

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Департамент здравоохранения города Москвы

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии  
Департамента здравоохранения города Москвы"

Национальная ассоциация детских реабилитологов России

Национальная ассоциация экспертов по детскому церебральному  
параличу и сопряженным заболеваниям

детские  
реабилитологи  
национальная  
ассоциация

**ВТОРОЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНГРЕСС  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

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

**МАТЕРИАЛЫ  
КОНГРЕССА**

21-22  
марта  
2019 г.

Место проведения: гостиница «Холидей Инн Сокольники»,  
по адресу: г. Москва, ул. Русаковская, 24

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Абусуева Б.А., Алибекова М.А., Шанавазова М.Д., Аскевова М.А.....	13
ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У	
ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ	
Алексеев А.А., Батанова Е.Г., Миненко И.А.....	13
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СКАЗКОТЕРАПИИ	
Артамонова М.В., Даниленко Л.А., Калинин А.В., Бутко Д.Ю.....	15
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОУПРАВЛЯЕМОЙ МЕХАНОКИНЕЗОТЕРАПИИ	
В РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ ГРЕБЦОВ С СИНДРОМОМ	
ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	
Батышева Т.Т., Авцина В. В., Хрусталева Е. В., Малашкевич Н. В.,.....	16
Рубинова Ю. Л., Мещерякова К. К., Гунченко М.Н., Малышева Т.В.	
ХОДЬБА НА МЫСКАХ. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ, ПРИЧИНЫ И	
ИСХОДЫ НА ПРИМЕРЕ ОПЫТА, НАКОПЛЕННОГО В	
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ НПЦ ДП	
Батышева Т.Т., Адкина Е.А., Диордиев А.В., Гудилина О.Н.,.....	17
Шагурин Р.В., Яковлева Е.С., Боровицкая М.Ш.	
ВЛИЯНИЕ АНЕСТЕЗИИ КСЕНОНОМ НА КОГНИТИВНЫЕ	
ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Батышева Т. Т., Антропова И. М.....	18
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В НПЦ	
ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ	
Батышева Т.Т, Богданова О.В, Бондарева О.О.....	19
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕСОЧНОЙ ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ	
Батышева Т.Т., Бойко Е.А., Иванчук Е.В., Петрова Е.В.,.....	20
Климов Л.В., Гунченко М.М.	
ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ	
ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ	
С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	
Батышева Т.Т., Борисова М.Н., Гунченко М.М., Малышева Т.В., Саржина М.Н.....	21
К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ	
ПОРАЖЕНИЙ МОЗГА У ДЕТЕЙ	
Батышева Т.Т., Боровицкая М.Ш., Николаева Е.Б, Ярема Т.Н., Рубинова Ю.Л.....	21
ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У ДЕТЕЙ	
С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Батышева Т.Т., Бурлаченко Е.Ю.....	22
СТИМУЛИРОВАНИЕ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО	
ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ПРОЦЕССЕ ИГРЫ	

Батышева Т.Т., Бурмистрова А.И., Коровина Н.Ю.....24

**ПРИМЕНЕНИЕ ВИБРОПЛАТФОРМЫ «GALILEO» У ДЕТЕЙ  
С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Батышева Т.Т., Галкина А.С.....24

**ВЛИЯНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И  
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С  
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Батышева Т.Т., Гиленкова С.В., Суворова С.А., Орлова Г.И.....25

**ГАРНИТУРА FORBRAIN В ПРАКТИКЕ ЛОГОПЕДА  
ДИСГРАФИЯ**

Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Климов Л.В., Бакуменко В.И., Раков Д.В.,.....27

Соколова Н.П., Полушкина Н.В., Иванчук Е.В., Бойко Е.А., Дербенцева Г.Б.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ**

**МУЛЬТИЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ТЕЧЕНИЕ**

**ДЛИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО**

**РАЗВИТИЯ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 3 ЛЕТ**

Батышева Т.Т., Гунченко М.Н., Типсина Н.В., Юрьева А.В.,.....28

Титова Е.Г., Маринова В.А.

**ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ ДИЗАРТРИЧЕСКИХ  
НАРУШЕНИЙ РЕЧИ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ**

Батышева Т.Т., Гусева Л. Н.....28

**ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОВЗ ПОСРЕДСТВОМ**

**ИЗОДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Батышева Т.Т., Гучаева К.Н., Климов Л.В., Малышева Т.В.,.....29

Гунченко М.М., Саржина М.М.

**КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ**

**ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ**

**ЭПИЛЕПТИФОРМНЫМИ ПАТТЕРНАМИ ДЕТСТВА У ДЕТЕЙ**

**С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Батышева Т.Т., Данилина К.К. , Коровина Н.Ю.....30

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ,**

**ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ МАРТИНА- БЕЛЛ**

Батышева Т.Т., Дарьина С.С., Ахадова Л.Я., Басалдук М.А.,.....31

Наумова Е.Д., Щипанова Е.

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП**

**ЦИРКУЛЯРНОЙ ПОЛИМЕРНОЙ ПОВЯЗКОЙ В СОЧЕТАНИИ С**

**БОТУЛИНОТЕРАПИЕЙ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП**

Батышева Т.Т., Диордиев А.В., Адкина Е.А., Шагурина Р.В., Яковлева Е.С.....32

**ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА**

**У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Батышева Т.Т., Диордиев А.В., Яковлева Е.С., Адкина Е.А.,.....	33
Шагурина Р.В., Боровицкая М.Ш.	
<b>ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У НЕВЕРБАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ</b>	
Батышева Т.Т., Диордиев А.В., Яковлева Е.С., Адкина Е.А., Шагурина Р.В.....	34
<b>АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ БЛОКАД У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ</b>	
Батышева Т.Т., Карпунина Т.А., Шалунова В.В.....	35
<b>КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ В ЛОГОПЕДИИ</b>	
Батышева Т.Т., Колчина Т.Ю.....	35
<b>РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ОСОБОГО РЕБЁНКА</b>	
Батышева Т.Т., Колчина Т.Ю.....	37
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДОШКОЛЬНИКАМИ</b>	
Батышева Т.Т., Колчина Т.Ю., Орлова Г.И.....	38
<b>МЕСТО СЕМЬИ В РАННЕЙ ПОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ</b>	
Батышева Т.Т., Кондакова О.Б., Гребенкин Д.И., Позднякова Д.А.,.....	39
Пшемысская И.А., Слободчикова Н.С., Ларионова А.Н.	
<b>СЛУЧАЙ ПОНТОЦЕРЕБЕЛЛЯРНОЙ ГИПОПЛАЗИИ, ТИП 2А</b>	
Батышева Т.Т., Кондакова О.Б., Гребенкин Д.И., Пшемысская И.А., Золотарев Д.И.,..	40
Позднякова Д.А., Слободчикова Н.С., Ожегова И.Ю., Ларионова А.Н.	
<b>СПЕКТР ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ДЕТСКОМ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ</b>	
Батышева Т. Т., Кондратьева Н.Н., Гаврикова Е.А.....	41
<b>МУЗЫКАЛЬНО-ЭСТЕТИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ</b>	
Батышева Т.Т., Коровина Н.Ю., Данилина К.К.....	42
<b>ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА «ТОМАТИС» В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ПРИ НАРУШЕНИИ ФОНЕМАТИЧЕСКОГО ВОСПРИЯТИЯ</b>	
Батышева Т.Т., Корчагина И.С., Белякова С.М., Орлова Г.И.....	43
<b>АУДИОНЕЙРОСЕНСОРНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ МЕТОДОМ ТОМАТИС@ В СИСТЕМЕ КОРРЕКЦИИ ПСИХО-РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ</b>	
Батышева Т.Т., Кучерова Е.В.....	43
<b>РАЗВИТИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ РУК НА ЗАНЯТИЯХ ПО ТЕСТОПЛАСТИКЕ С ДЕТЬМИ С ДЦП И ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА</b>	

Батышева Т.Т., Ларионова А.Н., Малышева Т.В., Ковалева У.В.,.....	44
Нанкина И.А., Гузино О.С., Саржина М.Н.	
<b>ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ</b>	
Батышева Т.Т., Мойзыкевич Е.Р., Кудрявцева О.И., Буханов В.В., Саржина М.Н. ....	45
<b>РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КОМПЛЕКСНЫМ РЕГИОНАРНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ</b>	
Батышева Т.Т., Нанкина И.А., Ларионова А.Н., Быкова О.В., Саржина М.Н. ....	47
<b>ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ</b>	
Батышева Т.Т., Нехаева Е.А. ....	48
<b>ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ. ВИДЫ ДИАГНОСТИКИ</b>	
Батышева Т.Т., Орлова Г.И., Вильданова Е.Л., Быховская Е.Л., Кузнецова Т.В. ....	49
<b>ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И УЧАСТИЕ РОДИТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ КОРРЕКЦИИ РАЗВИТИЯ РЕЧИ ДЕТЕЙ КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ</b>	
Батышева Т. Т., Петлева Е. В. ....	50
<b>ХАРАКТЕРИСТИКА ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЦП</b>	
Батышева Т. Т., Писарева И.Б. ....	51
<b>РОЛЬ НАСТОЛЬНЫХ СПОРТИВНЫХ ИГР В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ</b>	
Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Шиошвили В.А., Быкова О.В., Бахтина Е.А. ....	52
<b>АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОВЗ И ИНВАИДОВ ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПАХ</b>	
Батышева Т.Т., Пшемыская И.А., Позднякова Д.С., Дорофеева Е.В.,.....	53
<b>Шиошвили В.А., Пасхина И.Н., Слободчикова Н.С.</b>	
<b>ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</b>	
Батышева Т.Т., Пшемыская И.А., Слободчикова Н.С., Позднякова Д.А.,.....	54
<b>Золотарев Д.И., Дамаданова М.Ш.</b>	
<b>ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТАЗОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ЦНС</b>	
Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Гунченко М.М., Загубера А.В. ....	55
<b>ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ ЧЕРТАМИ РАЗВИТИЯ МЕТОДОМ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ. СИНТЕЗИРОВАНИЕ В ОДНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУХОВОГО, ЗРИТЕЛЬНОГО, ТАКТИЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРОВ И ПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ</b>	

Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Гунченко М.М., Кузнецова С.И.....	56
<u>КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЗРР И ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДА «ХИВАМАТ»- ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА №3</u>	
Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Гунченко М.М., Родионова Е.А.....	56
<u>СКАЗКОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЛИЧНОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЗПР</u>	
Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Гунченко М.М., Сафронова Н.А.....	57
<u>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ Х- СЦЕПЛЕННОГО ДОМИНАНТНОГО СИНДРОМА РЕТТА У ДЕВОЧКИ С ГРУБОЙ ПСИХОМОТОРНОЙ ЗАДЕРЖКОЙ И НИЗКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АБИЛИТАЦИИ</u>	
Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Климов Л.В., Гаджиалиева З.М.....	58
<u>УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ИНЬЕКЦИЙ БОТОЛОТОКСИНА ТИПА «А» У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП</u>	
Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Кудрявцева О.И., Петрунина М.О.,.....	59
Орешникова Н.В., Мойзыкевич Е.Р.	
<u>ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ ДЮШЕННА</u>	
Батышева Т.Т., Сидорова К.Ю., Кузнецова Т.В.....	60
<u>КИНЕЗИОТЕПИРОВАНИЕ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</u>	
Батышева Т.Т., Сметанкина Е.В., Корнеева И.В.....	61
<u>ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</u>	
Батышева Т.Т., Соколова Н.П.....	62
<u>УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ КАК РЕЗУЛЬТАТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ</u>	
Батышева Т.Т., Титова Е.Г., Юрьева А.В., Саржина М.Н., Гунченко М.М.,.....	63
Типсина Н.В., Уханова А.Н., Ю.К. Проскурина	
<u>ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</u>	
Батышева Т.Т., Урбанович М.Ю.....	63
<u>ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В СТАЦИОНАРЕ НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ</u>	
Батышева Т.Т., Филиппова М.Д., Малышева Т.В., Гунченко М.М.....	65
<u>ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА</u>	
Батышева Т.Т., Филиппова Н.Е., Орлова Г.И.....	65
<u>МОЗЖЕЧКОВАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</u>	

Батышева Т.Т., Халпахчян Л.Х., Боровицкая М.Ш.....	66
<b>ЗРИТЕЛЬНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ У ДЕТЕЙ С РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ</b>	
Батышева Т. Т., Шенбергер Е.Б.....	67
<b>ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СВЯЗНОЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОНР</b>	
Батышева Т.Т., Шенбергер Е.Б.....	68
<b>РАБОТА ЛОГОПЕДА С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ</b>	
Батышева Т.Т., Шишовили В.А., Дорофеева Е.В., Позднякова Д.А.....	69
<b>ПОВТОРНЫЕ КУРСЫ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ И ПАССИВНО- АКТИВНОЙ ТРЕНИРОВКИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ РОДОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ</b>	
Батышева Т.Т., Шишовили В.А., Корнеева И.В., Сметанкина Е.В.....	70
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИВАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ</b>	
Батышева Т.Т., Ягупов А.А., Гордеев В.М., Поздняков Я.В., Кузнецова Т.К.....	71
<b>ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ХОДЬБА НА МЫСКАХ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ</b>	
Беляев А.Ф., Лисецкая Н. Г., Семашко С. А., Фотина О. Н.....	72
<b>РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ</b>	
Беляев А.Ф., Мальчук В.А.....	73
<b>РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ</b>	
Беркутова И.Ю.....	74
<b>АКТИВНАЯ ПОСТУРАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ С ПОМОЩЬЮ «ТРЕНАЖЕРА ГРОССА» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ</b>	
Беркутова И.Ю., Кульпина К.Ю.....	74
<b>КОРРЕКЦИИ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ С ДЦП СРЕДСТВАМИ СОВРЕМЕННОГО МЕЧЕВОГО БОЯ</b>	
Беркутова И.Ю., Молоканов А.В.....	75
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЦП</b>	
Букреева Е.А., Чебаненко Н.В., Седненкова Т.А., Левченкова В.Д.....	76
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОПОРНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ</b>	
Гаврилова О.Ф.....	77
<b>ВЛИЯНИЕ СПИРУЛИНОВЫХ ВАНН НА СОСТОЯНИЕ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ С ДЦП НА САНАТОРНО- КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ</b>	

Гармаш О.И., Сколотенко Т.С., Витринская О.Е., Цюпко И.В., Гордиенко П.В.....	78
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ В УСЛОВИЯХ ЕВПАТОРИЙСКОГО КУРОРТА</b>	
Гербутова М.Н., Кноль Е.А.....	79
<b>МЕСТО ВОЙТА- ТЕРАПИИ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ</b>	
Голубова Т.Ф.....	79
<b>ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КУРОРТА ЕВПАТОРИИ КАК ВСЕРОССИЙСКОЙ ДЕТСКОЙ ЗДРАВНИЦЫ</b>	
Голубова Т.Ф., Власенко С.В., Ларина Н.В., Кафанова К.А., Марусич И.И.....	81
<b>ВЛИЯНИЕ НЕЙРОТРОФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ПОЛИПЕПТИДОВ ИЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЭМБРИОНОВ СВИНЕЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЗГА У УЧАЩИХСЯ ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ</b>	
Голубова Т.Ф., Власенко С.В., Ларина Н.В., Османов Э.А., Марусич И.И.....	82
<b>ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРГОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДЦП ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЙ ЗАКРЫТЫХ ФАСЦИОМИОТОМИЙ</b>	
Григорьева С. В.....	83
<b>АСИММЕТРИЯ МОЗГОВЫХ СТРУКТУР МАМЫ И РЕБЕНКА, НОРМАЛЬНАЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИВЯЗАННОСТЬ В ДИАДЕ</b>	
Гросс Н.А., Шарова Т.Л.....	84
<b>ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ВОЗМУЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ</b>	
Гросс Н.А., Шарова Т.Л.....	84
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАВНОВЕСИЯ И КООРДИНИРОВАННЫХ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫХ ПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ</b>	
Гросс Н.А., Шарова Т.Л., Беркутова И.Ю., Молоканов А.В.....	85
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ С ПРИОРИТЕТНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АКТИВНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ</b>	
Давлицаров М.А., Чудопалова В.С., Малышева Л.А.....	86
<b>МУКОПОЛИСАХАРИДОZ IV ТИПА (БОЛЕЗНЬ МОРКИО) У РЕБЕНКА</b>	
Давыдов А.Т., Бутко Д.Ю.....	87
<b>ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ</b>	
Декопов А.В., Томский А.А., Пасхин Д.Л., Исаагуян Э.Д., Салова Е.М.....	88
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТРАТЕКАЛЬНОЙ БАКЛОФЕНОВОЙ</b>	

## ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СО СПАСТИЧНОСТЬЮ И ВТОРИЧНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИЕЙ

Евтушенко С.К., Гагара Д.А., Москаленко М. А., Евтушенко О.С.....	89
СПОНТАННЫЕ АУТИКОПОДОБНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ФЕНОМЕНА «НАСИЛЬСТВЕННОЙ НОРМАЛИЗАЦИИ» ЭЭГ У ДЕТЕЙ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ (ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ)	
Евтушенко О.С., Евтушенко С.К., Соловьева Е.М., Савченко Е.А.....	89
К ВОПРОСУ ОБ УТОЧНЕНИИ ЭТИОЛОГИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ТАКТИКУ И ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р., Евтушенко О.С.....	90
ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ МОТОСЕНСОРНЫМИ НЕВРОПАТИЯМИ (НМСН) I И II ТИПА ПРИ МНОГОЛЕТНЕМ НАБЛЮДЕНИИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА (СРЦ)	
Жеребцова В.А., Богоцкова В.В.....	91
РОЛЬ НАМЕРЕННОЙ КОММУНИКАЦИИ В РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ	
Жеребцова В.А., Григорьева Е.А.....	92
ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО- ГЕНЕТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Жеребцова В.А., Корнилова И.Ю.....	93
АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕЯМ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ПРОБЛЕМАМИ ГЛОТАНИЯ И ПИТАНИЯ	
Жеребцова В.А. Максименко А.А.....	94
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ДЦП. СОЧЕТАНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ОРТЕЗИРОВАНИЕМ И СПЛИНТИРОВАНИЕМ. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.	
Жеребцова В.А., Ушакова С.Г., Чубисов И.В., Шилина С.А.....	95
ПРИМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОРТЕЗИРОВАНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩИМ СПЛИНТИРОВАНИЕМ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. ВЗГЛЯД ОРТОПЕДА	
Жеребцова В.А., Шилина С.А.....	96
ВОЗМОЖНОСТИ ПРАВИЛЬНОГО ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Животов В.А., Нейматов Э.М.....	97
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЯХ В НИЖНей ЧАСТИ СПИНЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	

Жиляева Е.В., Чекалова С.А., Сорокин А.В., Чучина О.А., Макина В.С.....	98
ОРГАНИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НА ТРЕТЬЕМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Жумагулова С.Б., Маншарипова А.Т., Канушина М.А.....	99
УСТРАНЕНИЕ ГИПЕРТОНУСА ДИАФРАГМЫ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЙ. ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ДЦП	
Игнатова Т.С., Колбин В.Е., Сарана А.М., Щербак С.Г.,.....	99
Скоромец А.П., Данилов Ю.П. РОЛЬ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Каладзе Н.Н., Пономаренко Ю.Н.....	101
КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Камалова А.А., Рахмаева Р.Ф.....	101
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Клендар В.А., Гросс Н.А.....	102
ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДВИЖЕНИЙ ЦИКЛИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА	
Ковалева С.Е., Биндюкова М.И., Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Саржина М.Н.,....	103
Типсина Н.В., Кирсанова Е.Ю., Иванова Е.С., Уханова А.Н., Проскурина Ю.К. ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	
Кожалиева Ч.Б.....	104
ФОРМИРОВАНИЕ СЕНСОМОТОРНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ	
Козявкин В.И., Кушнир А.Д., Качмар О.А., Гордиевич М.С., Волошин Т.Б.....	105
РАЗВИТИЕ БОЛЬШИХ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО МЕТОДУ ПРОФЕССОРА КОЗЯВКИНА	
Кренёва С.Н.....	105
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА СОДЕРЖАЩЕГО ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ВЕЩЕСТВО ПОЛИПЕПТИДЫ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА СКОТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОГЕННОЙ КРИВОШЕИ	
Кулемзина Т. В.....	106
ГОМЕОПАТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	

Курганова А.В., Елисеева Л.В., Татаурова В.П.....	107
ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА	
Левкова Е.А., Савин С.З., Диланян Л.А.....	108
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	
Левченкова В.Д., Батышева Т.Т., Титаренко Н.Ю., Чебаненко Н.В.....	109
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В РАННЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Малкова Е.Е., Комолкин И. А., Витенберг М.В.....	109
ДИНАМИКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ	
Мальченко О.А., Тимофеев В.В., Мальченко И.В., Названов И.К.,.....	110
Габсалихов Р.Р. ВТОРОЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КОМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ	
Миненко И.А.....	111
АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Налобина А.Н., Стоцкая Е.С.....	112
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К СОСТАВЛЕНИЮ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	
Нейматов Э.М., Шевцов С.А., Животов В.А.....	112
ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА, МАССАЖ И МЕДИЦИНСКИЙ ФИТОДИЗАЙН В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ШКОЛЬНИКОВ	
Нигамадьянов Н.Р., Цыкунов М.Б., Иванова Г.Е., Лукьянов В.И.....	113
КОРРЕКЦИЯ ПОСТУРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПО ОПОРНОЙ РЕАКЦИИ	
Новиков В.И., Климов Ю.А., Степура Д.С., Канаева М.А.....	114
ИНОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ПАРАЛИЧАМИ	
Письменная Е.В., Петрушанская К.А., Толстов К.М., Аведиков Г.Е., Власенко С.В...	115
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКЗОСКЕЛЕТА «ЭКЗОАТЛЕТ» У ДЕТЕЙ С ДИПЛЕГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Пономаренко Ю.Н., Каладзе Н.Н., Мошкова Е.Д.....	115
МЕНЕДЖМЕНТ СОВРЕМЕННОГО ПОДХОДА К САНАТОРНО- КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Радзинская Е.В., Филиппова Е.С., Пыхтина Н.Н.....	116
КИНЕЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЦП	

Ражева Д.С., Ожегова И.Ю., Батышева Т.Т., Хондкарян Г.Ш., Заваденко Н.Н.....	117
<b>ХРОНИЧЕСКИЕ И ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ АТАКСИИ У ДЕТЕЙ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ</b>	
Рахмедова С.М., Зайко О.А.....	118
<b>СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ДЕТЕЙ- ИНВАЛИДОВ ПОСРЕДСТВОМ ЗАРЯДКИ</b>	
Резникова С.В., Моисеева В.Н., Костюк Р.Г .....	119
<b>МЕТОДЫ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА</b>	
Сафонова И.А., Приходько Н.Н., Бочкова Е.Н., Ефремова Т.Е.,.....	119
<b>Колтунова И.Ю., Белашев С.В., Бондаренко Ю.С., Александрова В.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ В ПРАКТИКЕ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА РОСТОВА-НА-ДОНЕ</b>	
Семёнова Е. В., Орешков А.Б., Абдулрахим М.....	120
<b>ЭКВИНУСНЫЕ КОНТРАКТУРЫ ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП – ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ, РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	
Соловьева А.П., Архипов В.В., Горячев Д.В.....	121
<b>КЛИНИКО- ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ БТА У ДЕТЕЙ С ДЦП С ВЫРАЖЕННЫМ СИНДРОМОМ СПАСТИЧНОСТИ</b>	
Стахурлова Л.И., Холодович Б.Г., Холодович Е.Б.....	122
<b>МАНУАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ И «ДЕТИ, РОЖДЕННЫЕ С ГАДЖЕТОМ В РУКАХ»</b>	
Сынкова Е.В., Беркутова И.Ю.....	123
<b>ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА</b>	
Татевосян Д.Г., Шелепа Н.И., Ревенко Н.А.....	123
<b>САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ «САНАТОРИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ДЕТЕЙ С РОДИТЕЛЯМИ «ОРЛЁНОК»</b>	
Филиппова Е.С., Пыхтина Н.Н., Радзинская Е.В.....	124
<b>ОСТЕОПАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИЦ, УХАЖИВАЮЩИХ ЗА ДЕТЬМИ С ДЦП</b>	
Цукуррова Л.А., Власенко С.В.....	125
<b>ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГОВОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПРОЦЕССЕ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ</b>	

Чепурная Л.Ф., Слюсаренко А.В., Бура Г.В., Рябцова Л.М., Томина Л.Г.....	126
ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНИЯ СУХИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН У	
БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА	
САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ	
Шаврина Н.М.....	127
ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ФИЗИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С	
ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ЗАНЯТИЯХ НА БЕГОВЕЛЕ	
Шахворостова Т.В.....	127
РЕКОМЕНДАЦИИ ПСИХОЛОГА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ДЦП	
Шевченко Ю.С., Горюнова А.В., Корнеева В.А.....	128
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ	
ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ	

## ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ

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

*ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ, г. Махачкала*

**Актуальность.** Периодически повторяющиеся эпилептические приступы могут приводить к травмам, локальным изменениям зубов или слизистой оболочки полости рта.

**Цель.** Оценка стоматологического статуса у детей с эпилепсией.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением в РЦДПОВ г. Махачкала находились 34 ребенка (15 мальчиков, 19 девочек), страдающих эпилепсией, в том числе 14- с генерализованной формой эпилепсии, 20 - с парциальной. Возраст детей колебался от 3 до 10 лет. Группа сравнения- 25 здоровых ребенка в возрасте от 3 до 10 лет. На момент осмотра 14 из 34 детей находились в состоянии ремиссии. У 20 пациентов отмечались эпилептические приступы, частота которых варьировалась от 15 раз в сутки до 2 раз в год.

**Результаты.** В ходе исследования выяснено, что чаще всего у пациентов, страдающих эпилепсией, встречались кариес и его осложнения, у 28 детей (82,3%), катаральный гингвит у 14(41,1%), которые были наиболее характерны для детей с парциальными формами эпилепсии. Патологическая стираемость эмали зубов у 12 детей (35,2%) и травматическое поражение зубов у 20 (58,8 %) были больше характерны для детей с генерализованными формами эпилепсии. Наибольшая интенсивность кариозного процесса была характерна для больных с парциальными формами эпилепсии 16 детей (80%) из 20. У 6 детей с парциальной эпилепсией прорезывание зубов началось после 10 месяцев жизни. Задержка прорезывания молочных зубов встречалась и у детей с генерализованной формой эпилепсии у 9 детей первые временные зубы появлялись в возрасте 8—9 мес. Дисфункция ВНС наблюдалась только у 2 (5,8%) детей.

**Выводы.** Таким образом, проведенным исследованием была установлена высокая распространенность кариеса и его осложнений, хронического катарального гингвита у детей с различными формами эпилепсии. У детей с генерализованными формами эпилепсии более часто встречались патологическая стираемость эмали и травматические поражения зубов.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СКАЗКОТЕРАПИИ

Алексеев А.А., Батанова Е.Г., Миненко И.А.

*Культурно-оздоровительный фонд «Муза-Сфера», Москва*

*Просветительский центр "Профиль", Москва*

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

**Актуальность.** Сказки тысячи лет являлись наиболее доступной и эффективной формой передачи опыта поколений от родителей к детям, формирования определенных ценностей и картины мира людей. Сказкотерапия («лечебное сказкой») - один из самых доступных и, в то же время, эффективных методов корректирования поведения и сознания ребенка в современной практической психологии, появившийся относительно недавно. В сказкотерапии используются терапевтические сказки – истории, метафорическим языком рассказывающие о проблемах и переживаниях, с которыми

сталкивается ребенок, дающие возможность "встретиться" с ними в "безопасной" форме и проводить коррекцию нежелательных и деструктивных проявлений в жизни. Благодаря сказкотерапии у ребенка формируется творческое отношение к жизни, она помогает увидеть многообразие способов достижения цели, развивает скрытые способности к решению жизненных задач, появляется уверенность в своих силах, развивается самооценка и самоконтроль.

**Материалы и методы.** В период с 1997 по 2006гг. на базе ФГУ «Научно-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения МЗ РФ» был разработан авторский метод А.А. Алексеева воздействия ритмического звучания на состояние организма. В качестве инструментария для практического применения была представлена оздоровительная программа «Сказкотерапия для будущих мам и детей, педагогов и врачей», которая уникальна тем, что используя возможности многих дисциплин и направлений, при этом не требует особой профессиональной подготовки для педагогов, психологов и врачей для её применения на практике. Основой данного метода является релаксация с использованием матричных текстов, которые в едином комплексе с ритмикой, классическими музыкальными произведениями и другими дисциплинами способствуют не только саморегуляции организма и укреплению иммунитета, но и духовно-интеллектуальному и творческому развитию. Матричный текст, который служит основой любых эффективных психоинформационных технологий, обладает мощным гармонизирующим и, соответственно, оздоровливающим воздействием на организм человека. Используя программу «Сказкотерапия для будущих мам и детей, педагогов и врачей» были отобраны авторские сказки А.А. Алексеева, в которых наиболее выражено созвучие и единство содержания сказок на основе православных традиций, обычев и национальной культуры, в которых раскрыто высокое достоинство и красота добродетели.

**Результаты.** В течение месяца нами велись наблюдения за психоэмоциональным состоянием 25 детей (12 мальчиков и 13 девочек в возрасте 7-8 лет). Было замечено, что данные сказки вызывают неподдельный интерес, ежедневно дети с удовольствием слушали сказки. Во время чтения шло знакомство с лексическим значением новых слов, выяснялся смысл «крылатых» и образно символических выражений, что благотворно сказывалось на развитии речи и пополнении словарного запаса, обнаружились гендерные предпочтения. При чтении сказки «Волшебный конь Ивана-молодца» большой интерес проявили мальчики к описанию положительных патриотических мужских качеств. После чтения сказки «Ослиная шкура» девочкам захотелось побывать в роли сказочных принцесс, для чего был устроен конкурс (в качестве жюри - мальчики) на лучший образ по номинациям. Нельзя не отметить воздействие сказок на детей из неблагополучных семей, у которых проблемы с поведением и успеваемостью. Оказалось, что данный метод благотворно воздействует на эмоциональное состояние, мотивацию и успешность в обучении. На уроках дети стали более собранными, внимательными. Дети стали более любознательными, начали себя сравнивать со сказочными героями, затрагивая темы: «Благородство», «Любовь к Отечеству», «Уважение к пожилому возрасту», «Дружелюбие», «Милосердие», «Трудолюбие» и т. д., приводя примеры из сюжетов сказок и сравнивая их с реальной жизнью. Улучшились взаимоотношения между девочками и мальчиками».

**Выводы.** Таким образом, сказкотерапия - это не только общение со своей собственной личностью, нахождение в легко терапевтически модулируемом магическом, творческом, сказочном пространстве, но и контакт с личностями других людей, так как сказочная метафора является эффективным способом выстраивания коммуникации между людьми, позволяющим обнаружить неожиданные пути решения тех проблем, с которыми человек не мог справиться в реальной жизни. Этот метод идеально подходит как для детской терапии (детей от 4-х лет), так и для решения вопросов межличностных отношений в разных сферах. Исследование продолжается. На

следующем этапе авторский метод воздействия ритмического звучания на состояние организма и сказкотерапия А.А. Алексеева будут применены у детей с задержкой развития и заболеваниями аутистического спектра.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОУПРАВЛЯЕМОЙ МЕХАНОКИНЕЗОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ ГРЕБЦОВ С СИНДРОМОМ ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

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

*Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет,  
Санкт-Петербург*

**Актуальность.** Ведущую роль в развитии перенапряжения опорно-двигательной системы (ОДС) у спортсменов гребцов играет соотношение функциональных возможностей и провоцирующего фактора специальной физической нагрузки. Перенапряжения ОДС ведут к снижению работоспособности, эффективности тренировочного процесса и, соответственно, спортивного результата. Для направленного воздействия на основные звенья патогенеза заболеваний ОДС в клинической практике используют биоуправляемую механокинезиотерапию (БМКТ). Эта технология позволяет пациенту выполнять сбалансированные по силе и координации движений упражнения, вовлекающие в работу всю скелетную мускулатуру.

**Цель.** Оценка эффективности БМКТ в реабилитации спортсменов гребцов с синдромом перенапряжения ОДС.

**Материалы и методы.** По результатам углубленного медицинского обследования спортсменов гребцов у 36 пациентов выявлены признаки синдрома перенапряжения (СП) мышц спины. 25 человек имели звание мастера спорта, 11 кандидатов в мастера спорта занимались греблей не менее 10 лет. У всех обследованных зарегистрированы признаки СП с локализацией перенапряжения в межлопаточной области, мышцах шейного отдела позвоночника (ШОП) и в области надплечий. У 24 (66,7 %) спортсменов выявлено одностороннее поражение плечелопаточной области, сопровождающееся выраженным мышечным спазмом. У 21 (58,3 %) пациента, симптомы перенапряжения появились на соревнованиях, у 9 (25 %) - на тренировке, у 6 (16,7 %) - после интенсивного соревновательного процесса. Спортсмены были разделены на две клинические группы: основную ( $n = 23$ ) и контрольную ( $n = 13$ ). В основной группе, для коррекции СП использовалась БМКТ на аппарате «Huber» с частотой 1 раз в сутки с первого дня обращения по отработанной схеме в базовой программе. В контрольной группе использовались традиционные методы реабилитации: ежедневное сочетанное применение лечебной гимнастики, массажа и физиотерапии. Контроль над динамикой изменений в обеих группах осуществляли с помощью клинических и функциональных методов обследования по единой схеме.

**Результаты.** Значения динамики болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале боли в первые 8 суток коррекции достоверно не отличались в основной и контрольной группах. С 8-х по 22-е сутки наблюдений более выраженная положительная динамика: интенсивный обезболивающий эффект, уменьшение асимметрии напряжения паравertebralных мышц отмечалась у гребцов основной группы по сравнению с контрольной. Динамика восстановления функции наклонов головы вправо-влево при одностороннем поражении исследовалась у 16 гребцов основной и у 8 контрольной группы. В основной группе обследуемых выраженная

тенденция к восстановлению амплитуды движений ШОП отмечена на 12 сутки, тогда, как в контрольной лишь на 18 сутки.

**Выводы.** Индивидуальные комплексы упражнений на аппарате «Huber» позволяют в более короткие сроки устранить СП ОДС у гребцов. Раннее возвращение спортсменов в тренировочно-соревновательный процесс и отсутствие побочных эффектов, позволяет рекомендовать исследуемую методику в практику спортивной медицины.

## ХОДЬБА НА МЫСКАХ. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ, ПРИЧИНЫ И ИСХОДЫ НА ПРИМЕРЕ ОПЫТА, НАКОПЛЕННОГО В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ НПЦ ДП

Батышева Т.Т., Авцина В. В., Хрусталева Е. В., Малашкевич Н. В., Рубинова Ю. Л.,  
Мещерякова К. К., Гунченко М.Н., Малышева Т.В.

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

**Актуальность.** Ходьба на мысках- один из наиболее частых симптомов, требующих дифференциальной диагностики на приеме невролога поликлинического отделения НПЦ ДП.

**Цель.** Разработать алгоритм диагностики при выявлении ходьбы на мысках.

**Материалы и методы.** Из общего числа детей, обратившихся с данной жалобой в 2017 и 2018г., пациентов с ДЦП, спастическая диплегия было 689, с резидуальной энцефалопатией с синдромом пирамидной недостаточности- 48 детей, с наследственной спастической параплегией- 13 детей, с миопатическим синдромом- 20 детей, с врожденным укорочением ахилловых сухожилий- 8 детей, с РАС- 11 детей, с обсессивно-компульсивным расстройством- 9 детей.

**Результаты и выводы.** При наличии у ребенка стойкой ходьбы на мысках в неврологическом статусе выявляются гипертонус в икроножных мышцах, патологические стопные знаки, оживление сухожильных рефлексов, слабость разгибателей стоп, постоянное присутствие паттерна ходьбы на мысках, рекурвация в коленных суставах при опускании на пятку, спастический парез икроножных мышц. В истории болезни в случае наличия отягощенного перинатального анамнеза, данных о наличии нарушений стереотипа ходьбы с момента ее появления, а также посттипсических изменений перивентрикулярных отделов по данным МРТ головного мозга, наиболее вероятен диагноз: детский церебральный паралич, спастическая диплегия. Второй вариант: в случае жалоб родителей на ходьбу ребенка на мысках, в неврологическом статусе выявление гипертонуса в икроножных мышцах, патологических стопных знаков, оживление сухожильных рефлексов в сочетании со слабостью разгибателей стоп, постоянного присутствия паттерна ходьбы на мысках, с возможностью рекурвации в коленных суставах при опускании на пятку со спастическим парезом икроножных мышц, данных о появлении нарушений стереотипа ходьбы в дошкольном возрасте и позже наиболее вероятным диагнозом является наследственная спастическая параплегия. В данном случае, требуется поиск частых мутаций для подтверждения диагноза молекулярно-генетическими методами. Третий вариант: при ходьбе на мысках в сочетании со слабостью разгибателей стоп, выявление миопатических приемов при исследовании крупной моторики, снижении или отсутствие сухожильных рефлексов и исключении неврального и спинального поражения мотонейрона по данным ЭНМГ, выявлении специфического паттерна МР-изображения мышц нижних конечностей, данных наследственного анамнеза течения заболевания требуется поиск частых мутаций для данного миопатического синдрома.

Четвертый вариант: при ходьбе на мысках и выявлении симптомов, удовлетворяющих критериям расстройств аутистического спектра, отсутствии изменений в неврологическом статусе необходимо исключать расстройство аутистического спектра. Пятый вариант: при ходьбе на мысках в сочетании с другими навязчивыми движениями и состояниями при отсутствии изменений в неврологическом статусе следует исключать обсессивно-компульсивное расстройство. Методы коррекции ходьбы на мысках, вызванной вышеуказанными причинами, зависят от степени вторичного укорочения ахиллова сухожилия и варьируют от пассивных и активных растяжек до оперативного удлинения ахиллова сухожилия.

Шестой вариант: при ходьбе на мысках в сочетании с патологическими стопными знаками, оживлении сухожильных рефлексов, наличии отягощенного перинатального анамнеза, данных о наличии нарушении стереотипа ходьбы с момента ее появления или чуть позже в сочетании с непостоянным присутствием паттерна ходьбы на мысках требуется исключить наличие резидуальной энцефалопатии с синдромом пирамидной недостаточности. Лечение заключается в создании для пациента мотивации к выработке правильного стереотипа ходьбы. Седьмой вариант: при ходьбе на мысках в сочетании с эквинусной деформацией стоп, отсутствии изменений в неврологическом статусе следует думать о врожденном укорочении ахилловых сухожилий. Лечение только оперативное.

## ВЛИЯНИЕ АНЕСТЕЗИИ КСЕНОНОМ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Батышева Т.Т., Адкина Е.А., Диордиев А.В., Гудилина О.Н., Шагурина Р.В.,  
Яковлева Е.С., Боровицкая М.Ш.

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

**Цель.** Исследовать когнитивные функции у детей с церебральным параличом, перенесших оперативные вмешательства на нижних конечностях в условиях общей анестезии ксеноном.

**Материалы и методы.** Исследование было проведено у 20 детей в возрасте от 3 до 17 лет с диагнозом ДЦП (GMFCS III-IV). Оценивалось время восстановления сознания после общей анестезии по шкале Aldrete и когнитивные функции: слухоречевая память, внимание и пространственное мышление. Показатели когнитивного статуса оценивались трижды: до операции, в послеоперационном периоде через 12-24 часа и через 72 часа. Были использованы методики: 10 слов А.Р. Лурия, таблицы Шульте, прогрессивные матрицы Равена. Для оценки времени пробуждения выполнялся расчет среднего значения выборки (M) и стандартной ошибки среднего (m). Для оценки динамики показателей когнитивных функций статистический анализ данных проводился при помощи программы Statistica 7 непараметрическим критерием Уилкоксона.

**Результаты.** Восстановление ясного сознания (9 баллов по шкале Aldrete) происходило через  $5,5 \pm 0,54$  мин после прекращения подачи ксенона в контур, причем отсутствовал эффект постенаркозной седации. При исследовании когнитивных функций в день после операции у всех детей отмечалась повышенная истощаемость, продуктивное время работы варьировало от 15 до 20 минут и составило в среднем  $17,25 \pm 0,42$  мин. Различия в пробах на оценку внимания и мышления до и после операции были статистически незначимы ( $T=29$ ,  $p<0,4$ ). При заучивании 10 слов отмечалось значимое снижение на третьем предъявлении ( $T=3,5$ ,  $p<0,01$ ). На третий день после операции показатели памяти возвращались к исходным значениям, а

показатели внимания даже имели тенденцию к повышению по сравнению с показателями до операции( $T=20$ ,  $p<0,07$ ).

**Выводы.** После общей анестезии ксеноном у детей с церебральным параличом на фоне быстрого восстановления ясного сознания отмечалось незначительное усугубление когнитивного дефицита к 1-м суткам после операции, проявляющееся снижением внимания. Однако, к 3-м суткам когнитивные функции полностью восстанавливались до исходного уровня, и даже отмечалась тенденция к некоторому их повышению.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

Батышева Т. Т., Антропова И. М.

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

**Актуальность.** Научно-практический центр (НПЦ) детской психоневрологии является ведущим учреждением, где проводится поэтапное комплексное восстановительное лечение больных в возрасте от 0 до 18 лет с поражением центральной нервной системы и нарушениями опорно-двигательного аппарата. В настоящее время роль медицинского психолога в нашем центре весьма значительна, так как практически каждый пациент и его родители нуждаются в психологической помощи и поддержке. Деятельность медицинского психолога заключается в диагностике особенностей психической сферы (с целью изучения структуры нарушения), коррекции когнитивной сферы (нахождение оптимального пути психического развития), адаптации личности в окружающей среде (консультирование детско-родительских отношений, коррекция психосоматических проявлений), реабилитации поврежденного психического развития (которая включает точную нейропсихологическую диагностику и развитие корковых функций). Кроме коррекции осуществляется психологическая поддержка и сопровождение пациента, в предоперационный и послеоперационный период.

**Материалы и методы.** В ходе работы применяются принципы сказкотерапии, метафорирования, игротерапии, арт-терапии, используются приемы аутогенной тренировки, релаксации, личностно-ориентированной психотерапии, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, рациональной психотерапии, занятия в сенсорной комнате. К каждому ребенку осуществляется индивидуальный подход. На протяжении всего периода восстановительного лечения проводится наблюдение за детьми: начиная с установочных бесед, в процессе психодиагностики и коррекции. Реабилитационная и коррекционная работа проводится в виде групповых и индивидуальных занятий.

**Результаты.** Работа медицинского психолога проходит в тесном сотрудничестве с медицинским персоналом и играет существенную роль в лечении и реабилитации больного ребенка, так как от психологического состояния маленького пациента и его родителей зависит успех лечения. Наряду с диагностикой и реабилитацией проводится психологическая работа по профессиональной ориентации подростков, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата. Цель данной работы - оценить сложности, возникающие в процессе профессионального самоопределения, сознательного выбора профессии, и предположительно определить, в каких областях деятельности человек с ограниченными физическими возможностями может наиболее успешно трудиться и получать удовлетворение от своего труда. Проводится просветительская работа с родителями с целью ознакомления их с особенностями возраста, особенностями развития детей и подростков с врожденной и приобретенной патологией нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

**Выводы.** Таким образом, в результате деятельности медицинских психологов в НПЦ детской психоневрологии заметно улучшилось состояние психического здоровья пациентов, приводящее к улучшению физического здоровья. Совместная деятельность врачей, психологов, логопедов и педагогов помогает ребенку эффективно развиваться и адаптироваться в окружающей среде. Широкое использование различных методов медико-психологической помощи значительно повышает уровень социально-психологической адаптации детей, способствует восстановлению их социального статуса и улучшению качества жизни после выписки из стационара.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕСОЧНОЙ ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ

Батышева Т.Т, Богданова О.В, Бондарева О.О.

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

**Актуальность.** В современном обществе все чаще возникает проблема воспитания и обучения детей, имеющих особенности в развитии. В нашем центре проходят реабилитацию дети с задержкой психического и речевого развития, дети с РАС (расстройство аутического спектра), дети с различными двигательными нарушениями. Для таких детей характерны снижения познавательной активности, бедность запаса сведений об окружающем мире, это приводит к тому, что эти дети не приобретают многих самых элементарных знаний и представлений. С ними наиболее важно использовать нетрадиционные формы работы. На сегодняшний день методов нетрадиционного воздействия известно достаточно много (игро-, сказко-, смехо-, ИЗО, глина, воско-, кристаллотерапия- и др). Очень интересной и эффективной педагогической технологией является песочная игротерапия. Песочная терапия - одна из техник, которая позволяет раскрыть индивидуальность каждого ребенка, разрешить его психологические затруднения, развить способность осознавать свои желания и возможность их реализации. Именно поэтому можно использовать песочницу в развивающих и обучающих занятиях.

**Цель.** Стабилизация и гармонизация психоэмоционального состояния и развитие высших психических функций, развитие познавательных процессов, развитие творческого потенциала, формирование коммуникативных навыков, тренировка мелкой моторики рук, координации движения, пластики, которая стимулирует мыслительные процессы, улучшает память, развивает речь, равноценное развитие и работа левого и правого полушарий головного мозга (создание рисунка двумя руками), снятие эмоционального напряжения у тревожных, агрессивных людей, формирование навыков саморегуляции.

