

ОГЛАВЛЕНИЕ

Аблаева Э.Н., Артеменко Л.И., Гадебская Р.Н., Ильницкая М.Р.,.....	16
Куксова Т.С., Третьяков Ю.Г.	
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	
Абрамова М.Ф., Ильенко Л.И., Зубарева Е.А.....	17
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И СОСУДИСТЫЙ ФАКТОР. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ТЕРАПИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	
Албагачиева Д.И., Ильенко Л.И., Сахарова Е.С., Тарасова О.В.....	17
ИЗМЕНЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ МОЛЕКУЛЫ КЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ ALCAM У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ГИПОКСИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС	
Алексеева С.И., Курамшина Ю.И.....	18
РАЗВИТИЕ ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ПОМОЩЬЮ ИППОТЕРАПИИ	
Антропова И.М., Кучерова Е. В., Батышева Т. Т.....	19
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ ДЕТЯМ, ПОСТРАДАВШИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ В СИРИИ	
Аронскинд Е.В., Садыкова О.Ф.....	20
ИСХОДЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОСОБЕННОСТИ АБИЛИТАЦИИ	
Афонина И.В.....	21
ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО УХОДУ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ЭПИЛЕПСИЕЙ	
Бадалян О.Л.....	22
ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Бадалян О.Л.....	23
ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
Бакай С.А., Батышева Т.Т.....	23
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	
Бакай С.А., Канаева М.А., Батышева Т.Т	24
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИМИТАТОРА ХОДЬБЫ У ДЕТЕЙ	

С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Бакай С.А., Ногова Е.В., Батышева Т.Т.....	26
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ	
ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ	
Бакуменко В.И., Румянцева Л.А., Климов Л.В., Гунченко М.М., Батышева Т.Т.....26	
ОБЗОРНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОТУЛИНИЧЕСКИМ ТОКСИНОМ	
ТИПА А ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ И ЧАСТОТЕ ИНЬЕКЦИЙ	
ВОСТОЧНОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО ОКРУГА ЗА ПЕРИОД 2018-2019ГГ	
Батышева Т.Т., Борисова М.Н, Саржина М.Н.....	27
К ВОПРОСУ О НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ЭПИЛЕПСИИ ПО	
ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ПО ЛЕЧЕНИЮ ЭПИЛЕПСИИ	
И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
Батышева Т.Т., Мохов Д.Е., Тарусова К.С., Рубинова Ю.Л.,.....	28
Гаджиалиева З.Г, Климов Ю.А.	
ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ	
У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО	
ПОРАЖЕНИЯ ЦНС С ПЕРСПЕКТИВОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ДЦП	
Батышева Т.Т., Мусин С.Р., Климов Ю.А.....	30
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕПЛОВИЗИОННОГО КОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С	
ШЕЙНОТОНИЧЕСКИМ РЕФЛЕКСОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОДОМ ОСТЕОПАТИИ	
Батышева Т.Т., Ногова Е.В., Пшемысская И.А., Мельникова С.В., Климов Ю.А.....	30
ПРИМЕНЕНИЕ «СУХОЙ» ИММЕРСИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ	
У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ	
ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС	
Беркутова И.Ю.....	31
ДИНАМИЧЕСКАЯ ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯ ПРИ ДЦП	
Беркутова И.Ю., Кульпина К.Ю.....	32
СОВРЕМЕННЫЙ МЕЧЕВОЙ БОЙ КАК СРЕДСТВО РЕБИЛИТАЦИИ	
ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Бобылова М.Ю., Мухин К.Ю.....	33
ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Бойко Е.А., Иванчук Е.В., Петрова Е.В., Климов Л.В.,.....	34
Гунченко М.М., Батышева Т.Т.	
ОНТОГЕНЕЗ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В	
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ	
Борисова М.Н, Гунченко М.М., Малышева Т.В, Батышева Т.Т.....	35
ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЯХ	
ПРЕЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ	
Боровицкая М.Ш., Тихомирова Е.А., Ярема Т.Н, Батышева Т.Т.	36
АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У ДЕТЕЙ	

С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Бояршинова О.С., Зельдин Л.М.....	37
ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКАЯ ГРУППА КАК МОДЕЛЬ ПОМОЩИ ДЕТЯМ	
С ТЯЖЁЛЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Бруйков А.А.....	38
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛЮНЫ ДЛЯ	
ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОЙ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП	
Бугрий С.В. ,Комиссарова О.А., Милованова О.А.....	39
АНТИСПАСТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ	
ПАРАЛИЧОМ И АУТИЗМОМ	
Букреева Е.А., Седненкова Т.А., Полушкина О.Б., Нестерова Ю.А.,.....	40
Петриченко А.В., Сергеенко Е.Ю., Иванова Н.М.	
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ	
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Букреева Е.А., Седненкова Т.А., Полушкина О.Б., Нестерова Ю.А.,.....	41
Петриченко А.В., Сергеенко Е.Ю., Иванова Н.М.	
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ,	
БОЛЬНЫХ СОЛИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ	
Вечкаева О. В.....	42
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ	
МЕРОПРИЯТИЙ	
Вильданова Е.Л., Батышева Т.Т.	43
ФОРМИРОВАНИЕ АРТИКУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
С ОТКЛОНЕНИЯМИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ	
Власенко С.В., Голубова Т.Ф., Пономаренко Ю.Н., Марусич И.И.,.....	44
Богданова Л.А., Османов Э.А.	
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ	
НА БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ХОДЬБЫ У БОЛЬНЫХ ДЦП	
Власенко С.В., Голубова Т.Ф., Пономаренко Ю.Н., Ларина Н.В., Османов Э.А.....	45
РОЛЬ БОТУЛИНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ САНАТОРНО-	
КУРОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	
У БОЛЬНЫХ С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП	
Воронова А.В.....	46
ФАМИЛЬНЫЕ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ	
СИНДРОМЫ У МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ	
Гаврилова Т.А., Кильдиярова А.С., Новикова Е.Е.....	47
РОЛЬ МИКРОТОКОВОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ	
РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОМ СИНДРОМЕ	
Гайнетдинова Д.Д., Новоселова А.А.....	48
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕСТА «ГНОМ» И BAYLEY-III ДЛЯ	

ОЦЕНКИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Галкина Л.С.....48

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ОПОРЫ

Гиленкова С.В., Суворова С.А., Карпунина Т.А., Шенбергер Е.Б,.....48

Орлова Г.И., Батышева Т.Т.

НАРУШЕНИЯ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Голубова Т.Ф., Цукрова Л.А., Власенко С.В., Нуволи А.В., Масберг И.В.,.....49

Еременко С.А., Шевцов А.О., Масберг И.И., Мавринчук Д.Н.

ОЦЕНКА УРОВНЯ БЕЛКА S-100 КАК МАРКЕРА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Гонтмахер А.В., Ефремова Л.В., Крупнова Е.В., Кривцова Л.В.....51

РОЛЬ ПЕДАГОГА-ДЕФЕКТОЛОГА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Гонтмахер А.В., Белая Н.Н., Кокозова М.Ф., Кривцова Л.В.....51

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКУ С СИНДРОМОМ МЕБИУСА

Гонтмахер А.В., Червонная О.Ю., Иванцова Е.В., Кривцова Л.В.....52

РОЛЬ ВОЙТА- ТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, УГРОЖАЕМЫХ ПО РАЗВИТИЮ ДЦП

Гонтмахер А.В., Червонная О.Ю., Черненко М.Р., Кривцова Л.В.....53

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА ПОСЛЕ СОЧЕТАННОЙ ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Горбачевская Н. Л, Кобзова М.П., Салимова К. Р., Даллада Н.В.....54

СИНДРОМАЛЬНЫЕ И НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ФОРМЫ АУТИЗМА. НЕЙРОБИОЛОГИЯ РАССТРОЙСТВ

Григорьева С. В.....55

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С ДЦП

Гросс Н.А., Шарова Т.Л.....56

ФОРМИРОВАНИЕ ОПОРОСПОСОБНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Гросс Н.А., Шарова Т.Л., Молоканов А.В.....57

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗВИТИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ - ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ КУРСА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ АКТИВНЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ

Губарева Т.Г.....58

ГИДРОКИНЕЗИОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ №1 Г.УЛЬЯНОВСКА

Гусманов Р.М., Петракова И.В., Желнова О.Л., Кусакина Е.Н.....	59
РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С СОПУТСТВУЮЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ	
Данилина К.К. Коровина Н.Ю., Батышева Т.Т.....	60
РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПРИ СИНДРОМЕ МАРТИНА- БЕЛЛ	
Дегтярева Н.Н., Ионова С.Н., Батышева Т.Т.....	61
ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ПРИЕМА ПИЩИ У ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ РАЗВИТИЯ	
Диордиев А.В., Яковлева Е.С., Адкина Е.А., Шагурин Р.В.....	62
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МРТ У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Диордиев А.В., Яковлева Е.С., Адкина Е.А., Шагурин Р.В.....	62
ПРЕОДОЛЕНИЕ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У БОЛЬНЫХ ДЦП	
Дозорцева Н.Н., Казерова Е.В., Осипова К.В.....	64
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА	
Евтушенко С.К., Евтушенко О.С.....	65
ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЭТИОЛОГИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА МЕДИЦИНСКУЮ И СОЦИАЛЬНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ	
Евтушенко С.К., Москаленко М.А., Прохорова Л.М.....	65
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Евтушенко С.К., Москаленко М.А., Прохорова Л.М., Савченко Е.А.....	66
КЛИНИКО- РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕБЮТА ДОСТОВЕРНОГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ	
Завьялова А.Н.....	67
АКТУАЛЬНОСТЬ ОЦЕНКИ И КОРРЕКЦИИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Зайко О.А., Тураджян Л.В., Асташов В.В., Смолина С.А.,.....	67
Волкова А.А., Являнская О.О ТРАВМЫ ПЕРЕФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ НА ПРИМЕРЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Змановская В.А., Левитина Е.В., Бунькова С.А., Данков Д.М.,.....	68
Буторина М.Н., Ушакова С.А., Рахманина О.А. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.	

