояние пациента непосредственно во время процедур.

Результаты. Введение методов объективизации эффекта работы мануального терапевта или остеопата, массажиста, врача ЛФК и оценка других физических воздействий,

позволяет: выявить факт эффекта и его направленность: улучшение или ухудшение состояния; выявить стабильность качественной работы специалиста, за счет правильной оценки состояния пациента, подбора адекватного метода воздействия; повысить качество лечения пациентов, за счет подбора оптимального лечения.

КИНЕЗИОТЕЙПИНГ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Тимонин Е.М., Киселев Д.А., Антоненко Ф.Ф., Антоненко Ю.Д., Аббасова Е.В.

ООО «Дом Здоровья Воронцовский», г.Москва

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ РФ, г. Москва

Данная работа посвящена новому направлению в области реабилитации больных с неврологической патологией, а именно кинезиотейпингу. К сожалению, этот метод реабилитации у большинства врачей ассоциируется со спортом, методом иммобилизации или методом, используемым сугубо для лечения болевых синдромов. Разобщенные школы, малое количество специальной литературы и, зачастую, низкое ее качество приводит к отсутствию единообразия в практических подходах к тейпированию и, как следствие, к затруднению интеграции метода в общую клиническую практику и популяризации в медицинском сообществе. Актуальность темы заключается в новизне предоставляемого материала, посвященного патофизиологическим основам и практическим подходам к кинезиологическому тейпированию. Изложение информации о методе является желанием обратить внимание врачей, в первую очередь неврологов и врачей лфк, на этот метод реабилитации и создания мотивации к изучению терапевтического тейпирования желающими. Механизм действия терапевтического тейпирования заключается в воздействии на проприорецепцию посредством наложения кинезиотейпа. Поле применения кинезиологического тейпирования необычайно широко. Тейпинг может применяться при различной патологии ЦНС. Высокую эффективность метод показал при реабилитации детского церебрального паралича, у пациентов с нейроонкологической патологией, при нервно-мышечных заболеваниях, патологии периферической нервной системы. Результаты проведения кинезиотейпирования анализировались с помощью различных исследовательских методик в течение 15 лет на кафедре реабилитации и спортивной медицины РНИМУ им. Н.И. Пирогова на базе РДКБ (Российской Детской Клинической Больницы) г.Москва, а так же на базе ЗАО «Дом здоровья воронцовский». Обучение врачей, введение в практику реабилитации такого метода в различных регионах России показало высокую эффективность кинезиологического тейпирования как в качестве монотерапии, так и в комплексе различных восстановительных методик. Немаловажным является то, что данной методике возможно обучать родителей детей с неврологической патологией нуждающихся в длительной реабилитации, и такой подход давал положительные результаты. Используя подобный опыт, можно с уверенностью говорить, что применение тейпинга в таких отраслях медицины как ортопедия, неврология в качестве реабилитационного метода является востребованным и нуждается в том, что бы он нем было рассказано максимально большой аудитории врачей. При исследованиях применения тейпинга в комплексе с другими методиками, такими как: велотренажер Motomed, методика проприоцептивных корректоров, рефлекторная гимнастика по Войта, вибротерапия с использованием вибрационной платформы, была выявлена высокая потенцирующая способность. Именно применение в реабилитации такого комплексного подхода повысит эффективность выполняемой работы и позволит поднять уровень восстановительной медицины в любой клинике.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Хан М. А.^{1,2}, Вахова Е.Л.¹

¹ГАОУЗ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы

²ГБУЗ Городская детская клиническая больница №13 им. Н.Ф.Филатова ДЗ г. Москвы

Актуальность. Травматизм у детей остается одной из ведущих медико-социальных проблем вследствие высокой распространенности травм и их влияния на уровень смертности и инвалидности детского населения. Он занимает второе место в структуре общей заболеваемости детей, составляя 6-8%. Травмы коленного сустава у детей и подростков составляют 10-25% от числа повреждений опорно-двигательной системы. Внутренние повреждения коленного сустава в детском и подростковом возрасте служат одной из основных причин развития контрактур, деформаций, в зрелые годы – остеоартроза. Патологические изменения со стороны внутрисуставных структур зачастую требуют проведения лечебно-диагностической артроскопии. Основными технологиями физиотерапии в течение раннего послеоперационного периода является локальная воздушная криотерапия, оказывающая выраженное миорелаксирующее, обезболивающее действие; гальваногрязелечение с применением лечебных грязей низких температур, сопровождающееся повышением образования и выделения в общую циркуляцию физиологически активных веществ охлажденной пакетированной грязи за счет минерального коллоидного состава. Установлена целесообразность применения методов вазоактивной электростимуляции от аппарата «Lymphavision», импульсного низкочастотного электростатического поля от аппарата «Нивамат» у детей с травматическими повреждениями коленных суставов в виде раннего купирования периартикулярного отека, улучшении микрогемодинамических показателей. Кроме того, на этапах медицинской реабилитации с целью минимизации риска возникновения рецидивирующего синовита, нестабильности, контрактуры коленного сустава применяются и другие репаративно-регенеративные, миостимулирующие, фибромодулирующие методы физиотерапии.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Хан М.А.^{1,2}, Куянцева Л.В.¹, Микитченко Н.А.¹, Чубарова А. И.³,
Дегтярева М. Г.³, Асмолова Г.А.³