**Материалы и методы.** В работе чаще используются деревянные планшеты с подсветкой. Песок должен быть чистым, просеянным, можно использовать речной или морской песок, главное, чтобы он не был не слишком мелким и не слишком крупным. Он должен быть сыпучим и приятным на ощупь. Для игр в песочнице можно использовать миниатюрные игрушки. Размер игрушек не должен превышать 8 см. Существуют методы песочной терапии: классическая песочница; рисование песком на световых столах; рисование цветным песком; кинетический песок. Используют формы работы такие как: индивидуальная; парная (ребёнок – родитель); групповая (группа детей).

**Результаты.** У детей активно развивается мелкая моторика. Ребёнок учится контролировать работу своих рук, успокаивается, тренирует внимание, пространственное воображение. Работа в песочнице с небольшими фигурками при индивидуальных занятиях даёт возможность для развития памяти.

**Выводы.** Песочная терапия зарекомендовала себя как один из результативных методов в коррекционной работе с детьми с ОВЗ. Это метод может быть применён для развития навыков общения (улучшает коммуникативные способности и приобретение навыков работы в коллективе) и является идеальным инструментом для повышения самооценки и укрепления уверенности в себе. Возможности песочной терапии безграничны и уникальны, именно поэтому занятия с песком можно считать весьма эффективной и перспективной формой психолого- педагогического сопровождения детей с особенностями развития.

## ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ ДЕТСКО- РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

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

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

**Актуальность.** Дисгармоничные детско-родительские отношения могут неблагоприятно влиять на психо- моторное и эмоционально- волевое развитие ребенка, провоцировать проблемное поведение, снижать динамику психо- коррекционной работы.

**Цель.** Проверить эффективность интегративной методики коррекции детско- родительских отношений в работе с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

**Материалы и методы.** Нами была разработана интегративная методика под рабочим названием «Материнский кокон», включающая в себя элементы следующих психотерапевтических техник: создание ресурсного состояния («безопасное место»), холдинг, «материнский гипноз». Первая ступень: тренинг с матерью по обретению ресурса в безопасном месте (предлагается представить место, где будет безопасно, комфортно, приятно находиться по всем сенсорным системам; это может быть воображаемым или реальным местом из прошлого или настоящего опыта; обсуждается, кто может находиться рядом в этом месте, кто может сделать его ещё более безопасным). Когда образ места сформирован, мама учится ощущать себя в нем в комфорте и безопасности, в эмоционально-положительном настроении дома в качестве «домашнего задания». Вторая ступень: в ресурсном состоянии мать садится на пол, ребёнка усаживает спиной к своему животу, кладёт голову ребёнка к области своего сердца, руками и коленями прижимает ребёнка к себе, плавно раскачивается вперёд-назад, вправо-лево. Третья ступень: совместно со специалистом, формулирование списка аффирмаций (относящиеся к разным уровням функционирования ребёнка: физическое и эмоциональное состояние, настроение, здоровье, поведение), которые в момент раскачиваний мама спокойным, монотонным, протяжным голосом тихо говорит ребёнку. Продолжительность такого рода взаимодействия может составлять от 15 до 30 минут, в зависимости от возможностей ребёнка находиться в нем, воспроизводится через день.

**Результаты.** Применение данной методики в условиях дневного стационара №1 позволило в относительно короткие сроки обучить 18 матерей справляться со стрессом и негативными эмоциями, снизить уровень ситуативной тревожности у их детей.

**Выводы.** Данная методика требует дальнейшей апробации на расширенной выборке, однако уже сейчас можно судить о положительном влиянии применения «материнского кокона» на эмоциональное состояние матери, ребенка и отношения

«мать-дитя», что положительно влияет на процесс реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

## К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ МОЗГА У ДЕТЕЙ

Батышева Т.Т., Борисова М.Н., Гунченко М.М., Малышева Т.В., Саржина М.Н.

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

**Актуальность.** Одной из основных причин острой и хронической ишемии у детей служат врожденные аномалии сосудов мозга, и, прежде всего, патологические извитости внутренней сонной артерии (ПИ ВСА) изолированные или сочетающиеся с другими пороками сердечно-сосудистой системы. Немаловажную роль в формировании ПИ ВСА играет врожденная неполноценность соединительной ткани.

**Материалы и методы.** Для профилактики и лечения ишемических поражений мозга у детей целесообразно формирование 2 групп риска и диспансерного наблюдения: 1 группа: пациенты с гемодинамически значимыми ПИ ВСА, нуждающиеся в нейропротекции и ангиохирургической коррекции (по показаниям), метаболической терапии и лечебно-охранительном режиме (ограничение физических нагрузок); 2 группа: пациенты с ПИ ВСА без нарушения гемодинамики с фенотипическими признаками наследственной синдромальной патологии соединительной ткани, нуждающиеся в метаболической терапии и лечебно-охранительном режиме (ограничение физических нагрузок в связи с риском развития диссекции сосудов).

**Результаты.** Предлагаемые алгоритмы медикаментозной профилактики и лечения цереброваскулярной недостаточности при аномалиях прецеребральных сосудов предполагают последовательное назначение комплексов препаратов различных фармакологических групп курсами в зависимости от выраженности неврологических нарушений. Проведение последовательных курсов медикаментозной терапии позволяет добиться регресса основных клинических проявлений цереброваскулярной недостаточности: интенсивности и частоты приступов головной боли, когнитивных расстройств, астенических проявлений, психовегетативных расстройств и улучшить качество жизни детей.

## ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Батышева Т.Т., Боровицкая М.Ш., Николаева Е.Б., Ярема Т.Н., Рубинова Ю.Л.

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

**Актуальность.** У детей с детским церебральным параличом (ДЦП), как правило, отмечаются структурные изменения головного мозга, что отражается на особенностях функциональной активности коры головного мозга. Изучение этих особенностей позволит подобрать программу реабилитации, наиболее эффективно подходящую конкретному ребенку.

**Цель.** Изучить особенности количественных характеристик электроэнцефалограммы у детей с церебральным параличом с помощью методов компьютерного анализа.

**Материалы и методы.** Обследовано 13 больных в возрасте от 7 до 15 лет с установленным диагнозом ДЦП, GMFCS 1-2 уровень, форма - спастическая диплегия. Электроэнцефалограмма снималась на нейрокартографе 5.41.10 с использованием международной системы наложения электродов «10-20». Вычислялась спектральная мощность основного ритма, когерентный анализ средних частот в межполушарных и внутриполушарных средних парах.

**Результаты.** У всех пациентов зарегистрирован основной ритм в каудальных отведениях, индекс представленности высокий у 7 пациентов, средний – у 2, низкий – у 4 детей. На спектрограммах мощности выявлен мономодальный альфа-ритм у 9 пациентов, бимодальный у 1 ребенка, у 3 пациентов не выявлено зон узкочастотного доминирования. При когерентном анализе межполушарных пар отмечается снижение уровня связей во всех парах – у 4 пациентов, в передних парах у 7 пациентов. У 2 детей выявлено изолированной снижение связей в центральных парах. При когерентном анализе внутриполушарных пар выявляется снижение уровня связей в передних парах у 3 пациентов, в задних парах – у 5 пациентов. Гиперинтеграция отмечается у 2 пациентов. У 2 детей отмечается нормальный уровень и градиент внутриполушарной интеграции.

**Выводы.** Вычисление количественных характеристик основного ритма и когерентного анализа средних частот в энцефалограмме детей с ДЦП выявило различные изменения внутримозговой интеграции, что требует их дальнейшего изучения для подбора индивидуальной программы реабилитации с учетом особенностей мозговой активности ребенка.

## СТИМУЛИРОВАНИЕ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ПРОЦЕССЕ ИГРЫ

Батышева Т.Т., Бурлаченко Е.Ю.

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

**Актуальность.** В последние годы в отечественной и зарубежной логопедии возрос интерес к проблеме ранней диагностики и коррекционно- логопедической работе нарушений развития познавательной и речевой деятельности детей с детским церебральным параличом (ДЦП). В настоящее время количество детей, рождающихся с ДЦП, значительно увеличивается. Это заболевание занимает первое место в структуре детской инвалидности по неврологическому профилю. Детский церебральный паралич – это тяжёлое заболевание центральной нервной системы, которое проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. При этом особенно тяжело страдают двигательные структуры головного мозга, регулирующие произвольные движения, речь и другие корковые функции. В сложной структуре нарушений у детей с церебральным параличом значительное место занимают речевые расстройства. Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят, в первую очередь, от локализации и тяжести поражения мозга. Причины речевых нарушений у детей с ДЦП могут быть различными: задержка речевого развития, обусловленная тяжелой двигательной недостаточностью; интеллектуальная недостаточность, выраженная соматической ослабленностью, неблагоприятными условиями окружения (вынужденной изоляцией от коллектива, длительной госпитализацией и др.); дизартрия и анартрия; алалия; речевое недоразвитие в связи со

снижением слуха, с умственной отсталостью и др. Наиболее распространенным речевым нарушением у детей с церебральным параличом является дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, при котором страдает звукопроизношение, просодическая организация звукового потока, речевое дыхание, голос, обусловленное нарушением иннервации речевой мускулатуры. Изучению речевых нарушений у детей с ДЦП посвящены работы Е.Ф. Архиповой, Л.А. Даниловой, М.В. Ипполитовой, Л.В. Лопатиной, Е.М. Мастюковой, К.А. Семеновой, Кротковой А.В. и др. Однако в настоящее время недостаточно разработанной является методика коррекционно-логопедической работы с детьми с церебральным параличом в раннем возрасте. Как правило, коррекционно-логопедическая работа с детьми с ДЦП начинается уже в возрасте 3-5 лет, когда уже сформирован стойкий патологический стереотип психических и речевых нарушений. Именно поэтому в нашем исследовании акцент делается на работе с детьми, с ДЦП, на коррекционно-логопедической работе по стимуляции речевого развития у детей на раннем этапе их развития. Основной задачей коррекционно-логопедической работы с детьми является стимуляция и совершенствование общения со взрослым при помощи интонационных звуков, лепета и лепетных слов, простой фразы.

**Цель.** Изучить специфику коррекционно-логопедической работы с детьми с детским церебральным параличом, стимулировать речевое развитие у детей раннего возраста с детским церебральным параличом.

**Материалы и методы.** Коррекционно-логопедическая работа проводилась с детьми раннего возраста с детским церебральным параличом. Использовались следующие методы: изучение, теоретический анализ и обобщение специальной психоло-педагогической и медицинской литературы по теме исследования; констатирующий эксперимент, позволяющий выявить особенности и уровень речевого развития у детей раннего возраста с ДЦП; методы количественной обработки результатов исследования. Экспериментальное исследование стимулирования речевого развития детей раннего возраста с детским церебральным параличом в процессе игры включало: проведение констатирующего эксперимента: исследование речевого развития у детей раннего возраста с ДЦП, целью констатирующего эксперимента явилось стимулирование речевого развития детей раннего возраста с ДЦП игре, в эксперименте приняли участие 10 человек детей раннего возраста 2,5-3 года с диагнозом ДЦП. Все дети перед проведением исследования были осмотрены следующими специалистами: окулистом, отоларингологом, невропатологом, психиатром, психологом. Перед проведением исследования был проведен анализ данных медицинских карт: заключения невропатолога, психоневролога, отоларинголога, офтальмолога, педиатра, который проводился с целью выявления особенностей психического, сенсорного, физического развития исследуемых детей (анализировались состояние интеллекта, слуха и зрения, физического развития). В результате обследования со стороны окулиста и отоларинголога отклонений не отмечалось, все дети имели сохранные зрение и слух; их интеллектуальное развитие квалифицировалось психоневрологом как норма.

**Результаты.** Основные направления коррекционно-логопедической работы: нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата; увеличение силы и длительности выдоха; стимуляция речевой активности; развитие манипулятивной функции рук и дифференцированных движений пальцев рук; формирование понимания речевых инструкций; развитие слухового восприятия; развитие зрительного восприятия; вызывание положительного эмоционального отношения к занятиям. Анализ динамики речевого развития детей раннего возраста с ДЦП на контрольном этапе эксперимента показал, что в результате специальной коррекционной работы произошло повышение уровня развития речи данной категории. Уровень выше среднего у 2-х детей (20%) , средний у 3-х детей (30%) , у 5-х детей

(50%) – уровень ниже среднего. Высокого и низкого уровня речевого развития не выявлено. Такие изменения могут рассматриваться как правильная организация процесса развития речи детей раннего возраста с детским церебральным параличом.

## ПРИМЕНЕНИЕ ВИБРОПЛАТФОРМЫ «GALILEO» У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Батышева Т.Т., Бурмистрова А.И., Коровина Н.Ю.

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

**Актуальность.** Одним из наиболее часто встречающихся моторных нарушений у детей с расстройством аутистического спектра, являются нарушение равновесия и координации, а также затруднения в планировании и последовательном выполнении сложнокоординированных двигательных актов. Наиболее эффективным и простым в применении методом реабилитации с целью коррекции дискоординаторных нарушений у детей с расстройством аутистического спектра, являются занятия на виброплатформе «Galileo», принцип действия которой заключается в создании вибрации с синусоидальным компонентом, мягко и физиологично имитирующей естественные движения человека при ходьбе. Вибрация определенной частоты, заставляет тело компенсаторно отвечать на воздействие ритмичными сокращениями разных групп мышц ног, спины и живота. Таким образом, происходит активация и стимуляция равновесия и координации.

**Цель.** Изучить влияние реабилитационных занятий на виброплатформе «Galileo» на нарушения баланса и координации у детей с расстройством аутистического спектра.

**Материалы и методы.** В рамках проводимого комплексного реабилитационного лечения детей с расстройством аутистического спектра на базе психиатрического отделения НПЦ ДП ДЗМ проводились занятия на виброплатформе «Galileo» курсом 12 процедур. В группу из 13 человек, включены дети с подтвержденным диагнозом «расстройство аутистического спектра» и имеющие такие нарушения, как нарушение равновесия, координации, шаткая походка, частые падения, неловкость, нарушение крупной моторики. Критерием исключения послужило психомоторное возбуждение и отсутствие понимания обращенной речи. Всем детям проводились ежедневные занятия, длительность курса составляла 2-3 недели.

**Выводы.** Все дети смогли адаптироваться к специфике проведения процедуры, несмотря на нарушения коммуникативных и социальных навыков. У всех детей в разной степени отмечались улучшения, которые проявлялись в улучшении рисунка ходьбы, уменьшилась моторная неловкость, стали более активны и успешны в двигательных играх. Таким образом, имеет смысл продолжить изучение применения виброплатформы «Galileo» для детей с расстройством аутистического спектра и его отсроченное влияние, которое можно оценить в динамике при повторных курсах госпитализации.

## ВЛИЯНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Батышева Т.Т., Галкина А.С.

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

**Актуальность.** Танцевальные занятия благоприятно влияют на здоровье детей, особенно на их физическое и психоэмоциональное состояние. В процессе занятий развиваются творческие способности и различные физические качества. Занятия способствуют развитию хорошей осанки и корректируют походку. Занятия танцами решают множество задач: развитие координационных способностей и пространственного мышления, развитие гибкости и крупной моторики, развитие психических процессов и творческих способностей.

**Цель.** Оценить влияние танцевальных занятий на физическое и психоэмоциональное состояние детей с ограниченными возможностями здоровья.

**Материалы и методы.** На занятиях используются элементарные движения под хорошо воспринимаемую детьми на слух музыку. В танце задействованы почти все группы мышц, в том числе и мимические. Перед началом основной части занятия необходимо провести разминочные упражнения для того, чтобы придать мышцам эластичность и подготовить их к интенсивной работе. На занятиях используются различные предметы (погремушки, флаги, игрушки, помпоны), которые способствуют развитию мелкой моторики и помогают ребенку в творческом мышлении и воображение. Занятия проходят как в индивидуальной форме, так и в групповой, а также проводятся занятия вместе с родителями. Часто проходят открытые уроки и показательные выступления, где дети показывают свои умения, чему они обучились.

**Результаты.** В процессе работы было замечено, что у детей, занимающихся танцами, было приподнятое настроение, которое сохранялось на протяжении всего дня, а регулярные занятия давали эффект накопления. В ходе работы было выявлено улучшение физических качеств (гибкость, выносливость, ловкость и координация). Помимо всего этого у детей школьного возраста отмечалось улучшение успеваемости в школе, и снизилась утомляемость.

**Выводы.** Благодаря занятиям танцами ребенок становится позитивным, активным и ощущает себя более здоровым. Во время танца мышцы расслабляются, ребенку комфортно, он обретает гармонию со своим телом и мыслями, становится более уверен в себе. Танец лучшее средство против борьбы со стрессом, ленью и психическими расстройствами.

## ГАРНИТУРА FORBRAIN В ПРАКТИКЕ ЛОГОПЕДА

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

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

**Актуальность.** Речевой слух – это совместное функционирование фонематического и фонетического слуха. Он осуществляет не только прием и оценку чужой речи, но и контроль за собственной речью. Одновременное формирование у ребенка звукопроизношения и речевого слуха способствует формированию межанализаторных связей, развитию слухового внимания, слухо-двигательной памяти, слухового и кинетического контроля и развитию интонационного слуха.

**Материалы и методы.** В логопедической практике, в настоящее время, мы используем разнообразные инновационные технологии. Одной из таких технологий, успешно применяемых нами, стала Гарнитура Форбрайн. Форбрайн – это минигарнитура для костного звукопроведения. Она оснащена микрофоном и динамическим фильтром. Аппарат использует вибрирующее устройство, обеспечивающее усиление костной проводимости и динамический фильтр, обогащающий звучащую речь высокими частотами. Воздействие гарнитуры Форбрайн

направлено на способность понимания обращенной речи, улучшая обработку информации как устного, так и письменного языка; развитие слухо-речевой памяти; произвольного внимания (концентрация и объем); речевого слуха (фонематическое восприятие); звукопроизношения (четкость артикуляции, плавность речи); фонации (сила голоса, тембр, ритм, интонационная насыщенность); чтение; письмо; повышение мотивации; повышение самооценки, уверенности в себе; развитие коммуникативных навыков. В логопедической практике аппарат применяется совместно с классическими логопедическими методами и во много раз сокращает время, улучшает качество и результаты коррекционного воздействия.

**Результаты.** В научно-практическом центре мы используем гарнитуру Форбрайн уже несколько лет и замечаем высокие результаты. В центре гарнитура применяется с детьми с азалией, дизартрией, заиканием, а также при дислексии и дисграфии. Результатами такой работы в нашем центре являются крепкий эмоциональный контакт на занятии специалиста и ребенка; повышенная мотивация детей к занятиям; быстрое решение поставленных коррекционных задач у каждого конкретного ребенка.

**Выводы.** Форбрайн применяется в комплексе с классическими логопедическими технологиями и не заменяет работы специалистов, но он может стать дополнительным средством для улучшения коррекционного логопедического воздействия.

## ДИСГРАФИЯ

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

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

**Актуальность.** Проблеме нарушений письма у детей- дисграфии посвящено большое количество исследований и публикаций, однако, актуальность её изучения не снижается. Это обусловлено большой её распространённостью среди учащихся начальных классов; необходимостью организации своевременной профилактики, полноценной диагностики и эффективной коррекции нарушений письма. Дисграфия- частичное нарушение процесса письма, проявляющееся в стойких, повторяющихся ошибках, обусловленных несформированностью высших психических функций, участвующих в процессах письма.

**Цель.** Изучить современные научные представления о дисграфии у детей.

**Результаты.** В группу риска по развитию дисграфии входят дети с органическим поражением нервной системы (А.Р.Лурия, С.М.Блинков, С.С.Ляпидевский, М.Е.Хватцев); некоторые исследователи отмечают наследственную предрасположенность дисграфии (Б.Хальгрен, М.Рудинеско и др.); системное нарушение речи, как отражение недоразвития устной речи во всех ее звеньях (Р.Е.Левина); дети с трудностями становления процесса латерализации; дети с нарушением оптико- пространственного гносиза; при несформированности произвольной моторики, недостаточности слухо- моторной координации и чувства ритма; дисграфия также сочетается с умственной отсталостью, снижением слуха или зрения, двуязычием в семье, педагогической депривацией. У детей с нарушениями речи (ОНР, ФФН, дизартрия, азалия) при недостаточной/неполной её коррекции в дошкольном возрасте с большой вероятностью возникает дисграфия. Стойкие специфические ошибки при письме, как симптомы дисграфии, проявляются у таких детей уже к концу 1 класса. Это замены, смешения рукописных букв, искаженное написание букв, искажение звуко-буквенной структуры слова (пропуски, перестановки, добавления букв, слогов, контаминации), искажение структуры предложения, аграмматизмы на письме. Коррекция дисграфий наиболее успешна при раннем ее

начале, а профилактика – еще более эффективная мера, позволяющая предупредить развитие дисграфии. Отсюда необходимо еще в дошкольном возрасте предупредить возможность возникновения дисграфии у детей путем устранения у них уже появившихся ее предпосылок.

**Выводы.** Вследствие многообразия причин возникновения и сложности механизмов дисграфии, к работе над ее преодолением привлекаются различные специалисты: логопеды, психологи, нейропсихологи, неврологи. Коррекционная работа носит комплексный характер.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 3 ЛЕТ

Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Климов Л.В., Бакуменко В.И., Раков Д.В., Соколова Н.П., Полушкина Н.В., Иванчук Е.В., Бойко Е.А., Дербенцева Г.Б.

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

**Актуальность.** По данным мировой статистики, число речевых расстройств у детей раннего дошкольного возраста неуклонно растет, в связи с чем проблема раннего их выявления и коррекции остается актуальной. В 2005 году в обследованных младших группах раннего дошкольного возраста нарушения речи, не укладывающиеся в рамки нормального онтогенеза, отмечались у половины детей, что составляло 52, 6 %, а в 2015 году- 87,4%. Путем специальных воздействий на детей раннего и младшего дошкольного возраста во многих случаях удается предотвратить или затормозить у них появление тяжелой речевой патологии.

**Цель.** Изучить эффективность раннего комплексного, мультидисциплинарного и систематического воздействия на развитие речи детей в возрастной группе от 1 до 3 лет.

**Материалы и методы.** Обследованы пациенты в возрасте от 1-го до 3-х лет в количестве 30 человек. В группу включены пациенты с задержкой речевого развития при отсутствии органического дефицита, без психических отклонений. Применялись денверский скрининг-тест развития (DDST); «показатели нервно-психического развития (НПР) детей 1 года 3 мес. до 4 лет», «диагностика речевого развития детей от 1 года 3 мес до 3 лет», «диагностика игровых навыков и действий с предметами детей от 1 года 3 мес до 3 лет» разработанные Н.М. Аксариной, Г.В. Пантихиной, К.Л. Печорой. Мультидисциплинарная бригада специалистов: невролог, физиотерапевт, массажист, иглорефлексотерапевт, остеопат, логопед, психолог, психиатр, психотерапевт. Продолжительность лечения и психолого-педагогического сопровождения составляла 1 год.

**Результаты.** Раннее выявление задержки речевого развития у детей в возрасте от 1 до 3 лет, оказание комплексного целенаправленного воздействия специалистов с использованием мультидисциплинарного подхода в полном объеме и в течение длительного времени позволяет не только компенсировать речевые нарушения, но и предупредить возможные более отдаленные последствия речевых нарушений, а также содействовать формированию всестороннего гармоничного развития детей дошкольного возраста в условиях, которые помогают использовать все компенсаторные возможности и реализовать потенции, заложенные в них природой.

## ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ ДИЗАРТРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Батышева Т.Т., Гунченко М.Н., Типсина Н.В., Юрьева А.В.,  
Титова Е.Г., Маринова В.А.

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

**Актуальность.** Увеличение количества детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата требует расширения службы специализированной медико-психологического-педагогической помощи. Данная работа посвящена исследованию формирования моторных и речевых функций у дошкольников с детским церебральным параличом (ДЦП) и определения основных направлений в системе логопедического воздействия.

**Материалы и методы.** Изучены зарубежные и отечественные методики работы с детьми с ДЦП. Проведена оценка состояния двигательной сферы, психического развития, речевые нарушения у детей с церебральным параличом. Задачами экспериментального обучения являются: нормализация артикуляционной, мимической и мелкой моторики (снижение тяжести проявления спастического пареза, гиперкинезов и атаксии); развитие физиологического и речевого дыхания, голоса; нормализация просодических компонентов речи (мелодико- интонационной и темпо-ритмической стороны); постановка и автоматизация звуков в речи; развитие фонематических функций (фонематического восприятия, фонематического анализа и синтеза). Методика экспериментального изучения состояния моторных и речевых функций проходила по следующим направлениям:

- обследование моторных функций (мелкой, мимической, артикуляционной моторики);
- обследование звукопроизношения, просодической стороны речи;
- обследование фонематических функций (фонематического восприятия, анализа и синтеза);
- обследование дыхания.

**Результаты.** Коррекционная помощь оказались достаточно эффективной чтобы обеспечить медицинскую и коррекционно-развивающую помощь детям с дизартрией при ДЦП в условиях дневного стационара.

## ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОВЗ ПОСРЕДСТВОМ ИЗОДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Батышева Т.Т., Гусева Л. Н.

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

**Актуальность.** Сегодня много говорят об экологическом воспитании. Возникает необходимость расширить представления детей о мире, чтобы окружающая природа явилась им красивой и одухотворенной. Иными словами, необходимо соединить естественнонаучный подход к экологическому воспитанию с художественным началом, изобразительной деятельностью.

**Цель.** Способствовать всестороннему развитию ребенка в соответствии с его возможностями и умениями. Приобщать детей к наблюдению за действительностью, природой. Развивать важнейшее для художественного творчества умение видеть мир глазами творца- художника. Формировать наблюдательность, внимательность, свободу

в отражении доступными для ребенка художественными средствами- своего видения мира.

**Материалы и методы.** Новые подходы к обучению рисования раскрепощают ребенка. Он уже не боится, что у него что-то не получится. Рисование пейзажей, животных, птиц красками, цветными мелками, карандашами методом «тычка», «примакивания» очень нравится детям. Немного техники и пятно на листе бумаги превращается в кошечку, дуб-великан, морское чудовище. Благодаря знакомству с произведениями писателей-пейзажистов, анималистов дети учат язык природы, узнают названия трав и цветов, повадки зверей, правила поведения в лесу или на реке, прикасаются к красоте в самом обыкновенном привычном пейзаже.

**Выводы.** Связь художественного воспитания с экологическим расширяет и облегчает познание мира ребенком, способствует развитию мелкой моторики у детей с ОВЗ, а также дает положительные сдвиги в выполнении умственных и нравственных операций.

## КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЭПИЛЕПТИФОРМНЫМИ ПАТТЕРНАМИ ДЕТСТВА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Батышева Т.Т., Гучаева К.Н., Климов Л.В., Малышева Т.В.,  
Гунченко М.М., Саржина М.М.

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

**Актуальность.** Доброподобные эпилептиформные паттерны детства (ДЭПД) являются высоко распространенным субклиническим эпилептиформным паттерном и выявляется у 30-50% всех больных эпилепсией, детским церебральным параличом (ДЦП) различных форм и резидуально-органическим поражением ЦНС. Являясь одним из основных маркеров роландической эпилепсии, этот эпилептиформный феномен также характерен для пациентов с идиопатической фокальной эпилепсией с затылочными пароксизмами, синдромом псевдоленгенкса, Ландау-Клеффнера, эпилепсии с электрическим эпилептическим статусом медленного сна. У 1,5 - 5% здоровых детей в популяции регистрируется данный электроэнцефалографический паттерн.

**Цель.** Определить частоту встречаемости паттерна ДЭПД у детей с ДЦП при наличии или отсутствии эпилептических приступов и сопровождении других неврологических нарушений, выявить клинические корреляции данного паттерна, дать оценку прогностической значимости паттерна ДЭПД.

**Материалы и методы.** Запись проводилась на аппарате «МБН- Нейрокартограф» с использованием международной схемы электродов 10-20 с референтным ушным электродом. После регистрации проводилась визуальная оценка рутинной ЭЭГ. Было обследовано 51 детей в возрасте от 3 до 15 лет с наличием эпилептиформной активности в форме ДЭПД на ЭЭГ при наличии или отсутствии эпилептических приступов и сопровождении других неврологических нарушений.

**Результаты.** По результатам исследования всех пациентов можно разделить на 2 группы в первую группу вошли дети с ДЦП (различных форм) с приступами 10 пациентов. Вторую группу составили (41 детей) выявленная эпилептиформная активность не сопровождалась эпилептическими приступами. Причины направления на ЭЭГ детей без эпилептических приступов были следующими: ДЦП (различных форм)-15, нарушения речи в виде задержки речевого развития - 8, головные боли - 6 детей,

дефицит внимания с гиперактивностью - 5 пациентов, еще 7 детей были направлены по причине школьной неуспеваемости.

**Выводы.** Пациенты без эпилептических приступов с доброкачественными эпилептиформными паттернами на ЭЭГ представляют собой более широкий спектр неврологической патологии, чем больные с симптоматическими фокальными эпилепсиями. Пациентам с ДЭПД на ЭЭГ с различными формами эпилепсии и без эпилептических приступов необходимо проведение ЭЭГ - видеомониторинга сна, нейропсихологического тестирования и определение уровня интеллекта. ДЭПД на ЭЭГ исчезают с наступлением пубертатного периода, что является маркером незрелости головного мозга. Основными предикторами выявления ДЭПД по ЭЭГ у детей с ДЦП являются структурные изменения, обусловленные исключительно патологией перинатального периода.

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ МАРТИНА-БЕЛЛ

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

*ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы  
МГППУ, ФРЦ по организации комплексного сопровождения детей с РАС, Москва*

**Актуальность.** Своевременное и грамотное социально-психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с синдромом Мартина-Белл позволяет наиболее эффективно решать задачи развития самого ребенка, а также осуществлять поддержку семьи на всех этапах. Семьи нуждаются в таком типе сопровождения, который бы учитывал специфику самого заболевания, а также индивидуальную семейную ситуацию. В тот момент, когда ребенку диагностируют синдром, матери ребенка также устанавливается диагноз полной мутации или премутации. Подтверждение диагноза возможно также и другим родственникам. В связи с этим семья сталкивается с дополнительными трудностями, связанными с принятием диагноза ребенка, его наследственной природы. Такая ситуация меняет привычную картину мира семьи и требует времени и ресурсов для её адаптации.

**Цель.** Создать необходимые условия для формирования первичного взаимодействия родителей и ребенка и развития их взаимной привязанности, что позволяет более эффективно оказывать психолого-педагогическую помощь ребенку.

**Результаты.** Результатами эффективной работы являются: коррекция детско-родительских отношений; формирование партнерских отношений между супругами и другими членами семьи; формирование активной жизненной позиции у родителей. Существует ряд условий, выполнение которых позволяет оказывать помощь семье наиболее эффективно. Основными из них являются: раннее начало работы с семьей; одновременная работа с матерью и ребенком с учетом индивидуальных особенностей обоих; регулярность встреч в комфортной для родителя и ребенка обстановке; возможность взаимодействия с семьей длительно с постепенным снижением степени поддержки при активизации собственных ресурсов семьи; сочетание индивидуальной и групповой форм работы с детьми и родителями; вовлечение семьи в группы взаимной поддержки; активное вовлечение семьи в реализацию коррекционно-педагогической программы.

**Выводы.** Таким образом, важно учитывать своеобразный семейный контекст синдрома Мартина-Белл, который заключается в особом эмоционально-личностном и когнитивном профиле матери ребенка, потенциальной вовлеченности большого

количества родственников. Это ставит перед специалистами задачи, среди которых на первый план выступает необходимость информационной поддержки, выстраивание грамотного диагностического подхода, соблюдение этических норм и правил, построенных с учетом особенностей членов семьи ребенка.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП  
ЦИРКУЛЯРНОЙ ПОЛИМЕРНОЙ ПОВЯЗКОЙ В СОЧЕТАНИИ С  
БОТУЛИНОТЕРАПИЕЙ У ДЕТЕЙ  
СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП

Батышева Т.Т., Дарьина С.С., Ахадова Л.Я., Басалдук М.А., Наумова Е.Д.,  
Щипанова Е.

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

**Актуальность.** При детском церебральном параличе (ДЦП) препараты ботулинического токсина типа А (БТА) применяются более 20 лет. В НПЦ ДП накопился большой практический опыт использования ботулинического токсина. При спастических формах ДЦП ботулинотерапия является неотъемлемой частью восстановительного лечения. При лечении детей со спастическими формами ДЦП проводится детальный анализ неврологического и ортопедического статуса, применяются стандартизованные функциональные шкалы для оценки двигательных навыков.

**Материалы и методы.** На базе 1-го психоневрологического отделения НПЦ ДП за период с 2017 по 2019 год была проведена комплексная оценка и лечение эквинусной деформации стоп у детей. Всего под динамическим наблюдением было 23 ребенка, возраст детей на момент проведения лечения был от 3-х до 9-ти лет. Оценка функциональных возможностей проводилась с использование шкалы GMFCS, под наблюдением были пациенты I-III уровня. Пролечены и оценены 15 детей с диагнозом спастический гемипарез, 8 детей с диагнозом спастическая диплегия. Период наблюдения за детьми составлял до 1 года. В программу лечения входила ботулинотерапия (21 ребенок). Инъекции токсина производились в трехглавую мышцу голени. Через 5-14 дней накладывалась циркулярная полимерная повязка для жесткого удержания стопы в положении коррекции. Последующая этапная смена повязки проводилась с интервалом в 1 неделю. Затем, для профилактики прогрессирования эквинуса, изготавливался индивидуальный титор на молнии из низкотемпературного термопластика (19 детей), который одевался на ночной сон (не менее 6-ти часов в сутки) и использовался в качестве профилактики прогрессирования эквинуса. Средний срок использования циркулярных полимерных повязок составлял 2-3 недели. Для оценки результатов использовался анализ походки до и после лечения, с применением стандартизованных функциональных шкал.

**Результаты.** До лечения, во время походки, дети нагружали лишь передний отдел стопы, что приводило к заметному нарушению походки, деформации стопы, отсутствию устойчивости. По завершению этапа лечения полимерными повязками у 21 ребенка отмечалась положительная динамика в виде улучшения походки, равномерному распределению нагрузки на всю стопу, улучшению устойчивости при ходьбе. У 2-х детей не было выявлено положительной динамики из-за ригидного характера контрактуры. При дальнейших наблюдениях, в течение года, при использовании ночных титоров на молнии, у 17 детей не отмечалось прогрессирования эквинусной деформации стоп. 2 пациентам потребовалось повторное проведение лечения циркулярной полимерной повязкой в связи с прогрессированием эквинуса (из

них 1 ребенок нарушал режима ношения тугора, 1 ребенок - резкий скачок роста). Так же стоит отметить, что предшествующая ботулиноотерапия этапу лечения циркулярной полимерной повязкой позволяла уменьшить срок гипсования до 1-2 недель.

**Выводы.** Комплексное лечение детей со спастическими формами ДЦП в виде ботулиноотерапии с последующим проведением этапной коррекции циркулярной полимерной повязкой с целью увеличения объема движений за счет механического растяжения укороченной мышцы и дальнейшее использование ночного тугора на молнии с целью профилактики прогрессирования, является эффективным способом лечения прогрессирования эквинусной деформации стоп у детей с ДЦП 3-9 лет GMFCS I-III.

## ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Батышева Т.Т., Диордиев А.В., Адкина Е.А., Шагурина Р.В., Яковлева Е.С.

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

**Актуальность.** Нарушения нутритивного статуса у детей с церебральным параличом (ЦП) заслуживают пристального внимания, т.к. влияют на состояние здоровья, неврологический статус и моторные функции. Нутритивная недостаточность ухудшает течение основного заболевания, а также в целом влияет на качество жизни пациентов с ДЦП. Нутритивная недостаточность – это проявление несоответствия между поступлением питательных веществ и потребностью организма в энергетических и пластических материалах. Этиология нутритивной недостаточности у детей с ЦД многофакторна и включает как пищевые, так и непищевые причины. При коррекции нутритивных нарушений необходимо использовать мультимодальный подход с привлечением профильных специалистов: стоматолога, гастроэнтеролога, диетолога. Коррекция нутритивного статуса – важный компонент предоперационной подготовки у пациентов с ДЦП, поскольку при мальнутриции увеличивается частота возникновения послеоперационных осложнений, что сказывается на течении и длительности послеоперационного периода, эффективности лечения в целом. Предоперационное голодание и факторы периоперационного периода активизируют метаболический стресс-ответ, что приводит к развитию гиперметаболизма и катаболизма. Основными задачами периоперационной нутритивной поддержки являются снижение катаболической реакции организма на операционный стресс, восполнение энергетических затрат.

**Цель.** Изучить особенности периоперационной коррекции нутритивного статуса у детей с ЦП.

**Результаты.** Концепция улучшенной послеоперационной реабилитации, активно используемая в отделении анестезиологии и реанимации НПЦ ДП, направлена на сокращение времени лечения и восстановления после операции и предполагает минимизацию голодного и безводного периода до и после вмешательства. Для сокращения периода предоперационного голодания возможно назначение специализированных препаратов лечебного питания не менее чем за два часа до операции. В послеоперационном периоде питание начинается как можно раньше при отсутствии противопоказаний. Широко используются препараты лечебного питания, гиперкалорийные смеси с повышенной вязкостью, зондовое кормление.

**Выводы.** Оценка, коррекция и поддержка нутритивного статуса должны быть неотъемлемой частью реабилитационных мероприятий в периоперационном периоде у детей с ЦП, поскольку влияют на эффективность лечения в целом.

## ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У НЕВЕРБАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Батышева Т.Т., Диордиев А.В., Яковлева Е.С., Адкина Е.А.,  
Шагурина Р.В., Боровицкая М.Ш.

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

**Актуальность.** Неспособность выражаться вербально не исключает возможности того, что ребёнок испытывает боль и нуждается в соответствующем обезболивающем лечении. В ряде исследований было выявлено, что боль - это рутинный опыт для пациентов с ДЦП. Боль высокой интенсивности испытывают от 67% до 84% больных. В свою очередь вмешательства, используемые с целью улучшения двигательной функции, устранения деформаций, уменьшения боли и улучшения качества жизни, могут фактически усугублять боль и усиливать дискомфорт впоследствии. Наличие боли, несомненно, влияет на качество жизни пациентов с церебральным параличом (ЦП). Самое значительное негативное влияние оказывают скелетно-мышечные деформации, мышечная спастичность и высокий уровень GMFCS. Практически каждый аспект жизни и лечения таких пациентов может быть связан с болью: хирургическое лечение и ортопедия, частые анализы крови и внутримышечные инъекции. Физиотерапия и процедуры ЛФК, направленные на увеличение диапазона движений, часто сопровождаются болевыми ощущениями. Желудочно-кишечные патологические состояния, такие как гастроэзофагеальный рефлюкс и рвота, также могут быть довольно болезненны.

**Цель.** Изучить современные подходы к лечению острой и хронической боли у невербальных пациентов с неврологической патологией.

**Результаты.** Управление острой болью во время инвазивных процедур и хирургического лечения достигается заменой болезненных инъекций на альтернативные пути введения препаратов, локальным применением кремов-анестетиков. Регионарные методы обезболивания при хирургическом лечении имеют целый ряд преимуществ в сравнении с общей анестезией. Лечение хронической боли у детей с ЦП затруднено вследствие возрастных ограничений к применению большинства анальгетиков. К применению в детском возрасте разрешен весьма ограниченный перечень ненаркотических анальгетиков: ибупрофен, ацетаминофен, нимесулид, метамизол. Из анальгетиков опиоидного ряда к применению у детей разрешены морфин, тримеперидин и фентанил. Одна из современных лекарственных форм наркотических анальгетиков, разрешенная к применению у детей – пластырь с фентанилом.

**Выводы.** Остается нерешенной проблема достоверной оценки боли у пациентов со спастическим параличом на всех уровнях GMFCS. Необходимо помнить о том, что боль у пациентов со спастическими состояниями всегда носит хронический нейропатический характер, и подход к обезболиванию у таких пациентов должен быть комплексным.

## АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ БЛОКАД У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

Батышева Т.Т., Диордиев А.В., Яковлева Е.С., Адкина Е.А., Шагурина Р.В.

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

**Актуальность.** Одной из ведущих причин спастических состояний в детском возрасте является детский церебральный паралич. Достижения медицины, изменения в отношении общества к младенцам, детям и взрослым с церебральным параличом (ЦП) способствовали тому, что к долгосрочному лечению ЦП появился интерес и у анестезиологов.

**Цель.** Разработать тактику назначения региональных блокад у детей со спастическими состояниями.

**Результаты.** Помощь анестезиологов больным со спастическими состояниями складывается из четырёх аспектов. *Первый аспект* - это собственно анестезия при различных операциях, спектр которых достаточно широк- от малотравматичных сухожильно- мышечных пластик до коррекции сколиотической деформации позвоночника и высокоселективной дорсальной ризотомии. Мы считаем, что помимо общеизвестных преимуществ применения регионарной анестезии, существуют специфические положительные стороны регионарной блокады у детей с ЦП. Регионарная анестезия приводит к прерыванию патологической аfferентной импульсации из оперированной конечности, размыкая порочный круг и способствуя более быстрой и более успешной реабилитации пациентов с ЦП. На этом основании чётко виден *второй аспект* применения регионарных блокад у детей со спастическими состояниями. Это послеоперационная анальгезия с возможностью управления спастикой, так как вследствие остаточного моторного блока отсутствует спастичность мышц оперированной конечности, и её восстановление носит постепенный характер. *Третий аспект* применения регионарных блокад у пациентов со спастическими состояниями - диагностика контрактур суставов. Известно, что бывает достаточно трудно отличить контрактуру сустава от контрактильной установки, которая лечится консервативно. Использование различных плексусных блокад позволяет осуществлять моторный блок и анестезию конечностей, тем самым исключая мышечный компонент спастики и делая возможным проведение диагностических тестов. И, наконец, *четвёртый аспект* применения регионарных блокад у детей со спастическими состояниями - это лечение последствий спастичности. Опыт применения блокад у детей со спастическими состояниями позволяет нам утверждать, что регионарная анестезия снижает выраженность спастики, уменьшает болевой синдром, вплоть до полного купирования боли, влияет на тактику дальнейшего оперативного лечения, оптимизируя хирургическое вмешательство.

**Выводы.** Таким образом, оперативное и консервативное лечение значительного количества больных со спастическими состояниями может проводиться с использованием регионарных блокад, как основного звена анестезиологического пособия.

## КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ В ЛОГОПЕДИИ

Батышева Т.Т., Карпунина Т.А., Шалунова В.В.

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

**Актуальность.** Кинезиотейпирование- это инновационный, эффективный немедикаментозный метод, который в настоящее время эффективно используется в логопедии. Использование техник кинезиотейпирования позволяет логопеду эффективно решать проблемы, связанные с нарушением мышечного тонуса как у детей, так и у взрослых. Технологию придумал японский спортивный врач-массажист Кензо Касе в 70-х годах, более 20 лет назад её стали применять профессиональные спортсмены. Название метода происходит от двух слов: kinesio- движение и tape - лента. Кинезиотейпирование выполняют с помощью специальных хлопковых лент - тейпов. Они аналогичны по эластичности человеческой коже. Тейпы накладывают согласно методу кинезиологического тейпирования. Основной механизм в работе тейпов- это моделирование мышечно- фасциального сегмента, которое происходит благодаря определенному натяжению и особому наклеиванию лент. При нанесении аппликации воздействию подвергается кожа, подкожная клетчатка, фасциальные образования, мышцы. В логопедии тейпы используются при парезах, невритах, гиперсаливации, птозах, нарушениях процесса глотания и жевания, для комплексной реабилитации пациентов, перенесших инсульт. Кинезиотейпирование не используется в следующих случаях: дерматологические заболевания, нарушения целостности кожи, незажившие рубцы, аллергия на акрил (хлопковая лента имеет акриловый kleевой слой).

**Цель.** Изучить воздействие метод кинезиологического тейпирования в комплексной работе логопеда.

**Результаты.** За счет наложения специальных лент (тейпов) у логопеда появилась возможность управлять тонусом мышц за счет его повышения или понижения. На фоне лечения наблюдается значительное улучшение эффективности логопедической работы, направленной на коррекцию нарушений мышечного тонуса артикуляционного аппарата, нарушений звукопроизношения, а также процессов жевания и глотания.

**Выводы.** Таким образом, кинезиотейпирование как инновационный метод имеет большое значение в работе логопеда, способствует более эффективной коррекционной работе.

## РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ОСОБОГО РЕБЁНКА

Батышева Т.Т., Колчина Т.Ю.