ДАННЫЕ РЕГИСТРА СРУР- ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Зыков В.П., Чебаненко Н.В.....	69
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ФАКТОРА ТРАНСКРИПЦИИ ОЛИГОДЕНДРОЦИТОВ И ЕГО СВЯЗЬ С РАЗВИТИЕМ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Иванов Е.Г	71
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПОДАЛЬНОГО И ПОСТУРАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
Ильенко Л.И., Албагачиева Д.И., Сахарова Е.С., Таракова О.В.....	72
ИЗМЕНЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ МОЛЕКУЛЫ КЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ ALCAM У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ГИПОКСИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС	
Ильенко Л.И., Албагачиева Д.И., Сахарова Е.С., Таракова О.В.....	73
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО (BDNF) И ВАСКУЛОЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО (VEGF) ФАКТОРОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС	
Казанцев К.Б., Свалов А.И., Александрова О.И., Бодров Д.А., Гончарова Д.А.....	73
ПРЕ- И ПОСТНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КРИТИЧЕСКИХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА, КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ, НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ИСХОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ	
Калмыкова Г.В., Чефранова Ж.Ю., Балакирева Е.А.,.....	74
Полянская К.В., Зубова К.О. ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Камалова А.А., Рахмаева Р.Ф., Аюпова В.А., Першикова И.М.,.....	75
Закирова О.В. АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И СОСТАВ ТЕЛА В ДИАГНОСТИКЕ НУТРИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Кессель А.Е., Щедеркина И.О, Кузьмина, Е.В., Хачатуров Ю.А.,.....	76
Петряйкина Е.Е. ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА У ДЕТЕЙ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	
Кириллова В.П., Григорьева А.В., Капустин А.В., Охапкина Т.Г.,.....	77
Дубровская Т.В., Осипова Э.К., Мастеркова Т.Т. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СИАЛОРЕИ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Киселев Д.А.....	78
ОБЗОР НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЦП И ПОРАЖЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА	

Кислякова Е.А., Тимошенкова У.М.....	79
СПЕЦИФИКА АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Кислякова Е.А., Тимошенкова У.М.....	80
ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Кислякова Е.А., Тимошенкова У.М.....	81
УРОВЕНЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ВЗРОСЛЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Кислякова Е.А., Тимошенкова У.М.....	82
ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ У ВЗРОСЛЫХ	
Ковалева С.Е., Биндюкова М. И., Епишин В.Е.....	83
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	
Кожалиева Ч.Б.....	84
МЕТОДЫ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ТЯЖЕЛЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Козявкин В.И., Кушнир А.Д., Качмар О.А., Мелех Н. В.....	85
ИЗМЕНЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПОСЛЕ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ ПО МЕТОДУ КОЗЯВКИНА: СЛЕПОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	
Кондратьева Н.Н., Батышева Т. Т	86
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РИТМИКИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Корнеева И.В., Сметанкина Е.В., Батышева Т.Т.....	87
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ	
Коровина Н.Ю., Золаторев Д.И., Батышева Т.Т	88
БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ АУТИЗМА	
Котов А.С., Китаева В.Е.....	89
FIRES-СИНДРОМ	
Краснова В.А., Батышева Т.Т., Васильевская А.А.....	89
ОБЗОР РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ ДЛЯ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	
Кузьмина Е.В., Щедеркина И.О., Кессель А.Е., Петряйкина Е.Е.....	90
ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	
Лавринович М.Р.....	92
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
Лебединская Г.В., Гусев А.В.....	92

ИНТЕГРИРОВАННЫЕ ЗАНЯТИЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ И РАЗВИТИЮ СЕНСОМОТОРИКИ И ЧУВСТВЕННОГО ПОЗНАНИЯ У ДЕТЕЙ С ТМНР

Левченкова В.Д.....	94
К.А СЕМЁНОВА – ОСНОВОПОЛОЖНИК НАУЧНОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Левченкова В.Д.....	95
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В РАБОТАХ К.А.СЕМЕНОВОЙ (ПОСВЯЩАЕТСЯ 100-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ УЧЕНОГО)	
Левченкова В.Д., Батышева Т.Т. Слободчикова Н.С.....	96
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ТЕРАПИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Лобанов А.В., Подолина А.А., Лобанов В.В., Бобылова М.Ю.....	96
ВОЙТА ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	
Лукина Н.А.....	98
ПРИМЕНЕНИЕ АВТОРСКИХ МЕТОДИК ДИАГНОСТИКИ В СИСТЕМЕ КОРРЕКЦИИ ПСИХО-РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ	
Машницкая Т.Б., Тишкова-Горынина А.В, Айнетдинова А.М.,,,	99
Колова И.А., Батышева Т.Т.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ «ФОНЕТИЧЕСКАЯ РИТМИКА» (Т.М.ВЛАСОВОЙ, Ф.Н.ПФАФЕНРОДТ) СО СЛАБОСЛЫШАЩИМИ ДЕТЬМИ В КОРРЕКЦИИ МОТОРНОЙ АЛАЛИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
Медведева А.Е.....	100
ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ С ДЕТЬМИ С ДИАГНОЗОМ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ (СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ)	
Михайлова О.В., Побута О.В., Лебедева Л.Н.....	101
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНО- ПРОГРАМНОГО КОМПЛЕКСА REVIMOTION В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Могилянцева Т.О.. Игнатова Т.С., Щербак С.Г.....	102
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОРТЕЗИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 3Д МОДЕЛИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
Морошек Е.А., Красавина Д.А., Бальберт А.А.....	103
УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОНТРОЛЬ ПРИ БОТУЛИНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ - ВСЕГДА ЛИ ЭТО ЛУЧШИЙ РЕЗУЛЬТАТ?	

Москаленко М.А., Евтушенко О.С., Евтушенко С.К.....	103
РОЛЬ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА МАТЕРИ В ГЕНЕЗЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У РЕБЕНКА	
Натрусова Н.В., Щедеркина И.О., Селиверстова Е.В., Кубиров М.С.,.....	104
Тиганова О.А., Бронин Г.О., Петряйкина Е.Е., Кондратчик К.Л. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕЙКОПАТИЙ У ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Николаенко В.И., Турова М.Л., Петрова О.А., Потапова Н.М.,.....	105
Бородавко В.С., Корягин С.С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ МЕТОДИК РЕАБИЛИТАЦИИ ФУНКЦИИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ГБУ «КРОЦ»	
Орлова Г.И., Батышева Т.Т.	106
ВЛИЯНИЕ ЛОГОРИТМИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕЧЕВОЙ АКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	
Оスマловский Д.С., Оスマловский С.В., Брезинская С.Н.....	107
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Оスマловский Д.С., Оスマловский С.В., Брезинская С.Н.....	108
ОБЕСПЕЧЕНИЕ УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В ПЕРИОД ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ	
Оスマловский Д.С., Оスマловский С.В., Брезинская С.Н.....	109
СТРУКТУРНОЕ ПОСТРОЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	
Оスマловский Д.С., Оスマловский С.В., Брезинская С.Н.....	110
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ЗА 100-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД	
Оスマловский Д.С., Оスマловский С.В., Брезинская С.Н.....	111
БОТОУЛИНОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП В СИСТЕМЕ ОМС	
Пак Л.А., Макарова С.Г., Чумбадзе Т.Р.....	112
ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Петриченко А.В., Букреева Е.А., Седненкова Т.А., Савлаев К.Ф.,.....	113
Сергеенко Е.Ю., Иванова Н.М. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОСТНОЙ ОНКОПАТОЛОГИЕЙ	
Петриченко А.В., Букреева Е.А., Седненкова Т.А., Савлаев К.Ф.,.....	114
Сергеенко Е.Ю., Очкуренко А.А., Иванова Н.М. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ	

Писарева И.Б., Батышева Т.Т.....	115
СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Пискунова С.Г., Ефремова Т.Е., Приходько Н.Н., Колтунова И.Ю.,.....	116
Бондаренко Ю.С., Александрова В.С., Лобанова А.М., Тигай Е.П., Агеева Э.А., Беседина Е.А., Черникова И.В., Сафонова И.А.	
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ	
Платонова А.Н., Щедеркина И.О., Петряйкина Е.Е., Быкова О.В.,.....	116
Саржина М.Н., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.	
ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ИНСУЛЬТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	
Плотникова И.А., Кадникова Е.П.....	118
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ФАКТОРЫ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ У ДЕТЕЙ ИЗ ПРОМЫШЛЕННЫХ РЕГИОНОВ	
Плотникова И.А., Цегельная В.П.....	119
ПРИНЦИПЫ МАРШРУТИЗАЦИИ, ТЕХНОЛОГИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ	
Плотникова И.А., Цегельная В.П., Подолина В.К.....	121
ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ	
Побута О.В., Шацкова М.О.....	121
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ МЕТОДИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПОСРЕДСТВОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ MEDITUTOR В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Полякова О.В., Яновская Н.В., Зверева А.В, Романова М.В.....	122
ОПЫТ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В НАБЛЮДЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНУЮ КОРРЕКЦИЮ СПИННОМОЗГОВОЙ ГРЫЖИ ВО ВНУТРИУТРОБНОМ ПЕРИОДЕ	
Попков Д.А., Мингазов Э.Р., Губин А.В.....	124
ПЕРВИЧНОЕ И РЕВИЗИОННОЕ ТЕЛЕСКОПИЧЕСКОЕ АРМИРОВАНИЕ ПРИ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА	
Попков Д.А., Чибиров Г.М., Долганова Т.И., Долганов Д.В.....	125
МНОГОУРОВНЕВЫЕ ОДНОМОМЕНТНЫЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ДЦП. РОЛЬ 3D-АНАЛИЗА ПОХОДКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ПЛАНИРОВАНИИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	

Потешкин А.В., Таламова И.Г.....	126
ОЦЕНКА КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Пыхтина Н.Н., Филиппова Е.С., Радзинская Е.В.....	127
МЕТОД СОЗДАНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ПАМЯТИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Пыхтина Н.Н., Филиппова Е.С., Радзинская Е.В.....	127
СТАДИРОВАНИЕ ИСХОДНЫХ И ДОСТИГНУТЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМ ДЕФИЦИТОМ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ	
Пыхтина Н.Н., Филиппова Е.С., Радзинская Е.В.....	128
СОЧЕТАНИЕ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И МЕТОДА СИНП В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ОРФАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Рябых С.О., Губин А.В., Савин Д.М., Очирова П.В.....	129
ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ДЦП	
Савлаев К.Ф., Букреева Е.А., Седненкова Т.А., Петриченко А.В.,.....	130
Сергеенко Е.Ю., Иванова Н.М.	
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ОНКОПАТОЛОГИЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	
Сажнева И.А.....	131
ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Сальков В.Н., Левченкова В.Д.....	132
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	
Сандлер З.О.....	133
СОСТОЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ	
Саржина М.Н., Гаджиалиева З.Г., Климов Л.В., Кудрявцева О.И.,.....	134
Орешникова Н.В., Гузино О.С.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНЬЕКЦИЙ БОТУЛОТОКСИНА РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДСТВА В РЕАБИЛИТАЦИИ ФУНКЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП	
Саржина М.Н., Гунченко М.М., Кузнецова С.И., Батышева Т.Т.	135
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЗРР И ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДА МАГНИТОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА № 3	
Саржина М.Н., Гунченко М.М., Сафонова Н.А., Батышева Т.Т.....	136

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЁЛОЙ ВРОЖДЁННОЙ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, НИЗКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АБИЛИТАЦИИ