¹ГАОУЗ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы

²ГБУЗ Городская детская клиническая больница №13 им. Н.Ф.Филатова ДЗ г. Москвы

³ «НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева»
ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Актуальность. В течение последних десятилетий отмечается рост числа детей с патологией нервной системы. За последние годы научно обоснован широкий спектр немедикаментозных технологий медицинской реабилитации детей с последствиями перинатальной патологии. К числу важных задач медицинской реабилитации у детей относится нормализация центральной и периферической регуляции мышечного тонуса, улучшение кровоснабжения и обменных процессов в мозговой ткани, нервно-мышечной проводимости.

Материалы и методы. Для этого используются методы аппаратной физиотерапии: гальванизация, лекарственный электрофорез, токи надтональной частоты, синусоидальные модулированные токи, переменное магнитное поле, парафиновые аппликации, минеральные, лекарственные ванны. В настоящее время в неонатологическую практику широко внедрен новый щадящий метод светолечения - поляризованный свет. Получены доказательства эффективного применения светотерапии с использованием синего цветофильтра в комплексной реабилитации новорожденных с перинатальным поражением нервной системы. Важное значение в реабилитации детей с перинатальной патологией имеет кинезотерапия: лечебный массаж, лечебная гимнастика, лечение «положением», терапия по Войту; фитбол-гимнастика, метод тонкого пальцевого тренинга, упражнения в воде; сухая иммерсия; использование кровати «Сатурн».

Результаты. Таким образом, применение физических факторов в комплексной реабилитации детей с перинатальной патологией, позволяют снизить медикаментозную нагрузку, повысить в целом эффективность лечения.

ПРЕФОРМИРОВАННЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Хан М.А.^{1,2}, Куянцева Л.В.¹., Школьникова М.А.³, Конопко Н. Н.³

¹*ГАУЗ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы*

²*ГБУЗ Городская детская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы*

³*«НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева»
ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ*

Актуальность. Особенности программы кардиореабилитации, сроки ее проведения зависят от ряда причин: характера патологии и исходной тяжести состояния пациента, вида коррекции. Актуальными являются вопросы медицинской реабилитации детей с синдромом вегетативной дистонии, врожденными пороками сердца после кардиохирургических операций.

Целью программы кардиореабилитации является: уменьшение степени недостаточности кровообращения; нормализация параметров физического, психомоторного развития; увеличение общей физической активности.

Результаты. Первый этап медицинской реабилитации детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы проводится в отделениях реанимации и интенсивной терапии, Ранние реабилитационные мероприятия у детей с врожденными пороками сердца после кардиохирургических операций включают применение преформированных физических факторов (лазерной терапии, полихроматического поляризованного света, хромотерапии), направленных на профилактику и лечение ранних послеоперационных осложнений. Преформированные физические факторы успешно применяются на разных этапах кардиореабилитации (трансцеребральные методы воздействия, низкочастотная магнитотерапия магнитолазерная терапия, КВЧ-терапия, электрофорез сосудистых, ноотропных препаратов).

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Холодович Б.Г., Жидков М.Л., Холодович Е.Б.

БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница №1», г. Воронеж

Актуальность. Информационный рост приводит к растущей потребности использования гаджетов в современной жизни, вызывает необходимость у детей большую часть суток находиться в вынужденном фиксированном сидячем положении, что отрицательно влияет на позвоночник и, особенно, шейный отдел позвоночника (ШОП).

Цель. 1.Оценить возможную роль и эффективность мануальной терапии (МТ) в комплексной реабилитации пациентов детского возраста с поражениями ШОП. 2.Провести сравнительный анализ динамики рентгенологических данных при использовании МТ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница №1». Больные находились на стационарном лечении в неврологическом отделении №1, №2, кардиоревматологическом отделении с диагнозами – G 43-44, G 90-98, M 42-54. Из 486 пациентов были отобраны 329 случаев имеющих сходную клиническую картину, данные обследования и, где рентгенологическая патология ШОП, превалировала над остальными данными лабораторных и инструментальных методов исследования. Возраст пациентов - от 7 до 17 лет. Мальчики – 151 человек (45,9%), девочки - 178 человек (54,1%). Обследованы в рамках существующих стандартов. 1 группа (основная): стационарное лечение по общепринятым алгоритмам и МТ (n=188). 2 группа (контрольная): та же терапия без МТ (n=141).

Результаты. На фоне клинического улучшения положительная рентгенологическая динамика в основной группе – 117 человек (n=188) (62,4%), в контрольной – 14 человек (n=141) (13,5%).