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

**Актуальность.** Согласно данным Федеральной службы государственной статистики РФ, количество здоровых новорождённых неуклонно уменьшается, уступая место младенцам, рождённым с различными патологиями, тем самым, увеличивая уровень инвалидности среди населения. Опираясь на статистические данные (болезни нервной системы в 2000 году- 2731,1, а в 2017 году- 3534,7; врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения в 2000 году- 695,5, а в 2017 году- 1044,4 количество случаев на 100000 детского населения в возрасте от 0 до 14 лет) можно проиллюстрировать рост численности детей с диагнозом, установленным

впервые в жизни. К различным эндогенным и экзогенным причинам, обуславливающим скачок роста численности особых детей, можно отнести и тот факт, что в РФ с 2012г. начали действовать критерии регистрации новорождённых, рекомендованные ВОЗ. Переход на новые технологии выхаживания глубоко недоношенных детей- одна из важных задач, поставленных Правительством РФ перед современной медициной. Процесс выхаживания недоношенного новорождённого направлен на минимизацию возможных медицинских осложнений и нарушений, которым, по данным специалистов, подвержены дети, рождённые на сроке до 37 недель.

**Цель.** Изучить современные научные представления о факторах риска, профилактике и своевременной коррекции речевых нарушений у особых детей.

**Результаты.** На протяжении первых полутора лет жизни темпы психомоторного и речевого (доречевого) развития недоношенного ребёнка задержаны в сравнении с доношенным мальшом. Дети, рождённые преждевременно, имеют в дальнейшем высокий риск формирования различных патологий в двигательной, зрительной, слуховой сферах. Как правило, при наличии вышеуказанных нарушений, страдает и речевое развитие, поскольку для нормального речевого онтогенеза необходимо соответствующее развитие условных рефлексов, базирующихся на зрительных, тактильных и слуховых раздражениях. Ориентировочные реакции и основанная на них ориентировочно-исследовательская деятельность играют ключевую роль в успешном познавательном и речевом развитии ребёнка. По данным исследователей, в 60% случаев детская неврологическая инвалидность связана с патологией перинatalного периода, при этом 24% составляют дети с церебральным параличом. Речевые нарушения отмечаются у 70-80% больных с ДЦП. Отмечается взаимосвязь между речевыми и двигательными расстройствами. Врождённое нарушение слуха ведёт к отсутствию формирования сочетательных рефлексов на звуковые стимулы. Сурдопсихологами и логопедами отмечено, что на начальных этапах онтогенеза различия в психической деятельности и доречевом развитии слабослышащего и нормально развивающегося ребёнка незначительны. Тенденцию к существенному росту эти различия приобретают в течение последующего времени, в том случае, если сурдопедагогического и логопедического воздействия не оказывается. Снижение слуха прямо влияет на речевое развитие ребёнка. При тугоухости осложняется не только восприятие речи, но и системно нарушается развитие экспрессивной речи, поскольку страдают все её компоненты, непосредственно связанные со слуховой недостаточностью. При отсутствии раннего коррекционного воздействия у детей с нарушениями слуха зачастую наблюдаются задержки психического развития, формирования предметной деятельности, сюжетной игры, произвольного внимания, что в дальнейшем затрудняет проведение с ними специальной сурдологической и логопедической работы. Нарушения зрения также являются важнейшей причиной задержки ориентированно-познавательной деятельности и речевого развития. К врожденным и приобретенным офтальмологическим нарушениям, являющимся частыми причинами резкого нарушения зрительных функций у детей, относятся врожденные и приобретенные заболевания сетчатки и зрительного нерва, врожденные глаукома и катаракта, ретинопатия недоношенных, а также широкий комплекс синдромных и наследственных поражений глаз. Речевые нарушения у детей с врождёнными дефектами зрения встречаются гораздо чаще, чем у их нормально развивающихся сверстников. При отсутствии своевременной логопедической помощи такие дети имеют высокий риск возникновения нарушения устной речи, а также стойких специфических трудностей при освоении навыков письма и чтения. В тяжёлых случаях (ретинопатия недоношенных, амавроз, врождённые глаукома и катаракта и пр.) нарушение экспрессивной речи зачастую носит системный характер. Поэтому так важен своевременный охват детей с нарушениями зрения логопедической

помощью. Важно обозначить роль родителей в ранней логопедической помощи ребёнку, поскольку именно они являются существенным звеном коррекционно-логопедического процесса. Несмотря на обилие научно-популярной литературы, уровень просвещённости родителей в вопросах нормального онтогенеза тех или иных высших психических функций, речи, познавательного развития остаётся крайне невысоким. Незнание того "как должно быть в норме" способствует ущущению коррекционных возможностей и, тем самым, существенно затормаживает абилитацию и реабилитацию. В случаях отягощённого перинатального анамнеза, профилактическую и коррекционно- развивающую логопедическую работу целесообразно начинать с первого месяца жизни малыша. В тех случаях, когда ребёнок, по мнению родителей, развивается нормально, но "почему-то не говорит" не стоит ждать и оттягивать визит к специалисту, в частности, к логопеду. В противном случае это будет способствовать ущущению возможностей самого важного сенситивного периода развития ребёнка (от 0 до 3-х лет), когда головной мозг обладает уникальной нейропластичностью и наибольшей способностью к компенсации нарушенной функции. Такая нейропластичность детского головного мозга основана на разнице в организации психической деятельности взрослого и ребёнка. Те функции, которые у взрослых становятся со временем локальными, у детей остаются представленными в мозге интегративно. Они осуществляются за счет совместной деятельности разных участков головного мозга и здоровые участки имеют возможность взять на себя функции повреждённых. Вот почему специалистами, практикующими раннее логопедическое вмешательство (с рождения), отмечено, что дети раннего возраста показывают положительную динамику в речевом развитии значительно чаще в сравнении с детьми, приступившими к коррекционно- логопедическим занятиям в возрасте 4-5 лет.

**Выводы.** Таким образом, полноценное развитие нейропсихологической базы формирования речи (высшие психические функции: внимание, память, восприятие, мышление и т.д.) невозможно без нормального функционирования двигательной, слуховой, зрительной систем. Таким образом, важно особо подчеркнуть необходимость совместной работы междисциплинарной команды специалистов (врач, нейропсихолог, логопед, дефектолог, коррекционный педагог), обеспечивающих диагностику, профилактику и коррекцию нарушений развития особого ребёнка. Ранняя логопедическая помощь позволяет получить более высокие результаты коррекции речевых нарушений, что повышает возможность скорейшей социализации особого ребёнка.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДОШКОЛЬНИКАМИ

Батышева Т.Т., Колчина Т.Ю.

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

**Актуальность.** В отечественной логопедии практика использования ортодонтических средств в коррекции фонетического недоразвития речи находится на стадии зарождения.

**Цель.** Оценить эффективность вспомогательных ортодонтических средств для коррекции нарушений звукопроизношения у дошкольников.

**Материалы и методы.** Миофункциональные трейнеры использовались в коррекционно-логопедической работе с 10 детьми старшего дошкольного возраста. Продолжительность использования позиционеров составила 2 месяца. Занятия с

применением специального миогимнастического комплекса упражнений проводились 3 раза в неделю. Ношение пластины предполагалось ежедневно во время ночного и дневного сна, а также по 20 минут в день. Использовались мягкие силиконовые позиционеры, которые корректируют положение языка в ротовой полости, способствуют нормализации мышечного баланса периоральной области. Эти аппараты являются стандартными, поэтому легкодоступны. Они не требуют индивидуального изготовления, позволяют просто и эффективно исправить миофункциональные нарушения, вредные привычки, аномалии прикуса в младшем возрасте.

**Результаты.** Отмечены значительно лучшие результаты у детей, занимающихся с применением миофункциональной коррекции, чем у детей, занимающихся по традиционной методике. Использование трейнеров и вестибулярных пластин улучшило артикуляционную моторику, артикуляционный праксис, фонематический слух и звукопроизношение.

**Выводы.** Миофункциональные пластины помогают значительно ускорить и улучшить результаты работы логопеда. Ношение позиционеров способствовало подготовке артикуляционного базиса для устранения дефектов звукопроизношения благодаря улучшению кинестетической и кинетической основы движений органов артикуляции.

## МЕСТО СЕМЬИ В РАННЕЙ ПОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Батышева Т.Т., Колчина Т.Ю., Орлова Г.И.

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

**Актуальность.** Количество здоровых новорождённых в РФ неуклонно уменьшается, уступая место младенцам, рождённым с различными патологиями, увеличивается уровень инвалидности среди населения. Такие дети имеют высокий риск формирования в дальнейшем различных психофизических патологий, в том числе сочетанных.

**Цель.** Сформировать программу профилактики и комплексной коррекции речевых нарушений у детей с привлечением родителей, а также сформулировать рекомендации родителям по вопросам нормального речевого онтогенеза.

**Материалы и методы.** Проведен обзор литературы, а также беседы с родителями детей раннего возраста по вопросам нормального речевого онтогенеза, с целью выявления степени просвещенности по данной проблеме.

**Результат.** В результате проведённой работы с родителями были обсуждены следующие основные положения и практические рекомендации: основные моменты и особенности развития речи и ориентировочно-познавательной деятельности, на которые родители должны обратить внимание, в случае неблагоприятного течения беременности и родов; роль семьи, влияние атмосферы в семье и стиля воспитания на формирование речевых навыков, познавательное и общее развитие ребёнка; рекомендации по профилактике и коррекции нарушений речевого развития малыша, а также по стилю общения с особым ребенком.

**Вывод.** Таким образом, роль семьи в ранней логопедической помощи ребёнку очень важна. Своевременное просвещение родителей и вовлечение их в совместную работу со всей мультидисциплинарной командой специалистов представляет собой опору для коррекционных и профилактических мероприятий, что способствует скорейшему достижению целей реабилитации и социализации особого ребенка.

## СЛУЧАЙ ПОНТОЦЕРЕБЕЛЛЯРНОЙ ГИПОПЛАЗИИ, ТИП 2А

Батышева Т.Т., Кондакова О.Б., Гребенкин Д.И., Позднякова Д.А.,  
Пшемыская И.А., Слободчикова Н.С., Ларионова А.Н.

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

**Актуальность.** Понтоцеребеллярные гипоплазии (ПЦГ) - это группа редких наследственных нейродегенеративных заболеваний, характеризующихся атрофией моста и мозжечка. На настоящий момент известно 11 типов ПЦГ. Тип наследования – аутосомно - рецессивный. К основным клиническим проявлениям ПЦГ относятся прогрессирующая микроцефалия, грубая задержка моторного и психоречевого развития, изменение мышечного тонуса по спастическому типу, хореоатетоз, дистонические атаки, судороги.

**Материалы и методы.** Представляем описание клинического случая понтоцеребеллярной гипоплазии, тип 2А.

**Результаты.** Ребенок в возрасте 1г.1 мес. поступил в стационар с жалобами на маленькую окружность головы, задержку развития. В анамнезе: ребенок от 1 беременности, протекавшей с нефропатией, при УЗИ в 3 триместре отмечалось несоответствие размеров головы плода сроку гестации, первых срочных самостоятельных родов. При рождении вес 3380 г., длина 53 см, окружность головы 31,7 см, окружность груди 33,5 см, АПГАР- 8/9 баллов. У ребенка отмечались неонатальные судороги, для коррекции которых до 1,5 месяцев проводилась противоэпилептическая терапия, а также ночные приступы апноэ до двухмесячного возраста. В настоящее время: оценка физического развития: рост - 75 см, вес - 7200 г (дефицит веса), окружность головы - 39 см, окружность груди - 43,5 см. В неврологическом статусе были выявлены изменения мышечного тонуса в конечностях по спастическому типу, больше выраженные в руках, грубая задержка моторного развития, первичная микроцефалия, множественные гиперкинезы и сходящееся косоглазие. Ребенок мог кратковременно держать голову в положении лежа на животе, редко поворачивался на бок, при вертикализации давал опору на передние отделы стоп с тенденцией к перекресту на уровне нижней трети голеней. При осмотре были выявлены следующие стигмы дисэмбриогенеза: выступающий метопический шов, монголоидный разрез глаз, голубые склеры, широкое переносье, диспластичные ушиные раковины. Особенности дерматоглифики были представлены левосторонней поперечной ладонной складкой. МРТ головного мозга выявила выраженную структурную незрелость мозга, гипоплазию мозжечка, сопряженную с недоразвитием задней черепной ямки с уменьшением ее объема, гипоплазию мозолистого тела, микрозэнцефалию. При проведении повторной МРТ через 6 мес. отмечалась отчетливая положительная динамика, представленная нарастанием объема мозолистого тела, количества миелинизированных волокон, сокращением объема субарахноидальных пространств больших полушарий. В ходе ЭЭГ типичной эпилептиформной активности не зарегистрировано. При консультации офтальмолога выявлена патология проводящих путей. Дифференциальный диагноз проводился между наследственными болезнями обмена веществ, врожденными пороками развития ЦНС и наследственными нейродегенеративными заболеваниями, сопровождающимися атрофией моста и мозжечка. Для уточнения диагноза были проведены следующие генетические исследования: tandemная масс - спектрометрия (аминокислоты, ацилкарнитины органических кислот), исследование кариотипа, энзимодиагностика GM1- и GM2-ганглиозидозов. Патологических изменений выявлено не было. При проведении полноэкзонного секвенирования была выявлена ранее описанная гомозиготная мутация в 8 экзоне гена TSEN54 (chr17: 73518081 G>T), приводящая к замене

аминокислоты в 307 позиции белка (р. Ala307Ser, NM\_207346.2). Мутация описана в гомозиготной и компаунд - гетерозиготной форме у пациентов с pontoцеребеллярной гипоплазией, тип 2А, 4, 5 (OMIM 608755#0001). Выявленная мутация подтверждена у ребенка методом прямого автоматического секвенирования по Сэнгеру. Родители probанда были обследованы на носительство мутации chr17: 73518081 G>T в гене TSEN54. Оба родителя являлись носителями данной мутации в гетерозиготном состоянии. На основании данных анамнеза, клинической картины (возраст манифестиации заболевания, тяжесть клинической картины, продолжительность жизни больных) и лабораторно - инструментальных методов исследования поставлен диагноз: Пontoцеребеллярная гипоплазия, тип 2А (OMIM 274470).

**Выводы.** Таким образом, применение современных генетических методов диагностики позволяет поставить правильный диагноз, уточнить прогноз заболевания и риск повторения данной патологии в семье при дальнейшем деторождении.

## СПЕКТР ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ДЕТСКОМ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Батышева Т.Т., Кондакова О.Б., Гребенкин Д.И., Пшемысская И.А., Золотарев Д.И., Позднякова Д.А., Слободчикова Н.С., Ожегова И.Ю., Ларионова А.Н.

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

**Актуальность.** Врожденные пороки развития (ВПР) головного мозга - это морфологические дефекты его отдельных структур или мозга в целом. ВПР обусловлены нарушением эмбрионального развития нервной системы в результате воздействия генетических или внешнесредовых факторов. Ведущая роль в диагностике ВПР головного мозга принадлежит методам нейровизуализации, которые приобретают наибольшую ценность в первые годы жизни пациента.

**Материалы и методы.** Мы проанализировали 64 клинических случая с ВПР головного мозга у детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет (34 мальчика и 30 девочек). У 16 % обследованных ВПР был выявлен пренатально при УЗИ на сроке с 20 по 38 неделю беременности. Более чем у 2/3 детей ВПР заподозрен при НСГ и в дальнейшем подтвержден методами КТ(24%) и МРТ(57%). У 19% обследованных нейровизуализация не проводилась.

**Результаты.** Данное исследование выявило комбинированные пороки (сочетание двух или более пороков ЦНС) более чем у 1/3 детей, у остальных диагностированы изолированные пороки развития головного мозга. У 17 % обследованных больных ВПР ЦНС сочетались с врожденными пороками сердца, почек и конечностей. Генетические исследования были проведены у 35 детей (45%) и включали стандартное кариотипирование, FISH- исследование, микроматричный хромосомный анализ и NGS- секвенирование. Исследование кариотипа было проведено 22 детям, патология выявлена у 27% обследованных. Микроматричный хромосомный анализ проведен 13 детям, хромосомный дисбаланс выявлен у 46 % детей. FISH исследование для уточнения диагноза было проведено 4 пациентам, хромосомные аномалии подтверждены во всех случаях. NGS- секвенирование проведено 6 детям: патологические мутации, являющиеся причиной ВПР выявлены у 2 детей. В обследованной группе первое место (33%) занимают аномалии мозолистого тела: агенезия (27%) и дизгенезия (6%). На втором месте (26%)- ВПР мозжечка, представленные грубой дизгенезией (9%) и гипоплазией гемисфер и червя мозжечка (17%). Третье место (17%) занимают кортикальные дисплазии: лиссэнцефалия, пахигирия, полимикрогирия, фокальная кортикальная дисплазия, гетеротопии,

шизэнцефалия. Микроцефалия встречается у 11% детей, голопрозэнцефалия – у 6% обследованных. У 7% детей выявленные изменения головного мозга (гипоатрофия мозолистого тела и мозжечка) были обусловлены гипоксически-ишемическим поражением ЦНС. В результате проведенных генетических исследований выявлен ряд редких наследственных заболеваний: pontoцеребеллярная гипоплазия, тип 2А, синдром Миллера-Дикера (делеция 17p13.3), синдром дупликации 17p13.3, синдром Клефстра (делеция длинного плеча 9 хромосомы), 2 случая инвертированной дупликации короткого плеча 8 хромосомы, 2 случая септооптической дисплазии, 2 случая ромбэнцефалосинапсида у сибсов женского пола в одной семье, кольцевая 20 хромосома. У 40% процентов из 35 обследованных пациентов диагноз был подтвержден цитогенетическими и молекулярно-генетическими методами.

**Выводы.** Таким образом, проведенное исследование показало, что значительная доля ВПР головного мозга является наследственно обусловленной и возникает вследствие генных и хромосомных мутаций, эффект которых проявляется в виде эмбрионального дисморфогенеза. Применение генетических методов у больных с ВПР ЦНС позволяет уточнить прогноз заболевания у ребенка, спланировать реабилитационные мероприятия и провести медико-генетическое консультирование.

## МУЗЫКАЛЬНО-ЭСТЕТИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Батышева Т. Т., Кондратьева Н.Н., Гаврикова Е.А.

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

**Актуальность.** Музыкально-эстетическое воспитание занимает одно из ведущих мест в содержании воспитательного процесса и является одним из приоритетным направлением. Богатейшее поле для развития детей, а также развития их творческих способностей представляет музыкально-танцевальная деятельность, коррекционно-игровые занятия, музыкально-ритмические игры, инсценировки, музикаризация на шумовых инструментах, что непосредственно развивает воображение, мышление, память, чувство ритма у детей с двигательными нарушениями.

**Цель.** Разработать программу музыкально-эстетического воспитания детей с двигательными нарушениями.

**Материалы и методы.** В нашем центре работает студия музыкального развития под названием «Музыкальный калейдоскоп», где педагоги используя все виды музыкальной деятельности, проводят увлекательные, разнообразные, веселые занятия. В работе используются:

- слушание музыки- для развития эмоционального и слухового восприятия (формирование реакций на звуки всех оттенков; различие темпов и регистров используя характерные образы животных, различие громкого и тихого звучания музыкальных отрывков; соотнесение звучаний музыкальных и шумовых инструментов; умение различать музыкальные жанры),
- пение- для развития голоса (обучение воспроизводить долгие и короткие по длительности звуки и ритмы; изменять силу голоса в звукоподражательных упражнениях; привлекать детей к ритмичности музыки),
- музикаризация на шумовых инструментах- для развития чувства ритма, такта, знакомство с тембрами различных инструментов, чувства товарищества и коллективизма,
- музыкально-ритмические движения- для развития двигательных навыков, чувства ритма, фантазии, воображения, выразительности движения, увеличения амплитуды движений посредством создания образа животных, птиц, клоунов.

**Результаты.** Благодаря работе получены следующие результаты: создается благоприятная психологическая атмосфера, подчеркиваются достижения успехов у ребенка, повышается самооценка, происходит формирование у детей музыкально-эстетических интересов, потребностей, музыкально-эстетического вкуса, творческих способностей, пополнение общего запаса знаний, расширение представлений об окружающем мире, развитие познавательной деятельности, мышления, речи и повышения уровня языковых знаний. Все дети посещают занятия с желанием и интересом. Регулярно проводятся досуговые и праздничные мероприятия в отделении. Показательным итогом всей деятельности являются разнообразные и красочные выступления детей на сцене Научно-практического центра детской психоневрологии.

**Выводы.** Музыкально-эстетическое воспитание занимает важное место в комплексной реабилитации детей с двигательными нарушениями и способствует повышению показателей успешности восстановительного лечения.

## ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА «ТОМАТИС» В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ПРИ НАРУШЕНИИ ФОНЕМАТИЧЕСКОГО ВОСПРИЯТИЯ

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

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

**Актуальность.** На сегодняшний день, дети подросткового возраста часто сталкиваются с нарушением внимания во время школьных занятий, трудностями восприятия ученого материала, дефицитом внимания и быстрой истощаемостью. Одна из причин таких жалоб от родителей и педагогов - нарушение фонематического восприятия. Фонематическое восприятие – это способность воспринимать звуковой состав слова. Умение слышать каждый отдельный звук в слове, четко отделять его от рядом стоящего, умение анализировать звуковой состав слова, является важнейшей предпосылкой для хорошего усвоения школьной программы. Инновационное устройство по методике Альфреда Томатиса - создает уникальный перцептивный звуковой контраст. Этот эффект вызывает сокращение и расслабление мышц внутреннего уха, это приводит к прогрессирующей мобилизации мышц улучшает передачу сенсорных звуковых сообщений в головной мозг.

**Цель.** Изучить влияние метода аудио-вокальной стимуляции «Томатис» в реабилитации детей подросткового возраста, при нарушении фонематического восприятия у подростка.

**Материалы и методы.** Описание клинического случая, наблюдение в динамике.

**Результаты.** Девочка М., 12 лет. Обучается по программе общеобразовательной школы. В течение года родители отмечают повышенную утомляемость, сонливость, трудности усвоения некоторых школьных предметов (русский язык, литература). Была обследована при помощи теста слушания «Томатис». Было выявлено наличие частых ошибок и неразличение звуков близких частот. Девочка проходила реабилитационное лечение в НПЦ ДП ДЗМ в 7 отделении. В программу реабилитации были включены: курс аудио-вокальной стимуляции «Томатис» - 26 часов, ежедневное прослушивание в течение двух часов, занятия с психологом – 10, лечебная физкультура - 10. По завершению курса в первую неделю отмечалась незначительная динамика, девочка стала более усидчивой, внимательной. При повторном проведении тестирования, через два месяца, отмечалась положительная динамика в изменении формы кривой, которая стала приближена к «физиологической», а так же отмечается значительное улучшение в распознавании звуков близких по частоте. В клинических проявлениях отмечалось

значительное повышение усидчивости и успеваемости по таким предметам как русский язык, литература и иностранный язык, улучшилось звукопроизношения и значительно расширился словарный запас, фраза стала более сложной по структуре.

**Выводы.** По результатам наблюдений, использование инновационных технологий, метод «Томатис» в реабилитации при нарушении фонематического восприятия у подростков оказывает положительный эффект после первого курса.

## АУДИОНЕЙРОСЕНСОРНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ МЕТОДОМ ТОМАТИС@ В СИСТЕМЕ КОРРЕКЦИИ ПСИХО-РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Батышева Т.Т., Корчагина И.С., Белякова С.М., Орлова Г.И.

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

**Актуальность.** В настоящее время считается, что в корне многих проблем с обучением и поведением детей лежит нарушение слухового восприятия. Проверка навыков слухового восприятия предусматривает оценку ряда слуховых реакций. "Слуховая различительная способность" - это способность различать звуки разной частоты, длительности или интенсивности. Нарушение слухового различения может отрицательно сказываться на развитии навыков чтения, правописания, способностей получать, понимать и толковать полученную "извне" слуховую информацию. В настоящее время считается, что терапия Томатиса стимулирует миелинизацию слуховых путей (Sacarin, 2009), за счет чего повышается скорость обработки сигналов звуковой частоты (Kandel, 2000). Кроме того, слуховая стимуляция обеспечивает улучшение взаимодействия разных сенсорных систем и баланс симпатической и парасимпатической нервных систем (Tomatis, 1983).

**Цель.** Оценить эффективность метода стимуляции по Томатису в качестве дополнительного метода коррекции психоречевых и неврологических патологий у детей.

**Материалы и методы.** Использовалось «электронное ухо» со встроенными программами, наушники с системой «костной и воздушной проводимостью». Во многих случаях стимуляция по Томатису использовалась наряду с другими формами терапии для детей с особыми образовательными потребностями.

**Результаты.** Занятия, направленные на достижение сенсорной интеграции, оказались эффективными в качестве вспомогательной терапии для детей с особыми образовательными потребностями. Во всех случаях были обнаружены статистически значимые улучшения показателей.

**Выводы.** Таким образом, метод стимуляции по Томатису является эффективным в качестве дополнительного метода коррекции психоречевых и неврологических патологий у детей.

## РАЗВИТИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ РУК НА ЗАНЯТИЯХ ПО ТЕСТОПЛАСТИКЕ С ДЕТЬМИ С ДЦП И ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Батышева Т.Т., Кучерова Е.В.

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

**Актуальность.** Занятия с применением техники «тестопластика» гармонично развивают в ребенке мелкую моторику, познавательные функции, внимание,

мышление, воображение, наблюдательность. Работа с тестом, своего рода, упражнения, оказывающие помощь в развитии тонких дифференцированных движений, координации, тактильных ощущений, необходимых в работе с детьми. Кроме этого, тесто – приятный на ощупь, экологически безвредный и не аллергенный материал.

**Цель.** Оценить влияние тестопластики на развитие точных и дифференцированных движений кистей и пальцев рук.

**Материалы и методы.** На занятиях тесто замешивается в присутствии детей, что дает возможность поработать с ним, потрогать, ощутить запах, помять, выразить свои ощущения при работе с тестом. Сначала дети учатся лепить и украшать плоские фигурки – декоративные пластины, используются формочки для печения. Чтобы разнообразить работу с тестом предлагается украсить сырое изделие веточками, колосьями, сухоцветами, ракушками, камушками, макаронами, бисером, горохом. Следующий этап – лепка по замыслу. На этих занятиях анализируется степень усвоения материала, как дети самостоятельно применяют те навыки и приемы, которые уже усвоили. При изготовлении поделок используются различные приемы лепки: приплющивание ладошкой или пальчиком, размазывание, оципывание, раскатывание «колбаски» и «колобка» ладошкой или пальчиком, оттягивание, которые способствуют развитию зрительно-моторной координации, пространственному восприятию и зрительной памяти; улучшают координацию движений рук и пальцев; формируют самостоятельность, трудовые навыки. Одним из этапов изготовления поделок является раскрашивание готовых форм красками (гашью, акварелью), что способствует развитию восприятия цвета, творческой фантазии.

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

**Выводы.** Занятия с мягким тестом оказывают успокаивающее воздействие на ребенка, раскрепощают его, учат быть сосредоточенным в работе, заряжают положительными эмоциями. Развитие ребенка происходит незаметно, ненавязчиво в процессе «творения» ребенком своей поделки; во время работы с тестом у детей улучшается координация и точность движений, разрабатываются кисти рук, кончики пальцев становятся более чувствительными.

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ

Батышева Т.Т., Ларионова А.Н., Малышева Т.В., Ковалева У.В.,  
Нанкина И.А., Гузино О.С., Саржина М.Н.

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

**Актуальность.** Синдром Гийена-Барре (СГБ, код по МКБ G61.0)- тяжелое аутоиммунное заболевание периферической нервной системы, проявляющееся развитием острого вялого тетрапареза. Заболеваемость СГБ в РФ составляет в среднем 1,8 на 100000 населения в год, что сопоставимо с мировыми данными.

**Материалы и методы.** С 2016 года в НПЦ ДП госпитализируются дети с СГБ для проведения реабилитационных мероприятий. Пролечено 10 пациентов со среднетяжелым течением заболевания без развития осложнений со стороны других органов и систем. У 9-ти детей на момент поступления давность заболевания составляла 1-3

месяца, у 1-го ребенка – 6 месяцев. В клинической картине наблюдались классические симптомы: мышечная слабость с преобладанием в нижних конечностях, мышечная утомляемость, снижение или отсутствие сухожильных рефлексов. У 3-х также сохранялось нарушение чувствительности, 2-е детей имели мышечные контрактуры голеностопных суставов, 1 ребенок – формирование сколиоза, 1 – симптомы поражения лицевого нерва, 1 – тремор рук. На ЭНМГ у 2 детей отмечался демиелинизирующий процесс во всех исследованных нервах, у остальных – демиелинизация и вторичная аксональная деструкция нервных волокон, возникшая в течение первых 2-4 недель от момента дебюта.

**Результаты.** Все пациенты в остром периоде заболевания получили патогенетическую терапию – плазмаферез. 7-ми пациентам при первой госпитализации в НПЦ проведено лечение внутривенными иммуноглобулинами. Получен быстрый выраженный эффект в виде нарастания мышечной силы, появления рефлексов, восстановления чувствительности. Реабилитационный курс включал массаж, ЛФК, занятия на тренажерах, электрофизиотерапию, иглорефлексотерапию, грязелечение, парафинотерапию, гидрокинезотерапию, медикаментозное лечение. 100% пролеченных детей после каждого проведенного курса имели отчетливую положительную динамику клинически и при ЭНМГ-исследовании.

**Заключение.** Раннее начало реабилитационных мероприятий показано всем детям с СГБ. Проведение активной реабилитации в течение первого года с момента дебюта позволяет значительно улучшить качество жизни и снизить инвалидизацию пациентов.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КОМПЛЕКСНЫМ РЕГИОНАРНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

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

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

**Актуальность.** Комплексный регионарный болевой синдром (КРБС) – это патологическое состояние в виде хронического болевого синдрома, развивающегося после воздействия повреждающего фактора, не ограничивающегося зоной иннервации одного периферического нерва, явно не пропорциональное воздействующему фактору и проявляющееся сенсорными, моторными и вегетативно-трофическими расстройствами. КРБС встречается относительно редко, заболеваемость составляет в среднем 26,2 случая на 100 тыс. населения. Верхние конечности поражаются значительно чаще. Переломы или хирургические вмешательства в анамнезе отмечают у 80–85% пациентов. КРБС первого типа встречается чаще второго: 21 на 100 000 и 4 на 100 000 населения соответственно. Женщины подвержены развитию КРБС в 3–4 раза чаще, чем мужчины. С точки зрения доказательной медицины, для лечения КРБС эффективны кортикоиды, НПВП, противосудорожные средства, бисфосфонаты. Рекомендации по использованию опиоидов, кальцитонина и антидепрессантов, а также симпатических блокад являются неоднозначными. Тем не менее, научных данных, подтверждающих эффективность фармакотерапии КРБС, немного.

**Цель.** Апробировать комплекс эффективного реабилитационного лечения по ведению пациентов с комплексным регионарным болевым синдромом для уменьшения интенсивности болевого синдрома, увеличения объема движений в пораженной конечности.

**Материалы и методы.** Представлены 2 клинических случая пациентов с КРБС, наблюдавшихся в нашем центре.

**Результаты. Клинический случай 1.** Пациентка Ш., 15 лет, поступила в связи с интенсивной болью «жгучего» характера, ограничивающую движения в правом лучезапястном суставе, онемением, слабостью в правой кисти, усиливающуюся при движении, отечностью и «синюшностью» правой верхней конечности, болью по задней поверхности плеча. Данные жалобы беспокоят пациентку с 2014г., когда произошла травма нижней трети правого предплечья (растяжение связок), после чего в течение 2 лет отмечала непостоянны ноющие боли в области правого лучезапястного сустава. С сентября 2016г. пациентка отметила увеличение интенсивности болевого синдрома в области правой кисти. При объективном осмотре отмечается отечность правой кисти. Движения в правом лучезапястном суставе ограничены из-за болезненности, отмечено уплотнение и зона болезненности при пальпации мышц в нижней трети предплечья, слабость 1-3 пальцев кисти, зона гипестезии на ладонной поверхности 4 пальца, гипотрофия тенора. Симптом Тинеля, симптом Фалена положительные справа. В отделении выполнены следующие обследования: ЭНМГ верхних конечностей, по результатам которого отмечается повышение амплитуды М-ответа от срединного нерва справа. Рентгенография кистей, по результатам которой определяется остеопороз дистальных отделов костей предплечья и запястья справа. МРТ кистей- воспалительные изменения срединного нерва справа. Выставлен клинический диагноз - Синдром Зудека (Комплексный регионарный болевой синдром), стадия 3. Невропатия срединного нерва справа. Назначена гормональная терапия (преднизолон в дозировке 30 мг в сутки в/м, 7 дней), курс физиотерапии (лазеротерапия на правый лучезапястный сустав, грязевые аппликации на правую руку, ПеМП на правую руку продольно, электрофорез с новокаином, эуфиллином на правую руку, бодидрейн на правую верхнюю конечность). На фоне проведенного лечения улучшилось клиническое состояние пациентки (значительно уменьшилась интенсивность болевого синдрома, регрессировала отечность правой кисти).

**Клинический пример 2.** Пациентка О., 16 лет, поступила в связи с жалобами на боль в правой руке, правом надплечье, затруднения движений в правом плечевом суставе, правой кисти. С мая 2016г. отмечала слабость в правой кисти, затем покраснение кожи, покалывания в пальцах, отек кисти, затруднения движений в лучезапястном суставе, суставах пальцев правой руки, выраженный болевой синдром. В дальнейшем боль, отёк, изменения цвета кожи, нарушение функции переместилось в область плечевого сустава и надплечья. Из анамнеза известно, что девочка занималась САМБО и описывала частые падения, травмы. При объективном осмотре отмечалось снижение мышечной силы в правой руке до 4 баллов, снижение сухожильных рефлексов с правой верхней конечности. Правая кисть отечна, кожа истончена, движения в кисти и лучезапястном суставе ограничены из-за интенсивного болевого синдрома. Пальпация области плечевого сустава болезненна. Ограничение движений в правом плечевом суставе. В отделении выполнена ЭНМГ- признаки заинтересованности медиального пучка правого плечевого сплетения. На МРТ правого плечевого сустава- признаки отека клюновидно-плечевой, средне-суставно-плечевой связок. Поставлен диагноз - КРБС, синдром Стейнброкерра. Назначена гормональная терапия, проведён курс физиотерапии - парафиновые аппликации, ПеМП, электрофорез с новокаином на правый плечевой сустав, электрофорез с эуфиллином на правую кисть. В результате лечения состояние пациентки значительно улучшилось (уменьшилась интенсивность болевого синдрома, регрессировала отёчность правой кисти, увеличился объем движений в правом плечевом суставе). Дифференциальная диагностика КРБС у данных пациенток проводилась с плече-лопаточным периартрозом, радикулопатией С5-С6, гематомиелией, опухолью (синдромом) Панкоста, полинейропатией Ландри-Гийена-Барре, лимфодемой, болезнью Рейно, облитерирующим тромбангиитом.

**Выводы.** Для лечения КРБС необходим индивидуальный интегрированный междисциплинарный подход, включающий реабилитацию, психологическую

поддержку и медикаментозное лечение. Основной задачей реабилитации больных при острых и хронических КРБС является уменьшение интенсивности болевого синдрома, восстановление функции пораженной конечности, которая достигается не только использованием медикаментозного лечения, но и проведением физиотерапевтических методов лечения, дифференцированных режимов двигательной активности. На основании представленных клинических случаев, в комплексном лечении больных с КРБС, можно рекомендовать применение коротких курсов пероральных глюкокортикоидов на ранних стадиях заболевания, сопровождающихся выраженным воспалительным процессом. При умеренных болях в сочетании с вегетативными нарушениями и отеком целесообразно проведение короткого курса лечения НПВП в течение 2-3 недель.

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Батышева Т.Т., Нанкина И.А., Ларионова А.Н., Быкова О.В., Саржина М.Н.

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

**Актуальность.** Рассеянный склероз (РС, код по МКБ G35) – неврологическое заболевание с аутоиммунно- воспалительными и нейродегенеративными механизмами развития. У 2-10% дебют РС приходится на возраст до 18 лет.

**Материалы и методы.** За 2018 год в НПЦ ДП пролечено 15 детей с рецидивирующе- ремиттирующим течением РС. Приведенный клинический случай демонстрирует комплексный подход к реабилитации.

**Результаты.** Девочка Б., 16 лет, поступила с жалобами на слабость в левых конечностях, ощущение скованности в левой руке, частые мышечные спазмы в левых конечностях, шаткость при ходьбе, сохраняющимися в течение 2-х месяцев несмотря на проводимую терапию глюкокортикоидами (метилпреднизолон 5г в/в, дексаметазон в/м по схеме). Дебют заболевания год назад, в анамнезе 3 обострения, в течение 6 месяцев на терапии интерфероном бета 1а 44 мкг п/к 3 раза в неделю. В неврологическом статусе при поступлении: межъядерная офтальмоплегия, лицевая асимметрия, нистагм; левосторонний спастический гемипарез (спастичность по Эшвортю 2 балла), координаторные нарушения в левых конечностях; атаксия; спазмы в мышцах левой руки. EDSS 4,5. В отделении проводилось лечение: иммуноглобулин человекеский для в/в введения в дозе 300 мл (4 мл/кг веса) ежедневно №3, баклофен 70 мг в сутки, ЛФК №10, массаж №10, занятия на тренажерах №10, электрофорез с эуфилином на область спины продольно №8. На фоне лечения отмечалась положительная динамика: уменьшилась частота эпизодов тонического напряжения левой руки, уменьшилась спастичность в левых конечностях (1 балл по Эшвортю), регрессировал нистагм, уменьшилась выраженность лицевой асимметрии, уменьшилась атаксия, восстановилась мышечная сила в левой ноге. EDSS 3,5. Через 1 месяц - полное восстановление мышечной силы в левых конечностях, регресс мышечных спазмов в левой верхней конечности, сохранялась легкая интенция и дисметрия при выполнении пальце- носовой пробы слева, легкая атаксия в ходьбе. EDSS 2,5

**Выводы.** Пациенты детского и подросткового возраста с РС должны получать раннюю комплексную реабилитацию, включающую как медикаментозную терапию, так и физические и физиотерапевтические методы воздействия и учитывающую индивидуальность каждого пациента.

# ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ. ВИДЫ ДИАГНОСТИКИ

Батышева Т.Т., Нехаева Е.А.

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

**Актуальность.** Выявление детей с отклонениями в развитии, на сегодняшний день, это единственная область коррекционной педагогики, где применение диагностических методик совершенно необходимо и осуществляется постоянно, представляя собой повседневный работу.

**Цель.** Изучить современные научные данные о методах психолого-педагогической диагностики (ПДД) детей с отклонениями в развитии.

**Материалы и методы.** В современной системе психолого-педагогического сопровождения детей с отклонениями в развитии выделяют следующие виды диагностики: скрининговая, дифференциальная, динамическая и углубленная. ППД решает ряд следующих задач: уточнение диагноза и определение программы обучения и воспитания ребёнка; ограничение сходных состояний при различных психофизических нарушениях, уточнение клинического, психолого-педагогического и функционального диагноза; прогнозирование возможностей развития и обучения ребенка на основе выявленных особенностей развития, а также определение путей и средств развивающей коррекционной работы.

**Результаты.** Используются две группы методов: 1. тесты, т.е. методы, позволяющие исследователю давать количественную квалификацию изучаемому явлению; 2. приёмы качественной диагностики особенностей психического развития. В диагностике отклоняющегося развития используются преимущественно диагностические методы второй группы. Однако, при их использовании необходимо учитывать следующие аспекты: 1. ограничиваются возможности учёта возрастно-психологического подхода к диагностике, в связи с чем В.И. Лубовский считает, что диагностическое обследование должно сочетать экспериментально-психологический метод с количественно-качественной оценкой и учётом возрастных особенностей; 2. как показывает практика, в диагностической деятельности специалистам часто приходится сталкиваться с детьми, отклонения в развитии у которых не позволяют применять традиционные диагностические методики, которые чаще всего носят вербализованный характер. Они вызывают трудности у детей, поскольку нарушения психического развития обычно сопровождаются той или иной степенью речевой недостаточности. Полученные таким образом результаты не могут объективно свидетельствовать об уровне интеллектуального развития, затрудняют выделение качественных характеристик психической деятельности. Особенно большие трудности возникают при диагностике тех дефектов развития, причины которых близки, а основные психологические проявления сходны. Например, дифференциальная диагностика задержки психического развития и лёгкой степени умственной отсталости, когда в обоих случаях причиной нарушения развития является органическая недостаточность мозга, а существенным проявлением дефекта - отставание в умственном развитии. Необходимо также учитывать, что вторичные и третичные нарушения оказывают обратное отрицательное воздействие на психическое развитие ребенка, на раскрытие, развертывание его потенциальных возможностей. Так, несформированность мотивации или её нарушения, т.е. дефекты, относящиеся к эмоционально-волевой сфере, затрудняют решение ребенком интеллектуальных заданий, находящихся в зоне его ближайшего развития, что затрудняет дифференциальную диагностику. Диагностический процесс является кратковременным, но выявление психологических особенностей ребенка на этом этапе

лишь начинается. Оно в той или иной мере продолжается в форме длительного, так называемого клинического, изучения на всём протяжении его дальнейшего обучения, особенно в начальный период, когда обычно проверяется первоначальный диагноз.

**Вывод.** Таким образом, своевременное выявление детей с отклонениями в развитии играет важнейшую роль в построении программы развития и обучения, индивидуализации педагогического подхода, создающего условия для наиболее эффективного использования возможностей ребёнка.

## ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И УЧАСТИЕ РОДИТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ КОРРЕКЦИИ РАЗВИТИЯ РЕЧИ ДЕТЕЙ КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

Батышева Т.Т., Орлова Г.И., Вильданова Е.Л., Быховская Е.Л., Кузнецова Т.В.

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

**Актуальность.** В последние годы наблюдается значительный рост распространённости речевой патологии у детей и её осложнённости в виде проявления множества сочетанных расстройств, не ограничивающихся только нарушением речевой функции. Информирование родителей является одним из важных этапов при обследовании и составлении коррекционного маршрута ребёнка. Родители – это самые близкие люди для ребенка. Они могут способствовать успешной коррекционной работе и могут ей противодействовать, считая ее необязательной и излишней. Особое значение в связи с этим приобретает проблема повышения информированности и участия родителей в процессе коррекции речевых патологий. Основной подход логопедии – раннее выявление и коррекция отклонений в развитии речевой функции. Процесс создания и совершенствования форм организации коррекционной работы с детьми с речевой патологией возможен только на основе взаимодействия и сотрудничества врачей, коррекционных педагогов (логопеда, олигофренопедагога, психолога), ребенка и родителей. Дети «группы риска» (с признаками органического поражения мозга, с пороками развития, последствиями перинатальных поражений ЦНС, недоношенные, в условиях социальной /эмоциональной/ депривации и т.п.) с рождения наблюдаются врачом-неврологом и другими необходимыми ребенку специалистами, получают квалифицированную помощь, профилактику. Дети раннего возраста вне «группы риска» наблюдаются преимущественно только в поликлиниках. Речевые проблемы выявляются с опозданием (3-7 л.), коррекция усложняется, вызывает материальные затраты, требует привлечения узкопрофильных специалистов.

**Цель.** Оценить степень важности информирования родителей в процессе коррекции речевого развития детей в возрасте от нескольких недель до 1 года.

**Материалы и методы.** В 3-м неврологическом отделении для новорожденных детей НПЦ ДП г. Москвы наблюдаются дети с первых недель жизни до 1г, проводится комплексное обследование ребенка: медицинский аспект основывается на определении локализации речевого нарушения (в центральном или периферическом отделе), также учитывается нарушение речевых анализаторов (речедвигательный или речеслуховой); логопедический аспект предполагает проведение качественной диагностики речевых нарушений у ребенка, сбор анамнестических данных, разработку методических материалов для родителей, письменных рекомендаций по абилитации, проведения занятий, где родители получают информацию о возрастных нормах, значимых показателях развития, осваивают приемы логопедической коррекции в домашних условиях.

**Результаты.** В процессе работы определяется первичность или вторичность конкретного отклонения в развитии ребенка; производится обязательное информирование родителей о речевых и сопутствующих нарушениях; происходит активное вовлечение родителей в диагностические и коррекционные процессы; родителям объясняется необходимость систематических занятий, а также закрепление полученных ребенком на коррекционных занятиях знаний и умений. Раннее выявление тех или иных отклонений психоречевого развития ребенка позволяет своевременно предупредить дальнейшее развитие патологии речи. Информированные родители успешно проводят скрининг-диагностику и, при необходимости, обращаются к специалистам для дифференцированного обследования. Кроме того, в логопедическом процессе именно родители обеспечивают систематичность, закрепление умений, полученных на занятиях.

**Выводы.** Таким образом, раннее выявление речевых нарушений у детей, повышение информированности родителей о речевых нарушениях ребенка и участие их в коррекционном процессе является необходимым для полноценной коррекции нарушений речи и сочетанных расстройств.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЦП

Батышева Т. Т., Петлева Е. В.