Сахарова Е.С., Алямовская Г.А., Кешишян Е.С.....	137
ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ К 24 МЕСЯЦАМ СКОРРИГИРОВАННОГО ВОЗРАСТА	
Сахарова Е.С., Ильенко Л.И., Албагачиева Д.И.....	138
ИСХОДЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, К 24 МЕСЯЦАМ СКОРРИГИРОВАННОГО ВОЗРАСТА	
Сидоров А.М., Хачатуров Ю.А., Плавунов Н.Ф., Щедеркина И.О.,.....	139
Петряйкина Е.Е., Кадышев В.А.	
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ. ОПЫТ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА МОСКВЫ	
Соболева О.А. , Мещерякова Н.В., Колесникова Е.В., Минаева О.А.,.....	140
Кузюбердин А.В.	
СИНДРОМ КЛИППЕЛЯ – ФЕЙЛЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.	
Сохань Д.А., Шаймурзин М.Р., Евтушенко С.К.....	141
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В СОЧЕТАНИИ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА	
Тамазян Г.В., Арзуманян Т.Е., Аргунова Г.В.....	142
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Таран Н.Н., Строкова Т.В.....	143
ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Тарасова Н. В., Батышева Т.Т.....	144
СЕНСОРНО- МОТОРНОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ	
Темнова О.В. , Плотникова И.А.....	145
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ, ПОДВЕРЖЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЮ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА ОРГАНИЗМ	
Типсина Н.В., Филиппова Т.Н., Уханова А.Н., Кирсанова Е.Ю.,.....	146
Проскурина Ю.К., Ковалева С.Е., Иванова Е.С., Климов Ю.А., Тучак О.Н., Елизарова А.В., Титова Е.Г. Батышева Т.Т.,	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХО- РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ В ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРАХ №5, 6 ГБУЗ НПЦ ДП ДЗМ	

Титова О.Н., Строкова Т.В., Таран Н.Н., Багаева М.Э, Матинян И.А.....	147
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ	
С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Токарева И. Ф.....	148
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП	
И ВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ	
Тучков В.Е., Гербутова М.Н.....	149
ТРЕХМЕРНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СТОП НА ОСНОВЕ	
НЕЙРОФИЗИОЛОГИИ ПО МЕТОДУ ЦУКУНФТ-ХУБЕР ПРИ ЛЕЧЕНИИ	
ДЕТЕЙ С ДЦП	
Хан М.А., Дегтярева М.Г., Румянцева М.В., Микитченко Н.А.....	149
РОЛЬ КИНЕЗОТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	
НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И	
ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА	
Хижова Е.В., Притыко А.Г.....	150
МОДЕЛИРОВАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ	
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «МЕДИЦИНСКАЯ	
РЕАБИЛИТАЦИЯ». ОПЫТ ГБУЗ «НПЦ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ	
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ДЗМ»	
Хлебутина Н.С., Гусева Н.Б., Корсунский А.А., Батышева Т.Т.,.....	151
Гунченко М.М., Платонова А.Н.	
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ. ОПЫТ	
СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ	
И ДГКБ № 9 ИМ. Г.Н. СПЕРАНСКОГО	
Холодова Н.В.....	152
РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННЫХ И РОДИТЕЛЬСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	
В ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ	
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Цымбал И.Н., Бельская Е.А.....	153
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАНИЯ КИНЕЗИОТЕПИРОВАНИЯ	
И ОЗОКЕРИТОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ	
НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Цымбал И.Н., Дружкова Н.В., Легезина И.А.....	154
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА	
КОНТАКТНОГО ДЫХАНИЯ И МОБИЛИЗАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	
У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Цымбал И.Н., Митрохина Т.И.....	155
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ	
КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Черлина Н.А.....	155
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АВТОРСКОГО ТРЕНАЖЁРА ДЛЯ РАЗВИТИЯ	
ДВИЖЕНИЙ РУК ПРИ ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДЦП	

Чувилов А.О.....	156
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ВЕРБАЛЬНЫХ И НЕВЕРБАЛЬНЫХ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
Шаймурзин М.Р.....	157
ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ, СТЕПЕНИ ОГРАНИЧЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И ВЫРАЖЕННОСТИ МЫШЕЧНОЙ СЛАБОСТИ У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМИ МЫШЕЧНЫМИ АТРОФИЯМИ (СМА)	
Шаймурзин М.Р., Евтушенко С.К.....	158
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ СПИНАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ АТРОФИЙ (СМА) ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	
Шалькевич Л.В., Яковлев А.Н., Жевнеронок И.В., Тришина Ю.В., Робизо Е.С., Филинович М.Ю.	159
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МАНИПУЛЯТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РУКАХ ПРИ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМАХ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Шайхеева М.Р.....	159
МЕДИЦИНСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С СЕМЬЕЙ РЕБЕНКА ИНВАЛИДА НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ГБУСО «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ «ОПТИМИСТ»	
Шахворостова Т.В.....	160
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬЕЙ РЕБЕНКА ИНВАЛИДА	
Шенбергер Е.Б.....	161
ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР КОРРЕКЦИИ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	
Шенбергер Е.Б.....	162
КОРРЕКЦИЯ ДИСГРАФИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ	
Шишенок Ю.В., Батышева Т.Т.....	163
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЭНЕРГОПЛАСТИКИ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ДЦП	
Шошмин А.В., Кожушко Л.А.....	164
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАЗОВЫХ НАБОРОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Шуляк Г.А., Серов А.В.....	166

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РОДИТЕЛЕЙ И ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА- ИНВАЛИДА

Щедеркина И.О., Кессель А.Е., Кузьмина Е.В., Хачатуров Ю.А.,.....166
Петряйкина Е.Е., Валиева С.И.

ИНСУЛЬТ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ

Щербицкая О.В., Познякова Е.А., Махаева Е.М., Синицына Н.В.....168
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИГРЫ БОЧЧА В ПРОЦЕССЕ
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Щукина И.Г., Калмыкова Г.В.....169
РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ МИОПАТИИ

Юрьева Р.Г., Ковбас Е.Ю.....170
О ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ,
ИМЕЮЩИХ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ И
СОПРЯЖЕННЫЕ ПСИХОНВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

Яковлева Е.С., Шагурина Р.В., Адкина Е.А., Диордиев А.В.....171
АНЕСТЕЗИЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ
У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Янушкевич Р.Г., Фархутдинова Г.В.....172
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСА МЯГКИХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ
НА ФОРМИРОВАНИЕ ГЛОБАЛЬНЫХ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ДЕТЕЙ С ДЦП

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Аблаева Э.Н., Артеменко Л.И., Гадебская Р.Н., Ильницкая М.Р., Куксова Т.С., Третьяков Ю.Г.

ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа», г. Белгород, Белгородская область

Актуальность. Последствия перинатальной патологии, в том числе перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС) у недоношенных и маловесных новорожденных становится все более актуальной с каждым годом. Данная категория больных является основной группой риска по инвалидизации. Своевременное ведение таких детей с применением современных методов и технологий восстановления здоровья детей, показывают уменьшение тяжести неврологических нарушений. Таких результатов можно достичь только при оказании комплексной реабилитации в раннем неонатальном периоде и на протяжении всего первого года жизни ребенка. Соблюдение индивидуального подхода в выборе методик, тактики и режима нагрузки. Эффективность программы непрерывной этапной последовательности реабилитации таких детей достигается работой мультидисциплинарной бригадой (невролог, педиатр, рефлексотерапевт, врач ЛФК, физиотерапевт, вертебролог, психолог). В реабилитационном процессе используются не только традиционные и актуальные методы восстановления, но и такие методы, как иглорефлексотерапия, пунктурная физиотерапия, транскраниальная и трансвертебральная микрополяризация, микроволновая резонансная терапия, тейпирование и другие методы реабилитации. Учитывая, что ЦНС у недоношенных детей полностью не сформирована, медикаментозная терапия имеет свое значение в тактике ведения недоношенного ребенка. Поэтому в процессе реабилитации применяется тактика введения лекарственных препаратов (в частности ноотропных лекарств) с использованием физиотерапевтических методов, введение лекарственных препаратов по биологически активным точкам. Использование комплексного подхода в сочетании с рефлексотерапевтической реабилитацией недоношенных и маловесных детей способствует уменьшению тяжести неврологических нарушений в 1,5 - 2 раза, ускоренному достижению возрастного, физического и психологического развития ребенка.

Материалы и методы. Одним из методов, которые используются в комплексной реабилитации, является метод рефлексотерапевтического воздействия на организм недоношенного ребенка. Широта воздействия на акупунктурные точки позволяет изменять тонусные нарушения (при гипотонусе или гипертонусе), уменьшать спастику в мышцах. Медикаментозная пунктурная физиотерапия позволяет пролонгированно воздействовать на несформированный организм недоношенного ребенка, что позволяет

минимизировать негативное воздействие лекарства. При этом проводится контроль нейрофизиологического развития организма ребенка с помощью методов функциональной диагностики (ЭЭГ, РЭГ, М-ЭХО, вегетативный резонансный тест Риодараку, электроспондилография). По необходимости проводится ЭНМГ, рентгенография шейного отдела позвоночника. При выявлении сопутствующей патологии, реабилитационный процесс и тактика мультидисциплинарной бригады корректируются.

Результаты. Разновидности рефлексотерапии позволяют эффективно воздействовать на физиологически незрелый организм недоношенного ребенка, достигать более быстрого эффекта созревания центральной нервной системы у детей в рамках реабилитационного процесса.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И СОСУДИСТЫЙ ФАКТОР. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ТЕРАПИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Абрамова М.Ф.¹, Ильенко Л.И.², Зубарева Е.А.³

¹Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой, г. Москва,

²Кафедра госпитальной педиатрии 2 педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва,

³Кафедра ультразвуковой диагностики ФПДО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, г. Москва

Актуальность. В вопросах диагностической терминологии, этиологических факторов, механизмов патогенеза, а также принадлежности клинических проявлений когнитивных нарушений нет четкой интерпретации. Обобщающее понятие разных симптомов и синдромов, отсутствие критериев ранней диагностики, прогредиентность течения, переход каких-то изменений в старший возраст, приводит этих пациентов иногда только к психологам для коррекции дефектов воспитания. Характерными признаками являются повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, легкие диффузные неврологические симптомы, нарушения речи, поведения и расстройства внимания, трудности обучения. Наиболее часто клинически проявляется в сочетании: задержка речевого развития, гиперкинезы (в форме синкинезий), энурез, миопия и вертебрально-базилярная недостаточность. Являются ли когнитивные нарушения последствием ранних локальных повреждений или только категорией функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга? Несмотря на то, что имеются нейросонологические данные о перинатальных церебральных сосудистых нарушениях, стандартным набором исследования детей с этим диагнозом является метод М-Эхо и ЭЭГ, что часто приводит к недооценке проявлений этой патологии и недостаточности реабилитационных мероприятий. Спектр когнитивных проявлений у пациентов детского возраста настолько разнообразен и индивидуален, что выявление диагностических закономерностей предоставит возможности для более ранней коррекции этих нарушений.

ИЗМЕНЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ МОЛЕКУЛЫ КЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ ALCAM У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ГИПОКСИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС

Албагачиева Д.И., Ильенко Л.И., Сахарова Е.С., Тарасова О.В.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Цель. Изучение изменения сывороточной концентрации молекулы клеточной адгезии ALCAM и ее роли в патогенезе гипоксического перинатального поражения ЦНС у новорожденных.

Материалы и методы. Обследовано 75 детей с гестационным возрастом от 25 до 42 недель. Дети разделены на 4 группы по результатам нейросонографии: I группа: на НСГ не отмечалось изменений (30 детей); II группа: перивентрикулярная лейкомалия (15 детей); III группа: внутрижелудочковые кровоизлияния (15 детей); IV группа: сочетание внутрижелудочкового кровоизлияния и перивентрикулярной лейкомалии (15 детей), контрольная группа (20 здоровых новорожденных). Все новорожденные имели признаки тяжелого перинатального гипоксического поражения ЦНС и находились в отделении реанимации. Основными клиническими проявлениями были: угнетение ЦНС (68 новорожденных), судороги (25 детей), кома (4 ребенка). Определение сывороточного уровня ALCAM проводилось с помощью тест-систем, в возрасте 1-2, 5-7 и 12-14 суток жизни. Нормальные значения для ALCAM 0,013-0,06 мкг/л.