Выводы. 1.Регламент, условия жизни, учебы, коммуникационные характеристики современной жизни у детей и подростков накладывают выраженное отрицательное воздействие на костно-мышечную систему в целом и позвоночный столб в частности. 2.Патология ШОП в развитии вышеперечисленных заболеваний играет достаточно большую роль в патогенезе по сравнению с другими причинами. 3. Сравнительный анализ результатов лечения доказал явное преимущество комбинированной реабилитации. 4. Применения методов МТ при вертеброгенных поражениях у детей можно считать патогенетическим методом реабилитации. 5. Анализ положительной динамики рентгенограмм позволяет с оптимизмом смотреть на данную патологию при применении МТ в стандартах лечения и реабилитации. Применение комбинированной схемы реабилитации позволяет приблизиться к профилактике данной патологии, что в свою очередь помогает поднять уровень здоровья и качество жизни пациентов детского возраста.

ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КУРОРТА ГЕЛЕНДЖИК

Чукина И. М.¹, Никитин М.В.¹, Хан М.А.^{2,3}, Уянаева А.И.³, Микитченко Н.А.³

¹ Санаторно-курортный комплекс «Вулан», г.Геленджик, Краснодарский край,

² ГАУЗ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы,

³ ГБУЗ Городская детская клиническая больница №13 им. Н.Ф.Филатова ДЗ г. Москвы

Актуальность. В структуре хронических болезней легких в настоящее время лидирует бронхиальная астма. Санаторно-курортное лечение является важным этапом медицинской реабилитации таких детей. Однако до настоящего времени отсутствовало научное обоснование новых технологий климатотерапии с учетом особенностей климата курорта Геленджик при бронхиальной астме у детей, что обосновывает актуальность настоящего исследования.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач было обследовано – 184 ребенка, в возрасте 4-17 лет, страдающих бронхиальной астмой. Проведенные исследования научно обосновывают возможность санаторно-курортного этапа реабилитации детей с бронхиальной астмой в условиях курорта Геленджик.

Результаты. Выявлено благоприятное влияние санаторно-курортного комплекса на клиническое течение бронхиальной астмы, бронхиальную проходимость, психологический статус детей с бронхиальной астмой. Установлена более высокая терапевтическая эффективность санаторно-курортного лечения детей с бронхиальной астмой легкой и средней степени тяжести в стадии полной ремиссии, по сравнению с детьми в неполной ремиссии в условиях курорта Геленджик (83,0%). На основании проведенных исследований разработаны дифференцированные показания и противопоказания для направления на санаторно-курортное лечение в условиях Геленджик детей с бронхиальной астмой в зависимости от сезона года.

Выводы. Полученные результаты исследований позволили создать научно обоснованное медико-метеорологическое прогнозирование погоды, включающее ежедневный мониторинг показателей, формирующих погоду на конкретный день, с определением среднесуточных отклонений и отклонений от климатической нормы, что помогает разработать адекватные нагрузки климатопротерапии (гелио-, аэро и талассотерапии) для детей с бронхиальной астмой в условиях курорта Геленджик.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, МАССАЖ И МЕДИЦИНСКИЙ ФИТОДИЗАЙН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ШКОЛЬНИКОВ

Шевцов С.А., Нейматов Э.М., Животов В.А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Актуальность. Методы нелекарственной терапии, реабилитации и профилактики непсихотических депрессий (НД) у детей и подростков, в том числе с помощью лечебной физкультуры (ЛФК), массажа и медицинского фитодизайна, в последние годы изучаются очень активно во всем мире.

Цель. Сравнительное изучение эффективности применения лечебной физкультуры в формате как монотерапии, так и в сочетании с применением массажа и медицинского фитодизайна при депрессиях у лиц школьного возраста.

Материалы и методы. В исследование были включены 105 пациентов с диагнозом по МКБ–10: лёгкий депрессивный эпизод, с соматическими симптомами, F32.01. Нами было проведено клиническое обследование с оценкой психического статуса на момент первичного осмотра и в динамике с использованием шкал: оценки депрессии Гамильтона (HAMD-17), Цунга и др. Все больные были в возрасте от 7 до 18 лет, средний возраст – 11,8 ±3,5 лет. Пациенты основной (сочетанное применение методов, 54 школьника, (51,4%) и контрольной (только ЛФК, 51 исследуемый, 48,6%) группы завершили полный курс лечения в течение 28 дней.

Результаты. К 28 дню терапии выявились достоверные различия между группами по шкалам HAMD-17 и Цунга ($p < 0,05$). У 83,3% пациентов основной группы имело место

клиническое «заметное улучшение» симптоматики и только у 23,6% из контрольной ($p < 0,05$).

Выводы. ЛФК в сочетании с массажем и медицинским фитодизайном достоверно эффективнее по сравнению с использованием только ЛФК при НД, что позволяет рекомендовать данное сочетание методов для лечения НД у школьников.