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

**Актуальность.** Значение внимания в жизни человека огромно. Оно делает психические процессы полноценными. Только внимание даёт возможность видеть, слышать, воспринимать окружающее. Внимание у детей начинает проявляться довольно рано, уже в первые месяцы жизни. Сначала появляется непроизвольное внимание. С возрастом оно развивается, увеличивается круг объектов, которые вызывают непроизвольное внимание, и само это внимание становится более сильным и устойчивым. В младшем школьном возрасте регулирующее влияние высших корковых центров постепенно совершенствуется, в результате чего происходят существенные преобразования характеристик внимания, идет интенсивное развитие всех его свойств, особенно резко - в 2,1 раза увеличивается объем внимания, повышается его устойчивость, развиваются навыки переключения и распределения. Однако, только к 9-10 годам дети становятся способными достаточно долго сохранять и выполнять произвольно заданную программу действий. Без внимания нет сознательного отношения человека к тому, что он делает. Внимание имеет огромное значение для любой деятельности, особенно для обучения.

**Цель.** Изучить современные научные данные об особенностях внимания у детей с детским церебральным параличом (ДЦП).

**Результаты.** Внимание детей с ДЦП характеризуется рядом патологических особенностей. У большинства детей с ДЦП отмечается повышенная психическая истощаемость и утомляемость, пониженная работоспособность. Дети с трудом сосредотачиваются на задании, быстро становятся вялыми и раздражительными. Нарушения внимания могут быть связаны не только с церебральными явлениями, но и с отклонениями в функционировании зрительного анализатора: невозможность фиксации взора, недостаточный уровень развития прослеживающей функции глаз, ограничение полей зрения, нистагм и др. Обычно при ДЦП все свойства внимания задерживаются в своем развитии и имеют качественное своеобразие. Нарушается формирование избирательности, устойчивости, концентрации, переключения,

распределения внимания. Например, при выполнении методики «Корректурные пробы» отмечаются пропуски элементов (предметов, букв, цифр), пропуски строчек, зачеркивание сходных по начертанию знаков. Это говорит о недостаточной устойчивости, концентрации и распределении внимания. Отмечаются трудности в переключении внимания, застrevание на отдельных элементах, что связано с инертностью психической деятельности. Особенно значимые трудности возникают при формировании произвольного внимания. Бывает, что ребенок не в состоянии целенаправленно выполнять даже элементарные действия. Отмечается слабость активного произвольного внимания. При нарушениях активного произвольного внимания страдает начальная стадия познавательного акта- сосредоточение и произвольный выбор во время приема и обработки информации. При всех формах ДЦП особенно страдает переключение внимания (для этого в большинстве случаев требуется длительный период и неоднократная стимуляция). Многие недостатки внимания исчезают у ученика в процессе правильно организованной учебной работы.

## РОЛЬ НАСТОЛЬНЫХ СПОРТИВНЫХ ИГР В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Батышева Т. Т., Писарева И.Б.

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

**Актуальность.** Игра - самое большое поле свободного творчества. В ней заложен богатейший потенциал развития личности ребёнка. Настольные игры направлены на то, чтобы развивать у детей такие необходимые качества, как память, логическое мышление, внимательность. Они учат находить взаимопонимание с другими игроками. Именно настольные игры помогают детям достойно принимать поражение, правильно к этому относиться. В мире существует масса игр, которые подходят для детей с различными видами инвалидности.

**Целью** обучения детей с ОВЗ настольным спортивным играм является не только физическая, но и психологическая реабилитация: развитие качеств и структур личности, социализация, интеграция в среду.

**Материалы и методы.** Такие адаптивные настольные спортивные игры, как Джакколо, Кульбуто, Матрёшка, как раз идеальный вариант для детей с ОВЗ. В игру Джакколо может играть ребёнок и одной рукой, тут фишки нужно забрасывать в лунки. Игра «Новус» схожа с бильярдом, но вместо шаров - пешки. Очень удобный столик: квадратный и низкий, хорошо подходит для колясочников. Настольный Кёрлинг, настольный боулинг также хорошо подходит тем детям, у кого совсем слабые руки, поэтому кегли делаются лёгкими. Все эти игры дают детям возможность развивать и совершенствовать движения, требуют активной деятельности крупных и мелких мышц. Также большое влияние оказывают и на нервно-психическое развитие играющего, формируют важные качества личности. У детей развиваются воля, сообразительность, смелость, быстрота реакции и др. Игры пробуждают спортивный дух, ведь они лишены подчас возможности играть в те игры, в которые играют здоровые дети. Такие игры, как Тэйбл эластик, Бильярд-хоккей, Шаффл борд – идеальный вариант для детей с ОВЗ, они максимально адаптированы для таких детей. Дети могут участвовать по двое, четверо, а могут делиться на команды.

**Выводы.** Настольные игры - это всегда испытание и тренировка личных качеств, умение сосредоточиться, думать, быть вежливым, терпеливым. Совместные действия в играх сближают игроков, доставляют им радость от преодоления трудностей и достижения успеха.

# АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОВЗ И ИНВАЛИДОВ ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПАХ

Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Шиошвили В.А., Быкова О.В., Бахтина Е.А.

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

**Актуальность.** Адаптивная физическая культура (АФК) и спорт являются важной составной частью комплексного реабилитационного процесса. Основной целью АФК является улучшение функционального состояния пациента, используя его заинтересованность в разнообразных дополнительных видах физической активности, что, в конечном счете, приводит к самореализации, удовлетворении потребности в коммуникации и социализации. Пациенты с инвалидностью в зависимости от причин и степени тяжести могут быть ограничены в профессиональной, трудовой, общественной реализации. В этих случаях АФК и спорт могут быть практически единственной возможностью самореализоваться. При наличии у пациентов с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью сопутствующих эпилептических приступов часто затрудняет доступ к АФК и спорту, что приводит к еще большим негативным последствиям.

**Цель.** Разработать тактику АФК и спорта детям и подросткам с ОВЗ и инвалидностью при сопутствующих эпилептических приступах.

**Материалы и методы.** На основании приказа Минздрава России от 01.03.2016 №134н о допуске на занятия АФК и спортом, а также многолетнего наблюдения и восстановительного лечения детей с ОВЗ и инвалидов на базе ГБУЗ НПЦ ДПН разработана тактика допуска пациентов с ОВЗ к АФК и спорту при сопутствующих эпилептических приступах.

**Результаты.** Для получения допуска для занятий АФК и спортом приказом Минздрава России от 01.03.2016 №134н установлен порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях, осуществляющих спортивную подготовку, иных организациях для занятий физической культурой и спортом. По результатам проведенного медицинского осмотра, определяется принадлежность лица к функциональной группе:

1 группа - возможны занятия физической культурой (в том числе в организациях), участие в массовых спортивных соревнованиях, занятия спортом на спортивно-оздоровительном этапе спортивной подготовки без ограничений;

2 группа - возможны занятия физической культурой (в том числе в организациях), занятия спортом на спортивно-оздоровительном этапе спортивной подготовки с незначительными ограничениями физических нагрузок без участия в массовых спортивных соревнованиях;

3 группа - возможны только занятия физической культурой (в том числе в организациях) со значительными ограничениями физических нагрузок;

4 группа - возможны только занятия лечебной физической культурой.

При текущих эпилептических приступах, а также длительности клинической ремиссии до 1 года противопоказана любая дополнительная физическая нагрузка, кроме определенной соответствующим объемом ЛФК. При ремиссии от 1 года до 2-х лет допустима легкая аэробная физическая нагрузка- катание на лыжах или велосипеде, индивидуальные занятия с инструктором оздоровительным плаванием. При ремиссии от 2-х лет при отсутствии по данным ЭЭГ эпилептиформной активности можно наряду с аэробной физической нагрузкой средней мощности использовать подвижные и спортивные игры под контролем инструктора. Среди единоборств допустимо применять бесконтактные виды (пара-карата и аналогичные).

# ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Батышева Т.Т., Пшемысская И.А., Позднякова Д.С., Дорофеева Е.В.,  
Шиошвили В.А., Пасхина И.Н., Слободчикова Н.С.

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

**Актуальность.** Травматическое повреждение плечевого сплетения- одна из самых распространенных травм во время процесса рождения. Показатель заболеваемости составляет 0,3 до 3 на 1000 рождений, причем большинство травм плечевого сплетения определяется сразу в острой обстановке. До 30-35% детей в дальнейшем становятся инвалидами. В настоящее время существует два подхода к терапии: консервативный и оперативный.

**Цель.** Оценить эффективность восстановительного лечения у детей раннего возраста с травматическим повреждением плечевого сплетения.

**Материалы и методы.** В наше отделение поступают дети в возрасте от 3 дней жизни до 1 года для проведения комплекса консервативного восстановительного лечения. В 2017г. поступило 24 ребенка с травматическим повреждением плечевого сплетения (из них: 11 пациентов- первичное поступление, 3 пациентов в возрасте до 1 месяца). В 2018 году -19 пациентов (из них 8 пациентов- первичное поступление, 2 пациента- в возрасте до 1 месяца). Терапия в отделении построена на базе мультидисциплинарного подхода. При первой госпитализации с первых дней поступления назначается медикаментозная терапия (поэтапно), направленная на снятие отека, восстановление нейропроводимости, совместно с применением функциональных лонгет (дети с переломами ключицы находились в фиксирующей повязке до 14 дня жизни). С раннего неонатального периода для снятия отека проводилась терапия аппаратом «Биоптрон- компакт» на область плечевого сплетения. С 10 дня жизни ребенка начинаются занятия с использованием ЛФК, массажа, а с 14 дня расширяется спектр физиотерапевтического лечения. При выписке из стационара мать обучается приемам ЛФК с использованием функциональных лонгет. При сохраняющихся даже минимальных двигательных нарушениях рекомендуется повторный курс (до 4 курсов на первом году).

**Результаты.** Максимальный терапевтический эффект достигался при начале активной терапии до 3 месяцев жизни, поэтому восстановительное лечение должно начинаться с момента установления травмы сплетения. Даже при наличии тяжелых поражений в результате повторных курсов стационарного лечения и регулярных занятий в домашних условиях к 1 году удается достигнуть значительного увеличения двигательной активности, улучшения чувствительности и минимизации вегетативных проявлений. В 100% случаев удавалось достичь приобретения каких-либо новых навыков. При позднем начале восстановительного лечения, длительной фиксации повязкой Дезо и дальнейшем отсутствии адекватной терапии у детей уже в возрасте 9-12 месяцев развиваются сгибательно-пронаторные контрактуры, значительно ограничивающие функцию руки и в дальнейшем требующие ортопедохирургической коррекции. Необходимо постоянное наблюдение за детьми, перенесшими травму сплетения в родах, даже при полностью сохранной функции руки, т.к практически в 100% случаев в период новорожденности по клиническим данным и результатам НСГ отмечались признаки гипоксического поражения головного мозга, в 15 % случае - диспластичное развитие тазобедренных суставов. У каждого 4-5 пациента выявлена активная репликация вирусов герпес- группы в крови. Данная группа вирусов обладает нейротропностью, и без специфического лечения может ухудшать реабилитационный

прогноз. У части больных церебральная ишемия 2-3 степени и патология тазобедренных суставов становились ведущими клиническими проявлениями и требовали значительно более активного вмешательства чем повреждение плечевого сплетения.

## ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТАЗОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ЦНС

Батышева Т.Т., Пшемыская И.А., Слободчикова Н.С., Позднякова Д.А.,  
Золотарев Д.И., Дамаданова М.Ш.

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

**Актуальность.** Аномалии развития центральной нервной системы (ЦНС) составляют более 30% от всех врожденных детских патологий. Причины возникновения данных состояний можно поделить на пороки, возникшие вследствие гипоксии головного мозга (как внутриутробно, так и во время родов) и пороки вследствие инфекционного процесса (ВПГ, токсоплазмоз, краснуха, ОРВИ, хламидиозы). Отдельно стоит группа пороков, обусловленных различными хромосомными аномалиями. Пороки развития ЦНС характеризуются чрезвычайным полиморфизмом неврологических симптомов, характер которых зависит от локализации и степени поражения ЦНС. В клинической картине могут быть симптомы изолированного поражения нервной системы, так и наличие множественных врожденных пороков развития (в этом случае неврологическая симптоматика будет одной из составляющих клинической картины заболевания). Современные возможности реабилитационной медицины позволяют оказывать помощь пациентам с самыми различными пороками нервной системы и достигать успешных результатов. Тазовые расстройства при пороках развития ЦНС (например, *spina bifida*), часто являются одной из составляющих клинической картины, которую наблюдает врач-невролог. Их наличие накладывает определенные ограничений на проводимые реабилитационные мероприятия.

**Цель.** Оценить результаты восстановительного лечения детей с пороками ЦНС при сопутствующих тазовых расстройствах.

**Материалы и методы.** Проведена оценка комплексного реабилитационного лечения детей с пороками развития нервной системы, сопровождавшихся тазовыми расстройствами. За 2014- 2017г. через отделение новорожденных НПЦ ДП прошло 2268 детей, в том числе с пороками ЦНС (включая пороки головного мозга, множественные врожденные пороки развития (оперированная спинномозговая грыжа, аномалия Арнольда- Киари), синдром каудальной регрессии, миелодисплазии, генетическая патология). Доля детей с пороками составила 7,23 % (164 ребенка за 4 года), детей с подтвержденной генетической патологией- 2,16 % (49 детей). Все дети прошли неоднократные комплексные курсы реабилитации, включавшие в себя различные физиотерапевтические методы (магнитотерапия, электротрофорез с различными лекарственными препаратами, занятия в бассейне, грязелечение), методы лечебной физкультуры (массаж, гимнастика, войта-терапия), обязательные занятия с логопедом для развития речи и социализации пациентов. Также проводятся беседы с родителями, в том числе и при помощи интернет- технологий (канал « Большая мама» на YouTube). В качестве программы для подсчета данных использовалась программа Microsoft Excel.

**Результаты.** Все дети успешно прошли курсы реабилитации. Степень выраженности тазовых расстройств была снижена у большинства пациентов.

**Выводы.** Своевременная и комплексная реабилитация тазовых расстройств при пороках ЦНС позволяет гарантировать снижение выраженности проявлений и успешную социализацию детей в обществе. Однако, необходимо помнить о том, что комплексный подход невозможен без обучения и объяснения родителям правил жизни и ухода за такими детьми.

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ДЕТЕЙ С  
АУТИСТИЧЕСКИМИ ЧЕРТАМИ РАЗВИТИЯ МЕТОДОМ МУЗЫКАЛЬНОЙ  
ТЕРАПИИ. СИНТЕЗИРОВАНИЕ В ОДНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУХОВОГО,  
ЗРИТЕЛЬНОГО, ТАКТИЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРОВ И ПРОИЗВОЛЬНЫХ  
ДВИЖЕНИЙ**

Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Гунченко М.М., Загубера А.В.

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

**Актуальность.** Музыкотерапия на данный момент имеет широкий спектр применения для лечения и профилактики неврозов, переутомления, бессонницы, гипертонии и многих других болезней, а также более серьезных заболеваний, одним из которых является аутизм. Музыка уменьшает беспокойство. Обычно, дети, больные аутизмом, больше раздражаются на поступающий стимул, чем здоровые дети. В связи с этим, больные аутизмом чаще страдают повышенной тревожностью. Музыка улучшает социальные навыки. Многие исследователи наблюдали улучшение социальных навыков детей с аутизмом от 3-х до 5-ти лет, которые проходили лечение музыкотерапией. Успешнее шли на контакт друг с другом и врачами.

**Цель.** Оценить влияние музыкальной терапии на детей с аутистическими чертами. Возможность добиться эмоциональной разрядки, облегчения ситуации взаимодействия, регуляции эмоционального состояния, повышения доступности для сознательных переживаний психо- и социодинамических процессов, приобретения новых средств эмоциональной экспрессии, создания основы коммуникативных навыков, развития творческого воображения и фантазии, содействия самовыражению и саморазвитию, облегчения возможностей усвоения ребенком новых отношений и наставлений.

**Материалы и методы.** Данная программа рассчитана на 2-3 месяца, два раза в неделю. Длительность занятий 15-20 мин в мини-группах из трёх человек. Коррекционная работа посредством музыкотерапии состоит из трех этапов: диагностический, коррекционно-развивающий, завершающий. Специалисты данной коррекционной программы: медицинский психолог, музыкальный работник.

**Результаты.** Музыкальные занятия для детей с аутизмом создают хорошие возможности для экспериментирования с кинестетическими и зрительными ощущениями, а также позволяют в относительно короткие сроки стабилизировать психофизиологическое состояние, освоить социально приемлемые модели поведения и активизировать достойное межличностное взаимодействие.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЗРР И ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДА «ХИВАМАТ»- ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА №3

Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Гунченко М.М., Кузнецова С.И.

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

**Актуальность.** Существуют определенные нормы речевого развития детей, в соответствии с которыми речь должна сформироваться к 3 годам жизни. В случаях задержки формирования речевого навыка, наиболее эффективной является терапия в условиях специализированного стационара. Чем раньше начнется коррекционная работа, тем больше шансов на успех. Важен комплексный подход в лечении с преемственностью, по схеме: родители- невролог- физиотерапевт- логопед (или дефектолог)- психолог- массажист. Физиотерапевт вносит существенный вклад в речевую реабилитацию ребенка, индивидуально подбирает оптимальную схему лечения преформированными факторами. «Хивамат» терапия- воздействие, в основе которого лежит лечебное влияние на кожные покровы и ткани, подлежащие осцилляциям- вибрациям определенной глубины и частоты. Вибрация при «хивамат» терапии затрагивает не только поверхностные ткани, но и подкожную клетчатку, соединительную ткань, участки венозной и лимфатической системы, таким образом, улучшается микроциркуляция, лимфооток, ускоряются метаболические процессы.

**Цель.** Оценить эффективность «хивамат» терапии в комплексной терапии детей с задержкой речевого развития.

**Материалы и методы.** Всего за 2017- 2018гг в дневном стационаре №3 пролечено 1165 детей с задержкой речевого развития (ЗРР), из них «хивамат» терапию получили 437 человек.

**Результаты.** В результате комплексного лечения с включением «хивамат» терапии у детей с ЗРР значительное улучшение речевых навыков отмечалось у 67% детей, минимальная динамика 18%, эффект не получен в 15% случаев, что было связано с выраженным интеллектуальным дефицитом и низким реабилитационным потенциалом у данной группы пациентов.

**Выводы.** Физиотерапия является важной составляющей в реабилитации пациентов. «Хивамат» терапия показала высокую эффективность в комплексном лечении детей с задержкой речевого развития.

## СКАЗКОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЛИЧНОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЗПР

Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Гунченко М.М., Родионова Е.А.

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

**Актуальность.** Задержка психического развития занимает промежуточное, пограничное положение между нормой и интеллектуальной недостаточностью. Клинико-психологические особенности характеризуются парциальностью и неравномерностью проявлений. Задержка в развитии может отмечаться изолированно или сочетанно в интеллектуальной, речевой, эмоционально-волевой, сенсо-моторной и личностной сферах. В основном личностная сфера детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с задержками психического развития характеризуется незрелостью эмоционально-волевого компонента психической деятельности, нестойкостью интересов при доминировании потребностей игрового плана,

несформированностью произвольной саморегуляции, эмоциональной лабильностью, нарушением самооценки. В работе с детьми с задержками психического развития наиболее эффективен комплексный подход. Так, на базе НПЦ ДП ДС№3 комплексная реабилитация осуществляется средствами физиотерапевтического лечения, массажа, ЛФК, фармакотерапии и психолого-логопедической коррекции. Одним из методов психологической коррекции является сказкотерапия. Сказочная метафора является средством установления контакта с ребенком, а также является материалом для диагностики актуальных трудностей ребенка. Посредством ненавязчивых позитивных образов ребенку предлагаются способы выхода из различных сложных ситуаций. Внутренний мир ребенка наполняется оптимизмом и стремлением находить внутри себя ресурс для преодоления сложных жизненных ситуаций. Развивается гибкость поведения, улучшается осознание собственных эмоциональных состояний, снижается психоэмоциональное напряжение. Происходит адаптивная перестройка психических процессов и усвоение более зрелых индивидуально-психологических форм поведения, развивается произвольная саморегуляция.

**Материалы и методы.** За период с 2016 по 2018гг была проведена психокоррекционная работа в рамках сказкотерапии с 97 детьми старшего дошкольного и младшего школьного возраста.

**Результаты.** Выраженная положительная динамика отмечалась в 60% случаев, еще в 30% - умеренная.

**Выводы.** Таким образом, сказкотерапия является одним из методов гармонизации личностной структуры детей с задержками психического развития, а также оказывает психокоррекционное, социализирующее и воспитательное влияние.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ Х-СЦЕПЛЕННОГО ДОМИНАНТНОГО СИНДРОМА РЕТТА У ДЕВОЧКИ С ГРУБОЙ ПСИХОМОТОРНОЙ ЗДЕРЖКОЙ И НИЗКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АБИЛИТАЦИИ

Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Гунченко М.М., Сафонова Н.А.

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

**Актуальность.** Синдром Ретта относится к Х-сцепленной нейродегенеративной патологии. Встречается почти исключительно у девочек с частотой 1:10000-1:15000. Характерными клиническими составляющими являются: выраженная диффузная мышечная гипотония, эпизоды апноэ, стереотипии, формирование микроцефалии, грубая психомоторная задержка с полным регрессом сформированных навыков и потерей дееспособности, экстрапирамидные нарушения, судорожные припадки.

**Материалы и методы.** Представлена история болезни пациентки с синдромом Ретта.

**Результаты.** Девочка, 2015г.р. от 1 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ, маловодия, угрозы прерывания на всем протяжении, от 1 срочных родов, путем кесарева сечения, хроническая аспирация мекония, вес- 3130г, Апгар 8/9б. В периоде новорожденности выставлен диагноз: церебральная ишемия 1 ст., синдром «вязлого ребенка». Раннее развитие с выраженной задержкой формирования моторных и доречевых навыков. В 8 месяцев появились навязчивые стереотипные крупноразмашистые движения в руках и ногах. В возрасте 1г 10мес присоединились эпизоды апноэ с цианозом, испуганным выражением лица. По результатам ЭЭГ выявлена эпилептиформная активность. Пароксизмы расценены как эпилептические, назначена антиэпилептическая терапия. На фоне терапии сохранялись апноэ с длительным пребыванием на ИВЛ, явлениями хронической аспирации (питание в

дальнейшем осуществлялось через зонд), в связи с чем установлена трахеостома. В связи с прогрессирующим течением заболевания и низким абилитационным эффектом проведено полноэкзомное секвенирование, в результате чего выявлена патогенная нонсенс-мутация в 3 экзоне гена МЕС32, ассоциированная с развитием полной формы Х-сцепленного доминантного синдрома Ретта.

**Выводы.** Таким образом, во всех случаях раннего поражения нервной системы с выраженной задержкой или потерей сформированных навыков, отсутствием эффекта от терапии, необходимо проводить прицельный поиск генетически детерминированной патологии.

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ИНЬЕКЦИЙ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА «А» У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП

Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Климов Л.В., Гаджиалиева З.М.

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

**Актуальность.** Спастичность при детском церебральном параличе (ДЦП) способствует формированию двигательного дефицита, который приводит к социальной дезадаптации пациентов. Клинически мышечная спастичность мешает функциональному восстановлению, вызывает боль, является причиной деформации пораженных конечностей. При лечении спастических форм ДЦП в современной практике широко применяются препараты ботулинического токсина типа «А» (БТА), которые обладают доказанной эффективностью, безопасностью и являются терапией выбора первого ряда. Главным условием при проведении ботулинетерапии детям со спастическими формами ДЦП, является правильное введение препарата в мышцы, непосредственно вовлеченные в патологический процесс. Ботулинетерапия в спастически напряжённые мышцы позволяет не просто снизить мышечный тонус и увеличить объём активных движений, но и замедлить и, в некоторых случаях, предотвратить формирование стойких суставно-мышечных контрактур и вывихов тазобедренных суставов. Точность инъекций, особенно в мелкие мышцы (мышцы кисти, предплечья), очень важна, в противном случае существенно снижается эффективность терапии. В педиатрической практике при проведении ботулинетерапии все более широко применяется метод ультразвукового контроля инъекций. Этот эффективный, доступный и простой в использовании метод позволяет в режиме реального времени управлять процессом инъекции и обеспечить точное попадание препарата в мышцу.

**Цель.** Оценить эффективность проведения ультразвукового контроля при проведении ботулинетерапии у пациентов со спастическими формами ДЦП.

**Материалы и методы.** В течении 2 лет на базе НПЦ ДП детям со спастическими формами ДЦП проводилась ботулинетерапия под УЗ контролем.

**Результаты.** По данным проведенных исследований получены следующие результаты:

- преимуществом введения препаратов БТА под ультразвуковым контролем является возможность точной навигации и избежание травматизации таких структур, как кровеносные сосуды и нервы, проходящие в толще мышечного волокна, что технически невозможно при использовании только лишь метода пальпации и знания анатомических ориентиров;
- размеры мышц и анатомические ориентиры в каждом отдельном случае индивидуальны, с помощью ультразвукового контроля возможно определить не только

мышцы-мишени, но и направление иглы, а также точно определить необходимую глубину инъекции;

• ультразвуковой контроль позволяет выбрать точку, оптимальную для введения препарата БТА перед инъекцией, после оценки структуры мышечного волокна и степени его фиброзного перерождения, возникающего при длительно существующей спастичности.

**Выводы.** Эффективность проведения ботулиноптерапии напрямую зависит не только от правильного выбора целевых мышц, но и от точного введения препарата, что можно достигнуть с помощью ультразвукового сопровождения данной процедуры.

## ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ ДЮШЕННА

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

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

**Актуальность.** Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна (МДД)- самая распространенная форма ПМД, с частотой 1:3600-6000 новорожденных мальчиков. МДД имеет X-цепленный рецессивный характер наследования. МДД вызывается мутацией на X-хромосоме человека в гене дистрофина на локусе Xp21, который кодирует белок дистрофин, расположенный на цитоплазматической поверхности мышечной сарколеммы. В 1989 году были проведены первые клинические исследования по эффективности глюокортикоидов (ГК) у детей с МДД. Многие исследования показали, что стероидная терапия отсрочивает появление кардиомиопатий, дыхательной недостаточности, оказывает положительное влияние на мышечную силу, продлевает двигательные способности пациентов (в среднем на три года), замедляет патологические изменения со стороны костно-мышечной системы (сколиоз). Начало терапии ГК зависит от фазы эволюции двигательных функций у ребенка с ПМД Дюшенна: 1. развитие – двигательные навыки развиваются примерно до 3-5 летнего возраста (начинать терапию глюокортикоидами не рекомендуется ребенку, у которого продолжают формироваться двигательные навыки, особенно если он младше 2 лет); 2. плато – определяется отсутствием прогресса в развитии двигательных функций, оценивается с помощью данных анамнеза и временных тестов; 3. угасание - ребенок демонстрирует потерю двигательных навыков, меньшую выносливость или чаще падает, отмечается увеличение времени на выполнение тестов. Начинать гормональную терапию нужно в период плато и угасания.

**Материалы и методы.** Представлено описание клинического случая включения гормональной терапии в протокол комплексного восстановительного лечения МДД у ребенка 10 лет.

**Результаты.** Мальчик 10 лет, от 3 беременности, протекавшей без особенностей, 3 своевременных родов (в семье 2 здоровые девочки). Вес 3900г, рост 51 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Развитие на первом году жизни- по возрасту. Самостоятельно ходит с 1 года. Родители замечали гипертрофии икроножных мышц, но ребенок не был обследован. С 8 лет (январь 2017г) появились жалобы на слабость в ногах, нарушение походки, прибавка в весе, раздражительность. В мае 2017 года и был госпитализирован в 8 ПНО НПЦ ДПН. После проведенного курса восстановительного лечения ребенок был выписан с положительной динамикой: улучшилась походка, ребенок стал спокойнее в поведении, нормализовался сон. Повторная госпитализация через полгода: ребенок перестал самостоятельно ходить,

передвижение осуществлялось с помощью инвалидной коляски. В соматическом статусе: избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, сердечно-легочная деятельность удовлетворительная, увеличение размеров печени (выступает из-под края реберной дуги на 6,0 см), стул со склонностью к запорам. В неврологическом статусе: конвергенция отсутствует, лицо гипомимичное, диффузная мышечная гипотония, псевдогипертрофии икроножных мышц, снижение мышечной силы в конечностях (в руках 4 балла, в ногах 2 балла справа, 1-2 балла слева), сухожильные рефлексы в руках значительно снижены, в ногах: коленные рефлексы не вызываются, ахилловы рефлексы значительно снижены, больше слева, брюшные рефлексы не вызываются, стоят и переступает с поддержкой под мышки, ноги на широкой основе с опорой на передние отделы, на пятки встать не может, снижение поверхностной чувствительности в области стоп, сгибательная установка рук, сгибательные контрактуры коленных суставов с обеих сторон до 10 градусов, укорочение левой ноги на 1,0 см, эквинусная установка стоп с обеих сторон. Проведена молекулярно-генетическая диагностика МГЦ №1: обнаружена дупликация экзонов 48-63 гена дистрофина в гемизиготном состоянии, приводящая к сдвигу рамки считывания, что характерно для клинической формы заболевания – миодистрофии Дюшена. Биохимический анализ крови: АЛТ-432( норма до 42), АСТ- 294 (до 37), КФК- 18290 (до 308), ЛДГ- 1117(до234). ЭКГ: нормальное положение ЭОС, умеренная синусовая аритмия, легкая тахикардия. ЭНМГ: картина типична для прогрессирующего первично-мышечного заболевания. МРТ мышц правой и левой голени: уменьшение объема и признаки жировой инфильтрации в правой короткой малоберцовой и икроножных мышцах, особенно в их медиальных головках, патологические изменения более 60% мышечной массы, симметричное поражение камбаловидных мышц и левой короткой малоберцовой в виде феномена «изъеденных молью», с многочисленными отдельными участками повышения МР-сигнала, начинающимися сливаться, с вовлечением до 60%, остальные мышцы с начальными проявлениями мышечной дистрофии. Учитывая прогрессирование заболевания и ухудшение двигательной активности за предыдущие 2 месяца (ребенок перестал самостоятельно ходить и стоять), нарастание подавленности настроения, апатии, решено начать гормональную терапию преднизолоном, из расчета 0,75 мг/кг, в дозе 30 мг/сутки утром по схеме: через день. На фоне приема ГКС отмечена положительная динамика в виде увеличения объема активных движений.

**Выводы.** Терапия глюкокортикоидами – один из эффективных методов медикаментозного лечения, который позволяет замедлить утрату мышечной силы и функций, уменьшить риск развития ортопедических осложнений и стабилизирует функциональное состояние легких и сердца.

## КИНЕЗИОТЕПИРОВАНИЕ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Батышева Т.Т., Сидорова К.Ю., Кузнецова Т.В.

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

**Актуальность.** У детей с детским церебральным параличом (ДЦП) и другими двигательными нарушениями, а также при расстройствах аутистического спектра (РАС) и задержках психо-речевого развития (ЗПРР) часто наблюдаются такие нарушения, как дизартрии,aprаксии, дисфагии. Метод кинезиологического тейпирования получает все большее распространение в логопедической практике, т.к. позволяет эффективно корректировать мышечный тонус, при этом не нарушая двигательной активности. Кинезиотейпирование - это новый немедикаментозный метод профилактического и лечебного воздействия на мышечную, связочно-сухожильную,

лимфатическую, сосудистую и нервную системы. Выполняют его с помощью наложения тейпов (специальных хлопковых лент) с определенным натяжением. Его используют при таких симптомах, как гиперсаливация, дисфагия, дискинезии, диспрексии и апраксии, гипотонус и гипертонус артикуляционного аппарата, парезы различного генеза. На базе НПЦ ДП в рамках комплексной реабилитации детей с РАС, ДЦП, ЗПРР и другими расстройствами развития в ежедневно проводится логопедическое кинезиотейпирование.

**Цель.** Изучить влияние логопедического кинезиотейпирования на изменения клинической симптоматики и выраженности симптомов при различных нарушениях речи, мышечного тонуса и артикуляционного праксиса.

**Материалы и методы.** Обследовано 20 детей в возрасте от 2 до 7 лет. Форма тейпов, место наложения и степень натяжения зависят от клинической картины и степени выраженности нарушений. Комплексный курс лечения включал ежедневное проведение массажа и последующего наложения тейпов с выполнением в них артикуляционной гимнастики (активной, пассивно-активной и пассивной). По окончании 8-10-дневного курса проводилась оценка эффективности воздействия логопедического кинезиотейпирования.

**Результаты.** В результате проведенных процедур у 25% детей улучшились навыки жевания и глотания, у 35% уменьшилась саливация, у 65% детей увеличилась подвижность мышц артикуляционного аппарата, улучшился артикуляционный праксис. При нарушении мышечной работы артикуляционного аппарата кинезиотейпирование позволяет менять патологический паттерн движения, а также помогает выработать новые автоматизированные навыки.

**Выводы.** Для достижения максимальной коррекции при различных нарушениях речи необходимо проведение комплексной реабилитации, включающей в себя логопедический массаж, проведение артикуляционной гимнастики и логопедического кинезиотейпирования.

## ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Батышева Т.Т., Сметанкина Е.В., Корнеева И.В.

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

**Актуальность.** Процесс перехода в новое образовательное учреждение для некоторых детей является проблематичным, что выражается в трудностях в обучении в начальной школе. Особенно это касается детей с гиперактивностью и нарушением психо-речевого развития. Одним из методов коррекции является транскраниальная микрополяризация (ТКМП). ТКМП – это воздействие постоянным током малой силы на определенные структуры головного мозга с лечебной целью.

**Цель.** Оценить эффективность транскраниальной микрополяризации в коррекции успеваемости, усидчивости, адаптации к школе у детей младшего школьного возраста.

**Материалы и методы.** Обследовано 35 детей в возрасте от 7 до 11 лет с задержкой психо-речевого развития и синдромом гиперактивности. Каждый ребенок получил 3 курса лечения. Каждый курс включал 10-12 процедур, перерыв между курсами 3-4 месяца.

**Результаты.** На фоне проводимого лечения наблюдалась положительная динамика в виде улучшения памяти, концентрации внимания, повышения школьной успеваемости, нормализация сна у 27(77%) человек, 8(23%) детей – без выраженного эффекта. Отрицательной динамики не было ни у одного ребенка.

**Выводы.** Проведение курсов транскраниальной микрополяризации у детей младшего школьного позволяет способствовать лучшей адаптации к программе обучения.

## УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ КАК РЕЗУЛЬТАТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ

Батышева Т.Т., Соколова Н.П.

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

**Актуальность.** Транскраниальная микрополяризация (ТКМП) успешно применяется в комплексном лечении детей с задержкой речевого развития. В ходе процедуры происходят поляризационные изменения в нейронах, являющиеся одним из важнейших факторов, запускающих биохимические процессы, лежащие в основе механизмов кратковременной и долговременной памяти, причем в зоне микрополяризации происходит локальная интенсификация протеолитических процессов с частичным или полным разрушением белка S-100 и образованием низкомолекулярных олигопептидных фракций.

**Цель.** Оценить эффективность применения ТКМП в комплексном лечении детей с нарушениями речевого развития.

**Материалы и методы.** В течение 1 года процедура ТКМП была проведена 59 детям 3-11 лет с различными формами нарушений речевого развития. При помощи аппарата «Полярис- Ремед» осуществлялось воздействие постоянным электрическим током низкой силы (в основном до 1mA). Направленность влияния достигалась за счет использования малых площадей электродов, расположенных над соответствующими корковыми (фронтальной, моторной, височной и др.) областями. Приведен клинический пример.

**Результаты.** На фоне курса ТКМП отмечено улучшение процесса формирования речи у детей с различными формами нарушения речевого развития. Приведен клинический пример. Девочка 4г10мес с диагнозом: задержка психо-речевого развития, расстройство аутистического спектра. Проведено 2 курса ТКМП (в 4г5мес и в 4г10мес) в комплексе с другими терапевтическими мероприятиями (медикаментозная терапия, занятия с логопедом, психологом, магнитотерапия). В результате проведенного лечения у девочки увеличился словарный запас (после первого курса), появилась фразовая речь (после второго курса ТКМП), началось формирование учебных навыков.

**Выводы.** Транскраниальная микрополяризация является высокоеффективным дополнительным методом лечения больных с нарушением формирования речевых навыков. Включение курса ТКМП в комплекс лечебных мероприятий пациентам, у которых речевые расстройства являются ведущей патологией, ускоряет формирование правильных речевых навыков, активизирует внимание, память, уравновешивает процессы возбуждения и торможения. Проведение курса транскраниальной микрополяризации возможно как во время госпитализации ребенка, так и между запланированными курсами стационарного лечения.

## ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Батышева Т.Т., Титова Е.Г., Юрьева А.В., Саржина М.Н., Гунченко М.М.,  
Типсина Н.В., Уханова А.Н., Ю.К. Проскурина

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

**Актуальность.** Одной из острых проблем логопедии в настоящее время является заикание. Заикание представляет собой сложную проблему. Выделяют две клинические формы заикания- невротическую и неврозоподобную. Это позволяет наиболее полно оценить судорожные проявления в речи заикающихся.

**Цель.** Определить и апробировать коррекционно- педагогические мероприятия, направленные на гармоничное формирование речи заикающихся с учетом необходимости преодоления или компенсации дефекта.

**Материалы и методы.** Методика экспериментального изучения состояния моторных и речевых функций проходила по следующим направлениям:

- изучение состояния строения и подвижности артикуляционного аппарата,

- обследование речевого дыхания, голоса, темпа и ритма речи,

- изучение речевых и моторных нарушений, локализация и форма речевых судорог, длительность и частота их проявления, наличие сопутствующих движений, двигательных и психологических уловок,

- изучение анамнестических и клинических данных.

Достижение устойчивой плавной речи у заикающихся возможно благодаря решению трех основных задач: формирование навыка плавной речи, воспитание личности заикающегося, профилактика рецидивов и хронификации заикания.

**Результаты.** Коррекционная помощь, которую мы реализовывали, оказалась достаточно эффективной, чтобы обеспечить медицинскую и коррекционно- развивающую помощь детям с заиканием в условиях Дневного стационара.

## ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В СТАЦИОНАРЕ НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

Батышева Т.Т., Урбанович М.Ю.

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

**Актуальность.** Нейропсихология- это междисциплинарное научное направление, лежащее на стыке психологии и нейронауки (междисциплинарная область знаний, занимающаяся изучением нейронных процессов), нацелена на понимание связи структуры и функционирования головного мозга с психическими процессами и поведением живых существ. Нейропсихология детского возраста – наука о формировании мозговой организации психических процессов. В последнее время она приобретает все большую необходимость как метод синдромного нейропсихологического анализа дефицита психической деятельности у детей, связанного с той или иной мозговой недостаточностью (органической или функциональной) или несформированностью. Практическая нейропсихология применяется в диагностике, реабилитации и абилитации пациентов. Нейропсихологическая коррекция предназначена для детей с самого раннего до школьного и подросткового возраста. Особенно она показана при таких видах дизонтогенеза, как ранний детский аутизм, расстройства аутистического

спектра, умственная отсталость, задержка психического развития различных типов, общее нарушение развития, СДВГ, ДЦП, алалия, дизграфия. В том числе, нейропрекорекция помогает и детям, испытывающим сложности в обучении в силу психологических причин (невротических расстройств, психосоматических расстройств, особенностей личности), при общем физическом недоразвитии, при школьной дезадаптации и стрессовых расстройствах.

**Материалы и методы.** Для диагностики повреждений мозга и ВПФ используются классические «лурьевские методы» нейропсихологической диагностики. Разрабатываются новые методы коррекции трудностей в обучении у детей, показывающие, что в связи с различиями психологического строения психических функций у взрослых и детей способы эффективного воздействия на эти функции различны. При работе с детьми необходимо учитывать возрастные нормативы развития отделов головного мозга и высших психических функций. Детская клиническая нейропсихология имеет собственные методы диагностики, апробированные на детской выборке. К их числу относится батарея методов, разработанных Э. Г. Симерницкой (1991), А.В. Семенович (1990, 1999), Ж.М. Глозман, Т. В. Ахутиной (1998), Н. Г. Манелис (2000). Нейропсихологическая коррекция- это комплекс специальных психологических методик, которые направлены на переструктурирование нарушенных функций мозга и создание компенсирующих средств для того, чтобы ребенок мог в дальнейшем самостоятельно обучаться и контролировать своё поведение.

**Результаты.** С учетом особенностей и ограничения подвижности детей с ДЦП работа ведется преимущественно с опорой на сенсорное (тактильное, слуховое, зрительное, внимание, развитие соматогнозиса) развития, а также, на развитие межполушарного взаимодействия и оптимизацию мышечного тонуса. В условиях стационара развитие «моторного компонента» дети получают на занятиях ЛФК и специализированных тренажерах. Вследствие ограничения подвижности – дети с ДЦП страдают от сенсорной и тактильной депривации. В рамках коррекционных занятий проводятся игры с разными сенсорными материалами природного происхождения (например, крупы, ракушки, камни). Помимо «ощупывания» и узнавания текстур на ощупь, дети учатся правильно описывать свойства материала (гладкий/шершавый, теплый/холодный, легкий/тяжелый и т.д.). Неотъемлемой частью коррекции является пальчиковая гимнастика и игры на развитие мелкой моторики. Этот же принцип иногда применяется в обучении детей формам (игры в сортеры и доски Сегена: ощупать форму, ощупать деталь, соотнести по форме, основываясь на зрительной информации и тактильных ощущениях). Поражение моторных и теменных отделов коры головного мозга приходит к значительной задержке (или тотальному недоразвитию) моторных навыков. Из- за этого дети с ДЦП обнаруживают дефицит пространственных представлений, что выражается в значительных сложностях ориентировки в своем теле (несформированность соматогнозиса) (путанице правой и левой стороны), сложности ориентации в пространстве, и, как следствие, сложности усвоения письма и чтения (при формах ДЦП с сохранным интеллектом), дисграфии. В рамках занятий проводятся специальные игры на выстраивание пространственных представлений и формирование соматогнозиса. При коррекции функциональной несформированности межполушарного взаимодействия, используются упражнения на одновременное действие двумя руками/ногами, двуручное рисование (самостоятельно ребенком или пассивно при помощи взрослого).

## ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Батышева Т.Т., Филиппова М.Д., Малышева Т.В., Гунченко М.М.

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

**Актуальность.** В настоящее время изучение вопроса о месте шизотипического расстройства в структуре психических расстройств связано с трудностями дифференциальной диагностики, вопросами прогноза и реабилитации больных. В МКБ-10 шизотипическое расстройство находится в группе расстройств шизофренического спектра. В DSM-IV расстройство занимает место среди личностной патологии. Основные клинические варианты шизотипического расстройства в соответствии с МКБ-10:

- F21.1 Латентная шизофрения;
- F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения;
- F21.4 Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения;
- F21.5 «Бедная симптомами» шизофрения;
- F21.8 Шизотипическое личностное расстройство;
- F21.9 Неуточненное шизотипическое расстройство.

**Цель.** Провести анализ статистических данных о нозологической и полово-возрастной структуре шизотипического расстройства среди пациентов детско-подросткового возраста..

**Результаты.** Около трети пациентов в детско-подростковом возрасте с расстройствами шизофренического спектра имеют данный диагноз. Соотношение среди пациентов мужского и женского пола составляют почти 4:1. Среди основных клинических вариантов шизотипического расстройства в детско- подростковом возрасте преобладает диагноз шизотипического личностного расстройства (около 80%). Первичная госпитализация и, соответственно, диагностика шизотипического расстройства приходится на подростковый возраст.

## МОЗЖЕЧКОВАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Батышева Т.Т., Филиппова Н.Е., Орлова Г.И.

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

**Актуальность.** За последнее десятилетие выявлена важнейшая роль мозжечковой стимуляции не только в обеспечении движений, но и в реализации психической деятельности человека. Одной из широко обсуждаемых проблем практической психологии является роль мозжечковой стимуляции в психическом развитии детей. Известно, что различные нарушения в деятельности мозжечка приводят к рассеянности, повышенной утомляемости, снижению памяти и внимания, трудностям сенсорного переключения, невозможности последовательного выполнения необходимых действий, неуклюжести, поведенческим (гиперактивность) и речевым (мутизм, афазия) расстройствам, что, несомненно, приводит к затруднениям в обучении и социальной адаптации. К основным причинам мозжечковых нарушений можно отнести внутриутробную дефицитарность развития, генетические нарушения, вирусные инфекции, накопление токсинов, аутоиммунные болезни (Лурия А.Р.), опухоли, сосудистые заболевания, врожденная гипоплазия и т.д. (Зуева Ю.В., Корсакова Н.К.).

Учитывая, что основное формирование вестибулярной системы ребенка приходится на внутриутробный период, а развитие сенсо- моторных координаций является следующим этапом (по Л.С. Выготскому- пластом) и имеет немаловажное значение для реализации психической деятельности (Бехтерев В.М., Леонтьев А.М., Лурия А.Р.), мозжечковую стимуляцию необходимо начинать с раннего детства. Особенность она рекомендуется детям с задержками психического и речевого развития, гиперактивностью, аутистическими расстройствами, хромосомными нарушениями.

**Результаты.** При использовании в нейропсихологической коррекции балансирной доски Ф.Бильго, направленной на развитие координации, навыка балансирования и ловкости (Learning Breakthrough («прорыв в обучении»), у детей наблюдается улучшения координации движений и равновесия, чувства ритма, развитие крупной и мелкой моторики, а также свойств внимания и памяти. Увеличивается овладение невербальных коммуникаций (мимика, пантомимика), способности умения дифференциации собственных эмоциональных и поведенческих реакций.