Результаты. Нами было выявлено, что максимальные значения ALCAM у всех обследованных детей, были в первые 48 часов жизни, затем отмечалось снижение ко второй неделе. У новорожденных I группы средние значения при первой пробе составляли $1,2 \pm 0,4$ мкг/л. Ко 2-ой неделе снижались до $0,7 \pm 0,35$ мкг/л. У детей со структурными изменениями на НСГ не было отмечено достоверной разницы в показателях (по методу Манна-Уитни): средние значения ALCAM при 1-й пробе составляли $3,76 \pm 1,3$ мкг/л; к 5-7-м суткам жизни $2,3 \pm 0,8$ мкг/л, а к 14-м суткам $-1,9 \pm 0,65$ мкг/л. Максимальные показатели сывороточного уровня ALCAM были отмечены в первые 48 часов жизни у новорожденных с летальным исходом: от 3,8 до 4,88 мкг/л.

Выводы. Изменение тканей под влиянием острой гипоксии головного мозга на фоне хронической внутриутробной гипоксии у новорожденных приводит к усилению адгезивности лейкоцитов к эндотелию микрососудов. Повышение уровня ALCAM также подтверждает участие воспалительных механизмов в формировании ВЖК и ПВЛ.

РАЗВИТИЕ ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ПОМОЩЬЮ ИППОТЕРАПИИ

Алексеева С.И.¹, Курамшина Ю.И.²

¹Московский городской педагогический университет, г. Москва

²Специализированная детско-юношеская школа олимпийского резерва (СДЮШОР)
«Фаворит», г. Москва

Актуальность. По данным ВОЗ, количество детей с детским церебральным параличом (ДЦП) в России неуклонно возрастает. В начале XXI века описывается от 13 до 15 случаев развития церебральных параличей на 1000 новорожденных. Дети с ДЦП – это дети с множественными нарушениями, среди которых обязательным клиническим компонентом являются двигательные нарушения. Иппотерапия – уникальное по эффективности средство реабилитации при ДЦП, широко применяемое в мировой реабилитационной практике. С помощью иппотерапии возможности решения двигательных проблем у ребенка с ДЦП возрастают. Это связано не только с естественными механизмами включения лошади в лечебно-коррекционный процесс, но и с высокой эмоциональной окраской занятий. Дальнейшее изучение влияния иппотерапии и эффективности этого метода для детей с ДЦП представляется весьма актуальным, что и явилось основанием для исследования.

Цель исследования состоит в разработке и апробации тренировочной программы занятий иппотерапией для развития физических качеств детей 8-11 лет с ДЦП.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе конноспортивной школы СДЮШОР «Фаворит» (г.о. Подольск). Занятия посещали 28 детей с диагнозом ДЦП в возрасте от 8 до 11 лет. Занятия проходили 2 раза в неделю, индивидуально, с ездой продолжительностью 25-30 минут в зависимости от возраста и диагноза. Изначально осваивался процесс посадки и спешивания из основного исходного положения лицом к голове лошади. Далее, ~~после~~ того, как всадник приобрел усидчивость на спине лошади, добавлялись различные упражнения. Программа занятий включает набор упражнений из разных исходных положений (лицом к голове или хвосту, сидя или лежа на лошади вдоль или поперек спины и т.д.). ~~После~~ того, как всадник сел на лошадь, начал движение, происходит специфическое воздействие на тело всадника, формирование нормального двигательного стереотипа (восстановление и усиление афферентации). Для оценки уровня развития физических качеств был использован набор специальных тестов.

Результаты. В результате проведенного эксперимента была доказана эффективность разработанной программы иппотерапии, что подтвердились достоверной ($p<0,05$) положительной динамикой показателей физического и психоэмоционального развития детей с ДЦП. Контрольное тестирование ~~после~~ проведения занятий показало, что большинство испытуемых экспериментальной группы улучшило показатели исходного тестирования достоверно более значимо, чем контрольная группа. Они достаточно легко проходили маршрут «рабочая тропа», самостоятельно управляя лошадью; улучшили результат в способности к самостоятельной ходьбе; ~~и~~ были более выносливыми к физическим нагрузкам; значительно возросла способность удерживать равновесие. Кроме того, у детей ~~лучшилась~~ речь, внимание, память. Дети ~~были~~ более общительными.

Выводы. 1. Разработана и экспериментально апробирована тренировочная программа по применению иппотерапии с целью развития физической выносливости, координации, равновесия, памяти у детей младшего школьного возраста с ДЦП. 2. Улучшение результатов в оценке физических качеств детей по окончании эксперимента свидетельствуют об эффективности программы по иппотерапии. 3. Программа может быть рекомендована для реализации в комплексной реабилитации детей со спастической формой ДЦП.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ ДЕТЯМ, ПОСТРАДАВШИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ В СИРИИ

Антропова И.М., Кучерова Е. В., Батышева Т. Т

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В наше время до сих пор существуют места, где проходят боевые действия, в которых страдают мирные жители, в том числе и дети. Уже на протяжении нескольких месяцев в наш Центр на реабилитацию прибывают маленькие пациенты из Сирии, пострадавшие из-за вооруженных конфликтов в регионе. Ребята поступают в рамках программы помощи детям, организованной центром вместе с Отделом внешних церковных связей Московского Патриархата. Детям проводится протезирование ампутированных конечностей, а также весь комплекс реабилитационных мероприятий, в том числе и психолого-педагогическая помощь.

Материалы и методы. Психологами и педагогами Центра с детьми проводилась работа по адаптации к протезу, наблюдению за психоэмоциональным состоянием и коррекцию имеющихся проявлений дезадаптации. В ходе работы использовались методы

игротерапии, арт-терапии, занятия в сенсорной комнате, занятия предметно-манипулятивной деятельностью релаксация и др.

Результаты. В результате проведенной психолого-педагогической диагностики у детей выявляются: нарушения сна, навязчивые мысли о травматической ситуации, повышенная тревожность, страх, сильная реакция на любой стимул или ситуацию, символизирующую травму, поведенческие нарушения (замкнутость, агрессия, депрессия и т. п.). В ходе психолого-педагогической работы наблюдалась положительная динамика:

- дети «оттаивали» и быстро адаптировались к новой обстановке, чувствуя доброе отношение окружающих к ним;
- значительно снизились, а где-то и совсем исчезли страх и тревога, агрессия и отгороженность, раздражительность и плаксивость;
- маленькие пациенты быстро осваивали протез, понимали, как надо манипулировать предметами. Даже, если что-то не сразу получалось, они с упорством продолжали тренироваться и достигали хороших результатов. Видя свои возможности с протезом, у них поднималось настроение и повышалась мотивация к дальнейшим действиям;
- дети научились немного говорить по-русски.

Выводы. Слаженная реабилитационная работа и теплое и доброжелательное отношение всех специалистов Центра помогли детям, получившим сложнейшие травмы во время войны в Сирии, создать положительный настрой и обрести уверенность в своих силах, осознать свои возможности при восстановлении и быстрее адаптироваться к протезу. Они фактически заново учились всему: двигаться, чувствовать себя, радоваться новым маленьким победам. Манипулятивные занятия с предметами и игровые занятия до установки протеза помогали преодолевать языковой барьер, дать понять, как с каким предметом взаимодействовать. После установки протеза дети уже знали и понимали, как нужно выполнять задание, что от них требуется. Выписываясь домой, дети уже представляли, как будут учиться, общаться с друзьями, вернутся к активной деятельности.

ИСХОДЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОСОБЕННОСТИ АБИЛИТАЦИИ

Аронскинд Е.В., Садыкова О.Ф.

*ООО «Научно-практический медицинский центр Здоровое детство»,
г. Екатеринбург, Свердловская область*

Актуальность. Психоневрологические расстройства и инвалидность с детства всегда являлись и остаются до сих пор одной из главных проблем, имеющих большую медико-социальную значимость. Во всех развитых странах мира в последние годы улучшилась выживаемость новорожденных с экстремально низкой и низкой массой тела. При этом увеличился риск нарушений психомоторного развития и инвалидности. Так, частота неврологических отклонений, по данным перинатального центра Кливленда (США, 2012) увеличилась с 16% до 25%, главным образом за счет увеличения детского церебрального паралича (ДЦП).

Результаты. За последние 5 лет в г.Екатеринбурге ежегодно рождаются 560-620 недоношенных детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). При этом выживаемость детей в группе рожденных с массой тела от 750 до 1000 грамм увеличивается и составляет 92% в 2018 году (по данным Областного перинатального центра, г.Екатеринбург). В группе детей, рожденных с массой тела от 500 до 750 грамм, выживаемость меньше и составляет 72%. Инвалидность в группе детей с ЭНМТ также снижается, составляя 42% в 2004 году и 10% в 2018 году. В структуре инвалидности

приоритет по-прежнему принадлежит различным формам ДЦП. Однако, если среди недоношенных детей, рожденных с более крупной массой тела, более 100грамм, преобладает спастическая диплегия средней и тяжелой степени, то у детей с ЭНМТ отмечаем тенденцию к более частому развитию спастического тетрапареза ($p<0.05$). В основе данного диагноза находятся тяжелые патолого-морфологические изменения ЦНС: субкортикальные и диффузные лейкомалиционные процессы, кистозно-глиозная трансформация вещества головного мозга. Учитывая прогредиентность появления клинических симптомов развивающегося неблагоприятного процесса в ЦНС и отсроченность их даже до возраста 12-14 месяцев постконцептуального возраста (ПКВ), нами была предложена схема наблюдения и абилитации детей с ЭНМТ. Схема основана на разделении детей на группы высокого и низкого риска формирования ДЦП. Основными критериями разделения на группы являются: 1. наличие патоморфологических изменений ЦНС, 2. особенности клинической картины недоношенных детей, формирующих ДЦП (длительное сохранение шейно-тонических рефлексов, физиологических рефлексов новорожденного, нервно-мышечной незрелости ЦНС, позднее становление сосательного рефлекса и рефлексов спинального автоматизма и т.д.). Дети, угрожаемые по формированию ДЦП, получали непрерывные курсы адаптивной физической культуры, прежде всего Войта-терапии, и начиная с 6 месяцев, курсы Бобат-терапии. На фоне непрерывной кинезиотерапии, проводимой как инструктором АФК, так и родителями в домашних условиях, отмечалось улучшение двигательного статуса ребенка, «гашение» патологических рефлексов и более быстрое приобретение двигательных навыков.

Выводы. Таким образом, использование методов адаптивной физической культуры, таких, как Войта, Бобат и другие, показаны для профилактики и лечения недоношенных детей, родившихся с ЭНМТ.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО УХОДУ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ЭПИЛЕПСИЕЙ

Афонина И.В.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) является одной из самых распространенных причин детской инвалидности. ДЦП - собирательный термин, объединяющий группу непрогрессирующих неврологических расстройств, возникших в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе». Особенностью ДЦП является нарушение моторного развития ребенка, двигательные нарушения, судорожные приступы, нарушения зрения, слуха, расстройство координации, задержка речевого развития, дефекты в эмоционально-волевой сфере. ДЦП- серьезное испытание, большая драма для всей семьи. Рождение детей с ДЦП- всегда большой шок для родителей. Чтобы научиться жить с этим диагнозом и любить своего ребенка несмотря ни на что, порой требуется время и профессиональная помощь медиков для решения внутрисемейных проблем. С пациентом, будь то ребенок, или уже взрослый человек, надо работать, отказывая себе во многом, не обвиняя себя, друг друга, весь мир. Поэтому сестринский уход за детьми с ДЦП это актуальное направление современного сестринского дела, которое базируется на общих принципах патронажа, соответствующих Международным нормам сестринского дела. Осознавая жизненные потребности пациента с ДЦП, именно медсестра может стать тем человеком, который поможет решить обозначенные выше проблемы. Оказывая пациенту помощь, медсестра должна способствовать обретению им независимости и самостоятельности. Вылечить детский

церебральный паралич полностью не представляется возможным. Но при своевременных мерах, правильном отношении родителей и педагогов ребенок способен достигать больших успехов в самообслуживании и приобретении навыков.

Цель. Определить возможности медицинской сестры по обучению и организации ухода на дому за пациентом с эпилептическими приступами при ДЦП.

Материалы и методы. Проведен анализ научной литературы по теме ДЦП. Изучены особенности течения эпилепсии у детей с ДЦП и роль медицинской сестры в реабилитации детей с ДЦП. Проведено исследование эффективности сестринского процесса в реабилитации детей с судорожным синдромом при ДЦП. Разработана памятка для практического применения, предназначенная родителям детей, страдающих эпилептическими приступами при ДЦП.

Результаты. Для реабилитации и обучения родителей целесообразно использовать методологию сестринского процесса, которая позволяет выявлять и корректировать медицинские, социальные и психологические проблемы семьи больного ребенка. Детям с таким серьезным заболеванием, как ДЦП важна медицинская и педагогическая помощь. Детей необходимо обучать правильным движениям, применять соответствующую лечебную гимнастику, работу на тренажерах, водолечение, длительный массаж, ортопедические средства. Огромное значение имеет ранняя логопедическая работа. Эффективность физиотерапевтического и логопедического воздействия возрастает за счет медикаментозного лечения. Вместе с тем, должна проводиться необходимая коррекционная работа, направленная на общее развитие ребенка, предупреждение возникновения у него нежелательных личностных черт, таких как упрямство, раздражительность, слезливость, неуверенность, боязливость и т.п. Необходимо формировать познавательную деятельность малыша, воспитывать активность и разнообразие интересов, тем более, что у многих детей с ДЦП имеются потенциально сохранные предпосылки к развитию мышления, в том числе и его высших форм. Очень важно воспитание прочных навыков самообслуживания и гигиены, а также других бытовых навыков. Ребенок должен твердо знать, что он имеет обязанности, выполнение которых значимо для других членов семьи, и стремится справляться с ними. Постоянное соблюдение режима, спокойная доброжелательная обстановка в семье способствуют укреплению нервной системы ребенка, его умственному, физическому и нравственному развитию. Ребенка с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, как и всякого другого, необходимо всячески оберегать от травм. Однако, его нельзя постоянно ограждать от трудностей. Вырастая в тепличных условиях, он впоследствии окажется беспомощным, неприспособленным к повседневной жизни. Очень важно сформировать у него правильное отношение к себе, к своим возможностям и способностям. Для этого следует многократно подчеркивать, что наряду с недостатками у него есть большие достоинства, что он сможет многого добиться в жизни, если приложит усилия.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Бадалян О.Л.

*РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г.Москва
ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы*

Актуальность. ДЦП и эпилепсия – важнейшие проблемы детской неврологии. ДЦП – основная причина детской неврологической инвалидности, рассматривается как группа постоянных нарушений развития движения и поддержания позы в результате ограничения двигательной активности, вызванного непрогрессирующим повреждением или аномалией

развития головного мозга в период беременности, родов и раннего послеродового развития. Распространенность ДЦП в РФ, по некоторым данным до 9 на 1000 детей, что вдвое превышает аналогичный показатель в Европе (4-5 случаев на 1000), а в Швеции и Австралии - 2,3 случая на 1000 (Курдыбайло С.Ф., 2010). Распространенность эпилепсии в общей популяции варьирует от 4 до 10 случаев на 1000, а среди детей составляет на порядок выше (4-5%). Частота встречаемости эпилепсии при ДЦП, по разным данным от 28 до 75%. Наблюдается широкий спектр от тяжелых форм, относящихся к катастрофическим эпилепсиям до прогностически благоприятных. Еще более 60 лет назад Kirkman (1956) отметил прогностическую неблагоприятность сочетания ДЦП с эпилепсией. Одновременное наличие у детей ДЦП и эпилепсии усугубляет прогноз, препятствует адекватной терапии и реабилитационному процессу, а также способствует снижению качества жизни таких пациентов. До 50 % случаев ДЦП не имеют точно установленной этиологии но факторы, определяющие ДЦП и эпилепсию во многом совпадают. Л.О.Бадаляном были сгруппированы причины, приводящие к этим патологическим состояниям. Это приобретенные перинатальные поражения нервной системы (инфекции, повреждения вследствие акушерских манипуляций, средовые воздействия в виде экологических факторов), черепно-мозговые травмы и врожденные нарушения развития, синдромальные состояния, наследственные заболевания нервной системы. Основными предикторами эпилепсии у детей с ДЦП считаются структурные поражения головного мозга (82,6%), неонатальные судороги (30,9%), недоношенность (34,5%), эпилептиформные нарушения на ЭЭГ (52%). Также, очевидно зависимость риска эпилепсии от формы ДЦП (наибольший при спастической гемиплегии и тетраплегии).

ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Бадалян О.Л.

*РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва
ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы*

Актуальность. Высокая распространенность, тяжесть клинических проявлений, социальные и экономические последствия выдвигают вопросы лечения эпилепсии детей и подростков в число важнейших приоритетов системы охраны общественного здоровья и обуславливают особую актуальность. Для детской практики характерны возрастзависимые формы эпилепсии со своими особенностями терапии, а выбор ПЭП может отличаться от тактики лечения взрослых пациентов. У 25-30% детей с эпилепсией отмечаются резистентные формы заболевания 26% детей с эпилепсией имеют побочные эффекты от АЭП [Cross JH. 2013г]. Фармакорезистентность – неэффективность терапии при применении не менее двух схем различных ПЭП в предельных суточных дозах, не вызывающих серьезных побочных эффектов и существенного снижения качества жизни. Помимо объективных факторов, приводящих к неэффективности терапии, необходимо также рассматривать причины, которые являются модифицируемыми. Постоянно разрабатываются все более эффективные и безопасные противоэпилептические препараты. Однако, выбор наиболее подходящего антиэпилептического средства у детей является сложной задачей. Неточная диагностика и неадекватная терапия могут вывести потенциально сохранных для социума пациента за его рамки. Врач фактически определяет его будущее. Другие возможности достижения эффективности терапии лежат в сфере улучшения организации помощи больным эпилепсией.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Бакай С.А., Батышева Т.Т

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. По данным Росстата, в последние несколько лет отмечается тенденция к увеличению детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), которые могут быть как первичными, так и вторичными, например, при синдроме Дауна. В современных нормативных документах дети с РАС отнесены к целевым группам для программ ранней помощи. Между тем, в системе детского здравоохранения не предусмотрена медицинская реабилитация (МР) для детей с психическими нарушениями. Сложность проблемы МР у детей с РАС связана с коммуникативными и когнитивными нарушениями. Около 66-75% детей, страдающих детским аутизмом, имеют низкий уровень развития IQ. Между тем, отсутствие лечебно-коррекционной работы в физиологически благоприятные сроки развития приводит в 2/3 случаев к глубокой инвалидности. Разработка программ МР у детей с РАС остается очень важной задачей.

Цель. Определить эффективность проведения групповых занятий ЛФК в комплексной реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра.

Материалы и методы. За 18 месяцев 2018 - 2019 г. 65 детей в возрасте от 3 до 8 лет детей с расстройствами аутистического спектра направлялись на ЛФК наряду с фармакотерапией, массажем, физиотерапией, психолого-педагогической и логопедической коррекцией. Занятия продолжительностью 45 минут проводились ежедневно, с участием родителей, в любом исходном положении, в среднем темпе, курсами по 21 дню, в группах по 10 человек, включающих трех детей с РАС и пациентов, страдающих ДЦП, задержкой психо-речевого развития, синдромом Дауна. Для выбора методик применялся прикладной анализ поведения. Дыхательные упражнения с шумными удлиненными вдохами и выдохами, способствующие адаптации к звуковому восприятию, сочетались с общеразвивающими упражнениями статического и динамического характера, которые адаптируют тактильные ощущения. Также использовались гимнастическая скамейка, шведская стенка.

Результаты. Первые 2 занятия дети только наблюдали за происходящим. С третьего-четвертого занятия все дети выполняли половину заданий. К концу курса госпитализации, активное участие детей с РАС в занятии достигало 80%, пациенты выступали в роли ведущего, показывая как надо выполнять упражнение, научились вести счет.

Выводы. Правильная методология при проведении ЛФК в комплексном лечении детей с РАС способствует улучшению тактильного, мышечного, кинестетического восприятия, снижению неадекватных реакций на акустические и зрительные раздражители, развитию словесного обозначения действий и коммуникативных навыков.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИМИТАТОРА ХОДЬБЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Бакай С.А., Канаева М.А., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Программа постурального контроля и своевременное формирование паттерна ходьбы у детей, страдающих церебральным параличом, является одной из

важнейших задач физической реабилитации. Изменения мышечного тонуса и статокоординаторные нарушения служат порой непреодолимым препятствием к приобретению навыка ходьбы, а формирующиеся ортопедические осложнения (контрактуры, сколиозы) усугубляют проблему. В настоящее время уделяется большое внимание разработке новых конструкций технических средств реабилитации (TCP), помогающих в сохранении правильного положения тела, стоя и сидя, и в развитии самостоятельной ходьбы у детей.