**Выводы.** Мозжечковая стимуляция является базальным уровнем развивающей работы с детьми, должна быть системной и начинаться в раннем детском возрасте.

## ЗРИТЕЛЬНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ У ДЕТЕЙ С РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ

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

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

**Актуальность.** Ретинопатия недоношенных (РН) в настоящее время является одной из основных причин слепоты и слабовидения у детей.

**Цель.** Изучить эффективность диагностики поражений и точность прогнозирования развития зрительного анализатора и выбор адекватной тактики лечения детей с РН с помощью методики зрительных вызванных потенциалов мозга (ЗВП).

**Материалы и методы.** Обследовано 25 больных в возрасте от 3 мес. до 12 лет с установленным диагнозом РН. Было проведено комплексное нейроофтальмологическое обследование: визиометрия, офтальмоскопия, ЗВП, оценка неврологического статуса, МРТ. ЗВП проводились на электродиагностической системе KeyPoint. В связи с отсутствием фиксации взора у детей раннего возраста и нарушением прозрачности сред при поздних стадиях РН ЗВП исследуют на вспышку большой интенсивности.

**Результаты.** Выявлено, что при терминальных стадиях РН и при значительном снижении остроты зрения отсутствуют характерные для нормы очаги биоэлектрической активности в затылочных областях. В случаях регистрации очагов биоэлектрической активности и локализации источников ЗВП в затылочной области можно ожидать более высокую остроту зрения.

**Выводы.** Обследование больных с РН методом ЗВП показало высокую чувствительность и информативность этого метода при оценке функционального состояния зрительного анализатора. Наличие зон позитивной биоэлектрической активности зрительных вызванных потенциалов, а также локализация их эквивалентных источников в затылочных долях мозга - прогноз развития зрительных функций оценивают как благоприятный, а при их отсутствии - как неблагоприятный.

# ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СВЯЗНОЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОНР

Батышева Т.Т., Шенбергер Е.Б.

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

**Актуальность.** Связная речь предполагает овладение богатейшим словарным запасом языка, усвоение языковых законов и норм, т.е. овладение грамматическим строем, а также практическое их применение, умение пользоваться усвоенным языковым материалом, а именно, умение полно, связно, последовательно и понятно окружающим передать содержание готового текста или самостоятельно составить связный рассказ. Развитие связной речи является важнейшим условием успешности обучения ребенка в школе.

**Цель.** Исследовать проблему формирования связной речи у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи (ОНР) и определение основных направлений коррекционной работы.

**Материалы и методы.** При работе над формированием связной речи, у детей с ОНР используют вспомогательные средства, такие как наглядность и моделирование плана высказывания. Упражнения располагаются в порядке возрастающей сложности, с постепенным убыванием наглядности и "свертыванием" плана высказывания. Основные направления коррекционной работы по обучению детей с ОНР составлению рассказов и пересказов с элементами творчества в подготовительной группе, во время второго года обучения:

1. Составление предложений по двум предметным картинкам (бабушка, кресло; девочка, ваза; мальчик, яблоко) с последующим распространением однородными определениями, другими второстепенными членами предложения. (Мальчик ест яблоко. Мальчик ест сочное сладкое яблоко. Маленький мальчик в клетчатой кепке ест сочное, сладкое яблоко.)

2. Восстановление различного рода деформированных предложений, когда слова даны в разбивку (живет, в, лиса, лесу, густом); одно или несколько, или все слова употреблены в начальных грамматических формах (жить, в, лиса, лес, густой); имеется пропуск слов (Лиса... в густом лесу.); отсутствует начало (...живет в густом лесу) или конец предложения (Лиса живет в густом...).

3. Составление предложений по «живым картинкам» (предметные картинки вырезаны по контуру) с демонстрацией действий на фланелеграфе.

Этот вид работы очень динамичен, позволяет моделировать ситуации, включая пространственные ориентиры, помогает закрепить в речи многие предлоги, употребление предложно-падежных конструкций. Например: петух, забор. (Петух взлетел на забор. Петух перелетел через забор. Петух сидит на заборе. Петух ищет корм за забором и т.д.)

4. Восстановление предложений со смысловой деформацией. (Мальчик режет бумагу резиновыми ножницами. Дул сильный ветер, потому что дети надели шапки).

5. Отбор слов из названных логопедом и составление с ними предложения. (Мальчик, девочка, читать, писать, рисовать, мыть, книжку).

**Результаты.** Постепенно дети учатся располагать предложения в логической последовательности, находить в текстах опорные слова, что является следующей ступенькой к умению составлять план, а затем определить тему высказывания, выделить главное, последовательно строить собственное сообщение, которое должно иметь начало, продолжение, конец. В процессе выполнения этих заданий у детей активизируется сформированное ранее представление о семантике слов и словосочетаний, совершенствуется навык отбора языковых средств для точного

выражения собственной мысли. Исследование проблемы формирования связной речи у детей дошкольного возраста с ОНР позволило выявить особенности коррекционной работы и рассмотреть подходы к работе по формированию связной речи.

**Выводы.** Для наиболее полного преодоления системного речевого недоразвития и подготовки детей к предстоящему школьному обучению необходимо развивать у детей монологическую и диалогическую речь. Благодаря связной речи, как средству общения, индивидуальное сознание человека, не ограничиваясь личным опытом, обобщается опытом других людей, причем в гораздо большей степени, чем это может позволить наблюдение и другие процессы неречевого, непосредственного познания, осуществляемого через органы чувств: восприятие, внимание, воображение, память и мышление.

## РАБОТА ЛОГОПЕДА С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Батышева Т.Т., Шенбергер Е.Б.

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

**Актуальность.** Ранняя коррекция недостатков развития ребенка становится все более актуальной проблемой специальной психологии и педагогики. Важнейшей причиной роста ее актуальности является высокий процент новорожденных с неблагополучным состоянием здоровья. Речь - тонкий психологический процесс, который формируется в первые годы жизни. Необходимо следить за формированием речи, провоцировать ребенка на произношение звуков и слогов, именно в процессе общения со взрослыми формируется потребность в речевом развитии.

**Цель.** Изучить особенности задержки развития речи у детей раннего возраста для определения коррекционной работы.

**Материалы и методы.** Занятия с детьми раннего возраста требуют особого подхода, они отличаются от занятий с детьми старшего возраста не только объемом и содержанием материала, но и специфическими приемами проведения занятий. В работе с детьми раннего возраста необходимо учитывать следующие особенности: ребенок познает мир с помощью взрослого путем подражания; важнейшей задачей педагогов и родителей является пробуждение и поддержание интереса к занятию, положительного настроя, что достигается с помощью сюрпризных моментов, яркого, привлекательного вида дидактических материалов и, конечно, игр; для того чтобы новые навыки, знания и умения закрепились, необходимо многократное повторение; материал для игр и занятий с малышами необходимо подбирать таким образом, чтобы его содержание соответствовало детскому опыту; необходимо контролировать уровень сложности предлагаемого материала, который должен быть доступен для маленького ребенка и усложнение которого происходит постепенно от занятия к занятию; необходима четкая структура занятия; важно учитывать тот факт, что внимание детей непроизвольно и кратковременно, поэтому необходимо так планировать занятие, чтобы избежать переутомления ребенка и потери интереса к занятию. Каждая игра длится от 5-10 до 15-20 минут.

**Результаты.** Логопедическая работа с детьми раннего возраста имеет ряд особенностей и отличается от работы с детьми старшего возраста. В настоящее время создан ряд методик, направленный на работу с детьми раннего возраста и являющийся основой для проведения коррекционно-развивающей работы, направленной на преодоление задержки речевого и психомоторного развития, развивающихся в условиях дизонтогенеза.

**ПОВТОРНЫЕ КУРСЫ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ  
ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ И ПАССИВНО-АКТИВНОЙ ТРЕНИРОВКИ ДЕТЕЙ  
С ПОСЛЕДСТВИЯМИ РОДОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО  
СПЛЕТЕНИЯ**

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

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

**Актуальность.** Реабилитации детей с последствиями родового повреждения плечевого сплетения несомненно представляет большой интерес, связанный как со сложностью восстановления двигательной функции, так и с частотой встречаемости данного заболевания. Общеизвестно, что раннее, адекватное, регулярное, комплексное лечение более эффективно.

**Цель.** Оценить эффективность методики сочетанного применения синхронно проводимых накожной электростимуляции и пассивно-активной тренировки детей с последствиями родового повреждения плечевого сплетения.

**Материалы и методы.** Под наблюдением в НПЦ ДП находились 38 человек (22 мальчика и 16 девочек) в возрасте от 4 мес. до 3 лет с тотальным параличом верхней конечности (правой руки- 21 чел., левой- 17 чел.). Все пациенты, находящиеся под наблюдением, получили от 2 до 14 курсов комплексной реабилитации. Объем пассивных движений в суставах исследуемой верхней конечности у всех детей был сохранен. Пациентам контрольной группы (14 чел.) проводилось комплексное консервативное лечение. Дети исследуемой группы (24 чел.) дополнительно получали курс, предложенной нами методики сочетанного применения, синхронно проводимых - накожной электростимуляции и пассивно-активной тренировки- последовательно осуществляемых в 3 этапа: 1- направленный на суставы (плечевой, локтевой, лучезапястный); 2- на проекции периферических нервов; 3 - на основные мышечные группы. Длительность каждого этапа составляла 2 минуты для детей в возрасте от 4 до 6 месяцев, 3 минуты для детей от 6 месяцев до 1,5 лет и 5 минут для детей старше 1,5 лет. При проведении процедур мы использовали электростимуляторы «Амплипульс-5» и «Амплипульс-7». Курс состоял из 8-15 процедур, проводимых ежедневно. Длительность одной процедуры зависела от возраста и представляла собой алгебраическую сумму 3-х этапов. Использовались следующие параметры электростимуляции: режим - 1, род работ - 2, частота 50 Гц, глубина модуляции 75%, посылка-пауза 2-3 сек. Один из электродов размещался в проекции шейного сплетения, второй (лабильный) - на структурах, соответствующих конкретному этапу стимуляции. Сила тока выбиралась индивидуально, с учетом переносимости (не вызывающая отрицательных реакций у пациентов). С целью объективной регистрации полученных результатов лечения использовались: англометрическое исследование (видеомониторинг с последующей компьютерной обработкой) и данные стимуляционной ЭНМГ.

**Результаты.** На фоне повторных проведенных курсов терапии с применением предложенной нами методики «электростимуляция+ пассивно-активная тренировка» в 92% случаев регистрировался устойчивый, существенный и достоверный прирост как объема активных движений в суставах верхней конечности, так и основных параметров стимуляционной ЭНМГ (амплитуды М-ответа и скорости проведения) по сравнению с результатами лечения в контрольной группе ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Проведенные исследования показали перспективность применения повторных курсов комплексной консервативной терапии, включающей предложенную нами методику сочетанного применения накожной электростимуляции и пассивно-

активной тренировки у детей с последствиями родового повреждения плечевого сплетения с целью восстановления двигательных функций верхней конечности.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИВАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Батышева Т.Т., Шиошвили В.А., Корнеева И.В., Сметанкина Е.В.

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

**Актуальность.** Вегетативная нервная система является важным регулятором интегративных реакций организма, обеспечивающих адаптацию к изменяющимся условиям среды, к разнообразным видам деятельности. Нарушение вегетативной регуляции ведет к возникновению синдрома вегетативных дисфункций (СВД). По данным многочисленных эпидемиологических исследований в популяции СВД у детей встречается в 12-25% наблюдений. За последние годы под влиянием умственного переутомления, чрезмерных физических нагрузок или гиподинамии, длительной работы на компьютере, недосыпания, высокого уровня личностной тревожности увеличилось число детей со сниженными приспособительными возможностями организма, что приводит к срыву механизмов вегетативной регуляции функциональных систем. Кроме того, точно установлена возможность перехода СВД в такие тяжелые психосоматические заболевания как бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка, тяжелейшие неврозы и другие. В связи с этим проблема лечения СВД у детей и подростков занимает приоритетное положение в современной педиатрии и неврологии. Актуальность проблемы диктует поиск эффективных немедикаментозных методов лечения, среди которых физиотерапии принадлежит ведущая роль. В настоящее время среди огромного многообразия физических факторов особое внимание привлечено к активационной терапии с использованием одеяла лечебного многослойного «ОЛМ-01». Использование данного метода способствует повышению адаптационных возможностей организма за счет нормализации психо-эмоциональных и вегетативных реакций.

**Цель.** Оценить эффективность активационной терапии с использованием одеяла лечебного многослойного «ОЛМ-01» у детей с синдромом вегетативных дисфункций.

**Материалы и методы.** Для лечения отбирались дети 7-14 лет с синдромом вегетативных дисфункций по ваготоническому, симпатикотоническому и смешанному типам. Перед началом курса лечения пациентами предъявлялись жалобы на головные боли, головокружение, колебания артериального давления, повышенную потливость, периодическое ощущение жара лица и головы, слабость и утомляемость, нарушения сна. Физиотерапевтическое лечение проводилось в комплексе с лечебной физкультурой. Перед процедурой активационной терапии и сразу после ее окончания проводился мониторинг артериального давления и пульса у каждого пациента. Воздействие одеялом лечебным многослойным «ОЛМ-01» проводилось по методике полного обертывания (оставалось открытым только лицо). Ребенок укладывался на кушетку. Лечение проводилось в условиях комфорта при температуре воздуха 18-22° С. Время процедуры составляло у детей 7-10 лет – 15 минут, у детей 10-14 лет – 20 минут. Процедуры проводились один раз в день. Курс лечения состоял из 10 ежедневных процедур.

**Результаты.** Активационная терапия с использованием одеяла лечебного многослойного «ОЛМ-01» переносилась всеми детьми хорошо, побочных реакций в ходе курса лечения не отмечалось. Все дети, получившие активационную терапию, имели положительные результаты. После 6-7 процедур у детей улучшился как дневной,

так и ночной сон, значительно сократилось количество сосудистых жалоб, уменьшилась возбудимость, раздражительность, наблюдалось повышение умственной и физической работоспособности. Мониторинг артериального давления и пульса, проводимых перед процедурой и сразу после ее окончания, показал, что обертывания одеялом лечебным многослойным обладают нормализующим действием на АД и ЧСС. У большинства детей, имеющих лабильное артериальное давление и пульс, к 6-7 процедуре отмечалась заметная тенденция к уменьшению колебаний этих показателей. Об уменьшении симпатических влияний свидетельствовало уменьшение тахикардии. К концу курса лечения большинство пациентов не предъявляли жалоб. У детей с сохраняющимися периодическими головными болями и головокружениями отмечалось более легкое их течение, снижение эпизодов, курирование без применения лекарственных средств.

**Выводы.** Таким образом, применение метода активационной терапии с использованием одеяла лечебного многослойного «ОЛМ-01» целесообразно и эффективно при синдроме вегетативных дисфункций у детей.

## ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ХОДЬБА НА МЫСКАХ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ

Батышева Т.Т., Ягупов А.А., Гордеев В.М., Поздняков Я.В., Кузнецова Т.К.

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

**Актуальность.** Нормальная ходьба ребенка- это ходьба перекатом с пятки на носок, т.е. сначала ребенок наступает на пятку, затем на носок при этом линия опоры проходит через пятку и второй палец ноги, что обеспечивается при условии, если стопы во время ходьбы двигаются параллельно и широко расставлены. В большинстве случаев у таких малышей никакой патологии нет, это этап развития ходьбы. При некоторых болезнях, таких как церебральный паралич, ходьба на цыпочках – один из симптомов. А другие дети ходят так вне связи с неврологической патологией – это называется идиопатической, или привычной, ходьбой на мысках. Она всегда двусторонняя, часто передается по наследству. Если на цыпочках ходят здоровый ребенок, то это состояние проходит само по себе. К возрасту пяти с половиной лет более 80% детей перестают ходить на цыпочках. Примечательно, что некоторые из детей начали ходить, опираясь на полную стопу, и только потом пошли на цыпочках. Почти все они приобрели привычку ходить на цыпочках в течение года с момента совершения первых шагов. Принятый термин для обозначения ходьбы на цыпочках у здорового ребенка – идиопатическая, то есть не имеющая определенной причины.

**Материалы и методы.** Проведен анализ современной научной литературы по такому состоянию как «идиопатическая ходьба на мысках». В последние годы отмечается значительное увеличение числа детей госпитализированных в стационар в возрасте от 5 до 17 лет с особенностями походки с опорой на передний отдел стопы и формированием тугоподвижности в голеностопном суставе. Пациенты предъявляют жалобы на неустойчивость походки, повышенную утомляемость ног и боль в ногах при двигательных нагрузках.

**Результаты.** Наиболее частыми причинами такой ходьбы на мысках, по данным современных научных источников, являются:

- ходунки- частая причина хождения на цыпочках. Доказана абсолютная вредность применения их у здоровых детей. Допустимы ходунки у детей с двигательными нарушениями, облегчающими передвижение ребенку (ДЦП, нервно-мышечные

заболевания и т.д). В остальных случаях свод стопы не готов к ходьбе, ребенок помещается в ходунки, и рефлекторно повышается мышечный тонус в стопе,

- задержка психического развития. Доказана связь между ходьбой на мысочках и задержкой развития. Ее природа не до конца прояснена. Возможно, это связано с незрелостью пирамидного пути, соединяющего головной мозг с ногами. Другая причина- это привычные действия, навязчивые движения, ритуалы, которые встречаются у детей с отставанием наряду с другими привычками: сосать палец, пустышку, накручивать волосы, взмахи руками, подпрыгивания и другие. Подобные нарушения так же часто встречаются у детей с аутизмом в 40% случаев. Поэтому важна консультация специалиста по развитию, врача-психиатра при необходимости,
- эмоциональные нарушения. Известно, что ходьба на мысочках встречаются у детей с гиперактивностью, возбудимых, или наоборот застенчивых, тревожных. Считается, что такая разрядка детям необходима. Эта привычка появляется не постоянно, в моменты их эмоционального напряжения,
- неврологическая патология. В этом случае повышение мышечного тонуса выявляется с рождения, сопровождается нарушением тонуса в других группах мышц, часто задержкой в моторном развитии, нарушением координации, другими нарушениями, выявляемые неврологом,
- ортопедическая патология: укорочение ахилловых сухожилий, нарушение формирования свода стоп.

В ряде случаев проведенное раннее консервативное лечение не оказывало должного эффекта и в наше отделение пациенты поступали со стойко сформированным стереотипом ходьбы на мысочках и эквинусной деформацией стоп. Данные анамнеза, клинического обследования, в большинстве случаев, не выявляют нервно- мышечной патологии. Проводилась хирургическая коррекция нарушений в виде Z- образного удлинения апоневроза икроножной мышцы и ахиллова сухожилия с последующим консервативным восстановительным лечением, что давало возможность пациентом правильно формировать опорную функцию стопы и нормализовать рисунок ходьбы.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Беляев А.Ф.<sup>1,2</sup>, Лисецкая Н. Г.<sup>1</sup>, Семашко С. А.<sup>1</sup>, Фотина О. Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Приморский институт вертеброневрологии и мануальной медицины, г. Владивосток

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Владивосток

**Актуальность.** В последние годы речевые расстройства у детей являются одной из наиболее распространенных проблем и, по данным отечественных авторов, встречаются у 25 % детей школьного возраста. Как правило, помочь специалистов оказывается большинству детей после пяти лет, а в этом возрасте речевой дефект уже закрепляется и теряется возможность пластичного изменения состояния ребенка. В связи с этим, актуальным является поиск новых подходов в ранней диагностике и лечении речевых нарушений.

**Цель.** Изучить влияние немедикаментозных методов реабилитации на коррекцию нарушений речи у детей.

**Материалы и методы.** С этой целью в Приморском институте вертеброневрологии и мануальной медицины было проведено лечение 295 детей в возрасте от 1,5 до 6,5 лет. При обследовании были выявлены следующие нарушения речи у детей: темповая задержка речевого развития (ТЗРР) у 26 детей; задержка речевого развития – 138 детей; общее недоразвитие речи – 35 детей; дизартрия – 56

детей; дислалия – 40 детей. В программу реабилитации были включены: занятия с логопедом-дефектологом, динамическая электронейростимуляция и остеопатическое лечение.

**Результаты.** После реабилитации звукопроизношение улучшилось у 90 % детей, расширился объём речевого дыхания и голосообразования, увеличились артикуляционные движения. У 88 % детей наблюдалось улучшение зрительно-моторной координации и памяти. У 82 % детей удалось вызвать мотивацию к речи и нормализовать мышечный тонус языка, лицевой мускулатуры, мышц спины, туловища, верхних и нижних конечностей.

**Выводы.** Включение остеопатических методов и динамической электронейростимуляции в реабилитационный план лечения детей с речевыми нарушениями способствует стабильной, устойчивой положительной динамике и даёт возможность уменьшить медикаментозную нагрузку на детей.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ

Беляев А.Ф.<sup>1,2</sup>, Мальчук В.А.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Приморский институт вертеброневрологии и мануальной медицины, г. Владивосток

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Владивосток

<sup>3</sup>КГБ УЗ «Артемовский родильный дом», г. Артем Приморского края

**Актуальность.** Новорожденные подвержены боли так же, как люди других возрастов. Боль у новорожденных снижает качество жизни и является предпосылкой развития хронического болевого синдрома, задержки речевого развития, когнитивных нарушений, двигательных расстройств. Важность прогнозирования и лечения боли у новорожденных остается одной из приоритетных проблем современной медицины. В связи с отрицательными последствиями болевого синдрома необходимость устранения боли, и ранняя реабилитация новорожденных имеет огромное значение.

**Цель.** Изучить влияние немедикаментозных методов реабилитации на коррекцию болевых синдромов у новорожденных.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 138 доношенных новорожденных детей без нарушений витальных функций в возрасте до 7 дней, родившихся в КГБ УЗ «Артемовский родильный дом», с болевым синдромом средней умеренной и средней интенсивности. Степень выраженности болевого синдрома регистрировали в соответствие со шкалой оценки боли у младенцев FLACC-SS. Умеренная боль отмечалась у 118 (73,75%) детей, средней интенсивности выявлена у 20 (12,50%) новорожденных. Средняя оценка по FLACC-SS до начала лечения составила  $7,08 \pm 0,17$  (боль средней интенсивности). В программу реабилитации были включены: остеопатическое лечение и нефармакологические методы коррекции боли (частые прикладывания к груди, контакт с матерью «skin-to-skin» - метод «кенгуру»)

**Результаты.** На фоне терапии предлагаемым методом у всех новорожденных менялась мимика, лицо расслаблялось у 109 (78,9%), ребенок принимал расслабленное положение в 115(83,3%) случаях, движения становились более гармоничными у 104 (75,3%), прекращался плач у 103 (74,6%), ребенок спокойно засыпал после кормления в 98 (71,0%) случаях, сосание становилось спокойным и непрерывным у 121 (87,7%). Средняя оценка по FLACC-SS после первой процедуры лечения составила  $3,53 \pm 0,13$  (боль умеренная), а по окончании (третья процедура) -  $1,67 \pm 0,10$ .

**Выводы.** Реабилитация новорожденных с болевыми синдромами с использованием методов остеопатии позволяет без увеличения медикаментозной

нагрузки достичь контроля над выраженностью болевого синдрома. Снятие болевого синдрома в ранний период дает возможность проводить более эффективную реабилитацию в последующем, тем детям, которые будут в ней нуждаться, без затраты дополнительного времени.

## АКТИВНАЯ ПОСТУРАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ С ПОМОЩЬЮ «ТРЕНАЖЕРА ГРОССА» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

Беркутова И.Ю.

*ФГБУ ФНЦ ВНИИФК г. Москва*

**Актуальность.** В настоящее время практически все специалисты понимают необходимость и важность своевременной вертикализации детей с двигательными нарушениями. Остается открытым вопрос практической реализации. Постуральная коррекция и вертикализация могут быть активными и пассивными. Широкое распространение получила именно пассивная форма: различные укладки, гипсование, вертикализаторы и т.д. Вместе с тем в Детском центре физической реабилитации и спорта ГРОССКО уже более 25 лет используются приемы активной постуральной коррекции в разных исходных положениях с помощью «тренажера Гросса».

**Цель.** Оценить эффективность активной вертикализации и постуральной коррекции с помощью многофункциональной системы «тренажер Гросса» для профилактики различных вторичных нарушений у детей с двигательными нарушениями.

**Материалы и методы.** Многофункциональная система «тренажер Гросса» и методика ее использования позволяют начинать вертикализировать детей в соответствии с физиологическими нормами развития, независимо от тяжести двигательных нарушений и сопутствующей патологии. Активная постуральная коррекция включает в себя правильное рефлекс-погашающее позиционирование каждого ребенка с помощью костюма и специального шлема, дозирование нагрузки на опорно-двигательный аппарат, используя систему тяг. Контроль осуществляется с помощью двигательных тестов, стабилометрии, подометрии, миографии, данных ЧСС и АД, оценки адаптационного потенциала по вариабельности сердечного ритма. Родители учаются приемам постурального контроля дома.

**Результаты.** Эффективность работы подтверждается совместными научными исследованиями ФГБУ ФНЦ ВНИИФК и Детским центром физической реабилитации и спорта «ГРОССКО» в рамках НИР.

**Выводы.** Активный двигательный режим в вертикальном положении показан даже при сложных двигательных нарушениях и позволяет значительно улучшить двигательные, функциональные и когнитивные возможности детей.

## КОРРЕКЦИИ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ С ДЦП СРЕДСТВАМИ СОВРЕМЕННОГО МЕЧЕВОГО БОЯ

Беркутова И.Ю., Кульпина К.Ю.

*РГУФКСМиТ, г. Москва*

**Актуальность.** Нарушение координации является лимитирующим фактором коррекции паттерна ходьбы у подростков с детским церебральным параличом (ДЦП),

причем по мере роста и взросления данная проблема усугубляется влиянием гиподинамики, обусловленной возрастающими нагрузками в школе и формированием компенсаторных деформаций. Вместе с этим в подростковом возрасте наблюдается резкое снижение мотивации к занятиям, особенно, если ребенку неинтересно и не виден быстрый результат. Перед специалистами стоит задача поиска новых методов, позволяющих заинтересовать подростка и развивать одновременно двигательные, функциональные и когнитивные способности. Одним из интересных направлений является современный мечевой бой, который успешно развивается в последние годы.

**Цель.** Разработать методику коррекции координационных способностей подростков с детским церебральным параличом средствами современного мечевого боя.

**Материалы и методы.** Данные тестирования координационных способностей подростков с ДЦП (спастическая диплегия, 1 уровень по GMFCS) показали нарушения координации в целом, зрительно-двигательных реакций, уровня адаптационного потенциала и психоэмоциональной устойчивости. Предложенная нами методика включала в себя следующие блоки: дыхательный, упражнения для повышения уровня координационных способностей, упражнения на скорость реакции, корректирующие упражнения и блок специальных упражнений с элементами мечевого боя.

**Результаты.** Повторное тестирование через шесть месяцев показало достоверно значимые улучшения координационных способностей и структуры ходьбы в целом.

**Выводы.** Использование новых интересных приемов реабилитации позволяет повысить мотивацию к занятиям, улучшить координацию, что положительным образом отражается на паттерне ходьбы и, несомненно, способствует успешному развитию личности подростка в целом.

## ПРИМЕНЕНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЦП

Беркутова И.Ю., Молоканов А.В.

*ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, г. Москва*

**Актуальность.** Реабилитация в подростковом возрасте осложняется высокой лабильностью настроения, вызванной бурными гормональными изменениями. Очень часто специалистам приходится сталкиваться с отказом выполнения предложенных рутинных упражнений. Для того чтобы поддержать высокий коэффициент мотивации актуален поиск и апробация новых методов и подходов. Использование танцевальных элементов позволяет разнообразить занятия, сочетать музыку и движение для выработки внутреннего чувства ритма. В целом, данный подход способствует физическому, функциональному и психоэмоциальному развитию подростков. Танец реализует потребность человека в движении, способствует самовыражению и самоутверждению, взаимообмену положительными эмоциями с окружающими.

**Цель.** Разработать методику применения танцевальных элементов для развития двигательных навыков у подростков с детским церебральным параличом.

**Материалы и методы.** В эксперименте приняли участие 20 подростков, имеющих основной диагноз ДЦП спастическая диплегия, уровень 2 по GMFCS. Методика включала в себя пять блоков: теоретический, подводящий, танцевальный, дыхательный и домашний. В каждом блоке несколько разделов. Например, танцевальный содержит: разучивание шагов и счета, хореографию, построение и разучивание связок движений, отработку схем под музыку, формирование зрительно-двигательной координации.

**Результаты.** Анализ результатов тестирования выявил достоверно значимые улучшения зрительно-двигательной координации и межмышечной согласованности в работе верхних и нижних конечностей. Увеличилась амплитуда движений в суставах, вырос общий моторный профиль, улучшился психологический статус.

**Выводы.** Использование танцевальных элементов в реабилитационных занятиях с подростками позволяет значительно улучшить психоэмоциональный фон, научить ребят согласованным движениям в группе и существенно увеличить зрительно-двигательную координацию.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОПОРНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Букреева Е.А., Чебаненко Н.В., Седненкова Т.А., Левченкова В.Д.

*ГБУЗ Научно-практический центр специализированной медицинской помощи*

*детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы*

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

**Актуальность.** У детей с внутриутробным и перинатальным повреждением центральной нервной системы развитие мозга и формирование его функциональных систем нарушено.

**Цель.** Оценить эффективность метода опорной стимуляции в комплексном восстановительном лечении двигательных нарушений у детей раннего возраста.

**Материалы и методы.** Восстановительное лечение проведено 51 ребёнку в возрасте от 7 месяцев до 2 лет с последствием перинатального поражения центральной нервной системы и с различными формами ДЦП в ранней стадии с помощью имитатора опорной нагрузки подошвенного «Корвิต». Детей со спастическим мышечным тонусом было 70,6%, детей с гипотонией в ногах было 29,4%. Для оценки эффективности метода использовались данные клинического осмотра ребёнка с определением уровня двигательного развития детей по шкале оценки возрастного развития ребёнка младшего возраста, разработанной Л.Т. Журбой и Е.М. Мастиюковой (1981), до и после проведения курса лечения.

**Результаты.** После проведённого курса опорной стимуляции, по данным клинического осмотра, у детей с различными по степени тяжести двигательными нарушениями отмечено снижение выраженности влияния тонических рефлексов на мышцы туловища и конечностей, нормализация мышечного тонуса и снижение спастичности, исчезновение перекреста ног, появление опоры на полную стопу. У 29 детей (56,9%) появились новые двигательные навыки: способность самостоятельно садиться из положения лёжа, опираясь на одну руку; стоять и передвигаться у опоры. У 27 детей (52,9%) прослеживалась тенденция к становлению позных рефлексов, предваряющих дальнейшее развитие статики и локомоции. У детей с гипотонусом в 100% случаев отмечалась тенденция к повышению мышечного тонуса, нарастала мышечная сила и устойчивость при ходьбе, улучшалась координация движений, уменьшались проявления двигательной атаксии, улучшилась статокинетическая устойчивость.

**Выводы.** Метод опорной стимуляции с использованием имитатора опорной нагрузки подошвенного «Корвит» показал хорошую переносимость, ухудшений и негативных реакций отмечено не было. У детей раннего возраста данный метод способствует формированию установочных рефлексов, а в дальнейшем – становлению статики и локомоции, формированию свода стопы, профилактике патологических изменений в голеностопных суставах, что снижает степень инвалидизации и повышает качество жизни.

# ВЛИЯНИЕ СПИРУЛЛИНОВЫХ ВАНН НА СОСТОЯНИЕ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ С ДЦП НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Гаврилова О.Ф.

*ГБУЗРК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», Евпатория, Республика Крым*

**Актуальность.** Изучение содержания катехоламиновых гормонов (КА-гормонов) в биологических жидкостях имеет большое значение в клинической практике, а также используется для определения реактивности симпато-адреналовой системы (САС) в процессе санаторно-курортного лечения.

**Цель.** Определить особенности функционирования симпато-адреналовой системы у детей с гемипаретической и диплегической формами ДЦП на санаторно-курортном этапе лечения до и после применения спируллиновых ванн.

**Материалы и методы.** Исследования проводились по унифицированной методике определения катехоламиновых гормонов. Под наблюдением находилось 57 детей: 28 – со спастической диплегией, 29 – со спастическим гемипарезом. Наряду с санаторно-курортным лечением больные получали спируллиновые ванны.

**Результаты.** До лечения исследования КА-гормонов показали снижение уровня норадреналина ( $2,0 \pm 0,1$  нг/мин), при нормальном содержании адреналина ( $2,4 \pm 0,2$  нг/мин) в моче. После проведенного курса лечения содержание адреналина осталось нормальным ( $1,7 \pm 0,1$  нг/мин), а исходно сниженный показатель экскреции норадреналина достиг средних значений возрастных физиологических норм и составил  $2,7 \pm 0,1$  нг/мин. Нормализующее воздействие спируллиновых ванн на САС организма детей, больных ДЦП подтвердил и индивидуальный анализ. Количество детей со сниженным показателем норадреналина в моче уменьшилось с 70 % до 30 %, наметилась тенденция к увеличению числа детей с нормальным уровнем адреналина с 39 % до 72 %. Сравнительный анализ динамики показателей КА-гормонов после получения спируллиновых ванн у больных гемипаретической и диплегической формами ДЦП значительных отличий не выявил.

**Выводы.** Таким образом, до лечения у данной группы больных отмечались нарушения в функционировании САС организма, которые характеризовались снижением активности её надпочечникового медиаторного звена. Применение спируллиновых ванн, как дополнительного лечебного фактора на санаторно-курортном этапе реабилитации, оказало благоприятное воздействие на измененные показатели САС организма детей, больных, как гемипаретической, так и диплегической формами ДЦП, что может также свидетельствовать об улучшении их адаптационных возможностей.

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ В УСЛОВИЯХ ЕВПАТОРИЙСКОГО КУРОРТА

Гармаш О.И.<sup>1</sup>, Сколотенко Т.С.<sup>2</sup>, Витринская О.Е.<sup>1</sup>, Щопко И.В.<sup>3</sup>, Гордиенко П.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ Республики Крым «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации»

<sup>2</sup> Кафедра педиатрии, физиотерапии и курортологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

<sup>3</sup> ГБУРК «Клинический санаторий для детей и детей с родителями «Здравница», г. Евпатория, Республика Крым

**Материалы и методы.** Анализ эффективности санаторно-курортного лечения проведен у 1090 детей и подростков больных с заболеваниями суставов, которые получали лечение в специализированном санатории «Здравница». Из них 510 больных с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА), 520 больных с реактивными артрапатиями (РеА), 60 больных с остеоартрозом (ОА). Оценка эффективности проводилась по клинико-лабораторным и функциональным параметрам. Отдаленные результаты оценивались при повторном поступлении в санаторий у 60 детей с РеА, 75 детей с ЮРА и 32 больных с ОА. Особое внимание уделялось изучению частоты и характера обострений заболевания в течение года после санаторно-курортного лечения и частоте перенесенных острых респираторно-вирусных инфекций. Комплексное санаторно-курортное лечение включало санаторный режим, климатотерапию, лечебное питание, массаж, ЛФК, санацию хронических очагов инфекции. Индивидуальная дифференциация лечебного комплекса базировалась на степени воспалительной активности, характере изменений в суставах, их функционально-двигательных характеристиках. По показаниям назначались аппликации сульфидной иловой грязи, бальнеотерапия. В качестве локального воздействия на пораженные суставы использовали лазеро-, магнитотерапию, ДМВ, СМТ, БРВС.

**Результаты.** Показано, что 90,5% больных с заболеваниями суставов выписываются из санатория с «улучшением». 15 больных (1,4%) были переведены в клиники с обострением основного заболевания. «Без перемен» выписаны 8,18% больных, которые перенесли в санатории интеркуррентные заболевания. Среди больных с РеА выписаны из санатория с «улучшением» 94% больных, «без перемен» - 6% больных. Среди больных ЮРА с улучшением выписаны 85% детей, среди больных с остеоартрозом улучшение 98% больных. При этом наблюдалось уменьшение болевого синдрома на 55 % у больных с РеА и ОА, на 42% у больных ЮРА. Отмечалось уменьшение утренней скованности у больных ЮРА. Улучшалось общее самочувствие больных, жалобы на головные боли, слабость, быструю утомляемость были единичными. Наблюдалась нормализация повышенного содержание ЦИК и сниженного содержания Т-Лимфоцитов. Анализ отдаленных результатов эффективности санаторно-курортного лечения при повторном поступлении выявил формирование устойчивой клинико-функциональной ремиссии на фоне стабильного благополучия иммунного статуса у больных РеА и ОА. В отдаленном периоде спустя год после санаторно-курортного лечения установлено отсутствие обострений заболевания при РеА и ОА, снижение частоты и выраженности обострений у больных ЮРА, улучшение клинического состояния и уменьшение острых респираторных инфекций в 2,5 раза у всех больных, повышение физической и социальной активности.

**Выводы.** Таким образом, изучение эффективности санаторно-курортного лечения детей и подростков с заболеваниями суставов по данным ближайших и отдаленных результатов показывает благоприятное влияние курорта на клинико-лабораторные и функциональные показатели больных, что способствует предупреждению

инвалидизации и повышению качества жизни детей и подростков с заболеваниями суставов.

## МЕСТО ВОЙТА- ТЕРАПИИ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Гербутова М.Н., Кноль Е.А.

*Детская клиника ЕМС, Москва  
Детский центр абилитации «Родник», Москва*

**Актуальность.** Войта- терапия является уже более 50 лет одним из ведущих методов реабилитации детей с неврологическими нарушениями, в том числе и недоношенных новорожденных в Европе и в последние годы приобретает все большее распространение в России.

**Цель.** Оценить эффективность Войта-терапии в лечении и предупреждении неврологических и соматических осложнений у недоношенных детей на этапе отделения реанимации и интенсивной терапии.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов длительного (многомесячного) курса Войта-терапии у недоношенных детей 1-го года жизни, анализ немецких статей, видеоматериалов. Также терапия проводилась в отделении реанимации недоношенных, сравнивалась дыхательная функция, положение тела (асимметрия) до- и после терапии.

**Результаты.** Отмечалась нормализация двигательного развития у ребенка 1го года жизни, увеличение экскурсии грудной клетки, углубление дыхания, равномерность дыхательных движений, выравнивание корпуса у недоношенных детей после проведения сеанса Войта-терапии.

**Выводы.** Проведения Войта- терапии на ранних этапах реанимационного лечения позволяет улучшать дыхательные функции, поддерживать правильное двигательное развитие, нормализовать мышечный тонус и, таким образом, позволяет лечить и предупреждать осложнения со стороны дыхательной и нервной системы. Также Войта-терапия позволяет гармонизировать развитие и минимизировать неврологические осложнения посредством проведения длительного многомесячного курса у детей 1-го года жизни.

## ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КУРОРТА ЕВПАТОРИИ КАК ВСЕРОССИЙСКОЙ ДЕТСКОЙ ЗДРАВНИЦЫ

Голубова Т.Ф.

*ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, Республика Крым*

**Актуальность.** В мае 2017 года Президент Владимир Путин подписал указ об объявлении в России «Десятилетия детства». Новая программа открывает возможности перспективного видения проблем детей и позволяет комплексно ставить и решать тактические и стратегические задачи в этой сфере. По результатам последующих государственных мероприятий сформирован ряд поручений Президента РФ, по которым предполагается разработка комплекса мер по реконструкции и дальнейшему развитию санаторно-курортных организаций, обеспечивающих отдых, оздоровление,

санаторно-курортное лечение и медицинскую реабилитацию детей. Отдельной строкой предусматривается подготовка и реализация мероприятий по становлению статуса города Евпатория как курорта Всероссийского значения – Всероссийской детской здравницы, используя при этом опыт и потенциал научно-исследовательского института детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации.

В ведении Министерства здравоохранения Республики Крым находится 8 детских санаториев общесоматического профиля, расположенных в г. Евпатории. Каждый из них имеет соответствующую специализацию, является клинической базой ГБУЗ «НИИ детской физиотерапии, курортологии и медицинской реабилитации» - единственного научного учреждения в РФ, занимающегося вопросами детской курортологии. Накоплен значительный опыт практических врачей, проведены многолетние научные исследования, свидетельствующие о высокой эффективности санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации больных детей на Евпаторийском бальнеогрязевом курорте. Доказано, что по природным лечебным факторам (мягкий климат, лечебная иловая сульфидная грязь, рапа, минеральные воды для внутреннего и наружного применения, мелкое теплое море, песчаные пляжи) курорт Евпатория является уникальным регионом Российской Федерации не только для отдыха и оздоровления в летний период времени, но и для круглогодичного лечения значительной части детей с различными соматическими, в том числе инвалидизирующими заболеваниями. В Евпатории круглогодично работают специализированные детские здравницы, в которых оказывается не только высококвалифицированная медицинская помощь, но и сохраняется возможность беспрерывного обучения детей по основным предметам в санаторных школах. Только в Евпатории имеются уникальные условия для полного цикла комбинированного консервативного и хирургического лечения (подготовка к проведению оперативного вмешательства, проведение операции), а также последующих восстановительных мероприятий (ранней и поздней медицинской реабилитации) ряда тяжелых инвалидизирующих заболеваний у детей (врожденные дисплазии и вывихи тазобедренных суставов, остеохондропатии различных локализаций, хронический остеомиелит, последствия скелетных и черепно-мозговых травм, перинатальной патологии недоношенных и глубоко недоношенных детей, а также рожденных с использованием ЭКО-технологий в виде органических поражений центральной и периферической нервной системы, детским церебральным параличом, спинальной патологией). Важным условием полноценного восстановления здоровья больных детей является лечение не только основного, но и ряда сопутствующих заболеваний.

С целью оценки состояния детских санаторно-курортных организаций, определения их перспективного развития и оказания методологической помощи в Евпаторию прибыла и с 21 по 23 января 2019 года работала комиссия представителей МЗ Российской Федерации в составе главного внештатного детского специалиста по медицинской реабилитации МЗ России профессора Батышевой Т.Т., начальника отдела профилактической помощи детям, медицинской реабилитации, предупреждения и снижения детской инвалидности Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения И.А. Шарлай, главного внештатного специалиста по санаторно-курортному лечению МЗ России профессора Никитина М.В., заместителя директора финансово-экономического Департамента Перепелкина А.Е., руководителя центра организации санаторно-курортного дела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава Росси Тоц П.В. Комиссия посетила и внимательно ознакомилась с детскими специализированными санаториями, подведомственными МЗ Республики Крым («Искра», «Здравница», «Орленок», им. Н.К. Крупской, «Морской», «Бригантина», «Чайка», «Смена»). Научными сотрудниками института совместно с коллективами детских санаториев были подготовлены и представлены комиссии подробные материалы (паспорта

санаториев и аналитическая справка), содержащие основные сведения о состоянии, неотложных мерах по улучшению работы в настоящее время и перспективах дальнейшего развития выше названных медицинских организаций. Результаты проделанной работы будут проанализированы в Министерстве здравоохранения Российской Федерации с целью подготовки Программы по реконструкции и дальнейшему развитию санаторно-курортных организаций бальнеогрязевого курорта Евпатории как перспективной Всероссийской детской здравницы.

## ВЛИЯНИЕ НЕЙРОТРОФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ПОЛИПЕПТИДОВ ИЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЭМБРИОНОВ СВИНЕЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЗГА У УЧАЩИХСЯ ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Голубова Т.Ф., Власенко С.В., Ларина Н.В., Кафанова К.А., Марусич И.И.

*ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, Республика Крым  
ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий им. Е.П.Глинки»  
Минобороны России, г. Евпатория, Республика Крым*

**Цель.** Изучить динамику биоэлектрической активности мозга по данным энцефалографии (ЭЭГ) у больных с ДЦП на фоне санаторно-курортного лечения, приема препарата полипептидов из головного мозга эмбрионов свиней.

**Материалы и методы.** Группе больных (36 человек) с ДЦП формой спастической диплегии в возрасте от 18 лет проведено нейропсихологическое обследование по методике разработанной Лурия А.Р. с соавторами. По данным обследования все пациенты были разделены на две группы. Первая – с преимущественной дефицитарностью задних гностических систем (зона теменно-височно-затылочная), вторая – передних гностических систем (лобные отделы мозга). Лечение больных проходило на фоне традиционного санаторно-курортного лечения, приема препарата полипептидов из головного мозга эмбрионов свиней. До и после терапии проводилось электроэнцефалография и топологическое картирование. Контрольную группу составили 24 ребенка, проходившие стандартный курс санаторно-курортного лечения.