Цель. Оценить эффективность применения имитатора ходьбы у детей с церебральным параличом.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 17 пациентов основной группы (средний возраст 5,2 года), страдающих церебральным параличом, в том числе: 2 ребенка (11,8%) –гемипарез правосторонний, 5 (29,4%) –левосторонний; 7 детей (41,2%)-спастическая диплегия; по 1 ребенку - смешанная, атонически-астатическая, дискинетическая форма. GMFCS I -17,6%; II уровень – 70,6%; III уровень – 11,8%. Деформация стоп – 59%, в том числе эквинус 7 чел. (43,7%); кифоз в положении стоя, сидя – по 4 чел. (23,5%, соответственно). В группу сравнения вошли 6 пациентов с ДЦП (средний возраст 4,7 лет; спастическая диплегия – 5, смешанная форма -1 чел.). В комплексе реабилитации всем детям назначалось: физиолечение, массаж, ботулиновая терапия – 6 чел (35,3%). Детям основной группы дополнительно проводились занятия с использованием имитатора ходьбы, когда задействованы нижние и верхние конечности, что развивает мышцы живота, спины, ягодиц, ног, принимающих участие в вертикализации. TCP позволяет удерживать детей в положении стоя при различной тяжести нарушений двигательной активности за счет упоров грудного, тазового, коленных и голеностопных суставов, а также - пояса фиксации. Дети при помощи минимальных усилий приводят в движение подвижные консоли рук и ног, совершая шаговые движения даже в случаях тяжелых параличей. Занятия проводились ежедневно не менее 20 мин, при разовой непрерывности, 1-2 раза в день курсом 21 день. Детям контрольной группы занятия на TCP не проводились. У детей обеих групп оценивались 17 показателей стабилометрии. Пациентам с IV уровнем двигательных нарушений (3 человека) стабилометрия не проводилась (в исследование включены не были). Использовались статистические методы обработки полученных данных, t-критерий Стьюдента.

Результаты. Клинически у всех детей улучшился функциональный класс ходьбы, у детей в основной группе после лечения отмечалось увеличение площади опоры на стопу, появилась равномерность точек опоры стоп от общего центра давления (ОЦД). Также подавлялись патологические синкинезии и возникающие позы тройного сгибания, у детей повышался эмоциональный фон. Результаты стабилометрии: снижение частоты 1-го максимума спектра по фронтальной составляющей ($t = 0,03$), может говорить о снижении энергозатрат при перемещении общего центра давления (ОЦД), статистически значимое снижение перемещения ОЦД в сагиттальной плоскости (в европейской системе координат) ($t = 0,01$); в подгруппе детей с диагнозом «спастическая диплегия» - увеличение показателя стабильности ($t = 0,04$). Динамика двух последних параметров может свидетельствовать об улучшении координации и равновесия у детей. Результаты стабилометрии в контрольной группе: увеличение частоты 1-го максимума спектра по фронтальной составляющей после ($t = 0,04$); увеличение уровня 60% мощности спектра во фронтальной плоскости ($t = 0,02$), в подгруппе детей с диагнозом «спастическая диплегия» - статистически значимое увеличение уровня 60% мощности спектра во фронтальной плоскости ($t = 0,02$). Полученные данные стабилометрии у детей группы сравнения нельзя интерпретировать однозначно: можно думать как о повышении энергозатрат (в том числе, за счет повышения мышечной силы) при перемещении ОЦД во фронтальной плоскости, так и о снижении амплитуды колебаний движений детей в положении стоя.

Выводы. 1. Имитатор ходьбы с упором грудного, тазового, коленных и голеностопных суставов, поясом фиксации и подвижными консолями рук и ног может

быть рекомендован детям с ДЦП при I-IV уровне GMFCS даже при наличии ортопедических осложнений.

2. У детей основной группы после курса занятий на имитаторе ходьбы, наряду с комплексом реабилитационных мероприятий, по сравнению с контрольной группой достигнут более отчетливый клинический эффект, что подтверждается динамикой отдельных показателей стабилометрии.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Бакай С.А., Ногова Е.В., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Становление речевых и двигательных навыков у детей являются взаимосвязанными в физиологическом и психологическом отношении процессами. Недостаток двигательной активности детей в младшем дошкольном возрасте, в том числе, при наличии органической патологии центральной нервной системы (ЦНС) приводит к ограничению роста, нарушению нервно - рефлекторных связей, задержке психо-речевого развития вследствие дефицита эфферентных сигналов от проприорецепторов сухожильно-мышечного аппарата. Поэтому программа комплексной реабилитации детей, наряду с психолого-логопедической коррекцией должна включать общефизическую подготовку.

Цель. Определить целесообразность и эффективность проведения групповых занятий лечебной физкультурой (ЛФК) в комплексной реабилитации детей дошкольного возраста с установленной задержкой психо-речевого развития на фоне органического поражения ЦНС.

Материалы и методы. 21 ребенок, средний возраст 3,5 года. Структура основного диагноза: 15 детей – детский церебральный паралич (1-3 уровень GMFCS) , 5 человек - органическое поражение головного мозга, 1 ребенок - синдром Дауна. У всех пациентов отмечалась задержка психо-речевого развития. Занятия ЛФК проводились ежедневно курсами 3-4 раза год по 21 дню, в течение 18 месяцев. Упражнения были направлены на развитие мелкой и крупной моторики. В зависимости от характера двигательных нарушений дети занимались в положении стоя, сидя или лежа (на боку, животе или спине), с использованием спортивных снарядов: гимнастической скамейки, шведской стенки, технических средств реабилитации (эллиптический тренажер). Выбирался средний темп занятия с постепенным увеличением продолжительности с 20 до 45 минут.

Результаты. Пролонгированное наблюдение за детьми, получающими повторные курсы ЛФК в комплексной реабилитации, показало улучшение в развитии их психомоторных навыков, что выражается в улучшении концентрации внимания (скорость ответной реакции на команду), памяти (воспроизведение упражнения по названию, счет упражнений для группы), в появлении новых слов. У детей появляются коммуникативные навыки при групповых занятиях, многие стали реагировать на обращенную речь и корректнее выполнять задания. У всех пациентов наблюдается улучшение координации движений и равновесия, мелкой моторики, а также увеличение объема активных движений, развивается сила, ловкость, выносливость, быстрота и гибкость.

Выводы. Регулярные занятия ЛФК оказывают положительное влияние на развитие психофизических способностей у детей с органической патологией ЦНС. Младший дошкольный возраст является наиболее благоприятным периодом для включения

групповой ЛФК в комплекс реабилитационных мероприятий для детей с задержкой психо-речевого развития.

ОБЗОРНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОТУЛИНЧЕСКИМ ТОКСИНОМ ТИПА А ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ И ЧАСТОТЕ ИНЬЕКЦИЙ ВОСТОЧНОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО ОКРУГА Г.МОСКВЫ ЗА ПЕРИОД 2018-2019ГГ

Бакуменко В.И., Румянцева Л.А., Климов Л.В., Гунченко М.М. Батышева Т.Т.

*ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы
ГБУЗ Городская детская поликлиника №7, г. Москва*

Актуальность. Ботулиновтерапия является антиспастическим методом, основанным на разрушении белковых структур нервных окончаний с доказанной эффективностью и безопасностью ботулинического токсина типа А (БТА) (уровень доказательности А) и входит в стандарты лечения спастических форм детского церебрального паралича. Применение препарата БТА в комплексном лечении спастичности рекомендовано с 2х лет с возможностью многократного применения и длительностью эффекта 3-5 месяцев. За последние 5 лет стал распространенным консервативным методом лечения в детской практике.

Цель. Анализ проведенной БТА у детей в восточном административном округе г.Москвы за период 2018-2019гг.

Материалы и методы. 37 пациентам со спастическими формами ДЦП проведена терапия БТА в 2018 году, 38 пациентам - за 9 месяцев 2019 года.

Результаты. Возрастная группа: дошкольный возраст 2-6 лет; младший школьный возраст 7-10 лет и старший школьный возраст 11-18 лет (таблица 1)

Таблица 1.

Возраст	Количество пациентов 2018г	Количество пациентов 2019г (за 9 месяцев)
2-6 лет	7	13
7-10 лет	18	10
11-18 лет	12	15

Количество инъекций ботулотоксина проведенных каждому пациенту с периодичностью 3-5 месяцев за период 2018-2019гг (таблица 2)

Таблица 2.

Количество инъекций	1	2	3	4	5
Число пациентов	16	4	2	2	1

Выводы. За 2018 год и 9 месяцев 2019г увеличилось количество пациентов, получающих ботулиновтерапию на 25%, также увеличилось в 1,5 раза количество пациентов дошкольного возраста; третьей части всех пациентов проводится повторная инъекция ботулинического токсина типа А. Таким образом, можно говорить о прочном внедрении и расширении данного метода лечения в курс реабилитации пациентов со спастическими формами детского церебрального паралича.

К ВОПРОСУ О НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ЭПИЛЕПСИИ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ПО ЛЕЧЕНИЮ ЭПИЛЕПСИИ И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Батышева Т.Т., Борисова М.Н, Саржина М.Н.

Актуальность. Эпилепсия - одно из самых распространенных расстройств нервной системы, оказывающих значительное влияние на качество жизни пациента и членов его семьи. Заболеваемость составляет от 15 до 113 случаев на 100 000 населения. Распространенность эпилепсии в детской популяции составляет, по зарубежным данным, 0,5-1% детского населения (Arzimanoglou и соавт, 2004; Vanegjee и соавт., 2009; Berg, 2010). Несмотря на прогресс, достигнутый в лечении эпилепсии, 30–36% случаев эпилепсии у детей являются фармакорезистентными (Berg и соавт., 2001).

Цель. Определить нозологическую структуру эпилепсии у детей по обращаемости в городской центр по лечению эпилепсии.

Материалы и методы. Обследовано 1162 пациента в возрасте до 17 лет, обратившихся в городской центр по лечению эпилепсии и пароксизмальных состояний у детей и подростков ГБУЗ НПЦ детской психоневрологии ДЗМ в 2018-2019 гг. Всем больным проводилось комплексное клиническое обследование; использовались Классификация эпилептических приступов (ILAE, 2017), Классификация эпилептических синдромов (ILAE, 1989).

Результаты. Фокальные эпилепсии диагностированы у 724 пациентов (62,3%). Доминировали симптоматические формы – 43,1% случаев; из них структурные фокальные эпилепсии (СФЭ) – в 36,1%, генетические (хромосомные аномалии) – в 7%. Наиболее частая причина СФЭ - перинатальные поражения центральной нервной системы (27,3%). Врожденные пороки развития головного мозга составили 7,1%, наследственные нейрокожные синдромы - (1,5%). Генетические фокальные эпилепсии выявлены у 223 (19,2%) пациентов, из них доброкачественная (самокупирующаяся) фокальная эпилепсия детского возраста с центрально-темпоральными спайками – у 153 (13,2%), эпилепсия детского возраста с окципитальными пароксизмами – у 70 (6%). Идиопатические генерализованные эпилепсии (ИГЭ) диагностированы у 226 (19,1%) детей. Детская абсансная эпилепсия выявлена у 89 (6,8%) пациентов, ювенильная абсансная эпилепсия - у 28 (2,3%), ювенильная миоклоническая эпилепсия – у 32 (2,7%), эпилепсия с изолированными генерализованными судорожными приступами у 15 (3,7%). На другие формы ИГЭ приходится около 4%. Эпилептические энцефалопатии диагностированы в 57 случаях (4,9%). Неуточненная эпилепсия наблюдалась у 154 (13,7%) больных.

Выводы. Таким образом, в структуре эпилепсии (по обращаемости) преобладали структурные фокальные эпилепсии (36,1%). Наиболее частой причиной развития структурной фокальной эпилепсии являлись перинатальные поражения центральной нервной системы (27,3%) и аномалии развития головного мозга (7,1%). Результаты изучения нозологической структуры эпилепсии позволяют выявить изменение структуры заболеваемости во времени с учетом клинического течения, распределения по территориям, по полу, связь с этиологическими факторами, прогноз и летальность; могут служить ориентиром для определения потребности в противоэпилептических препаратах различных фармакологических групп.

ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС С ПЕРСПЕКТИВОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ДЦП

Батышева Т.Т., Мохов Д.Е., Тарусова К.С., Рубинова Ю.Л.,
Гаджиалиева З.Г., Климов Ю.А.

Актуальность. Перинатальные поражения центральной нервной системы - ряд состояний и заболеваний головного, спинного мозга и периферических нервов, объединённых в общую группу по времени воздействия повреждающих факторов. Дети первого года жизни с диагнозом последствия перинатального поражения центральной нервной системы состоят в группе риска по формированию детского церебрального паралича. Остеопатия, как целостная система диагностики, профилактики, лечения и реабилитации соматических дисфункций, основанная на анатомо-функциональном единстве тела и использующая мануальные методы, восстанавливающие способности организма к самокоррекции, может эффективно применяться на самых ранних этапах у детей с последствиями перинатального поражения ЦНС параллельно с общепринятыми диагностическими, лечебными и реабилитационными мероприятиями. Коррекция соматических дисфункций в комплексной терапии у детей с последствиями перинатального поражения ЦНС может компенсировать неврологические нарушения, восстанавливая венозную гемодинамику и создавая условия для оптимальной биомеханики, что положительно сказывается на прогнозе формирования сенсомоторных навыков у детей данной группы. Проведение раннего, этапного восстановительного лечения/реабилитации определяет более благоприятный прогноз и улучшает качество жизни детей, в некоторых случаях предотвращая их инвалидизацию. Принимая во внимание, что медицинская реабилитация осуществляется по основным классам заболеваний и отдельным нозологическим формам, все же основным подходом является функциональный, основанный на применении Международной классификации функционирования (МКФ). По сути, для целей МР ведущим фактором является не нозологическая форма, а степень и форма функционального дефекта. В этом МР и остеопатия опираются на схожие идеологические концепции, что предполагает их тесное сотрудничество (Российская остеопатическая ассоциация, 2015).

Цель. Выявление возможностей остеопатической коррекции соматических дисфункций в комплексной терапии у детей первого года жизни с последствиями перинатального поражения ЦНС.

Материалы и методы. Для выполнения работы пациенты были случайным образом разделены на 2 группы – 1 группа основная (14 детей), которые получали медикаментозную терапию, массаж, физиотерапию и остеопатическую коррекцию; 2 группа контрольная (14 детей), которые получали только медикаментозную терапию, массаж, физиотерапию. Критерии включения: доношенные дети первого года жизни с диагнозом последствия перинатального поражения ЦНС (G 96.4), задержка психомоторного развития, открытый большой родничок. Критерии исключения: обструктивная гидроцефалия, фармакорезистентная эпилепсия, опухолевидные процессы в головном мозге, значимые пороки развития (аномалия Арнольда Киари, Spina bifida, синдром Денди-Уокера). Производился сбор анамнеза, выявление жалоб, сопутствующей патологии, остеопатическое обследование, выявление остеопатического статуса, нейросонография с доплерографией, оценка динамики моторного развития согласно возрастным нормам, описанных в формализованной карте исследования психоневрологических функций у детей первых 7 лет жизни И.А. Скворцовой. Динамика моторного развития зашифрована в баллах в начале и в конце периода госпитализации в специализированном лечебной учреждении, которая составляла 21 день.

Результаты. Проведена оценка остеопатического статуса у детей с последствиями перинатального поражения ЦНС, выявлена положительная динамика остеопатического статуса после курса остеопатической коррекции, что в ряде случаев (21%) проявилось сменой доминирующей соматической дисфункции с глобального биомеханического нарушения на региональный уровень (соматическая дисфункция была диагностирована менее, чем в 3х осевых регионах). Выявлено, что остеопатическая коррекция

положительно влияет на динамику приобретения, усвоения и стабилизации навыков крупной и мелкой моторики. Исходя из результатов данных нейросонографии и доплерографии можно предположить, что остеопатическая коррекция способствует компенсации проявлений гипоксии и венозной дисциркуляции, способствует нормализации тонуса сосудов и сохранности ауторегуляции мозговой гемодинамики.

Выводы. Остеопатическое лечение больных с последствиями перинатального поражения ЦНС рекомендуется начинать как можно раньше после дебюта перинатального неблагополучия в сочетании с комплексной медикаментозной терапией и реабилитацией данного нозологического состояния.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕПЛОВИЗИОННОГО КОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ШЕЙНОТОНИЧЕСКИМ РЕФЛЕКСОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОДОМ ОСТЕОПАТИИ

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

*ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы
ГБУЗ Подольская детская городская больница, г. Подольск, Московская область*

Актуальность. Шейнотонический рефлекс (ШТР) с его влиянием на постуральную систему часто остается не выявленным. При внешне здоровом виде и отсутствие изменений на инструментальных обследованиях, такие пациенты имеют множество жалоб разного характера. Такое состояние заставляет пациентов ходить по многим врачам для выяснения основных причин недуга.

Цель. Изучение изменения тепловой картины у пациентов с активным шейнотоническим рефлексом до и после остеопатической коррекции.

Материалы и методы. Проведено исследования на базе НПЦ ДП пациентов 13-17 лет с активным ШТР с различными жалобами. Выявление ШТР у пациентов проводилось тестом топтания на месте Фукуды-Унтерберга и методом пальпации краиноритмического импульса. Проводилось тепловизионное исследование головы и шеи до и после лечения. Каждому пациенту проводилось остеопатическое обследование и индивидуальная коррекция согласно обследованию и обнаруженным соматическим дисфункциям. Во время остеопатической коррекции, пациенты получали другие методы лечения.

Результаты. На фоне остеопатической коррекции выравнивалась температура тела, устранилась термоассиметрия, тест топтания на месте Фукуды-Унтерберга менялся в сторону нормы, снижалось количество соматических дисфункций. Жалобы пациента имели тенденцию к уменьшению.

Выводы. Значительное влияние на ШТР оказывают соматические дисфункции регионов шеи, головы, таза. Полученные данные могут говорить о наличии взаимосвязи между ШТР и множеством жалоб неустановленной этиологии. Также выявлена взаимосвязь между ШТР и микроциркуляцией тканей. Устранение ШТР улучшает кровоснабжение в проекциях органов шеи, в проекции пазух головы. Остеопатическая коррекция является эффективным методом лечения ШТР.

ПРИМЕНЕНИЕ «СУХОЙ» ИММЕРСИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС

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

Актуальность. Современная практическая реабилитология достигла высокого уровня развития. Появилось и широко используется новое оборудование, которое позволяет не только сократить время лечения, но и делает его более эффективным. Использование технологии «сухая» иммерсия служит как для профилактики, так и для восстановительного лечения при целом спектре заболеваний ЦНС. Эта процедура позволяет направленно стимулировать адаптационные и компенсаторные механизмы различных систем организма за счет изменения гравитационной среды. В условиях иммерсии происходит прогрессирующее снижение мышечного тонуса, при этом снижается напряжение всех мышц - особенно разгибателей.

Цель. Изучить влияние «сухой» иммерсии на формирование двигательной активности у детей грудного возраста с последствиями перинатального поражения ЦНС.

Материалы и методы. «Сухая» иммерсия проводится при использовании комплекса водно-иммерсионного автоматизированного «Медсим» (номер регистрации № РЗН2014/1414 от 21.02.2014г.) состоящего из: чаши бассейна, водоизолирующей эластичной пленки, которая обеспечивает «сухое» погружение пациента в водную среду. При этом пациент оказывается свободно «подвешенным» в толще воды, что воссоздает условия, близкие к невесомости. Нами проведена процедура «сухой» иммерсии 23 пациентам возрастом от 2 месяцев до 1 года с диагнозом «последствия перинатального поражения ЦНС». Каждому пациенту проводилось от 8 до 10 процедур с увеличением длительности каждой последующей процедуры. Первая процедура «сухой» иммерсии проводилась в течение 10 минут. Заключительная процедура 30 минут. Проводилась оценка мышечного тонуса до и после процедуры по шкале Ашфорта.

Результаты. Данное исследование показало, что в результате применения «сухой» иммерсии в комплексной терапии, произошло снижение мышечного тонуса верхних и нижних конечностей, как следствие повышение двигательной активности и моторики ребенка. В группе пациентов с начальными 4 баллами (16 человек) (по шкале Ашфорта) произошло снижение тонуса до 3 балов. В группе пациентов с начальными 3 балами (7 человек) произошло снижение тонуса до 2-1+ балов. Уменьшилось влияние тонических рефлексов (лабиринтный рефлекс, асимметричный шейный тонический рефлекс и симметричный шейный тонический рефлекс). Положительный эффект от данной терапии наблюдался и в более отдаленные сроки (срок наблюдения 3 месяца).

Выводы. «Сухая» иммерсия является методом лечения, позволяющим повысить эффективность медицинской реабилитации детей с диагнозом «последствия перинатального поражения ЦНС» и должна активно внедряться и использоваться в сочетании с другими методами реабилитации. Этот метод так же позволяет снизить медикаментозную нагрузку на ребенка.

ДИНАМИЧЕСКАЯ ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯ ПРИ ДЦП

Беркутова И.Ю.

Всероссийский научно-исследовательский институт физической культуры, г. Москва

Актуальность. Статические нагрузки вызывают негативные проявления со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем у детей. Наиболее существенным отличием в реакции аппарата кровообращения на статические нагрузки является выраженный подъем диастолического артериального давления. Это существенно повышает напряжение миокарда и определяет включение тех механизмов долговременной адаптации, которые обеспечивают адекватное кровоснабжение тканей в этих условиях.

Немаловажно также, что чем разнообразнее движения, которые выполняет ребенок, тем больше информации поступает в мозг, и тем активнее процесс психического развития. Также необходимо помнить, что у детей до 9-10 лет тонус мышц-сгибателей превышает тонус разгибателей. Поэтому даже здоровым детям трудно длительное время сохранять вертикальную позу при стоянии, поддерживать выпрямленное положение спины при сидении. Мышцы напряжены, в них идет активный расход энергии и накопление продуктов этого распада, в первую очередь, молочной кислоты. Поэтому динамическая вертикализация для детей является наиболее физиологичной.

Цель. Экспериментально доказать эффективность динамической вертикализации при ДЦП с помощью Многофункциональной системы «Тренажер Гросса».

Материалы и методы. В Детском центре физической реабилитации и спорта Гросско занимаются дети с 1 года до 18 лет. Специалист формирует программу занятий, учитывая двигательные, функциональные и когнитивные возможности ребенка, подбирает индивидуальный режим нагрузочных тяг, позволяющий ребенку совершать самостоятельные движения в разных исходных положениях. Для каждого уровня моторного развития разработаны свои режимы работы, ставятся конкретные задачи. Эффективность оценивается с помощью следующих методов диагностики: тестирование двигательных возможностей, стабилометрия, подометрия, миография, оценка функциональных возможностей по данным частоты сердечных сокращений и артериального давления, оценка адаптационного потенциала с помощью комплекса «Варикард», оценка дыхательной функции с помощью спирометрии.