**Результаты.** По данным ЭЭГ- исследования патологические изменения были выявлены у всех пациентов. ЭЭГ, соответствующее возрастной норме выявлено не было. Во всех группах отмечались следующие общие паттерны – задержка темпов созревания коркового электрогенеза, значительное увеличение мощности медленно-волновой части спектра, наличие регионарных и межполушарных асимметрий, слабая выраженность активационных сдвигов на ЭЭГ при воздействии афферентных раздражителей. Данные ЭЭГ-картины отражали состояние функциональных циклических вертикальных подкорково-корковых связей и состояние горизонтальных корково-корковых связей, их ослабление. Положительная динамика по данным контрольного обследования после проведения курса наблюдалась у 29 больных. Изменения выражались в уменьшении спектральной мощности  $\theta$ -диапазона, нарастанием мощности  $\alpha$ -диапазона с максимальной его выраженностью в задних отделах, увеличении его частоты на 0,5-1 Гц, отмечено появление  $\beta$ -ритма в центрально-лобных областях. Более выражены стали активационные сдвиги при пробах открытия глаз, в виде депрессии  $\alpha$ -ритма, усвоении частот на  $\alpha$ -диапазоне, при разночастотных стимуляциях. Определялась сглаженность асимметричных изменений. Нормализация зонального распределения биопотенциалов отмечена в 90% наблюдений. Лишь в одном случае отмечено ухудшение по всем показателям, что связано, по-

видимому с протекавшим интеркурентным заболеванием. В контрольной группе больных на фоне положительной динамики в двигательной активности по данным ЭЭГ в 8 случаях отмечена отрицательная динамика в виде нарастания патологических ритмов, в остальных случаях положительная динамика отмечалась у 12 пациентов, без изменений – 6 больных.

**Выводы.** Таким образом, полученные результаты в основной группе связаны с активизацией большого количества корковых нейронов, которые в условиях патологии были заблокированы и свидетельствуют о появлении новых возможностей в образовании новых функциональных связей, за счет глубинной внутренней перестройки функциональных систем.

## ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРГОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДЦП ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЙ ЗАКРЫТЫХ ФАСЦИОМИОТОМИЙ

Голубова Т.Ф., Власенко С.В., Ларина Н.В., Османов Э.А., Марусич И.И.

ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, Республика Крым  
ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий им. Е.П.Глинки»  
Минобороны России, г. Евпатория, Республика Крым

**Целью** настоящего исследования стала разработка подходов к проведению эрготерапии у больных ДЦП после проведенных малоинвазивных хирургических вмешательств и санаторно-курортного лечения.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 72 больных ДЦП (ОГ) со спастическими контрактурами в нижних конечностях. Перед началом курса реабилитации с целью устранения стойких ограничений движений в суставах нижних конечностей пациентам были проведены малоинвазивные хирургические вмешательства (закрытая селективная фасциомиотомия) по разработанной в санатории оригинальной методике. После проведенного лечения пациентам ОГ с первого дня был назначен комплекс санаторно-курортной реабилитации. Всем пациентам было проведено клинико-неврологическое обследование. Степень выраженности пареза оценивалась по пятибалльной шкале, степень спастичности мышц оценивалась по шкале Эшурорта. Ограничение объёма движений в суставах разделялось на пять степеней. До и после лечения проводилась ангулометрия, двигательная активность больного оценивалась по шкале Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy (GMFCS). Все включенные в исследование пациенты проходили занятия с педагогами школы. Занятия включали формирование бытовых навыков, самообслуживанию, личной гигиени.

**Результаты.** Проведенные малоинвазивные вмешательства позволили устраниить контрактуры в суставах нижних конечностей, эффективно снять спастичность в мышцах, восстановить физиологический объём двигательной активности пациентов. В ОГ клинически было достигнуто снижение мышечного тонуса (в среднем на 2-3 балла) и увеличение объема пассивных движений, не менее чем на 30-50%, что статистически достоверно отличалось от показателей в КГ. Больные стали значительно раньше самостоятельно передвигаться, что позволило повысить эффективность лечебной физкультуры и переориентировать инструктора ЛФК на проведение упражнений, вырабатывавших правильный стереотип ходьбы и более сложные движения, что в КГ удавалось достичь значительно позднее. У пациентов ОГ удалось достичь выраженного эффекта в развитии двигательных навыков, уровень по шкале GMFCS соответствовал

2-3, что практически характеризовалось как самостоятельная ходьба с незначительными затруднениями. Проводимая эрготерапия восстанавливала ослабленную мышечную активность, амплитуду движений в суставах, усиливала трофическое влияние на внутренние органы, адаптировала пациентов к выполнению повседневных навыков, повышала физическую активность и уровень бытовых и профессиональных навыков. У больных ОГ эффективность проводимых занятий была выше, что проявлялось в более раннем освоении навыков, закреплении их двигательного стереотипа.

**Выводы.** Таким образом, в условиях специализированного санатория целесообразно при наличии контрактур вначале реабилитации их устраниТЬ с помощью малоинвазивных хирургических методик, впоследствии начать курс реабилитации по разработанной методике с первого дня после проведенной операции.

## АСИММЕТРИЯ МОЗГОВЫХ СТРУКТУР МАМЫ И РЕБЕНКА, НОРМАЛЬНАЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИВЯЗАННОСТЬ В ДИАДЕ

Григорьева С. В.

*Центр развития коммуникации и социализации детей с аутизмом «Speech team»,  
г. Одесса, Украина*

**Актуальность.** Исследования асимметрии мозга в диаде мать- ребенок в рамках теории привязанности являются необходимыми и актуальными, поскольку для развития ребенка первый триместр является морфо- образующим.

**Цель.** Определить роль асимметрии мозговых структур мамы и ребенка в формировании патологической или нормальной привязанности.

**Материалы и методы.** В исследовании изучались латеральные показатели позной асимметрии мозга 312 испытуемых – подростков и их матерей (переплетение пальцев рук, скрещение рук на груди, прицеливание и аплодирование).

**Результаты.** Результаты пробы определения ведущего глаза у пары мама-ребенок, внесенные в двухходовые таблицы ( $\chi^2 = 3.88$ ,  $\phi = -0.17$ ,  $Q = -0.34$ ,  $C = -0.17$ ), показали значимую обратную корреляционную зависимость. Следовательно, в «зрительных буграх» или таламусе у этой пары формируется анатомическая обратная зависимость в доминировании полушарий, возможно как системообразующее взаимодействие. Будут ли отношения у мамы и подростка в виде баланса или конфликта зависит от способности мамы принять противоположную стратегию мышления ее ребенка. Связь мамы-ребенка в таламусе предполагает, что младенец (до трех месяцев не имеющий а-ритма) бессознательно подстраивает свой таламический водитель а-ритма под материнский а-ритм, компенсаторно ориентируясь на поддержание сенсорных импульсов матери. Значит, предположительно привязанность создается не через взгляд, а через со-настройку мозга ребенка с мозгом матери посредством а-ритма. Зная, что в периоде новорожденности, мама с ребенком находятся в состоянии омнипotentного единства, можно предположить, что у левополушарной матери могут включаться структуры защиты, блокирующие переработку ее эмоций. В такие моменты ее ведущее левое полушарие, может брать под контроль сенсорные каналы правого полушария ребенка и, чтобы заглушить свою тревогу, может «отключать» сигналы, которые посылает ее ребенок.

**Выводы.** Баланс мама-ребенок заложен на глубинном анатомическом уровне и, возможно, это одно из условий обеспечения эволюционного развития человека.

## ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ВОЗМУЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Гросс Н.А., Шарова Т.Л.

*ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, г.Москва*

**Актуальность.** У детей с двигательными нарушениями при принятии вертикального положения проявляются патологические двигательно-координационные реакций, которые направлены на оперативную корректировку текущей ситуации. Расстройства вестибулярной функции лишает ребенка адекватной ориентировки в пространстве и может служить причиной потери равновесия.

**Целью** исследования является изучение скрытого периода вестибуло-моторных реакций при физических упражнениях, как адекватных показателей состояния сердечно-сосудистой системы организма.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие дети дошкольного и младшего школьного возраста с диагнозом ДЦП. Разработан тест по изучению реакции сердечно-сосудистой системы при резких изменениях положений тела в пространстве (в частности на вращение). В работе применялась формула Квааса, для расчета коэффициента выносливости (КВ). Проведение теста дает возможность охарактеризовать сократительную способность миокарда, степень тренированности и выносливости организма.

**Результаты.** Проведенные исследования показали неоднозначное реагирование на вестибулярные раздражения при изменении тела в пространстве. Так, 10% детей адекватно реагировали на вращение, а у 7% детей наблюдалась повышенная реакция (увеличение ЧСС после вращения до 28–30 уд/мин. и АД выше 15 мм. рт.ст). После занятий отмечалась положительная адаптация у 59% детей.

**Выводы.** Проведенные исследования показали, что вестибулярные раздражения вызывают изменения сердечно-сосудистой системы, вегетативные и соматические реакции. Соматические реакции проявляются ярче, чем вегетативные. Определение типов реакции сердечно-сосудистой системы и ее изменения при вращении является существенным показателем при разработке индивидуальных программ для детей с двигательными нарушениями. Важное место при развитии двигательных навыков занимают упражнения, избирательно направленные на совершенство функций вестибулярного аппарата, которые выполняются на различных вспомогательных устройствах и тренажерах. Это позволяет рекомендовать применение активных физических упражнений для повышения вестибулярной устойчивости.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАВНОВЕСИЯ И КООРДИНИРОВАННЫХ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫХ ПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Гросс Н.А., Шарова Т.Л.

*ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, г.Москва*

**Актуальность.** Одной из трудных проблем для ребенка с ДЦП является обучение его координационным упражнениям. У ребенка с ДЦП из-за повышенного мышечного тонуса удержание позы и выполнение самых простых движений (сидение, ходьба, перекрестные движения руками и др.) составляют большие трудности, так как определенная устойчивость требует приложения соответствующих усилий, их

своевременного перераспределения, умения сориентироваться в непредвиденной ситуации. Мышечный и сенсорно- моторный опыт уже с раннего возраста для них является патологическим.

**Цель.** Изучить реакции равновесия и координации движений при перемене положения тела в пространстве у детей с ДЦП.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие дети дошкольного и младшего школьного возраста с диагнозом ДЦП. Дети были разделены по возрасту: от 2 до 4, от 5 до 7 лет и от 8 до 12 лет. В задание включены ряд тестов как с открытыми, так и с закрытыми глазами, которые дают полное представление об устойчивости и координации в пространстве при различных изменениях поз и движений в основе которой проявляется «чувство тела в пространстве» и ее взаимодействие с комплексом функциональных систем зрительным, proprioцептивным, вестибулярным.

**Результаты.** Изучение реакции равновесия и динамики координации при перемене тела в пространстве у детей с ДЦП показало, что дети в возрастной группе от 2- 4 лет либо вообще не владеют своим телом, либо могут выполнять двигательные акты с помощью. Появились попытки в регуляции тела в пространстве с помощью «Тренажера Гросса» у 40% детей с открытыми и у 20% с закрытыми глазами. В возрастной группе от 7-12 лет выполнили тест 40% детей, но только с открытыми глазами. Более 50% детей выполнили предложенные тесты как с открытыми, так и с закрытыми глазами в возрасте от 8 до 12 лет.

**Выводы.** Исследование подтверждает, что двигательно-координационные функции у детей с ДЦП сравнительно низкие и направлены на оперативную корректировку текущей ситуации. Поэтому во время занятий необходимо тренировать все виды движений вплоть до стояния и ходьбы в сочетании с упражнениями на координацию. Это позволит своевременно и всесторонне развивать двигательную активность ребенка и координацию в пространстве.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ С ПРИОРИТЕТНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АКТИВНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ

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

*ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, г. Москва*

**Актуальность.** Оценка показателей, характеризующих процесс реабилитации средствами активной физической культуры, является необходимой для разработки программы построения занятий, выбора возможных методов ее коррекции и определения тактики дальнейших действий. Поэтому оценка эффективности применения физических упражнений повышенной двигательной активности является актуальной.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 50 детей- инвалидов с двигательными нарушениями, из которых 42% имели IV и V уровни по шкале GMFCS, в возрасте от 1,5 до 18 лет, прошедших курс из 16 реабилитационных занятий с использованием активных физических упражнений. Для определения эффективности занятий проводилось педагогическое тестирование специально отобранных для каждого ребенка упражнений в начале и конце курса с использованием бальной оценки: 0 – не выполняет совсем; 1 – попытка выполнить в «Тренажере Гросса»; 2 – выполняет в «Тренажере Гросса»; 3 – попытка выполнить самостоятельно; 4 – выполняет самостоятельно.

**Результаты.** Исследования показали, что из всех 130 тестовых движений, использованных для оценки их эффективности, наибольшее количество положительных сдвигов отмечено в ходьбе на беговой дорожке с использованием «Тренажера Гросса» (11,3% случаев), в упражнениях, направленных на развитие баланса и координацию движений (9,8% случаев), на развитие мелкой моторики рук (8,3% случаев), в упражнениях, корректирующих ходьбу (6,0%), развивающих опороспособность (5,3%), удержание позы, стоя в «Тренажере Гросса» (5,3%).

**Выводы.** Результаты позволяют рекомендовать использовать педагогическое тестирование в реабилитационных занятиях детей-инвалидов с двигательными нарушениями.

#### МУКОПОЛИСАХАРИДОЗ IV ТИПА (БОЛЕЗНЬ МОРКИО) У РЕБЕНКА

Давлициров М.А., Чудопалова В.С., Малышева Л.А.

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

**Актуальность.** Мукополисахаридоз IV типа (болезнь Моркио) – наследственная болезнь накопления, обусловленная дефицитом лизосомных гидролаз: галактозамин-б-сульфат-сульфатазы (МПС IVA) или  $\beta$ -галактозидазы (МПС IVB), характеризующаяся значительной деформацией скелета и отставанием в росте. Популяционная частота МПС IV типа составляет 1 на 76 000–1 420 000 новорожденных.

**Цель.** Описать клинический случай мукополисахаридоза IVA типа (МПС IVA).

**Материалы.** Под нашим наблюдением находился мальчик К., 3 года 9 месяцев. Из анамнеза: ребенок от 3 беременности, протекавшей с отягощенным акушерским анамнезом, анемией, от 3 срочных родов. Оценка по Апгар 8/8 баллов. Вес при рождении 4060 гр., длина 60 см. Наблюдался неврологом с диагнозом ПЭП. Развивался с задержкой моторного и психо-речевого развития: сел и пополз в 9 месяцев, пошел в 1,5 года, первые слова с 2 лет. По мере развития моторных навыков стала прогрессировать деформация позвоночника и нижних конечностей. На 2 году жизни верифицирована задержка роста. Диагноз МПС IV типа заподозрен ортопедом ЦИТО в июне 2017 (2 года 1 месяц). Был направлен для проведения генетического исследования: на основании повышения уровня ГАГ в моче до 67,1 мг/ммоль и молекулярно-генетической диагностики (выявление двух мутаций в гене GALNS: NM\_000512 - c.503 del G и c.1388 del A), выставлен диагноз МПС IVA типа (болезнь Моркио). В декабре 2017- курс стационарного лечения в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей»: Нейродегенеративное заболевание. Задержка психо-речевого развития. Цервикальный стеноз. МПС IVA тип (болезнь Моркио). Множественный дисостоз. МРТ ГМ от 08.12.2017 – негрубая перивентрикулярная лейкопатия. МРТ спинного мозга от 08.12.2017 – остеохондропатия позвоночника, стеноз позвоночного канала (наиболее выражено на уровне краиновертебрального перехода до 5 мм), патологический кифоз на уровне Th12 и L4 с наличием полупозвонков Th12 и L4. С марта 2018 начал стационарное лечение в ТО Центр Детской Психоневрологии, последний курс в декабре 2018. Неврологический статус. Физическое развитие низкое (рост 92 см, вес 13 кг), гармоничное. Положение активное. Форма черепа обычна. Глазные щели S>D. Лицо асимметричное, сложенность носогубной складки слева, мимика живая. Ограничение движений в локтевых и коленных суставах, приводящая контрактура т/б суставов. Тонус мышц физиологичен. Мишечная сила в конечностях 3-4 балла. Сухожильные рефлексы с рук и ног оживлены, асимметричные S>D. Брюшные рефлексы живые. Походка нарушена из-за выраженных деформаций скелета. Плоско-

вальгусная деформация стоп. Вальгусная деформация голеней. Килевидная деформация грудной клетки. Диспластический грудопоясничный сколиоз. Грудопоясничный кифоз. Деформация концевых фаланг кистей, локтевых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставов. Контакту доступен, тревожен, боязлив. Речевые инструкции выполняет. Цвета и формы знает. Навыки опрятности сформированы, самообслуживания – частично из-за выраженных костных деформаций (есть самостоятельно, умеет снять и одеть некоторые виды одежды).

**Выводы.** Данный клинический случай показывает, что своевременное подозрение на наличие у пациента МПС, направление на консультацию генетика, своевременная диагностика МПС, обеспечивают условия для раннего начала лечения, и, несмотря на стеноз позвоночного канала, позволяют снизить вероятность прогрессирования осложнений (миелиопатии) и обеспечить возможность социализации ребёнка.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Давыдов А.Т.<sup>1</sup>, Бутко Д.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

**Актуальность.** По DSM-III-R и МКБ-10 расстройство адаптации (РА) является дезадаптивной реакцией вследствие стрессора или заболевания.

**Целью** исследования явилось изучение особенностей РА у детей и подростков.

**Материалы и методы.** РА было изучено у детей и подростков с помощью клинического, динамического и катамнестического методов в соответствии с критериями DSM-III-R и МКБ-10. В течение 1,5 месяцев было исследовано 2 группы детей: с РА – 42; без РА – 54 человека.

**Результаты.** РА было выявлено у 42 детей, испытывавших трудности и ограничения в обучении. Клинически - диагностически значимыми показателями РА оказались: высокий уровень реактивной и личностной тревожности, гиперстезия, повышение уровня депрессии, истерии, фрустрированности, ригидности, вегетативной дистонии, снижение интеллектуального и образовательного потенциала. На психологическом уровне у детей с РА наблюдалось нарушение процессов памяти, мышления, двигательно-волевой сферы, поведенческие расстройства. Для оказания своевременной реабилитационной помощи использовался метод постепенной активизации личностного реабилитационного потенциала ребенка. Основные мероприятия комплекса были направлены на соблюдение ребенком режима реабилитации; формирование здорового образа жизни; повышения физической и психической активности в процессе реабилитации в группе; самостоятельное выполнение общеукрепляющего комплекса гимнастики; получение психотерапевтической и психологической помощи; осознание своих переживаний и поиска выхода из проблемы; обучение позитивному мышлению в процессе рациональной психотерапии и психологической коррекции; снижение тревожности, уравновешивание вегетативной нервной деятельности вследствие обретения навыков релаксации и постепенного использования аутогенной тренировки. Кроме психотерапевтических и психологических мероприятий, все дети занимались в отделении бытовой реабилитации и профориентации, а также регулярно посещали занятия в школе, находящейся непосредственно в детском центре.

**Выводы.** Использование психореабилитационного комплекса позволило достичь терапевтической ремиссии у 35 детей и подростков основной группы, что составило 83,3 % случаев. Отмечено повышение заинтересованности, сознательного и активного участия детей в реабилитационных мероприятиях. Отмечалось возрастание самооценки, уверенности в своих силах, веры в то, что предстоящие трудности могут быть преодолены, что они лишь часть испытаний и для последовательного их решения необходим личный опыт и помочь со стороны психотерапевтов, психологов, социальных работников, педагогов при активной поддержке семьи и родственников.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТРАТЕКАЛЬНОЙ БАКЛОФЕНОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СО СПАСТИЧНОСТЬЮ И ВТОРИЧНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИЕЙ

Декопов А.В., Томский А.А., Пасхин Д.Л., Исаагулян Э.Д., Салова Е.М.

*ФГАУ НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ, г. Москва*

**Актуальность.** Спастический синдром и дистония существенно снижают реабилитационный потенциал больного и являются причиной формирования контрактур и деформаций опорно-двигательного аппарата.

**Цель.** Оценить эффективность хронической интракраниальной терапии баклофеном у больных со спастическими синдромами различной этиологии и дистонией.

**Материалы и методы.** Изучены результаты интракраниальной терапии баклофеном в двух группах пациентов: со спинальной спастичностью (19 больных) и церебральной спастичностью (ДЦП, 33 пациента). Всем больным после проведения баклофенового скрининг-теста производилась имплантация системы для хронической интракраниальной инфузии баклофена. Уровень мышечного тонуса оценивался по шкале Эшвортса, мышечная дистония по шкале BFM, локомоторный статус был изучен по шкале Arens и GMFM88. Оценка производилась до операции, через 3, 6 и 12 месяцев после операции и далее каждый год. Срок катамнестического наблюдения составил от 2 до 9 лет.

**Результаты.** Хроническая интракраниальная терапия баклофеном приводит к достоверному снижению мышечного тонуса в нижних конечностях в обеих группах ( $p<0,001$ ). В первой группе динамика мышечного тонуса оказалась достоверно большей, чем во второй группе (2,77 баллов и 2,07 балла соответственно,  $p<0,0031$ ). Динамика мышечного тонуса в верхних конечностях оказалась достоверно ниже, чем в нижних конечностях ( $p<0,0022$ ). У больных с вторичной мышечной дистонией отмечалась слабая положительная динамика по шкале BFM: от  $65\pm17$  баллов перед операцией до  $60\pm19$  баллов в катамнезе. В большинстве случаев в отдаленном периоде наблюдения требовалось увеличение суточной дозы баклофена для поддержания клинического эффекта. У 5% больных в катамнезе развилась вторичная резистентность к интракраниальной терапии.

**Выводы.** Хроническая интракраниальная терапия баклофеном более эффективна у больных со спинальной спастичностью. Влияние терапии на мышечную дистонию значительно менее выражено, чем на спастический синдром. Эффективность коррекции спастичности в верхних конечностях ниже, чем в нижних конечностях. В ряде случаев возможно развитие резистентности к терапии, несмотря на положительный результат баклофенового скрининг-теста.

СПОНТАННЫЕ АУТИКОПОДОБНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ  
ФЕНОМЕНА «НАСИЛЬСТВЕННОЙ НОРМАЛИЗАЦИИ» ЭЭГ У ДЕТЕЙ С  
ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ  
(ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ)

Евтушенко С.К., Гагара Д.А., Москаленко М. А., Евтушенко О.С.

*Республиканский клинический Центр нейрореабилитации, г. Донецк*

**Актуальность.** «Насильственная нормализация» электроэнцефалограммы (ЭЭГ) – быстрая нормализация ЭЭГ под влиянием противосудорожной терапии у больных эпилепсией, соответствующая урежению или полному исчезновению судорожных приступов с появлением спонтанных аутикоподобных расстройств.

**Цель.** На основании клинико- электроэнцефалографических исследований из группы больных с труднокурабельными формами эпилепсии выделить детей, у которых после исчезновения приступов развивались психоневрологические расстройства. Выбор медикаментозной и немедикаментозной терапии.

**Материал и методы.** В исследование включены 67 детей в возрасте от 6 до 15 лет (30 девочек, 37 мальчиков) с труднокурабельными формами эпилепсии. Проводилось тщательное клиниконеврологическое обследование (МРТ головного мозга, КЭЭГ, определение уровня антиконвульсантов в крови). Давность заболевания от 3-х до 8-ми лет, все дети принимали более одного препарата. У 17 больных на фоне прекращения приступов и нормализации ЭЭГ, возникали выраженные психомоторные и аутикоподобные расстройства (СДВР, фобия, агрессия). Если после снижения дозы либо отмены последнего антиконвульсанта выраженность психомоторных расстройств не снижалась, мы назначали симптоматическую терапию (гамк-ергические препараты, агонисты дофамина); для улучшения эффекта минимальные дозы нейролептиков.

**Результаты.** Идентифицирован клинико- электрографический феномен «насильственной нормализации» ЭЭГ (синдром Ландольта) у детей с труднокурабельными формами эпилепсии. Разработаны рекомендации по лечению и медико-социальной реабилитации.

**Выводы.** По нашим наблюдениям рекомендуется отменить препарат, который мог вызвать синдром «насильственной нормализации» и перевести ребенка на прием вальпроатов с добавлением в терапию гамк-ергических препаратов, агонистов дофамина, нейролептиков; проводилась консультация психиатра, занятия с психологом (дыхательная гимнастика).

К ВОПРОСУ ОБ УТОЧНЕНИИ ЭТИОЛОГИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У  
ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ТАКТИКУ И ОБЪЕМ  
МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Евтушенко О.С.<sup>1</sup>, Евтушенко С.К.<sup>1</sup>, Соловьева Е.М.<sup>2</sup>, Савченко Е.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>. *Республиканский клинический центр нейрореабилитации, г. Донецк*

<sup>2</sup>. *Республиканский диагностический центр ДОКТМО, г. Донецк*

<sup>3</sup>. *Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк*

**Актуальность.** На первом месте в медицинской статистике и инвалидности по заболеваемости у детей в течение последних 20 лет стоит церебральный паралич. Уточнение этиологии и его форм влияет на продолжительность, объем и рациональность медицинской и социальной реабилитации.

**Цель.** На основе проведенного многолетнего клинико-МРТ-генетического мониторинга – уточнить этиологию церебрального паралича и модифицировать методы медицинской и социальной реабилитации.

**Материалы и методы.** Проведен 10-летний клинико-МРТ-генетический мониторинг 100 детей с церебральным параличом (мальчиков – 61, девочек - 49, в возрасте от 3х до 14 лет) с различными формами (двойная гемипаретическая – 48 чел., атонически-астатическая – 24 чел., гемипаретическая – 16 чел., диплегия – 12 чел.) и различной степенью тяжести. По данным МРТ у 33% больных выявлены врожденные аномалии развития головного мозга (лисэнцефалия – 8 чел., порэнцефалия – 7 чел., агенезия мозолистого тела – 8 чел., фокальная корковая атрофия – 10 чел.). Сочетанные аномалии развития сосудов головного мозга выявлены у 23% детей. У 35% обнаружены различной степени гипоксически-ишемические очаги субкортикальной и перивентрикулярной лейкомалии. У 34% больных – МРТ в пределах возрастной нормы.

**Результаты.** У 46% детей больных церебральным параличом верифицированы различные аномалии развития головного мозга.

**Выводы.** На основе полученных данных нами усовершенствована и модифицирована тактика курации детей с церебральным параличом (особенно, этиологически связанная с различными аномалиями развития головного мозга). Предложены адаптированные схемы медицинской и социальной реабилитации.

## ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ МОТОСЕНСОРНЫМИ НЕВРОПАТИЯМИ (НМСН) I И II ТИПА ПРИ МНОГОЛЕТНЕМ НАБЛЮДЕНИИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА (СРЦ)

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

*Республиканский клинический центр нейрореабилитации, г.Донецк*

**Актуальность.** Поздняя диагностика и недооценка ранних проявлений симптомов НМСН и их возрастных паттернов в последующем ассоциируется с неадекватной тактикой терапии и приводит к развитию ранней инвалидизации.

**Цель.** Изучить динамику клинических симптомов заболевания у детей с НМСН I и II типа в течение 15-летнего наблюдения в условиях СРЦ.

**Материалы и методы.** 70 пациентов с НМСН I и II типа (основная группа - 50 детей, получали дифференцированную терапию (дотаторы фосфолипидов, стабилизаторы мембран, метаболиты) с учетом данных клинико-неврологического мониторинга. В группе сравнения (20 детей), регулярный клинико-неврологический мониторинг не проводился по различным причинам. Средний возраст -  $7,17 \pm 1,21$  лет, 38 (54,3%) мальчиков, 32 (45,7%) девочек. Динамика клинических симптомов оценивалась по шкале NIS LL с определением мышечной силы (0-4 балла), сухожильных рефлексов (0-2 балла), сенсорных нарушений (оценка поверхностной (0-5 баллов) и вибрационной чувствительности (0-5 баллов)), объема активных движений в голеностопных суставах (0-5 баллов), функции ходьбы (0-4 балла). Диапазон тяжести нарушений составил: 0 - 8 баллов (легкая), 8,5 - 17 баллов (средняя) и 17,5 - 25 – тяжелая степени.

**Результаты.** По данным 15-летнего катамнеза наблюдения у детей основной группы с НМСН I типа отрицательная динамика по шкале NIS LL составила  $7,44 \pm 2,35\%$ , а в группе сравнения  $21,14 \pm 5,12\%$  ( $p<0,01$ ); у детей основной группы с НМСН II типа -  $19,12 \pm 3,17\%$  и в группе сравнения  $37,12 \pm 3,12\%$  ( $p<0,01$ ), что позволило

достоверно констатировать менее выраженную степень клинико-неврологических нарушений в основных группах при сопоставлении с идентичными данными группы сравнения.

**Выводы.** Ранняя диагностика НМСН I и II типа при активном наблюдении с выделением базисных клинических симптомов, их долговременная медикаментозная терапия и коррекция двигательных нарушений, является основой терапии, направленной на супрессию прогредиенции патологического процесса.

## РОЛЬ НАМЕРЕННОЙ КОММУНИКАЦИИ В РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Жеребцова В.А., Богомолова В.В.

ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», г. Тула

**Актуальность.** Коммуникация - взаимодействие двух или более человек, координирующих свои действия в постоянно происходящем процессе обмена реакциями и контексте ситуации. Коммуникация может быть целенаправленной или нет, включать общие сигналы или индивидуальную информацию, принимать лингвистические или не лингвистические формы, осуществляться посредством речи или иных форм. При оценке уровня коммуникативного развития ребенка и выборе средств альтернативной коммуникации необходимо определить коммуникативные действия, которые ребёнок совершает в повседневной жизни, в процессе игр или общения, а также выявить повторяющиеся движения, которые являются сигналами о желаниях и потребностях ребенка. Стремительное развитие образовательной системы за рубежом, особенно в США, привело к созданию практической периодизации коммуникативного развития ребенка, которая получила развитие в других странах и легла в основу «Матрицы коммуникации» - метода диагностики коммуникативных навыков. В основе периодизации, созданной на основе исследований Элизабет Бейтс (Elizabeth Bates), развитие интенциональности (намеренности и целенаправленности), как осознание того, что человек может влиять на окружающий мир и каким именно способом».

**Результаты.** У детей с тяжелыми и множественными нарушениями на начальных этапах развития коммуникации чаще всего отмечается неспособность к намеренной коммуникации, что может вызвать в дальнейшем прогрессирующе снижение попыток вовлечения во взаимодействие с людьми и предметами. Пассивность, сниженная потребность в общении, слабый интерес к окружающему тормозят процесс развития речевых навыков и использования альтернативных средств общения. Использование коммуникативных развивающих технологий не менее важно, чем применение медицинских технологий, поскольку они способствуют не только коммуникативному развитию ребенка, но и его личностному развитию. Это могут быть как традиционные вспомогательные устройства, так и высокотехнологичные вспомогательные устройства, основанные на современных компьютерных технологиях: коммуникативные кнопки, системы указывания взглядом, контроллеры. Использование коммуникативных вспомогательных технологий, например, кнопок или иных технологических устройств, действующих по принципу причинно – следственных связей, может научить ребенка тому, что его действия имеют последствия, то есть, намеренности действия. Развитие направленной коммуникации, очень важно, поскольку это позволяет в дальнейшем использовать более высокие уровни альтернативной коммуникации. Специалистами Центра детской психоневрологии г.Тулы в работе с детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития используются методы для поддержания

раннего социального интереса и познавательных процессов ребенка на начальных этапах развития коммуникации, которые обеспечивают возможность позитивного взаимодействия с другими людьми, учитывая индивидуальные потребности ребенка и предоставляют широкий набор предметов для стимуляции исследовательской активности. При этом, специалистами учитывается, что для развития намеренной и целенаправленной коммуникации наиболее важно обеспечить устойчивую обратную связь в отношении любых потенциально коммуникативных ненамеренных действий с целью интерпретации поведения ребенка. Это способствует не только пониманию ребенком результата своих действий, но и улучшает импресивную речь.

**Выводы.** Таким образом, намеренная коммуникация – это очень важный социальный навык. В ходе программы развития коммуникации, моделируя ситуации, интерпретируя и комментируя спонтанные реакции ребенка, а также вовлекая его в социальное взаимодействие, включающее использование жестов, речи или альтернативной системы коммуникации, формируется навык намеренной коммуникации. Ребенок получает достаточно разнообразный опыт употребления слова или жеста, чтобы составить представление о том, как его обычно используют и применять его в разнообразных контекстах.

## ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Жеребцова В.А., Григорьева Е.А.

ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», г. Тула

**Актуальность.** По данным литературы у 10-15% пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) (J.Yamell, 2013) этиология заболевания остается не ясной. Для этой группы пациентов причиной ДЦП может являться наличие генетических факторов, представленных как микроструктурными хромосомными аномалиями, так и моногенной патологией. Особенно важно выявлять заболевания, скрывающиеся под «маской» ДЦП, для которых разработаны специфические методы лечения (патогенетическая или заместительная терапия). Медико-генетическое обследование детей с тяжелыми двигательными нарушениями позволяет уточнить причину болезни, а также провести прогностическое медико-генетическое консультирование семьи.

**Материалы и методы.** На начало 2019 года в регистре Центра детской психоневрологии - 719 детей с церебральным параличом, большинство из которых получают курсы медицинской реабилитации в Центре. С 2016 года детям с ЦП и другими тяжелыми двигательными нарушениями выполняется молекулярно-генетическое обследование. Используются такие современные методы генетического тестирования, как хромосомный микроматричный анализ и клиническое экзомное секвенирование (панели «Нейродегенеративные заболевания», «Нервно-мышечные заболевания», «Нейрометаболические заболевания», «Митохондриальные заболевания»).

**Результаты.** За 2016-2018 годы генетические исследования были проведены 90 пациентам. При выявлении патогенных изменений все дети были проконсультированы врачом-генетиком, для определения тактики дальнейшего обследования и лечения. По показаниям было рекомендовано обследование родителей, для уточнения типа наследования выявленной патологии. Спектр выявленных изменений был представлен микроделекционными синдромами, моногенными мутациями, ранее не описанными патогенными мутациями. Однако, в сложных случаях проводимого в настоящее время

объема исследований оказалось недостаточно. В 2019 году по рекомендации врачей-генетиков спектр проводимых исследований дополнили клиническое секвенирование экзома (изучение кодирующих последовательностей всех известных генов, имеющих клиническое значение) и полноэкзомное секвенирование (изучение кодирующих последовательностей всех известных генов). Данные виды исследований позволяют наиболее подробно изучить спектр генетических нарушений.

**Выводы.** Молекулярно-генетические исследования у детей с тяжелыми двигательными нарушениями являются перспективным направлением диагностики, определяют тактику лечения, что, в конечном итоге, влияет на качество жизни. Полученные результаты позволяют не только подобрать адекватное лечение для пациента, но и могут быть использованы при планировании семьи. Так, в 5 семьях наших пациентов, имеющих тяжелые двигательные нарушения, после проведения генетических исследований и исключения наследственной причины заболевания, родились здоровые мальчики.

## АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ПРОБЛЕМАМИ ГЛОТАНИЯ И ПИТАНИЯ

Жеребцова В.А., Корнилова И.Ю.

ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», г.Тула

**Актуальность.** ГУЗ ТО «ЦДП» оказывает специализированную, консультативно-диагностическую и реабилитационную помощь детям с патологией центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, в том числе детям с церебральным параличом.

**Материалы и методы.** В среднем, за год лечение получают более 4 тысяч детей в условиях круглосуточного и дневного стационаров. Эффективная реабилитация (абилитации) детей с двигательными нарушениями невозможна без организации процесса кормления и оказания нутритивной поддержки.

**Результаты.** Специалистами Центра разработан алгоритм ведения детей с двигательными нарушениями, имеющих проблемы кормления и питания, который состоит из нескольких этапов. При первичном осмотре специалисты оценивают наличие симптомов «тревоги», характерных для дисфагии, процесс и безопасность кормления, навыки приема пищи и питья. Для оценки правильного процесса кормления, заполняется шкала SAFE (Short Assessment of Feeding Elements) - краткая оценка составляющих элементов кормления, которая обеспечивает быструю оценку положения тела ребенка во время кормления из бутылочки, питья из чашки, кормления с ложки и/или при самостоятельном приеме пищи и, уже на этом этапе, позволяет улучшить практику кормления. Для оценки навыков приема пищи и питья нами используется опросник EDACS (Eating and Drinking Ability Classification System). Опросник позволяет определить способности ребенка пить, есть, в том числе откусывать, жевать твердую пищу, глотать без риска аспирации. Следующий этап алгоритма – оценка нутритивного статуса, а именно: оценка физического развития в зависимости от уровня по шкале глобальных моторных функций (GMFCS), расчет индекса массы тела (ИМТ), расчет прогностического индекса гипотрофии: оценка показателей лабораторных методов исследования крови, которые меняются при дефиците белка (определение белков с коротким периодом полураспада – альбумин, трансферрин, церулоплазмин, абсолютное число лимфоцитов, уровень гемоглобина в эритроцитах, содержание глюкозы, показателей оценки азотистого обмена). Прежде чем решить вопрос о нутритивной поддержке ребенка, необходимо убедиться в

безопасности процесса кормления, то есть исключить наличие нарушения глотания, аспирации. При подозрении на нарушение акта глотания (дисфагию), необходимо провести диагностическое исследование- видеофлюороскопия. Видеофлюороскопия - рентгеноскопическая видеорегистрация акта глотания от момента поступления пищевого комка в ротовую полость до его попадания в желудок. В результате проведения видеофлюороскопии специалист выявляет наличие микроаспираций при кормлении, определяет локализацию дисфагии, возможную причину ее возникновения. В случае выявления дисфагии, аспирации требуется решить вопрос о способе энтерального питания (через назогастральный зонд или гастростому). Если возможен и безопасен пероральный прием пищи, то необходимо принять меры для улучшения оромоторных навыков, положения во время кормления, подобрать консистенцию пищи, рассчитать ее калорийность. С этой целью специалист по питанию (педиатр) проводит расчет основных нутриентов для коррекции питания и подбор лечебных смесей. Важной составляющей в организации процесса кормления является правильное позиционирование, подбор технических средств, позволяющих принимать пищу в комфортных и безопасных условиях, активное вовлечение ребенка в процесс выбора еды и кормления, взаимодействие с семьей ребенка, с целью создания благоприятной окружающей атмосферы.

**Выводы.** Разработанный специалистами поэтапный алгоритм ведения пациентов с двигательными нарушениями позволяет обезопасить процесс кормления, улучшить качество жизни ребенка, и подготовить его к проведению дальнейших реабилитационных мероприятий, тем самым повысить их эффективность.

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ДЦП. СОЧЕТАНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ОРТЕЗИРОВАНИЕМ И СПЛИНТИРОВАНИЕМ. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.

Жеребцова В.А. Максименко А.А.

ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», г. Тула

**Актуальность.** По состоянию на конец 2018 года в реестре детей с ЦП состоит 719 детей, в том числе с впервые установленным диагнозом - 62 человека.

**Материалы и методы.** В комплексной программе восстановительного лечения детей с двигательными нарушениями должны быть использованы только методы с доказанной эффективностью. Наряду с ботулиновтерапией (уровень доказательности А), применяемой в лечении спастичности, а также для профилактики и лечения вторичных ортопедических осложнений, функциональное ортезирование (уровень доказательности А) является важной составляющей программы комплексной медицинской реабилитации пациентов с двигательными нарушениями.

**Результаты.** С 2014 года в составе центра ДЦП функционирует кабинет ботулиновтерапии, основные задачи которого является определение показаний к ботулиновтерапии, проведение инъекций ботулинического токсина, формирование протоколов лечения. В 2018 году в Центре проведено 1014 инъекций 169 пациентам, в том числе по программе высокотехнологичной медицинской помощи. Приоритетным является многоуровневое введение ботулинического токсина в мышцы-мишени верхних и нижних конечностей, что позволяет эффективно моделировать патологически двигательный стереотип, способствует приобретению новых моторных навыков у детей младшей возрастной группы, снижает риск вторичных ортопедических осложнений. Для более точно введения, особенно в глубоколежащие мышцы, инъекции

проводятся как под контролем пальпаторно-анатомического метода, так и с использованием ультразвукового контроля точности. Каждому ребенку с функциональными нарушениями верхних конечностей при ДЦП проводится оценка степени спастичности по модифицированной шкале Эшвортса, оценка моторной активности верхней конечности по шкале (PMAL), бимануальное функционирование тонкой моторики (BFMF). По результатам тестирования, с учетом потребностей ребенка и запросов семьи определяются двигательные SMART цели. В своей работе мультидисциплинарная команда специалистов Центра в составе невролога, ортопеда, реабилитолога активно внедряет методику сочетания функционального ортезирования с последующим сплинтированием (уровень доказательности 2А) верхних конечностей в комплексе с ботулиновой терапией. На 2-10 сутки после проведения ботулиновой терапии мышц верхних конечностей этапно проводится функциональное ортезирование, длительностью до 7 дней, что дает возможность постепенно увеличить объем активных и пассивных движений, а в дальнейшем использование сплинтирования позволяет сохранить объем движений, оптимальное положение верхней конечности.

**Выводы.** Сочетание данных методик позволяет существенно увеличить эффект, улучшить имеющиеся, а также овладеть новыми двигательными навыками в зависимости от уровня функционирования.

## ПРИМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОРТЕЗИРОВАНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩИМ СПЛИНТИРОВАНИЕМ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. ВЗГЛЯД ОРТОПЕДА

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

*ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», г. Тула*

**Актуальность.** Функциональное ортезирование или серийное гипсование – метод нейроортопедической коррекции контрактур и деформаций суставов, является важной составляющей программы комплексной медицинской реабилитации пациентов с двигательными нарушениями. Данный вид вмешательства относится к уровню доказательности А и, наряду с ботулиновой терапией, применяется в лечении спастичности, а также для профилактики и лечения вторичных ортопедических осложнений.

**Материалы и методы.** В ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» методика функционального ортезирования применяется более 10 лет с использованием полимерных материалов, в том числе с сентября 2018 года данный метод применяется с использованием мягких полимерных материалов. Функциональное ортезирование проводится поэтапно, длительность каждого до 7 дней, что дает возможность постепенно увеличивать объем активных движений вовлеченной конечности. Полимерный бинт, используемый для проведения ортезирования, в отличие от обычного гипса не вызывает аллергических реакций, более легкий, пропускает воздух, а также испарения со стороны иммобилизованной части тела, является более эластичным аналогом гипса, в результате чего более точно принимает форму тела. Важным аспектом используемого метода является возможность активной нагрузки иммобилизованной конечности в процессе проведения функционального ортезирования. Данная методика способствует растяжению спастичной мышцы в течении длительного времени, а также позволяет поддерживать и постепенно увеличивать объем активных и пассивных движений в суставе. В дальнейшем, с целью сохранения и закрепления полученного объема движений конечности, проводится ее сплинтирование. Основными целями использования ортезов является увеличение функции, предотвращение деформаций, сохранение сустава в функциональном

положении, стабилизация туловища и конечности, избирательное облегчение контроля движений, снижение спастичности и защита конечности в послеоперационном периоде. Данный вид медицинской реабилитации относится к уровню убедительности рекомендаций В, уровню достоверности доказательств 2А.

**Результаты.** В 2018 году функциональное ортезирование проведено 28 детям I-III уровня функционирования по GMFCS, положительные результаты в виде увеличения угла тыльного сгибания голеностопного сустава достигнуты у всех пациентов. У 21 % детей (6 человек) увеличение тыльной флексии составило от 0 до 5 градусов, у 61% детей (17 человек) – от 5 до 10 градусов, у 18% детей (5 человека) – более 10 градусов.

**Выводы.** Таким образом, применение функционального ортезирования с последующим сплинтированием в сочетании с ботулиновтерапией в комплексной программе реабилитации пациентов с двигательными нарушениями позволяет поддерживать и увеличивать объём активных движений в суставах конечностей с целью повышения качества жизни ребенка.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРАВИЛЬНОГО ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Жеребцова В.А., Шилина С.А.

ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», г. Тула

**Актуальность.** На протяжении последних лет в структуре детской инвалидности одно из ведущих мест принадлежит болезням нервной системы. Церебральный паралич (ЦП) является наиболее распространенной причиной инвалидности. Реабилитация детей с двигательными нарушениями всегда была и остается важной задачей как в нашей стране, так и во всем мире. Оптимальное оказание помощи пациентам с ЦП подразумевает мультидисциплинарный подход команды специалистов из числа неврологов, ортопедов, специалистов по физической реабилитации, педиатров, специалистов по коммуникации и др., фокусирующих свое внимание на потребностях ребенка и его семьи. Применение оценочных шкал позволяет правильно и точно оценить исходный уровень двигательных функций пациента, а также динамику развития и формирования двигательных навыков. В настоящее время шкала глобальных моторных функций (GMFCS) является общепринятым мировым стандартом оценки функциональных возможностей пациента с ЦП, его потребности во вспомогательном реабилитационном оборудовании и средствах для передвижения. Согласно ей, на основании рекомендаций, осуществляется оптимальный подбор технических средств реабилитации детям с двигательными нарушениями. Правильно подобранные технические средства реабилитации (TCP) решают важные задачи в жизни ребенка, а именно, расширение двигательных способностей, улучшение объема движений позвоночника, таза, конечностей, развития равновесия, постуральной стабильности и контроля за движениями; профилактику вторичных осложнений (контрактуры и деформации, вывихи и подвывихи, повреждение мягких тканей, инфекции дыхательных и мочевыводящих путей и т. д.); улучшение общего состояния здоровья и качества жизни.

**Результаты.** Специалисты мультидисциплинарной команды ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» должное внимание уделяют вопросу позиционирования, подбору и использованию TCP у детей с двигательными нарушениями. В своей ежедневной работе специалисты Центра информируют семьи о важности использования в повседневной жизни TCP; обучают родителей оптимальной эксплуатации индивидуальных технических средств, которые они получают согласно

рекомендациям наших специалистов. Благодаря возможности проведения телемедицинских консультаций и дистанционной реабилитации, специалисты Центра также могут оценить и правильность использования технических средств в домашних условиях, дать дополнительные рекомендации по формированию и расширению двигательных возможностей посредством вспомогательных средств и приспособлений в домашней среде.

**Выводы.** Таким образом, необходимо отметить, что оптимальное применение в повседневной жизни ребенка программ позиционирования с применением специального адаптивного оборудования позволит повысить качество жизни ребенка и его семьи, предоставит возможность ребенку стать более самостоятельным и независимым.

## 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 новорожденных, несомненно, зависит от степени и типа патологии у беременных женщин, при этом, именно 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 (Садовская Ю.О., Мишина С.В., 2016; Gross A., 2018).

**Цель.** Сравнительная оценка эффективности остеопатической коррекции в реабилитации болевого синдрома при БНЧС у беременных в III триместре.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось с сентября 2017-го по август 2018-го года среди 68 беременных женщин в возрасте 20-38 лет (средний возраст  $25,2 \pm 5,6$ ), 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 никакое 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 конце курса реабилитации (21-й день) у 30 пациенток (93,8%) 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.** Метод остеопатической коррекции эффективнее для лечения беременных женщин с БНЧС, чем общепринятый в настоящее время подход ( $p < 0,05$ ). Эффективность метода позволяет рекомендовать его для комплексной нелекарственной реабилитации при данной патологии у беременных женщин.

# ОРГАНИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НА ТРЕТЬЕМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Жиляева Е.В., Чекалова С.А., Сорокин А.В., Чучина О.А., Макина В.С.

*Приволжский исследовательский медицинский университет  
МЗ РФ, г. Нижний Новгород  
ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 48, г. Нижний Новгород*

**Актуальность.** Закономерности изменения заболеваемости детей и подростков болезнями пищеварения за последние 10 лет указывают на неблагоприятные тенденции: увеличение среди детей на 64,7% и подростков на 91,4% (Зиатдинова Н.В. 2011г, Беляева Ю.Н. 2016г). Диспансеризация, как одна из организационных форм медицинского обеспечения детей на амбулаторно-поликлиническом этапе, оставляет вне сферы воздействия диспансерного наблюдения последствия болезни, которые изменяют положение ребенка в социуме, создают трудности в присущей для его возраста деятельности, способствуют формированию затяжного, рецидивирующего течения болезни. Решение проблемы достигается третичной профилактикой с использованием средств и методов реабилитации.

**Результаты.** В детской поликлинике № 48 города Нижнего Новгорода с 1995 года функционирует отделение медицинской реабилитации, расположенное на базе школы № 187. Совместно с кафедрами педиатрии, медицинской реабилитации ПИМУ в отделении разработана и применена комплексная программа реабилитации детей с заболеваниями органов пищеварения третьего этапа, которая изначально имеет нозологическую направленность и в дальнейшем ориентируется на сохранение и улучшение индивидуального здоровья ребенка. Амбулаторно-поликлинический этап медицинской реабилитации болезней пищеварения занимает определенный промежуток времени и разделен на три периода, которые по срокам и интенсивности проведения реабилитационных мероприятий условно соответствуют времени наблюдения в диспансерных группах (III, II, I). Первый период реабилитации (функционально-тренирующий) имеет целью улучшение обменно-трофических процессов в очаге воспаления, улучшение функционального состояния и регуляции жизненно важных функций организма. Второй период (активного восстановления функций) направлен на активацию детоксикационной, антиоксидантной, антигипоксантных систем организма, ликвидацию фоновых состояний и проявлений сопутствующей патологии. Целью третьего периода (профилактики рецидивов заболевания) является: восстановление структурно-метаболических нарушений в организме; снижение риска повторного заболевания, предотвращение прогрессирования патологического процесса. Разработаны критерии эффективности на каждом этапе, это: жалобы, симптомы интоксикации, улучшение показателей функциональных резервов организма (скрининг метод, Чекалова Н.Г., 2009г); психологические тесты (уровень личностной тревожности, школьной мотивации), количество пропусков уроков по болезни. Использование разработанной программы медицинской реабилитации школьникам с заболеваниями органов пищеварения с интеграцией в образовательный процесс позволило за три года наблюдения увеличить число детей с данной патологией в периоде стойкой ремиссии в 3,2 раза.

**Выводы.** Таким образом, своевременное использование профилактических мер и при необходимости реабилитационных технологий заболеваний органов пищеварения, предупреждает и предотвращает переход заболевания во взрослую жизнь. Это улучшает качество жизни ребенка, подростка, взрослого и повышает уровень самореализации в обществе.

# УСТРАНЕНИЕ ГИПЕРТОНУСА ДИАФРАГМЫ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЙ. ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ДЦП

Жумагулова С.Б., Маншарипова А.Т., Канушина М.А.

*Реабилитационный центр для детей, Алматы, Казахстан  
Казахстанско-Российский Медицинский Университет (КРМУ), Алматы, Казахстан  
AC institute of international education, Прага, Чехия*

**Актуальность.** Актуальным вопросом реабилитации детей с ДЦП является организация доступной по цене и эффективности методике. Многие семьи, где находятся дети-инвалиды испытывают материальные трудности, вследствие которых не могут позволить купить для детей, страдающих ДЦП дорогие импортные ортезы, фиксаторы и другие вспомогательные средства. Многолетнее наблюдение, внутреннее зрение позволяют сделать однозначный вывод: характерной особенностью двигательных расстройств при ДЦП, а именно при спастических гиперкинетических формах, является зависимость нарушения движений в конечностях и асимметрии тела от гипертонуса диафрагмы. Массаж, физиолечение, растяжка конечностей и другие виды реабилитации не всегда дают ощутимый результат, так как главная причина гипертонуса диафрагмы, остаётся не учтён из-за своего физиологического расположения.

**Материалы и методы.** Нами была разработана методика проведения комплекса мероприятий, таких как массаж, тракция, фиксация верхних и нижних конечностей, выполняемая в определённой последовательности. Как вспомогательные средства были изготовлены изделия для фиксации нижних и верхних конечностей, тракции, вертикализации. Все изделия изготовлены нами самостоятельно из подручных средств. Цель изготовленных изделий помимо реабилитации- не нести большой финансовой нагрузки для семьи детей-инвалидов. При разработке изделий мы добивались снижения финансовой нагрузки для семьи детей-инвалидов, снижения депрессивных состояний, связанных с недостаточным финансированием со стороны государства, недостаточной возможности адресной помощи со стороны благотворительных фондов.

**Результаты.** При применении комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на снятие спастики диафрагмы в реабилитационном центре г.Алматы, мы получили положительные результаты. Дети, обратившиеся в наш центр в возрасте до 1,5 лет в последствии были сняты с диспансерного учёта. Дети, обратившиеся с установленным диагнозом ДЦП старше 2 лет, при прохождении полного реабилитационного цикла имели положительную динамику в психомоторном развитии, посещали детский сад. В настоящее время продолжается обработка данных по применению данной методики.

## РОЛЬ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Игнатова Т.С.<sup>1</sup>, Колбин В.Е.<sup>1</sup>, Сарана А.М.<sup>1,2</sup>, Щербак С.Г.<sup>1,2</sup>,  
Скоромец А.П.<sup>4</sup>, Данилов Ю.П.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургское городское бюджетное учреждение Городская больница №40

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский Государственный Университет, г.Санкт-Петербург

<sup>3</sup> Институт физиологии им. И.П. Павлова, Российской Академии Наук,

г.Санкт-Петербург,

<sup>4</sup> Детская городская больница №1, г.Санкт-Петербург

**Актуальность.** Лечение детей с церебральным параличом является одной из самых сложных проблем в системе нейрореабилитации. Детский церебральный паралич (ДЦП) влечет за собой тяжелые и стойкие двигательные и функциональные нарушения, что обуславливает актуальность усовершенствования имеющихся средств реабилитации и поиска новых методов.

**Целью** исследования явилось изучение эффективности применения транслингвальной нейростимуляции (ТЛНС) в комбинации с существующими методами физической реабилитации у детей с церебральным параличом. Для оценки эффективности данной методики требовалось оценить: а) безопасность применения ТЛНС, б) степень изменения мышечного тонуса, в) степень влияния комбинированной методики на равновесие, спастичность и координацию движения. Протокол исследования, проводимого на базе ГБ№40, был утвержден этическим комитетом №61-Ф3.

**Материалы и методы.** В последние 20 лет появились десятки новых методов физической терапии, усиленные современными техническими средствами роботизации (Locomat, Motomed, Armeo), компьютеризированными тренажерами, инструментами виртуальной реальности, специализированными костюмами для тренировки проприоцептивной системы (ADELI, GRAVISTAT). Однако, к настоящему моменту большинство из них не показали значительной эффективности лечения детей с ДЦП, убедительной, с точки зрения доказательной медицины. Наблюдаемое снижение тонуса мышц или синергии мышц-антагонистов действительно может привести к заметному улучшению качества движения конечностей у части пациентов или контроля позы. Однако, наблюдаемые эффекты, как правило кратковременны. Наблюдаемые улучшения постепенно исчезают в течение от 1 до 6 месяцев и не приводят к существенному развитию новых моторных навыков, снижению спастичности или улучшению качества жизни. Одним из перспективных направлений в развитии новых и более эффективных реабилитационных методов в терапии ДЦП является комбинация методов физиотерапии с методами стимуляции различных отделов нервной системы. Исследования неинвазивных методов стимуляции мозга становятся все более популярными во многих случаях, когда требуется модуляция возбудимости коры головного мозга, особенно при неврологических проблемах в педиатрии, включая инсульты, эпилепсию и ДЦП.

**Результаты.** Предварительные исследования позволяют надеяться, что неинвазивная стимуляция мозга позволит усилить нейропластичность мозга, качественно и количественно улучшить нейрореабилитацию, сократить сроки и уменьшить стоимость лечения. Наше исследование, в котором приняло участие 136 пациентов с детским церебральным параличом (96 испытуемые, 40 контроль), очередной раз показывает, что мозг человека пластичен в любом возрасте и способен к удивительной реорганизации, механизмы которой мы только начинаем исследовать.

**Выводы.** Нейростимуляция (ТЛЭСГМ) головного мозга усиливает влияние физической реабилитации, активируя обширные области мозга, повышает эффективность существующих нейронных сетей увеличивает вероятность образования новых синаптических контактов (синаптогенез), усиливает врожденную способность мозга к улучшению моторной функции. Цель успешной нейрореабилитации при такой стимуляции - восстановить моторную функцию или обучить новым моторным навыкам, достигается комбинированием специализированных упражнений (максимальное напряжение существующих, хотя и поврежденных, функциональных нейронных сетей). Эти наблюдения, показанные на больных с травмой мозга, рассеянным склерозом или инсультом оказались полностью и успешно применимыми к детям с ДЦП.

## КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Каладзе Н.Н., Пономаренко Ю.Н.

*Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского, г. Симферополь, Республика Крым*

**Результаты.** У больных детским церебральным параличом нарушения структурно-функциональных свойств костной ткани проявляются в виде остеопении у 31,8% и остеопороза - у 16,8% больных, сопровождающиеся снижением всех показателей остеоденситометрии – СРУ, ШОУ ИП КТ с максимально сниженными показателями и наибольшей частотой встречаемости остеопороза у детей с формой двойная гемиплегия (64,3%), имеющих двигательные нарушения IV и V уровней по GMFCS – у 73,3% и имеющих спастику по Ашворсу – у 35% детей, зависящие от степени снижения физического развития. Установлено достоверное снижение биоэлектрической активности мышц при произвольных движениях и повышении ее в покое, имеющие большие отклонения у больных с остеопорозом, выраженных двигательных нарушениях, что свидетельствовало о влиянии состояния мышечной ткани и снижении адекватного нейротрофического контроля на процессы ремоделирования костной ткани. Нарушения минерального обмена характеризовались снижением в крови общего кальция у 20,2%, гиперкальциурией – у 29% больных. Изменения уровней кальций-регулирующих гормонов проявлялись снижением уровней кальцитонина, кальцитриола, гормона роста, указывающее на снижение функции остеобластов, имеющих положительные корреляционный связи с индексом плотности костной ткани; повышение уровня паратиреоидного гормона, отражающего функцию остеокластов, сопровождалось отрицательной корреляционной связью с индексом плотности костной ткани. Соответствующим образом происходило изменение уровней маркеров остеогенеза – остеокальцинна и дезоксирибонуклеиновой кислоты. Изменение уровней половых гормонов, ростовых факторов носили универсальный характер и соответствовали клинической картине и имеющейся коморбидной патологии. Особенности лечебной тактики связаны с применением планшетной гидротерапии и сложномодулированной вибромассажной терапии на фоне общепринятого лечебного комплекса. Регрессия клинических, функциональных и лабораторных данных носила частичный характер и в большей степени зависела от клинического варианта и продолжительности болезни.

## АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Камалова А.А., Рахмаева Р.Ф.

*Казанский государственный медицинский университет, Казань*

**Актуальность.** Оценка физического развития и выявление сопутствующей гастроэнтерологической патологии являются важными звенями в диагностике нарушений нутритивного статуса у детей с детским церебральным параличом (ДЦП), частота развития которых достигает до 80% по данным литературы.

**Цель.** Выявить особенности физического развития и частоту развития гастроэнтерологических нарушений у детей с детским церебральным параличом в зависимости от двигательных возможностей.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 39 пациентов (мальчиков 53,9%) с ДЦП в возрасте от 2 до 17 лет, находящиеся на питании reg os. Проанализированы антропометрические данные (вес, рост, ИМТ, толщина кожной складки над трицепсом - ТКСТ, окружность плеча - ОП). Пациенты классифицированы по форме ДЦП и шкале GMFCS (Gross Motor Function Classification System - шкала двигательных возможностей). Гастроэнтерологические осложнения (дисфагия, гастроэзофагеальный рефлюкс - ГЭР, запор) диагностированы согласно клиническим проявлениям.

**Результаты.** Распределение по уровням GMFCS было следующим – GMFCS I- 10 чел. (25,65%), GMFCS II- 9 чел. (23,1%), GMFCS III- 4 чел. (10,25%), GMFCS IV- 14 чел. (35,9%), GMFCS V- 2 чел. (5,1%). Средний возраст детей составил 9 лет. Средние значения Z-score антропометрических показателей составили: -0,64 для веса (SD 0,84), -1,17 (SD 0,98) для роста, -1,17 (SD 1,1) для ИМТ, 0,54 (SD 0,62) для ОП, -0,29 (SD 0,74) для ТКСТ. Анализ антропометрических показателей выявил 24/39 чел. с белково-энергетической недостаточностью и избытком массы тела 1 ст.): среди детей с GMFCS I - 2/10 чел. (20%), среди детей с GMFCS II - 6/9 чел. (74,35%), с GMFCS III - 3/4 чел. (75%), у 11/14 детей с GMFCS IV – (78,6%) и у обоих детей с GMFCS V (100%). Частота выявления гастроэнтерологических осложнений также увеличивается по мере нарастания уровня GMFCS: 2/10 – 3/9 – 2/4 - 6/14 соответственно GMFCS I-II-III-IV.

**Выводы.** Антропометрия и клиническая диагностика основных гастроэнтерологических проблем должны проводиться у детей с ДЦП как рутинные исследования, так как своевременная коррекция данных нарушений раскрывает новые возможности для комплексной реабилитации пациентов с этим заболеванием.

## ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДВИЖЕНИЙ ЦИКЛИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА

Клендар В.А., Гросс Н.А.

*ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, г. Москва*

**Актуальность.** Отсутствие достаточной физической активности у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) ведет к вегетативной дисрегуляции, недостатку нормальной стимуляции сосудистых и внесосудистых mechanорецепторов, изменению секреции регуляторных гормональных веществ, а также к изменению отношений легочной вентиляции к кровотоку в легких.

**Цель.** Оценка функционального состояния детей с ДЦП при выполнении движений циклического характера.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие дети в возрасте от 2-х до 14 лет с диагнозом ДЦП, без разделения на формы заболевания. Для оценки степени функциональной приспособленности и устойчивости организма к физическим нагрузкам циклического типа проводилось исследование на беговой дорожке Kettler, в течение 5 минут со скоростью 3 км/ч.

**Результаты.** Выполнение тех или иных физических упражнений вызывает вполне определенные реакции со стороны вегетативной нервной системы. Так, в ответ на физическую нагрузку циклического типа у детей до 3-х лет, характеризуется активизацией автономных структур регуляции с выраженным увеличением показателей дыхательных волн (HF) на 34%, но снижением уровня центральной регуляции (SI) на 34% и суммарной мощности спектра (Trw) на 52%. У детей 4-5 лет, наоборот, наблюдается выраженное снижение показателей дыхательных волн (HF) на 30%, и на 35% уровень центральной регуляции (SI), но увеличение на 34% суммарной мощности вариабельности (Trw). Смещение регуляции сердечного ритма

от автономных центров к центральным наблюдается у детей 6-12 лет, а также увеличение суммарной мощности спектра (Trw) на 41%.

**Выводы.** Проведенные исследования показали, что исходное функциональное состояние детей с ДЦП характеризуется низкими значениями резервов адаптации, низкой аэробной мощностью, низким потенциалом восстановления. Поэтому при выполнении физических упражнений циклического характера необходимо знать исходные параметры функционирования ВНС у конкретного ребенка, и, в первую очередь, его исходный вегетативный статус. Движения циклического типа способствуют развитию общей выносливости и увеличению резервов адаптации, возбудимости и лабильности мышц.

## ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ковалева С.Е., Биндюкова М.И., Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Типсина Н.В., Кирсанова Е.Ю., Иванова Е.С., Уханова А.Н., Прокурина Ю.К.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва  
ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы*

**Актуальность.** Расстройство аутистического спектра (PAC) отличается от всех нарушений психического развития детей наибольшей сложностью и дисгармоничностью как клинической картины, так и психологической структуры нарушений. Такие особенности, как качественные отклонения в социальных взаимодействиях и показателях коммуникабельности, а также ограниченные, стереотипные, повторяющиеся комплексы интересов и действий, являются общей характерной чертой деятельности ребенка во всех ситуациях. С самого рождения такой ребенок развивается в особых условиях, и специалисты предполагают, что периода нормального развития он практически не имеет. Известно также, что трудности психического и социального развития проявляются не только в детстве, и человек с последствиями детского аутизма нуждается в специальной поддержке на протяжении всей жизни. Высокий уровень своевременной психолого-педагогической коррекции значительно повышает качество жизни детей и их семей, а понимание особенностей семейного воспитания дает возможность психологам адаптировать образовательный маршрут детей с PAC корректировать родительское отношение, под которым мы понимаем целостную систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера ребенка, его поступков.

**Цель.** Выявить специфические особенности семейного воспитания детей дошкольного и младшего школьного возраста с PAC.

**Материалы и методы.** В рамках проводимого комплексного реабилитационного лечения детей с PAC в дневном отделении №6 НПЦ ДП был осуществлен опрос родителей детей с установленным диагнозом- расстройство аутистического спектра, для сбора эмпирических данных были использованы следующие методики: опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкис), тест-опросник родительского отношения «ОРО» (А.Я. Варга, В.В. Столин).

**Результаты.** По результатам проведенного эмпирического исследования были получены следующие результаты. Для матерей детей, страдающих PAC более характерны такие воспитательные черты, как: гиперпротекция, повторствование, склонность к предъявлению недостаточных требований, недостаточности санкций,

демонстрируют воспитательную неуверенность, также для них характерна выраженная фobia утраты ребенка.

**Выводы.** Выявлены особенности семейных отношений в семьях с детьми, страдающими ТМНР, понимание которых повышает качество психологической коррекции, а следовательно, и качество жизни детей и их семей.

## ФОРМИРОВАНИЕ СЕНСОМОТОРНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Кожалиева Ч.Б.

*ГБУЗ «Московский областной консультативно-диагностический центр для детей»,  
г. Мытищи, Московская область*

**Актуальность.** Динамика психофизического развития детей с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР) обсуждается чаще в контексте отрицательного прогноза или в рамках поддержания стабильного состояния ребенка. Вместе с тем, в последние годы все чаще можно встретить более оптимистический взгляд на потенциальные возможности детского организма и его отзывчивость на комплексное воздействие в рамках не только медицинской, но и всесторонней, системной психологическо-педагогической реабилитации.

**Цель.** Апробация психолого-педагогических технологий комплексного воздействия с учетом индивидуальных потенциальных психофизических возможностей ребенка с ТМНР в целях абилитации и реабилитации.

**Материалы и методы.** Первоочередной задачей применения имеющегося арсенала методических средств является обучение навыкам эмоционального отклика на коммуникацию. Комплексное воздействие проводится с использованием двигательных, визуальных, тактильных, обонятельных, слуховых стимулов. Подобранный в соответствии с индивидуальными потребностями ребенка комплекс средств становится базой для коррекции слухового и зрительного внимания; формирования навыков двигательного самоконтроля, обучения доступным приемам запоминания.

**Результаты.** Методики использовались на протяжении года с периодичностью десять сеансов в период нахождения ребенка на госпитализации (три-четыре). Можно отметить небольшие позитивные изменения в произвольной регуляции действий, элементарные навыков саморегуляции и самоконтроля, навыка ориентировки в условиях простой задачи, познавательного интереса, восприятия речи на слух, самостоятельности деятельности.

**Выводы.** Систематическая целенаправленная комплексная психолого-педагогическая абилитационная и реабилитационная работа с ребенком с ТМНР повышает его внутренний потенциал, расширяет диапазон доступных сенсорных и моторных навыков и умений, формирует интерес к познаванию окружающих предметов, раскрывает потенциальные возможности для развития необходимых жизненных компетенций.

# РАЗВИТИЕ БОЛЬШИХ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО МЕТОДУ ПРОФЕССОРА КОЗЯВКИНА

Козявкин В.И., Кушнир А.Д., Качмар О.А., Гордиевич М.С., Волошин Т.Б.

*Международная клиника восстановительного лечения, г. Трускавец, Украина*

**Актуальность.** Целью исследования была оценка изменений больших моторных функций, объема пассивных движений и спастичности мышц у детей со спастическими формами церебрального паралича (ДЦП) в течение двухнедельного курса реабилитации по Методу профессора Козявкина.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на группе из 61 ребенка возрастом от 4 до 12 лет со спастическими формами ДЦП и уровнем моторного развития II - IV по шкале Gross Motor Function Classification System. После получения информированного согласия дети были обследованы до начала и в конце двухнедельного курса реабилитации. В связи с невозможностью проведения повторного обследования либо соматического заболевания 4 детей были исключены из группы. Оценка моторных функций проводилась слепым методом согласно тесту Gross Motor Function Measure -66. Выполнение заданий записывалось на видео, которое затем независимо оценивали два специалиста, не знавшие, первичное это видео или повторное. Оценка спастичности мышц нижних конечностей проводилась по модифицированной шкале Ашворса. Объем пассивных движений в суставах нижних конечностей оценивался при помощи ручного гониометра по классической методике. Этот сегмент исследования не был слепым, специалист знал, первичное это обследование или повторное.

**Результаты.** После курса лечения наблюдалось увеличение показателя больших моторных функций на 1,35 баллов с 58,9 до 60,2 балла ( $p=0,001$ ), причем у младших пациентов наблюдалось несколько более существенное улучшение показателей моторного развития. Увеличение объема пассивных движений от 2 до 8 градусов отмечалось во всех исследуемых суставах, с наиболее существенными и статистически достоверными изменениями амплитуды отведения бедра и тыльного сгибания стопы. Во всех группах мышц отмечалось снижение спастичности разного уровня – от 0,34 до 0,69 баллов по модифицированной шкале Ашворса. Наиболее значительное снижение спастичности наблюдалось в приводящих мышцах бедра и разгибателях стопы.

**Выводы.** Результаты исследований указывают на статистически достоверное улучшение больших моторных функций у пациентов с ДЦП под влиянием двухнедельного курса реабилитации по Методу профессора Козявкина.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА СОДЕРЖАЩЕГО ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ВЕЩЕСТВО ПОЛИПЕПТИДЫ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА СКОТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОГЕННОЙ КРИВОШЕИ

Кренёва С.Н.

*ГАУЗ КО "Областная детская клиническая больница", г. Кемерово*

**Актуальность.** Лечение двигательных нарушений у детей первого года жизни является одной из основных задач, т.к. синдром двигательных нарушений- один из основных проявления церебральной ишемии (ЦИ). Успешная ранняя коррекция двигательных нарушений это профилактика инвалидизации и остаточных проявлений

ЦИ у детей более старшего возраста. Отдельной проблемой в нарушении мышечного тонуса является нейрогенная кривошея. Сложность коррекции данной патологии связана с ограничением возможностей техник массажа в области шейно-воротниковой зоны у детей раннего возраста, наличием болевого синдрома.

**Цель.** Обоснование применения терапии препаратом содержащим нейропептиды коры головного мозга скота в комплексном подходе в лечении нейрогенной кривошеи.

**Материалы и методы.** На базе отделения реабилитации ГАУЗ КО « Областная Детская Клиническая Больница» проводилась сравнительная оценка эффективности реабилитационного лечения у 87 детей первого года жизни. Диагноз у всех детей был выставлен на основании жалоб, анамнеза, клинических данных, подтвержден данными нейросонографии шейного отдела позвоночника и киевательных мышц. Во всех случаях дети получали массаж, физиолечение, мануальные техники коррекции биомеханической дисфункции. У 45 детей к основному лечению, назначен препаратор, содержащий нейропептиды коры головного мозга скота в дозировке 0,5мг\кг\сут. в течение 10 дней. Динамика после проводимого лечения оценивалась на 5-й, 10-й день лечения, через 1мес. и 3 мес.

**Результаты.** У 82 детей отмечена положительная динамика к 10 дню лечения. У детей получающих медикаментозное лечение стабильно положительная динамика сохранялась через 1 и 3 мес. Результаты лечения оценивались по данным неврологического осмотра. Нейросонография проводилась после лечения через 3 мес. У детей получающих медикаментозное лечение, нестабильность шейных сегментов и гипертонус киевательных мышц по результатом нейросонографии купирован в 42 случаях (93%). У детей, не получающих медикаментозное лечение, положительная динамика по результатом нейросонографии- в 25 случаев (60 %)

**Выводы.** Применение в комплексном лечении нейрогенной кривошеи у детей раннего возраста препаратов содержащих нейропептиды коры головного мозга скота повышает эффективность лечения, способствует стойкой компенсации в коррекции двигательных нарушений, повышает эффективность восстановительного лечения, открывает возможности для нормального моторного, психического развития ребенка, минимизирует вероятность остаточных проявлений как неврологической, так и ортопедической патологии.

## ГОМЕОПАТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кулемзина Т. В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет  
им. М. Горького», г. Донецк

**Актуальность.** Вакцины, как иммунобиологический препарат, нередко вызывают реакции, которые расцениваются как выходящие за пределы физиологических колебаний и сопровождаются функциональными и морфологическими изменениями. Первое место (до 60% случаев) в структуре постvakцинальных реакций занимают осложнения после АКДС-вакцинации. А токсические реакции на введение АКДС-вакцины возникают в первые сутки после прививки.

**Цель.** Продемонстрировать возможности (основываясь на собственном клиническом опыте) гомеопатических средств в профилактике постvakцинальных осложнений после вакцинации АКДС.

**Материалы и методы.** Основная группа – 20 детей и 20 детей – контрольная. Пациенты обоего пола с отягощенным анамнезом, которым иммунизация проводилась

в соответствии с индивидуальным графиком прививок. Дети контрольной группы соответствовали детям основной группы по полу, возрасту и конституциональным характеристикам.

**Результаты.** В контрольной группе поствакцинальные реакции наблюдались в 70% (14 детей) в виде высокой температуры, инфильтрации и гиперемии в месте инъекции. Пациентам были назначены антигистаминные препараты и парацетамол в возрастной дозировке. В основной группе подбор гомеопатических препаратов осуществлялся в соответствии с конституциональным типом (Silicea либо Thuja) в разведении 200 С в виде гранул, разведенных в воде, в течение первых 3-х суток после инъекции (начальная доза составляла 1-я гранула на 200 мл охлажденной кипяченой воды). При последующих вакцинациях доза доводилась до 3-х гранул на 330 мл воды). В обязательном порядке всем пациентам назначался препарат Ledum в соответствующих разведениях, дозировке и приеме. Все гомеопатические препараты были произведены в стандартных заводских условиях. Благодаря такой схеме поствакцинальный период в основной группе протекал гладко, выраженных реакций на прививку не наблюдалось. Конституциональный тип ребенка определялся с учетом не только индивидуальных особенностей, но и с учетом анамнеза, конституциональных характеристик родителей, особенностей внутриутробного развития. Таким образом, применение гомеопатических препаратов позволяет стимулировать процессы саморегуляции за счет конституционального подхода, обеспечивающего выбор лекарства индивидуально с учетом психических, физических и ментальных реакций пациента и снизить возможность развития поствакцинальных реакций и осложнений.

**Выводы.** Неблагоприятные последствия вакцинации могут быть предупреждены профилактическим назначением гомеопатических препаратов, произведенных зарегистрированными фармацевтическими компаниями. Эффективность проводимых профилактических мероприятий обеспечивается конституциональным подходом к выбору препарата с учетом индивидуальных особенностей и реакций каждого ребенка. Применение гомеопатических препаратов с профилактической целью оправдано в короткие сроки после проведения вакцинации (в первые три дня).

## ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Курганова А.В., Елисеева Л.В., Татаурова В.П.

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, Республика Крым

**Целью** данного исследования явилось изучение влияния комплексной санаторно-курортной реабилитации на показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР) у детей школьного возраста, перенесших оперативное вмешательство по поводу врождённых пороков сердца (ВПС) - дефекта межпредсердной (ДМПП – 18 детей) и дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП – 25 детей).

**Результаты.** При спектральном анализе ВСР исходно у детей обеих групп выявлено преобладание парасимпатических влияний - высокочастотной составляющей спектра (НФ, соответственно 55,6% детей с ДМПП и 36,0% - детей с ДМЖП). У 17,6% детей, и у 16,0% детей, соответственно в спектре регистрировались очень низкие частоты (VLF), характеризующие центральные эрготропные влияния на нижележащие уровни и отражающие высокую степень напряжения адаптационно-компенсаторных механизмов и регуляторных систем. У 24,0% исследуемых детей, оперированных по поводу ДМЖП преобладала низкочастотного компонента (LF), что отражало

избыточную активацию симпатоадреналовой системы, и у такого же количества больных регистрировался вегетативный баланс. После комплексной санаторно-курортной реабилитации наблюдалась благоприятная динамика показателей ВСР у большинства детей с ДМПП (53,3%) и 42,5% с ДМЖП, преобладали парасимпатические влияния. У небольшого числа детей (13,3%) сохранялась высокая степень активации центрального контура регуляции.

**Выводы.** Можно отметить, что дети, прооперированные по поводу ДМПП имеют более высокие показатели адаптационно-компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой системы в сравнении с группой детей, прооперированных по поводу ДМЖП.

## ОСОБЕННОСТИ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Левкова Е.А., Савин С.З., Диланян Л.А.

*Российский университет дружбы народов, г. Москва  
Тихоокеанский государственный университет, г. Хабаровск*

**Актуальность.** На протяжении более чем двух десятилетий наблюдаются стойкие тенденции ухудшения состояния здоровья детей и подростков России, что подтверждается не только данными официальной статистической отчетности, но и результатами выборочных научных исследований. Часто и длительно болеющие дети, формирующие II группу здоровья, составляют до 80% от общей популяции детей в Российской Федерации до 18 лет. Восстановление функциональных параметров организма у данного контингента детей является важной составляющей лечебно-профилактической медицины. Особое значение приобретает такое направление как иммунореабилитация.

**Цель.** Оценить особенности иммунореабилитации у часто болеющих детей.

**Материалы и методы.** Про- и ретроспективные исследования проводились в течение 20 лет. Количество детей, получивших иммунореабилитационную терапию (все 4 этапа), составило 12тыс. чел. Возрастное распределение было представлено в диапазоне 7,03+4,18 лет. Все дети были часто и длительно болеющими (II группа здоровья). По данным клинико – лабораторного исследования доминирующими иммунопатологическим синдромом был иммуносупрессорный или иммунодефицитный с клиническими проявлениями разнообразной инфекционной патологии. Нарушения иммунологической толерантности по периферическому типу (IV типу) имели 4200 чел (35%).

**Результаты.** Применение схемы в виде четырехэтапной системы иммунореабилитации у детей различных возрастных групп привело в 91% случаев к выздоровлению (10920 чел), в 8% улучшению (760 чел) с уменьшением частоты инфекционной патологии и отсутствием осложнений, в 1,0% (320 чел) произошла стабилизация с уменьшением частоты инфекционной патологии и бактериальных осложнений.

**Выводы.** У часто и длительно болеющих детей, формирующих II группу здоровья и имеющих иммуносупрессорный синдром с клиническими проявлениями частых инфекционных заболеваний обязательно должны использоваться методы иммунореабилитации, укладывающие в 4-х этапную схему лечения.

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В РАННЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Левченкова В.Д.<sup>1</sup>, Батышева Т.Т.<sup>1</sup>, Титаренко Н.Ю.<sup>2</sup>, Чебаненко Н.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ *Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы*

<sup>2</sup> ЗАО *Научно-производственный центр «Огонек», г. Москва*

<sup>3</sup> ГБУЗ *НПЦ специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы*

**Актуальность.** Большую группу среди детей-инвалидов с детства по неврологическому профилю, составляют больные детским церебральным параличом (ДЦП), распространённость которого не имеет тенденции к снижению. В подавляющем большинстве ДЦП формируется в результате внутриутробного и перинатального поражения головного мозга и проявляется с первых дней жизни двигательными нарушениями в виде уменьшения объёма и амплитуды движений конечностей, парезов или параличей конечностей, угнетения врожденных рефлексов, нарушения мышечного тонуса, судорог и др., что является показаниями к переводу ребёнка из родильного дома в психоневрологическое отделение для новорождённых.

**Материалы и методы.** В НПЦ детской психоневрологии на основании многолетнего опыта разработана поэтапная программа восстановительного лечения детей с первых дней жизни до совершеннолетия, основное внимание уделяется лечебной гимнастике, массажу, психическому и речевому развитию.

**Результаты.** В первые дни после поступления в психоневрологическое отделение для новорождённых проводится тщательное клиническое обследование ребёнка неврологом, ортопедом, окулистом (исследование глазного дна), логопедом, ультразвуковое исследование мозга. В зависимости от тяжести состояния ребёнка по неврологическому статусу разрабатывается определённая поэтапная программа лечения в каждом конкретном случае. Проводя ребёнку лечебную гимнастику и массаж перед зеркалом, методист постоянно с ним беседует. Уже на 2-3-й неделе жизни внимание ребёнка, находящегося на животе, в тот момент, когда голова его приподнимается, привлекают яркими, озвученными игрушками с целью подкрепить зрительными и слуховыми реакциями необходимое для удержания головы мышечное напряжение. С первых недель жизни с ребёнком занимается логопед. Обычно после проведенного трёхнедельного курса лечения в отделении больных выписывают с рекомендациями по проведению лечения дома, затем через 2-3 месяца снова госпитализируют в стационар, и так 4-5 курсов в год на протяжении всего периода детства. Только при условии непрерывно проводимого адекватного лечения оно может быть эффективным.

## ДИНАМИКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Малкова Е.Е.<sup>1</sup>, Комолкин И. А.<sup>2</sup>, Витенберг М.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

<sup>3</sup> ГБУЗ ЛО «Гатчинская КМБ», Перинатальный центр, г. Гатчина,  
Ленинградская область

**Актуальность.** Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) является врожденной патологией, характеризующейся характерным углублением хрящевых отделов ребер внутрь грудной клетки. Подростки с ВДГК, как правило, испытывают психоэмоциональные проблемы, которые проявляются в повышенной тревожности и депрессивности. Актуальность исследования обусловлена тем, что представляется важным учет аспектов психоэмоционального состояния подростков на различных этапах оперативного лечения.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение динамики уровня тревожности и депрессивности у подростков с ВДГК в процессе хирургической коррекции.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 65 подростков в возрасте 13-18 лет с ВДГК, находящиеся на хирургическом отделении № 2 клиники ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России в связи с предстоящим оперативным лечением ВДГК и через 6 месяцев после установки имплантата. В качестве методов были использованы: «тест-опросник самоотношения» В.В. Столина, С.Р. Пантелеева, «методика многомерной оценки детской тревожности» Е.Е. Малковой, опросник «Депрископ» П. Хеймаса.

**Результаты.** Выявлено, что у подростков с ВДГК в процессе оперативного лечения снижается уровень тревожности в различных жизненных ситуациях и деактуализируются депрессивные проявления в структуре психоэмоционального состояния.

## ВТОРОЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КОМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Мальченко О.А., Тимофеев В.В., Мальченко И.В., Названов И.К., Габсалихов Р.Р.

*ГБУЗ ДГКБ святого Владимира ДЗ г. Москвы*

**Актуальность.** Повреждения позвоночника составляет 1-2,5% от всех травм у детей. Компрессионный перелом позвоночника- это серьезное повреждение, представляющее собой нарушение целостности одного или нескольких позвонков из-за их сжатия или резкого сдавливания.

**Цель.** Улучшить результаты консервативного лечения компрессионного перелома позвоночника у детей.

**Материалы и методы.** За 2016-2018 гг., на базе загородного стационара ГБУЗ ДГКБ святого Владимира ДЗ г.Москвы, проведено лечение 1661 пациентов детского возраста с компрессионными переломами позвоночника. Из них 526 (31,8%) детей пролечены в острый период и 1125 (68,2%) ребенка получали восстановительное лечение повторно.

**Результаты.** Средняя продолжительность лечения составила 16,3 койко/дня. Из них 19,6 к/д пришлось на острый период и 13 к/д при повторной госпитализации. При неосложненных компрессионных переломах позвоночника нами применялся функциональный метод лечения, предложенный В.В. Гориневской и Е.Ф. Древинг, сущность которого состоит в создании «мышечного корсета» с помощью лечебной физкультуры состоящих из 4-х периодов. Для разгрузки передней части позвоночника, применялось вытяжение с приподнятым изголовьем на 30 град, с помощью колец Дельбе, либо петли Глисона. Затем с 3-5 дня проводились занятия ЛФК по периодам с ориентировочными сроками, массаж и физиотерапия. Принятие вертикального положения осуществлялось только в реклинирующем корсете. После проведения 2-го

этапа консервативного лечения, пациенты находились под наблюдением в течение 1-2-х лет.

**Выводы.** Применение функционального метода лечения с помощью лечебной физкультуры по периодам позволяет укрепить мышечный корсет для последующей вертикализации, тем самым избежать возникновения поздних осложнений, проявляющихся в стойком болевом синдроме, посттравматической деформации позвоночника, остеохондрозе и стенозе позвоночного канала.

## АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Миненко И.А.

*ФГАОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, г.Москва*

**Актуальность.** В XXI-м веке происходит прогрессирующее ухудшение здоровья детей и подростков, демонстрируя задержки и искажения психоречевого развития, несформированность произвольной саморегуляции, психосоматическую уязвимость и десинхронизацию различных систем организма, что приводит к эмоционально-личностной и когнитивной неготовности к обучению и адекватной адаптации к социуму.

**Цель.** Разработка научно обоснованного алгоритма диагностики здоровья детей для последующей комплексной реабилитации, обучения и самореализации их в социуме с учетом психофизических возможностей.

**Материалы и методы.** Для дифференцированного составления реабилитационных программ были обследованы 64 учащихся школы-интерната 1-7 классов в возрасте от 8 до 14 лет с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (по МКБ-10). Им проводилось клинико- неврологическое, мануально-терапевтическое, нейропсихологическое и инструментальное исследование (ультразвуковое дуплексное сканирование магистральных экстра- и транс- краниальных сосудов; электроэнцефалография, вариационная пульсометрия, нейроэнергокартирование).

**Результаты.** При проведении неврологического, инструментального и мануально-терапевтического исследования у детей с данным диагнозом в 96% случаев был выявлен выраженный постуральный дисбаланс и гипертонус мышц верхнего плечевого пояса с нарушением пространственных представлений и реципрокной координации, а также признаки энцефалопатии, спазм дыхательной диафрагмы в сочетании с различными видами нарушения осанки.

**Выводы.** Мышечно-тонические синдромы шейной и кранио-вертебральной 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 проблемами, нарушению логопедического статуса, что является определяющим в развитии интеллектуальных способностей и адаптации детей в социуме. Данная работа выполнена при поддержке Гранта РФФИ (РГНФ), проект №17-01-00434-а.

# СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К СОСТАВЛЕНИЮ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Налобина А.Н.<sup>1</sup>; Стоцкая Е.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет», г. Москва

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный университет физической культуры и спорта», г. Омск

**Актуальность.** По данным ВОЗ, каждый 20-й ребенок имеет те или иные отклонения в развитии, требующие специальных медицинских и педагогических мероприятий. Успех применения педагогических воздействий во многом зависит от правильного установления компенсаторных возможностей организма и их направленной и адекватной стимуляции. Именно стимуляция саногенетических механизмов должна стать важнейшим направлением физической реабилитации детей первого года жизни, имеющих отклонения в психо-моторном развитии (ПМР).

**Цель.** Выявить индивидуально- типологические особенности становления двигательных функций в постнатальном онтогенезе у детей до года с отклонениями в ПМР.

**Материалы и методы.** Методика обследования детей до года включала в себя оценку общих движений, мелкой моторики, сенсорных функций, тонуса мышц, безусловно- рефлекторной деятельности. Для оценки состояния вегетативных функций проводился анализ вариабельности сердечного ритма в покое и при выполнении функциональных проб.

**Результаты.** Результаты проведенного исследования позволили определить показатели, имеющие наибольшее практическое значение для оценки состояния адаптационных механизмов детей, имеющих отклонения в ПМР. По уровню активности центрального контура регуляции сердечного ритма (ИН) все дети с отклонением в ПМР были разделены на две группы. Первую группу составили дети с высокой активностью нервной регуляции (ИН =  $360,91 \pm 53,07$  усл.ед), вторую – с низкой активностью (ИН =  $37,6 \pm 5,53$  усл.ед.). У детей первой группы медленнее протекают процессы восприятия, обработки и передачи информации со слухового и зрительного анализаторов. Во второй группе эффективнее становление двигательных актов (моторный коэффициент  $92,5 \pm 2,45\%$ ). Высокая активность симпатоадреналовой системы у детей первого года жизни является свидетельством нормального хода онтогенетического развития. При снижении активности центрального контура регуляции создаются предпосылки более эффективного освоения произвольных движений. Однако, усиление степени активности автономного контура регуляции является отклонением от нормального онтогенетического созревания ЦНС, и свидетельствует о недостаточности адаптационных механизмов.

## ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА, МАССАЖ И МЕДИЦИНСКИЙ ФИТОДИЗАЙН В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ШКОЛЬНИКОВ

Нейматов Э.М., Шевцов С.А., 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 (Jaworska N., et al., 2019).

**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  $11,7 \pm 3,5$  лет. Пациенты и 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 комплексной и монотерапии выявились достоверные различия между группами по шкалам HAMD-17 и Цунга ( $p < 0,05$ ). У 83,3% пациентов основной группы имело место клинически «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 и профилактики НД у школьников.

## КОРРЕКЦИЯ ПОСТУРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПО ОПОРНОЙ РЕАКЦИИ

Нигамадьянов Н.Р.<sup>1</sup>, Цыкунов М.Б.<sup>1</sup>, Иванова Г.Е.<sup>1</sup>, Лукьянов В.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава РФ, Москва

<sup>2</sup>ГБУЗ ДЗМ «НИИ НДХ и Т» ДЗ г. Москвы

**Актуальность.** Высокая частота, неудовлетворённость эффективностью проводимых диагностических и реабилитационных мероприятий, возникающих при дефектах осанки у детей, обуславливают необходимость поиска дополнительных методов диагностики и совершенствование реабилитационного процесса с использованием современных инструментальных методов.

**Цель.** Разработка индивидуальных программ реабилитации, включающих тренировки с биологической обратной связью (БОС) по опорной реакции у детей с патологией позвоночника.

**Материалы и методы.** Проведено обследование 80 детей в возрасте от 15 до 18 лет (средний возраст  $15,6 \pm 1,9$  лет). Среди обследуемых 40 здоровых детей, которые составили контрольную группу и 40 детей с круглой спиной в основной группе. Проводилось комплексное обследование детей, включающее компьютерное стабилометрическое исследование. Индивидуальные тренировки с БОС по опорной реакции проводились на реабилитационном тренажере «Охота», нами учитывались значения результирующего вектора направления колебаний центра давления.

**Выводы.** Разработанные индивидуальные программы реабилитации детей с патологией позвоночника с включением тренировок с БОС по опорной реакции по значению результирующего вектора направления колебаний центра давления, позволяют повысить эффективность методики коррекции постуральных нарушений, что подтверждается улучшением показателей: среднего отклонения центра давления во фронтальной плоскости (Х) на 55,3%, в сагиттальной плоскости (Y) на 82,7%, а также

улучшает результирующий вектор направления колебаний центра давления приближение его к значениям, свойственным здоровым детям.

## ИНОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ПАРАЛИЧАМИ

<sup>1</sup>Новиков В.И., <sup>2</sup>Климов Ю.А., <sup>1</sup>Степура Д.С., <sup>3</sup>Канаева М.А.

<sup>1</sup> ООО «Протезно-ортопедическое малое предприятие «ОРТЕЗ», Москва

<sup>2</sup>ГБУЗ МО «Подольская детская городская больница», г. Подольск

<sup>3</sup> ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

**Актуальность.** В области теории и практики реабилитации детей со спастическими параличами, парезами значительное место занимает гидрореабилитация. При выполнении под наблюдением специалиста различных действий ребенок осуществляет движения в плоскостях, соответствующих патологии. Происходит воздействие на патологические установки, приводящие к вторичным деформациям, что снижает роль гидрореабилитации. Обеспечение в необходимых направлениях движений в голеностопных и лучезапястных суставах является актуальной задачей.

**Целью** является повышение эффективности гидрореабилитации.

**Материалы и методы.** Рассмотрены особенности биомеханики движений детей с последствиями ДЦП в водной среде при осуществлении ими таких упражнений как ходьба, приставной шаг, движения руками и различных способов плавания.

**Результаты.** На основе анализа предложен способ гидрореабилитации с применением ортезов (Пат. №2648876 (от 28.03.2018 г.)). Разработаны медико-биомеханические требования к ортопедическим аппаратам для гидрореабилитации, а также проведен анализ информационных материалов. Выявлено, что известные ортопедические аппараты имеют ряд недостатков (например, имеют металлические узлы и детали, большую массу, шарниры, обеспечивающие движения только в сагиттальной плоскости и др.). На основе медико-биомеханических требований проведена разработка ортопедических аппаратов на голеностопный и лучезапястный суставы. (Пат. № 2651100 (18.04.2018 г.)). Проведена апробация в бассейнах г. Москвы, в том числе на базе НПЦ ДП Г. Москвы, показана эффективность использования ортезов для гидрореабилитации. Использование предложенного способа позволило улучшить биомеханику движений конечностей, увеличить гемодинамику в мышцах и связках, поспособствовало более эффективному укреплению опорно-двигательной и дыхательной систем.

**Выводы.** 1. Предложен инновационный компонент комплексной реабилитации повышающий эффективность гидрореабилитации. 2. Использование ортезов в процессе гидрореабилитации следует широко использовать в медицинских и реабилитационных учреждениях, имеющих бассейны.

## ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКЗОСКЕЛЕТА «ЭКЗОАТЛЕТ» У ДЕТЕЙ С ДИПЛЕГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Письменная Е.В.<sup>1</sup>, Петрушанская К.А.<sup>2</sup>, Толстов К.М.<sup>2</sup>, Аведиков Г.Е.<sup>2</sup>, Власенко С.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Институт механики МГУ, г. Москва

<sup>2</sup>ООО «ЭкзоАтлет», г. Москва

<sup>3</sup>ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий имени Е. П. Глинки»  
МО России, г. Евпатория, Республика Крым

**Цель.** Оценить результаты применения экзоскелета у детей с диплегической формой ДЦП.

**Материалы и методы.** В Евпаторийском военном детском клиническом санатории им. Е.П.Глинки был проведен курс реабилитации посредством тренировки ходьбы в экзоскелете у 5 детей 13-17 лет с диплегической формой ДЦП с позой «тройного сгибания». Всем больным был проведен 10-дневный курс тренировки ходьбы в экзоскелете. Средняя длительность сеанса составила 1 час, а среднее время тренировки - 25 минут. При ходьбе дети с диплегической формой ДЦП использовали ролатор.

**Результаты.** До курса тренировки у больных отмечаются следующие изменения биомеханической структуры ходьбы: снижение скорости ходьбы (0.38 м/с), темпа- 80 шагов/мин) и длины двойного шага (0, 57 м), увеличение длительности опорной фазы и двуопорной фаз наряду со снижением продолжительности переносной фазы, треугольная форма опорной реакции на более пораженной ноге в связи с использованием дополнительной опоры, статический характер кривой Rz и ее трапециевидная форма на менее пораженной нижней конечности, резкое снижение величины переднего и заднего толчков. Для электрической активности мышц-разгибателей характерно увеличение и пролонгирование активности на большую часть опорной фазы, в ряде случаев – при использовании больными двойной дополнительной опоры – перемещение максимумов активности мышц-разгибателей в среднюю треть опоры. После 10-дневного курса тренировки ходьбы в экзоскелете у детей с ДЦП наблюдается значительное повышение средней ходьбы - на 34% (0.51 м/с) за счет увеличения длины шага на 21% (0.69 м) и темпа ходьбы на 13% (90 шаг/мин), уменьшение длительности опорной фазы и двуопорной фаз и увеличение длительности переносной фазы, значительное снижение асимметрии, изменение формы вертикальной составляющей Rz опорной реакции с треугольной или трапециевидной на двугорбую на обеих ногах, значительное увеличение опорной и толчковой обеих нижних конечностей, уменьшение длительности максимумов активности и их четкая концентрация в те фазы локомоторного цикла, которые приближаются к нормальному ЭМГ-профилю мышц.

## МЕНЕДЖМЕНТ СОВРЕМЕННОГО ПОДХОДА К САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Пономаренко Ю.Н.<sup>2</sup>, Каладзе Н.Н.<sup>1</sup>, Мошкова Е.Д.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Медицинская академия им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского, г. Симферополь, Республика Крым

<sup>2</sup>ФГУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий имени Е.П. Глинки»  
Министерства обороны Российской Федерации, Евпатория, Республика Крым

**Актуальность.** Частота неблагоприятных исходов санаторно-курортной реабилитации в виде обострений хронических соматических заболеваний послужила причиной для комплексного изучения проблемы адаптации детей с детским церебральным параличом (ДЦП) в условиях профильного санатория. Одной из составляющих дезадаптации детей с ДЦП является коморбидное снижение иммунных функций.

**Целью** нашей работы было изучение влияния традиционного комплекса санаторно-курортного лечения на состояние иммунитета у детей с ДЦП

**Материалы и методы.** Лабораторное исследование клеточного и гуморального звена иммунитета проведено у 120 детей с ДЦП. Определяли CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, CD16, CD20, CD95, уровень иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG и цитокинов INF- $\gamma$ , TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-4, IL-6, IL-8, IL-10. Тяжесть двигательных нарушений оценивали по GMFCS.

**Результаты.** В результате выявлены различия в динамике показателей иммунитета в процессе санаторно-курортного лечения у детей с разной тяжестью двигательных нарушений. У детей I, II уровней GMFCS увеличилось количество Т-лимфоцитов CD4 и CD8, снизилось количество CD95, увеличился уровень IgA, IgM, IgG, снизился уровень TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , увеличился уровень IL-10. У детей с двигательными нарушениями средней степени тяжести (III, IV уровень GMFCS) не выявлено достоверных изменений показателей клеточного и гуморального иммунитета и спектра цитокинов. У детей с тяжелыми двигательными нарушениями. У детей с тяжелыми двигательными нарушениями (V уровень GMFCS) выявлена отрицательная динамика иммунных функций, основные классы лимфоцитов без динамики, однако, увеличилось количество CD95(%), что свидетельствует об усилении апоптоза.

**Выводы.** У детей с ДЦП снижены иммуноадаптационные функции, степень снижения иммуноадаптационных резервов коррелирует с тяжестью двигательных нарушений.

## КИНЕЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Радзинская Е.В., Филиппова Е.С., Пыхтина Н.Н.

ООО «Центр Натальи Пыхтиной», г. Москва

**Актуальность.** Число детей с ДЦП неуклонно растёт, в связи с чем возрастает актуальность их эффективной реабилитации. Физическое развитие таких детей играет значительную роль в овладении навыками самостоятельного обслуживания.

**Цель.** Улучшить физические возможности детей с ДЦП.

**Материалы и методы.** За 2018 год в Центр обратилось 160 детей, 112 посещали реабилитационные мероприятия регулярно, из них 63 ребенка (27% доношенных, 73% недоношенных) в возрасте от 8 мес. до 5 лет получили полную комплексную терапию, а именно: кинезиологический метод создания интегральной нейромышечной памяти (СИНП), остеопатическая, логопедическая коррекция, кинезиотейпирование. Дети были разделены по группам согласно международной системе классификации больших моторных функций при церебральном параличе (GMFCS). Ретроспективно выяснялось количество занятий по методу СИНП за один год, для максимально возможного перехода с более низкого уровня GMFCS на более высокий (на 2 уровня, а всего их 5).

**Результаты.** Чтобы лежачий ребенок (GMFCS 5) стал ползать на животе (GMFCS 3), необходимо 60-100 занятий; для перехода из группы GMFCS 4 в GMFCS 2 следует провести 20-60 занятий; из GMFCS 3 в GMFCS 1 – 80-100; чтобы ребёнок, ходящий

вдоль опоры, пошёл самостоятельно, а ходящий самостоятельно без опоры овладел всеми необходимыми навыками для жизнеобеспечения – более 40 занятий.

Исходный уровень GMFCS	Количество занятий СИНП
5 (не способен перевернуться без посторонней помощи)	60-100
4 (может переворачиваться на живот)	20-60
3 (переворачивается и ползает на животе)	80-100
2 (ползает на животе и четвереньках, ходит вдоль опоры)	≥40
1 (начало самостоятельной ходьбы без опоры)	≥40

**Выводы.** При комплексном подходе (кинезиология + остеопатия + логопедия+ кинезиотейпирование) для овладения качественно новыми навыками необходимо в основном от 40 до 100 кинезиологических занятий в год. Общепринятая практика реабилитации детей с ДЦП (15 получасовых занятий ЛФК 2 раза в год) недостаточна для восстановления и адаптации данной когорты пациентов.

## ХРОНИЧЕСКИЕ И ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ АТАКСИИ У ДЕТЕЙ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Ражева Д.С.<sup>1,2</sup>, Ожегова И.Ю.<sup>1</sup>, Батышева Т.Т.<sup>1</sup>, Хондкарян Г.Ш.<sup>2</sup>, Заваденко Н.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ *Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы*

<sup>2</sup> *Российский национально-исследовательский медицинский университет  
Н.И. Пирогова, г. Москва*

**Актуальность.** По данным Всемирной организации здравоохранения распространенность атаксии среди детского населения составляет 26 человек на 100 тыс. населения. Хроническая и прогрессирующая формы атаксии с дебютом в детском возрасте в большинстве случаев являются клиническим проявлением дегенеративного заболевания нервной системы, метаболического заболевания, синдромальной генетической патологии. Для атаксии, в отличие от других форм двигательных нарушений (тики, дистония, спастичность) не существует симптоматического лечения. Ранняя диагностика этиологии позволяет проводить патогенетическое лечение (например, митохондриальные заболевания, органические ацидурии, биотинидазная недостаточность, атаксия Фридрайха, атаксия- телеангиоэктазия, болезнь Рефсума, болезнь Нимана-Пика тип С, дефицит GLUT1), определить тактику ведения пациента, в т.ч. направленную на раннее выявление осложнений (например, онконастороженность при атаксии- телеангиоэктазии, наблюдение кардиолога пациентов с атаксией Фридрайха), определить прогноз, осуществить медико-генетическое консультирование семей. Однако клиницист, встречаясь с проявлениями атаксии в своей практике, сталкивается с определенными трудностями. Во-первых, отсутствуют четкие клинические критерии разграничения атаксии, моторной неловкости и физиологической незрелости координации у детей. Во-вторых, возникает трудность идентификации симптомов в связи с их сочетанием. Нередко атаксия сочетается с эпилептическими приступами, другими двигательными расстройствами (спастичность, симптомы паркинсонизма, гиперкинезы, гипотония). В-третьих, клиническая картина одного и того же заболевания варьируется в широком диапазоне (фенотипическая плеiotропия), в то же время одни и те же симптомы являются проявлениями широкой вариации заболеваний (генетическая гетерогенность). В-четвертых, в литературе представлены разнородные данные по нозологическому спектру в зависимости от

региона мира. Нередко данные особенности связаны с возможностями генетического обследования пациента. В-пятых, отсутствуют специфические признаки МР-картины для большинства заболеваний, сопровождающихся атаксией, а возможность верификации диагноза по результатам динамического исследования (например, дифференциальная диагностика гипоплазии и атрофии мозжечка) приводит к установлению его в более поздние сроки. В настоящее время осуществляются активное изучение и разработка способов лечения генетических заболеваний, что указывает на особое значение своевременной и ранней диагностики этиологии атаксии. Характеристика начала и эволюции симптомов атаксии, вовлечение в патологический процесс других органов и систем являются существенными в диагностическом процессе.

**Выводы.** Разработка клинических критериев диагностики и уточнение этиологии хронических и прогрессирующих атаксий у детей позволяет определить варианты лечения и реабилитации и дать прогноз дальнейшего течения и исхода заболевания.

## СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПОСРЕДСТВОМ ЗАРЯДКИ

Рахмедова С.М., Зайко О.А.

*Российский университет дружбы народов, г. Москва*

**Актуальность.** Техника социальной адаптации детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов посредством спорта, а именно, зарядки-всегда была актуальна, так как она даёт положительный эффект. Она направлена на то, чтобы дети стали социально открытыми, более уверенными в себе. Методика нормализует психоэмоциональное состояние, активирует адаптационные функции в любом возрасте. Зарядка приводит к развитию мускулатуры и гибкости. Активный образ жизни поднимает ребенку настроение.

**Материалы и методы.** Зарядка должна проводиться 2 раза в день. Утром энергичная зарядка с широким спектром упражнений. Начинают с головы, далее постепенно переходят на руки, туловище и ноги. Вечером менее энергичная зарядка. Она включает те же упражнения, но выполняется с меньшей затратой энергии. Обязательное использование сопутствующего музыкального сопровождения, ведь под веселую музыку ребенку будет интереснее выполнять зарядку. Важно также проводить её с несколькими детьми, они смогут общаться, энергично повторять друг за другом, а значит, будут становиться более социально открытыми. Зарядку можно проводить с каким-нибудь предметом, например, мячом. Так у ребенка еще больше развивается интерес к этим упражнениям.

**Результаты.** Проводя зарядку каждый день, у ребенка улучшается физическое и эмоциональное развитие, он становится более уверенным в себе. В результате применения этой методики, у ребенка нивелируется скованность, тревожность, асоциальность. Он начинает активно преодолевать психологические трудности, снимать эмоциональную напряженность с помощью зарядки.

## МЕТОДЫ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Резникова С.В., Моисеева В.Н., Костюк Р.Г.

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА, г. Благовещенск, Амурская область  
ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница», г. Благовещенск, Амурская  
область*

**Актуальность.** В детской городской клинической больнице г. Благовещенска в комплексное лечение включены методы физической реабилитации (кинезотерапии), как активные виды, так и пассивные.

**Материалы и методы.** Проводится диагностика и занятия на лечебно-диагностическом комплексе «Тергумед-700» с БОС, который состоит из 5-ти тренажеров для каждого отдела позвоночника. Тренажеры оснащены диагностической системой, которая позволяет определить максимальную силу глубоких мышц позвоночника, подвижность всех его отделов и наличие мышечных дисбалансов, затем разрабатывает индивидуальную программу тренировок, формирует базу данных пациентов. Применяется при заболеваниях опорно-двигательного аппарата после травм, операций на позвоночнике, но, в основном, с нарушением осанки и сколиозом у детей для укрепления мышц спины и туловища, улучшения подвижности во всех отделах позвоночника. Эффективность оценивалась по результатам тренировок пациентов, находящихся на лечении, выявлена положительная динамика в виде уменьшения болевого синдрома, увеличения силы ослабленных мышц и подвижности позвоночника.

**Результаты.** У всех пролеченных детей по этим методикам отмечалась положительная динамика: улучшилась подвижность в суставах, уменьшился спазм мышц, улучшились двигательные навыки. В результате включения в комплексное лечение методов физической реабилитации (кинезотерапии) наблюдалась более эффективная коррекция двигательных навыков, уменьшалась спастичность мышц верхних и нижних конечностей, увеличивался объем и подвижность в суставах, объем движений и сила мышц в различных отделах позвоночника, выработка навыков правильной осанки.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ В ПРАКТИКЕ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА РОСТОВА-НА-ДОНЕ

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

*ГБУ РО «ОДКБ», г. Ростов-на-Дону*

**Актуальность.** За последние два десятилетия статистика выявленных отклонений в психическом и речевом развитии детей возросла в десятки раз. Расстройство речевого развития затормаживает и развитие мышления, и, напротив, врожденные психические и неврологические заболевания провоцируют недоразвитие речи.

**Цель.** Изучение эффективности применения комплексной реабилитации детей, страдающих расстройствами психического и речевого развития.

**Материалы и методы.** Обследовано 50 пациентов (40 мальчиков, 10 девочек) в возрасте с 3-18 лет (средний возраст  $12,5 \pm 1,5$ ), проходивших реабилитационный курс по поводу расстройств психического и речевого развития. Использовались следующие методы и методики: анализ медицинской документации, интервьюирование, оценка состояния пациента с применением ряда оценочных шкал, электроэнцефалографическое исследование, психоdiagностическая методика; применялись медикаментозная коррекция, различные методики физической реабилитации - физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, различные виды массажа, классическая корпоральная иглорефлексотерапия по схеме «У – син», фармакопунктура, логопедическая коррекция.

**Результаты.** В результате реабилитационных мероприятий у пациентов выявлено улучшение речевых и когнитивных функций, поведенческих реакций.

**Выводы.** Комплексная реабилитация достаточно эффективна при ведении пациентов с расстройствами психического и речевого развития. Положительный эффект от реабилитационных мероприятий отмечается в любых возрастных категориях и при своевременном раннем их назначении.

## ЭКВИНУСНЫЕ КОНТРАКТУРЫ ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП – ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ, РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Семёнова Е. В., Орешков А.Б., Абдулрахим М.

ЧУЗ Марфо-Мариинский Медицинский центр Милосердие, г.Москва,  
ФГБУ ДПО "Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов"  
Минтруда и соцзащиты РФ, г.Санкт-Петербург,  
ООО Альянс-Орто, г.Санкт-Петербург

**Актуальность.** Контрактуры голеностопных суставов- частое ортопедическое осложнение при спастических формах ДЦП.

**Цель.** Оценка эффективности использования циркулярных туторов из низкотемпературного пластика как метода профилактики эквинусных контрактур голеностопных суставов у детей со спастическими формами ДЦП.

**Материалы и методы.** Клинический материал исследования составили 120 детей от 2 до 12 лет, со спастическими формами ДЦП, с уровнями моторики по GMFCS с I по IV. Метод исследования - гониометрия максимальной амплитуды пассивного тыльного сгибания стопы, в положении максимального разгибания ноги в коленном суставе.

**Результаты.** В группе пациентов, регулярно использовавших туторы циркулярной формы на протяжении 5 месяцев и более, шанс встретить контрактуру голеностопного сустава в 4,5 раза меньше, чем в группе пациентов, не использовавших туторы, а шанс встретить тяжелые контрактуры ( $<-10$  гр) – в 22 раза меньше. Средняя амплитуда тыльного сгибания стопы в 1й группе пациентов в среднем на 9 градусов больше ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Регулярное использование туторов из низкотемпературного пластика на голеностопные суставы с циркулярной гильзой снижает риск формирования контрактур голеностопных суставов у детей со спастическим церебральным параличом и уменьшает степень их тяжести, особенно – при начале использования туторов в возрасте до 5 лет.

# КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ БТА У ДЕТЕЙ С ДЦП С ВЫРАЖЕННЫМ СИНДРОМОМ СПАСТИЧНОСТИ

Соловьева А.П., Архипов В.В., Горячев Д.В.

ФГБУ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения»  
МЗ РФ, г. Москва

**Актуальность.** В Российской Федерации, по данным МЗ РФ, распространенность зарегистрированных случаев ДЦП составляет 2,5 случая на 1000 родов, а общее число больных среди детского населения равно 76 176. Настоящее исследование проводилось в популяции пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП), который представляет собой гетерогенную группу клинических синдромов с непрогрессирующим нарушением двигательных функций и позы, при этом 80 % всех ДЦП составляют спастические формы. Широкое применение при лечении синдрома спастичности при ДЦП нашли препараты БТА.

**Цель.** На основании ретроспективного экспертного анализа статистически значимого количества амбулаторных и стационарных медицинских карт дать независимую оценку по критерию «затраты – эффективность» применения препаратов БТА: Ботокс® и Ксеомин® в терапии спастичности у детей с ДЦП.

**Материалы и методы.** Поиск информации по изучению международного и российского опыта применению препаратов БТА пациентами с ДЦП выполнялся в базе данных MEDLINE и другим электронным ресурсам по ключевым словам: клинические исследования, эффективность, безопасность, препараты БТА. Первичный анализ частоты и структуры побочных реакций при применении препаратов БТА проводился по базам данных ВОЗ (Vigy Base) и «АИС» Росздравнадзор-Фармаконадзор». При проведении клинико-экономического анализа терапии детей с ДЦП на препаратах Ботокс® и Ксеомин® были использованы отраслевые стандарты «Клинико-экономического исследования», применяемые в РФ. Перечень прямых медицинских затрат включал: стоимость курса терапии препаратами Ботокс® и Ксеомин®, стоимость медикаментозной терапии при развитии нежелательных явлений. Оценка затрат была проведена с использованием данных Государственного реестра предельных отпускных цен, стоимости платных услуг в ЛПУ. Оценка эффективности и безопасности терапии проводилась по результатам проведенного ретроспективного клинического анализа 129 медицинских карт пациентов в возрасте от 2 до 17 лет, проходивших лечение в учреждениях здравоохранения г.Москвы с 2015 по 2018 гг.

**Результаты.** Результаты исследования продемонстрировали статистически значимую разницу в показателе затраты/эффективность препаратов, оцениваемую как по шкале Эшворда, так и по шкале глобальных моторных функций GMFS на 2 визите (через месяц после введения БТА) и на 4 визите (через 3 месяца). При сопоставимой эффективности сравниваемых препаратов, затраты на терапию препаратом Ботокс® оказались несколько выше препарата Ксеомин®.

## МАНУАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ И «ДЕТИ, РОЖДЕННЫЕ С ГАДЖЕТОМ В РУКАХ»

Стахурлова Л.И., Холодович Б.Г., Холодович Е.Б.

БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница №1», г. Воронеж  
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж

**Актуальность.** Кардинальное изменение принципов, условий и параметров развития ребенка в настоящее время полностью обусловлено неизбежным вхождением мобильных средств связи и коммуникаций в жизнь человека. Последние 15-20 лет полностью изменили поведение и развитие ребенка из-за необходимости постоянного использования гаджетов, что, в свою очередь, привело к стойкому формированию нефизиологических стереотипов позвоночного столба и, особенно, шейного отдела позвоночника (ШОП).

**Цель.** Оценить возможную роль и эффективность мануальной коррекции (МК) в комплексной реабилитации пациентов детского возраста с поражениями ШОП. Провести сравнительный анализ динамики рентгенологических данных при использовании МК.

**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 576 пациентов были отобраны 402 случаев имеющих сходную клиническую картину, данные обследования и те варианты, где рентгенологическая патология ШОП превалировала над остальными данными лабораторных и инструментальных методов исследования. Возраст пациентов от 7 до 17 лет. Мальчики – 179 человек (44,7%), девочки - 223 человека (55,3%). Обследованы в рамках существующих стандартов. 1 группа (основная): стационарное лечение по общепринятым алгоритмам и МК (n=238). 2 группа (контрольная): та же терапия без МК (n=164).

**Результаты.** На фоне клинического улучшения положительная рентгенологическая динамика в основной группе у 147 человек (n=238) (61,8%), в контрольной у 29 человек (n=141) (20,5%).

### Выводы.

1. Условия современной жизни, необходимость приобретения информации и обучения, коммуникационные характеристики познания окружающего мира, вынуждают детей и подростков большую часть суток находиться в склоненном состоянии над экраном различных гаджетов;

2. Ежечасное, ежедневное использование «умных» средств коммуникации и мобильных систем приводит к чрезмерным нагрузкам на ШОП, которые делятся годами. Следствием этого является формирование патологических стереотипов положения и движения ШОП;

3. Сравнительный анализ результатов лечения доказал преимущество комбинированной реабилитации;

4. Применения методов МК при вертеброгенных поражениях у детей можно считать патогенетическим методом реабилитации;

5. Анализ положительной динамики рентгенограмм позволяет с оптимизмом смотреть на данную патологию при применении МК в стандартах лечения и реабилитации. Применение комбинированной схемы реабилитации позволяет приблизиться к профилактике данного патологии, что, в свою очередь, помогает поднять уровень здоровья и качество жизни пациентов детского возраста.

## ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Сынкова Е.В., Беркутова И.Ю.

*ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, г. Москва*

**Актуальность.** В настоящее время большое внимание уделяется реабилитации и абилитации детей с опорно-двигательными нарушениями. Активно внедряются различные методики и исследования, но также нельзя не отметить, что в медицинской реабилитации, недостаточно внимания уделяется профилактике возникновения различных вторичных осложнений: нарастание спастичности, различные деформации опорно-двигательного аппарата (при некорректно выполняемых упражнениях), нарушение работы сердечно-сосудистых и дыхательных систем при неправильно дозированной физической нагрузке, различные когнитивные и психологические проблемы, возникающие на фоне некорректной работы с пациентом.

**Цель.** Формирование индивидуальной программы профилактики вторичных нарушений с учетом особенностей основного заболевания и сопутствующей патологии.

**Материалы и методы.** В «Центре физической реабилитации и спорта Гросско», активно применяются и результаты собственных научных исследований, подтвержденный многолетней практической работой и международный опыт. Оценивается состояние ребенка по международным шкалам (GMFCS, MACS, Шкала Ashworth и др.), используется программа CPUC протокол гониометрии, результаты подометрии, стабилометрии, миографии и различные методы функциональной диагностики: ЧСС, АД, спирометрия, оценка адаптационного потенциала по вариабельности сердечного ритма. На основании полученных данных составляется индивидуальная программа профилактики вторичных осложнений, в которую входит: регулярный Rg-контроль различных суставов, постуральный контроль во время всех занятий, обучение родителей правильному позиционированию в домашних, бытовых условиях, подбор средств реабилитации, соответствующих функции, возрасту и состоянию ребенка, адекватные, физические нагрузки, своевременная активная вертикализация, психолого-педагогическая работа с семьей с целью поддержания высокой положительной мотивации в ходе реализации программы.

**Результаты.** Составление и внедрение программы профилактики вторичных нарушений в практику работы реабилитационного центра, позволяет достоверно, значительно снизить риск осложнений ухудшающих клиническую картину основного заболевания.

## САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ «САНАТОРИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ДЕТЕЙ С РОДИТЕЛЯМИ «ОРЛЁНОК»

Татевосян Д.Г., Шелепа Н.И., Ревенко Н.А.

*ГБУ «Санаторий для детей и детей с родителями «Орлёнок»,  
г. Евпатория, Республика Крым*

**Актуальность.** Детей с заболеваниями костно-мышечной системы в 2016 году в Крыму зарегистрировано 21265, в России – 315966. Получили санаторно-курортное лечение в Крыму по данной нозологии в 2014 году 3823 детей (47% от числа детей, состоящих на диспансерном учете), в 2015 году – 3127 детей (40,5%, соответственно).

Клиническая и материальная база Государственного бюджетного учреждения Республики Крым «Санаторий для детей и детей с родителями «Орлёнок», климатическое расположение и наличие уникальных природных лечебных факторов курорта Евпатория, многолетний опыт работы с больными, страдающими тяжелой ортопедической патологией и неспецифическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата, наличие квалифицированного персонала позволяют санаторию быть современным санаторно-курортным комплексом для восстановительного лечения детей с заболеваниями костно-мышечной и нервной системы (включающих в себя последствия травм, врожденных пороков развития опорно-двигательной системы, приобретенных деформаций скелета, последствий воспалительных заболеваний костей и суставов и нервной системы, тяжелых проявлений системной дисплазии соединительной ткани, ДЦП, последствий термической травмы и др.). С 2014 года в санатории получили реабилитацию 7190 (92% от общего количества) детей Крыма и России с заболеваниями костно-мышечной системы. Здравница сегодня готова одновременно принять до полутора тысяч детей. Особую эффективность санаторно-курортной реабилитации следует отметить при лечении болезни Пертеса. Совместно с НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации разработаны критерии эффективности этого заболевания, на основании которой улучшение отмечалось у 212 (87,2%) пролеченных детей. Основой санаторно-курортной терапии в Евпатории является климатолечение, которое в «Орленке» проводится на оборудованном теневыми навесами пляже и в парковой зоне санатория с хвойными и лиственными деревьями (площадь 4,86 Га), где осуществляется и ортопедическая физическая реабилитация. Для улучшения эффективности лечения в санатории разработаны следующие методики: «Применение иглорефлексотерапии в комплексном лечении детей при скolioтической болезни с болевым синдромом, болезнью Пертеса»; «Методики лечебного массажа»; «Применение корсета Шено в лечении скolioтической болезни»; «Комбинированное применение дифференцированного грязелечения и электростимуляции ослабленных мышц спины у больных сколиозом»; «Применение локальных грязевых аппликаций в комбинации с лазеротерапией у детей с реактивными артритами»; «Программа восстановительного лечения церебрального паралича, органических поражений нервной системы, последствий травм и нейроинфекций» и др.

**Выводы.** Назначение лечебных процедур с учетом адаптационных реакций каждого ребенка и применения современных лечебных методик, обеспечение контроля качества в процессе лечения, позволяет достичь высокой эффективности лечения пациентов с ортопедической патологией в санатории.

## ОСТЕОПАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИЦ, УХАЖИВАЮЩИХ ЗА ДЕТЬМИ С ДЦП

Филиппова Е.С., Пыхтина Н.Н., Радзинская Е.В.

ООО «Центр Натальи Пыхтиной», г. Москва

**Актуальность.** Оздоровление ухаживающих лиц крайне важно для повышения шансов больного ребенка на успешную реабилитацию и освоение новых двигательных навыков. Специфика образа жизни данного контингента не всегда позволяет уделить должное внимание самочувствию ухаживающего взрослого.

**Цель.** Улучшить самочувствие и здоровье взрослых, ухаживающих за детьми с тяжелой формой ДЦП.

**Материалы и методы.** Всего за 5 месяцев пролечено 18 взрослых от 28 до 64 лет, средний возраст 38 лет, большинству 28-36 лет. Проводилось от 1 до 3 сеансов

остеопатического лечения. Для оценки результативности терапии пациенту предлагалось ответить на вопрос, на сколько процентов уменьшилась тяжесть жалоб, где 100% – полное исчезновение первоначальной симптоматики, 0% - отсутствие изменений.

**Результаты.** Предъявились жалобы на боль в спине, шее, суставах, утомляемость, дискомфорт в височно-нижнечелюстном суставе, последствия полостных операций (рубцы, спайки), головокружения, панические атаки, депрессию. Наиболее часто (61%) проводилась коррекция висцеральных органов: различных отделов кишечника, желудка, висцероптоза, напряжения висцеральных связок, брюшины, почечной фасции, а также междолевой плевры и средостения. У 5 женщин выявлена однотипная дисфункция Th2 – ERS<sub>R</sub>, что, вероятно, связано с постоянной нагрузкой на правую руку в процессе ухода за ребёнком. Количество и интенсивность первоначальных жалоб снизились у всех, прошедших терапию. Наибольшее улучшение (на 80-100% по данным опроса) отмечали 10 человек (56% пролеченных), половине из них было достаточно 1 сеанса, трём – по 2 сеанса, одному – 3 сеанса. Наименьший (но приемлемый) результат лечения в 60%-70% отметили 4 человека (22% пациентов), прошедшие 2 или 3 сеанса в течение месяца.

**Выводы.** Интегрирование реабилитационных мер для родителей в лечебный курс ребенка вполне доступно и оправданно, в большинстве случаев достаточно одного-двух сеансов остеопатического лечения за месяц для достижения значимого (60-100%) улучшения качества жизни. Феномен однотипной соматической дисфункции Th2 (ERS<sub>R</sub>) у ухаживающих матерей требует дальнейшего изучения.

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГОВОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПРОЦЕССЕ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ

Цукрова Л.А.<sup>1</sup>, Власенко С.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кубанский медицинский институт, г. Краснодар

<sup>2</sup>ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий имени Е.П. Глинки»  
МО РФ, г. Евпатория, Республика Крым

**Актуальность.** Учитывая весомую роль в развитии расстройств аутистического спектра (PAC) не только генетических факторов, но и гипоксически-ишемических повреждений головного мозга в перинатальном периоде, необходимым является контроль за состоянием маркеров отдаленных последствий перинатального повреждения нервной системы с целью своевременной коррекции, в том числе и немедикаментозными средствами на санаторно-курортном этапе реабилитации.

**Целью** исследования была оценка динамики показателя повреждения нервной ткани белка S-100 у детей с PAC в процессе бальнеотерапии.

**Материалы и методы.** Нами обследовано 67 детей, больных PAC в возрасте от 6 до 14 лет. I группа – 22 ребенка, получивших общее санаторно-курортное лечение (СКЛ); II группа – 23 ребенка, которые на фоне СКЛ получили курс йодобромных ванн (ЙВ); III группа – 22 ребенка, получивших на фоне СКЛ курс бишофитовых ванн (БВ). Контрольную группу (КГ) составили 20 здоровых детей. Обследование включало осмотр специалистами, проведение МРТ-обследования (до лечения), оценку в сыворотке крови белка S-100 (до и после проведенных комплексов лечения).

**Результаты.** Выявлено повышение уровня белка S-100 в группе детей с PAC, которые имели признаки органического поражения головного мозга (по данным МРТ), независимо от степени тяжести аутистической симптоматики ( $p<0,01$ ). После

проведенного СКЛ в I группе отмечено достоверное снижение показателей S-100 ( $p<0,05$ ) у детей с РАС, имеющих органическое поражение ЦНС. Во II и III группах результаты имели одностороннюю динамику. Так, показатели S-100 достоверно снизились при средней и тяжелой степенях тяжести ( $p<0,01$ ) у детей с органической патологией (по данным МРТ).

**Выводы.** Выявлено, что у детей с РАС, имеющих перинатальное поражение ЦНС в анамнезе и признаки органического поражения ЦНС по результатам МРТ, имелось достоверное повышение белка S-100, что косвенно свидетельствует об активации процессов перикисного окисления липидов, вызывающее повреждение астроглии. Установлено, что общее СКЛ благоприятно влияет на показатели S-100 у детей с аутизмом, а применение йодобромных и биоофитовых ванн способствует значительной нормализации данного показателя у детей с РАС, способствуя снижению оксидативного стресса, перикисного окисления липидов, повышению нейропротективных свойств нервной системы.

## ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СУХИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

Чепурная Л.Ф., Слюсаренко А.В., Бура Г.В., Рябцова Л.М., Томина Л.Г.

ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, Республика Крым  
ГБУЗРК санаторий для детей и детей с родителями «Искра»,  
г. Евпатория, Республика Крым

**Актуальность.** Сухие углекислые ванны- это метод чрезкожного лечебного действия углекислого газа на пациента, тело которого до уровня шеи находится в специально оборудованной кабине. Работами ученых Центрального НИИ курортологии и физиотерапии и Ялтинского НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И.М. Сеченова показано благоприятное влияние сухих углекислых ванн на функции центральной и вегетативной нервной систем, высшие отделы центральной нервной системы, которое проявляется снижением симпатических влияний на функции органов, восстановлением силы нервных процессов, их уравновешенности, снижением симптомов астении. Важную роль играют кислородотранспортная функция сердечно-сосудистой системы и процессы окислительного метаболизма, обеспечивающие адаптационный потенциал организма. Особенности лечебного действия и отсутствие неприятных ощущений при проведении процедур позволяют применять сухие углекислые ванны в детской практике. В работах под руководством профессора М.А. Хан показано корригирующее влияние курса сухих углекислых ванн на гемодинамику, процессы реполяризации миокарда, отмечено улучшение мозгового кровообращения в результате перераспределения кровотока и открытия коллатералей, вазодилатирующее действие на периферические сосуды, стимуляция кислородотранспортной системы у детей с синдромом вегетативной дисфункции. Доказана эффективность сухих углекислых ванн при преморбидных состояниях у детей.

**Выводы.** Следовательно, многстороннее влияние сухих углекислых ванн определяет патогенетическую направленность их действия при многих заболеваниях и обуславливает значительный интерес, проявляемый к использованию этих ванн в комплексной реабилитации больных детским церебральным параличом.

## ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ФИЗИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ЗАНЯТИЯХ НА БЕГОВЕЛЕ

Шаврина Н.М.

*Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет, г. Пермь*

**Актуальность.** Физическая реабилитация является ведущим видом помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Устойчивые двигательные нарушения детей с ОВЗ определяют пожизненную необходимость реабилитационных мероприятий, что актуализирует проблему разработки новых физкультурно-оздоровительных технологий. В последнее время в практике физической реабилитации детей с ОВЗ получает распространение методика занятий на беговеле, основанная на возможности удерживать равновесие в движении. Езда на беговеле оказывает комплексное воздействие на организм ребенка – выполнение упражнений на уменьшенной опоре стимулирует мощное развитие двигательной координации, симметричные махово-толчковые движения ног обеспечивают равномерную нагрузку на мускулатуру, седло поддерживает и стабилизирует тело ребенка, снижая нагрузку на суставы нижних конечностей.

**Цель** исследования оценить влияние занятий на беговеле на развитие физических качеств детей с ограниченными возможностями здоровья.

**Материалы и методы.** Основную группу составили дети 5-7 лет (7 чел.) с врожденными патологиями и синдромами, сопровождаемыми нарушениями опорно-двигательного аппарата: спастический тетрапарез (детский церебральный паралич), мышечная гипотония (триомия 21), спина-бифида, периферические парезы, которые занимались два-три раза в неделю. В контрольную группу (7 чел.) вошли дети с такими же патологиями и возраста, занимавшиеся один раз в неделю и реже. Двигательные расстройства, характерные в разной степени для всех нозологических групп детей с ОВЗ, такие как: ослабленный мышечный «корсет», нарушение координационных способностей и локомоторной деятельности, определили выбор тестов для оценки влияния методики велобалансирования на уровень развития физических качеств. Способность удерживать статическое равновесие оценивали с помощью «Пробы Ромберга-1», и «Стойки на мысках», способность к динамическому равно-весию оценивали тестом «Ходьба по гимнастической скамье». Выносливость определяли по количеству приседаний в единицу времени в тесте «Приседания на двух ногах».

**Результаты.** Оценка результатов исследований показала значительное улучшение координационных способностей и силовой выносливости ног у детей с отклонениями в состоянии здоровья, регулярно занимающихся на беговеле уже через три месяца занятий.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПСИХОЛОГА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ДЦП

Шахворостова Т.В.

*ООО « ЦРЛ и ПП «СЛОН», г. Владимир*

**Актуальность.** Дети с ДЦП на различных этапах взросления требуют различных подходов к улучшению качества жизни. При этом огромную роль в реабилитации детей с такой патологией играет мотивация родителей в воспитательном и реабилитационном процессе. Учеными выявлено, что больше половины опрошенных родителей в отношениях с ребенком используют неадекватные стили воспитания. Они воспринимают особенности ребенка как свое наказание, поэтому предпочитают выполнять какие-либо действия за ребенка, нежели учить его самого. Многие семьи не

выдерживают такого напряжения и рушатся, матери воспитывают детей в одиночку. Эмоциональная усталость, чувство замкнутого круга, чувство неловкости и стыда перед окружающими, жалость к себе и страх перед будущим влияют на успешность реабилитации детей и реализованность самих родителей, на их способность достигать чего-либо, идти к своей цели и вести за собой ребенка. Что может помочь родителям и детям в их стремлении к комфортной счастливой жизни?

**Результаты.** Необходимо терпение, внимание к мелочам и упорный иногда даже катархный труд. Все занятия с ребенком, начиная с самых ранних этапов его жизни, необходимо проводить с улыбкой, любовью, лаской и еще раз терпением. Ребенок очень зависит от эмоциональной ситуации в семье. Безрадостная, унылая обстановка приведет к его негативной реакции на обучение, процедуры. Здоровый, эмоционально спокойный, оптимистичный настрой родителей поможет ребенку упорно идти вперед и добиваться новых целей. Родители должны помнить, что дети с ДЦП не знают, что такое движение, им необходимо дать это понимание в форме игры – ведущего вида деятельности. Доброжелательная, поощряющая обстановка игры поможет ребенку преодолеть негативную мотивацию к выполнению речевых и физических упражнений. Не стоит ставить сразу большие задачи перед ребенком, необходимо идти к ним постепенно, день за днем. Поощрять победы и успехи, подбадривать в случае неудач и трудностей.

**Выводы.** Ежедневное, комплексное, целенаправленное движение вперед поможет семье с ребенком с ДЦП добиться весомых результатов в реабилитации и улучшении качества его жизни. Даст возможность профессиональной и жизненной реализации как самого ребенка, так и его родителей.

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Шевченко Ю.С., Горюнова А.В., Корнеева В.А.

*ФГБУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Москва*

**Актуальность.** Комплексная полипрофессиональная помощь детям с расстройствами аутистического спектра (ПАС) подразделяется нами на «метаболический»; «нейрофизиологический»; «синдромальный»; «поведенческий» и «социально-личностный» уровня (Шевченко Ю.С., 2016, 2017). Двойная синдромально-нозологическая сущность метаболического уровня заключается в сочетании психофармакологического лечения и немедикаментозного воздействия, направленного на ведущий психопатологический симптомокомплекс и на сопутствующие коморбидные расстройства, а также на проявления резидуально-органической церебральной недостаточности, с общеукрепляющим и специфическим соматотропным лечением. *Нейрофизиологический* уровень представлен нейропсихологической (сенсомоторной) коррекцией, направленной на исправление дизнейронтогенетически-дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по А.Р.Лурия), и технологией «замещающего онтогенеза», основанной на концепции Н.А.Бернштейна об эволюционных уровнях физиологии движений и активности, а также техниками телесно-ориентированной психотерапии. Психолого-коррекционная работа на *третьем* уровне направлена, прежде всего, на облигатный для данной нозологической группы патопсихологический синдром, его эмоционально-коммуникативную и когнитивную составляющие. Ключевое место в них должна занимать холдинг-терапия в своем классическом варианте, либо с дополнением интраназального введения окситоцина (в виде спрея) обоим участникам процедуры для

усиления механизма взаимного импринтинга ребенка и матери и другие этологически ориентированные техники (Шевченко Ю.С., 2018). На развитие и стимуляцию интеллектуально- речевой сферы направлена психологическая, логопедическая и дефектологическая коррекция и регрессивно- кондуктивные игры, основанные на концепции В.В.Лебединского об онтогенетических уровнях регуляции базального аффективного тонуса. Задача работы на *поведенческом* уровне - формирование и закрепление желательных и подавление нежелательных моделей поведения с целью облегчения социальной адаптации и повышения конформности в референтной группе с помощью бихевиоральной психотерапии, а также реконструкция уровней онтогенеза общения. (Лисина М.И., 1986). Цель *социально-личностного* уровня – реализация интегративной или инклузивной модели социализации группы детей с РАС, в том числе и РДА, с помощью семейно-групповой психотерапии, реализации Образовательного Стандарта (ФГОС), социализирующей поддержки, в том числе, в подростковом и зрелом возрасте.



Креативный партнер

**Артоника**

функция определяет форму

Главный информационный партнер

**a news**

Главные партнеры

**EVER PHARMA**

**Гедвон Рихтер**  
центральная нервная система

**IPSEN**  
Innovation for patient care

Информационные партнеры

**ЖИЗНЬ С ДЦП**

**МЕДФОРУМ** журнал **ПОЛИКЛИНИКА**

**MEDIAMEDICA**

**Династия**  
www.phdynasty.ru

**PMX**  
научное издание для инфекционных врачей

Партнеры

**ВИФЕРОН**  
Биофарма

**ММКРОГЕИ**

**Janssen**  
Джансен-Джансен

**бека**  
будущее реабилитации  
в Ваших руках!

**ИСТОК-АУДИО**  
Группа компаний

**ГЕРОФАРМ**

**полисан**

**ПИК-ФАРМА**

**БИОМЕРА**  
БИОМЕРА

**Alpen Pharma Group**

**Nestle**  
HealthScience

**НЕЙРОЧАТ**

**SANOFI**

**МАДИН**

**Орторент**

**Швабе**  
Основано в 1837 году

**ЦАМ**

**ORTHOBOOM**

**АЛАМЕД**  
Всё для здоровья. Здоровье для вас.

**MERZ**

**PHYSIOMED**  
TECHNOLOGY FOR THERAPY

[WWW.NASDR.RU](http://WWW.NASDR.RU)