Результаты. Многочисленные исследования в рамках научно-исследовательских работ стабильно показывают достоверно значимые результаты развития двигательных и функциональных возможностей детей с ДЦП. Психологические тесты констатируют улучшение когнитивных возможностей ребенка и психосоматического статуса семьи в целом. Есть данные по улучшению речевых функций и снижению эпилептического приступов. Положительная динамика отмечается у 100% детей при адекватно поставленной цели в зависимости от функционального и клинического диагнозов.

Выводы. Динамическая вертикализация позволяет минимизировать риск развития вторичных нарушений, способствует разностороннему развитию ребенка, мотивирует ребенка на самостоятельные движения, позволяет почувствовать радость от движения любому ребенку с ДЦП.

СОВРЕМЕННЫЙ МЕЧЕВОЙ БОЙ КАК СРЕДСТВО РЕБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Беркутова И.Ю., Кульпина К.Ю.

*Всероссийский научно-исследовательский институт физической культуры, г. Москва
Российский государственный университет спорта, молодежи и туризма, г. Москва*

Актуальность. ДЦП- это непрогрессирующее заболевание, при котором ухудшение двигательных возможностей по мере роста и взросления связано исключительно с вторичными осложнениями (контрактуры и деформации), образом жизни (гиподинамия) и нерациональными реабилитационными подходами. Из-за физиологических особенностей подростковый возраст считается сложным периодом в жизни человека, особенно подростка с ограниченными возможностями здоровья. Становится очень сложно мотивировать на занятия, тем более без видимых результатов. Поэтому перед

специалистами стоит непростая задача- найти подход к подростковой личности и оптимальный метод поддержания физических возможностей. Современный мечевой бой - перспективное и эффективное средство реабилитации, которое активно и успешно развивается в последние годы.

Цель. Экспериментально доказать эффективность использования современного мечевого боя как средства реабилитации подростков с ДЦП.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 10 человек. Это подростки с ДЦП (спастическая диплегия, 1 уровень по GMFCS). Они были разделены на две группы – экспериментальную и контрольную. Оценивались координационные возможности, зрительно-двигательная реакция, адаптационный потенциал, психоэмоциональная устойчивость. Разработанная нами методика состояла из следующих блоков упражнений: дыхательные, упражнения для повышения уровня координационных способностей, корrigирующие упражнения, специальные упражнения, включающие в себя элементы современного мечевого боя, а также упражнения на быстроту реакции.

Результаты. При повторном тестировании, проведенном через 6 месяцев, были выявлены достоверно значимые улучшения исследуемых показателей в экспериментальной группе.

Выводы. Новый, интересный нетрадиционный подход к занятиям повышает мотивацию подростков с ограниченными возможностями, положительно влияет на эмоциональное состояние, физические и функциональные возможности, что способствует оптимальному развитию личности подростка с ограниченными возможностями здоровья.

ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Бобылова М.Ю., Мухин К.Ю.

Институт детской неврологии им. Святителя Луки, г. Москва

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) встречается с одинаковой частотой в разных странах, составляя примерно 2 случая на 1000 человек в общей популяции. Лица мужского пола болеют в 2 раза в чаще (67%), чем лица женского (33%). Эпилепсия среди детей с ДЦП составляет около 50% (B.Rajeshkannan, K.Ravikumar, 2017; Gürkan et al.2018 Risk Factors of Epilepsy in Children with Cerebral Palsy Carlsson M, Hagberg G, Olsson I. Clinical and aetiological aspects of epilepsy in children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 2003;45:371-6.). Частота эпилепсии непосредственно зависит от формы ДЦП. По данным НПЦ ДПН (Москва) средняя частота случаев эпилепсии при ДЦП составляет 15-60%. Максимальная частота эпилепсии (80%) отмечается при спастическом тетрапарезе (двойная гемиплегия) и гемипаретической форме. Минимальная частота – при спастической диплегии. Факторы риска: асфиксия в родах, недоношенность, многоплодные беременности, домашние роды. Основной вид изменений на МРТ у детей с ДЦП и эпилепсией – перивентрикулярная лейкомалия (до 80%). Крупные статистические исследования не выявили статистической разницы между пациентами с ДЦП с эпилепсией и без эпилепсии. Основной вид приступов билатерально синхронные с фокальным началом (до 50%), фокальные моторные, атипичные абсансы, тонические приступы, спазмы, Фебрильные приступы. Возраст дебюта эпилепсии также зависит от формы ДЦП: с 3 мес жизни эпилепсия дебютирует при спастическом тетрапарезе, с 8 мес – при гемипарезе, с 2 лет при спастической диплегии, с 3-4 лет при гиперкинетической форме. На ЭЭГ при эпилепсии у детей с ДЦП выявляется региональная или мультирегиональная эпилептиформная активность (60%). Ведение пациентов с редкими приступами возможно без медикаментозной терапии (5%), 48% уделяет монотерапия,

27% - полiterапия, 20% - фармакорезистентные формы (в том числе синдром Ленnox-Гасто).

ОНТОГЕНЕЗ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В современном мире признается ведущая роль родителей в обеспечении гармоничного роста ребенка, поскольку семья является первичной микросоциальной средой для его развития. Современное общество многозадачности выдвигает большое количество требований к родителям, и родители, в свою очередь, предъявляют множество требований к детям. В одних случаях эти требования неадекватно завышены, в других – занижены. Причинами этого могут служить недостаточность знаний онтогенеза психического развития ребенка, его закономерностей, пониманий задач и возможностей ребенка на каждом этапе взросления. Несоответствие требований возрастным нормам развития может повлечь нарушения естественного хода становления высших психических функций (ВПФ), затрудняет реабилитационный процесс детей с заболеваниями ЦНС, что в дальнейшем оказывается на нарушении детско-родительских отношений (ДРО), вызывает трудности в обучении и снижение мотивации к учебной деятельности, формирует дисгармоническое психическое развитие.

Цель. Целью данной работы является разработка программы информационного сопровождения родителей детей с заболеваниями ЦНС на разных возрастных этапах.

Материалы и методы. При разработке программы мы использовали следующие теоретико-методологические основы: концепция культурно-исторического развития психики и основные подходы к исследованию личности ребенка с нарушениями в развитии (Л.С.Выготский); методологические принципы психологического исследования детей и подростков с нарушениями в развитии (Л.С. Выготский, В.В. Лебединский и др.); методологические принципы и подходы детской нейропсихологии (Э.Г. Симерницкая, Т.В. Ахутина, Ю.В. Микадзе, А.В. Семенович, Ж.М. Глозман и др.); биопсихосоциальный подход к проблеме нарушенного развития (К.С.Лебединская, Е.М. Мастюкова, М.М. Семаго, Н.Я.Семаго и др.).

Результаты. В рамках первичного приема медицинских психологов дневного стационара №1 и поликлинического отделения ГБУЗ «НПЦ ДП» 73,4% родительских обращений включают жалобы по типу «несоответствия требованиям». Из них 64,6% не соответствуют возрастному этапу развития ребенка. Нами были разработаны 4 информационных блока по следующим возрастным периодам: ранний возраст, дошкольный возраст, младший школьный возраст, старший школьный возраст. Каждый блок включает: сензитивные периоды развития ВПФ, задачи возраста, основной вид деятельности, особенности ДРО.

Выводы. Своевременное информирование родителей в области онтогенеза психического развития, как в норме, так и при патологии ЦНС, дает возможность им объективнее оценивать и осознавать возможности и трудности своих детей, а также становиться активными участниками реабилитации.

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЯХ ПРЕЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Среди причин развития эпилепсии цереброваскулярные заболевания занимают одно из ведущих мест и составляют по данным литературы до 10,9%. У детей они являются причиной заболевания в 1,5 % наблюдений, а у пациентов старших возрастных групп их частота возрастает до 30%. При преходящих нарушениях мозгового кровообращения они могут быть истинными эпилептическими припадками, которые сопровождают преходящие нарушения мозгового кровообращения, либо атипичным проявлением транзиторной ишемической атаки. Существенную роль при ишемических расстройствах кровообращения, протекающих с эпилептическими приступами, играют патологические изменения в магистральных артериях головы и шеи. Как правило, в этих случаях эпилептические приступы являются фокальными, однотипными и совпадают с очагом развившегося в дальнейшем полушарного инсульта (Гузева В.И. с соавт., 2013; Т.В. Данилова Т.В. с соавт., 2012, Прохорова Э.С., 1982, Annegers et al, 1995, Koudstaal P.J. et al., 1991, Kotila M. et al., 1992, KwanS.A., 2011, Sidding S.A. et al., 2011).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 2 детей с врожденными гемодинамически значимыми аномалиями внутренних сонных артерий (ВСА), клинически проявлявшихся повторными атипичными транзиторными ишемическими атаками в виде однотипных простых и сложных фокальных приступов.

Результаты. Эпилептические приступы являлись единственным симптомом ишемического поражения головного мозга и не сопровождались каким-либо выраженным неврологическим дефицитом. При ангиологическом исследовании у одной пациентки выявлены признаки гипоплазии общей сонной артерии и внутренней сонной артерии слева, у другой - S-деформация левой ВСА и койлинг и петля правой ВСА с выраженным нарушением гемодинамики. При нейровизуализации у обоих больных диагностированы множественные ишемические очаги в бассейнах корковых ветвей средней и передней мозговых артерий (височная и лобная доли). Семиология эпилептических приступов соответствовала локализации ишемических изменений в головном мозге. У обеих пациенток течение эпилепсии имело резистентный характер и потребовало использования политерапии, что позволило добиться медикаментозной ремиссии.

Выводы. Таким образом, анализ собственных клинических наблюдений и данных литературы свидетельствует, что гемодинамически значимые врожденные аномалии прецеребральных артерий снижают перфузию мозга и могут служить причиной как хронической, так и острой церебральной ишемии уже в детском возрасте. ТИА могут протекать атипично в виде эпилептических фокальных приступов. При формировании ишемических очагов развивается сосудистая эпилепсия. В этой связи представляется целесообразным проведение неинвазивного ангиологического обследования пациентам с неустановленной причиной эпилептических эпизодов и при резистентности к адекватной противоэпилептической терапии.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

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

Актуальность. При разных формах детского церебрального паралича (ДЦП) отмечаются различные структурные изменения головного мозга. Изучение особенностей функциональной активности коры головного мозга у детей с гемипарезом позволяет прогнозировать возможности их дальнейшего лечения.

Цель. Изучить особенности количественных характеристик электроэнцефалограммы у детей с гемипарезом с помощью методов компьютерного анализа.

Материалы и методы. Обследовано 14 больных в возрасте от 6 до 15 лет с диагнозом ДЦП, гемипаретическая форма, GMFCS 1-2 уровень, у 9 пациентов – правосторонний, у 5 – левосторонний гемипарез. Электроэнцефалограмма снималась на Нейрокартографе 5.41.10 с использованием международной системы наложения электродов «10-20». Помимо проведения визуального анализа, вычислялась спектральная мощность основного ритма, когерентный анализ основных частот в межполушарных и внутриполушарных средних парах.

Результаты. Основной ритм в каудальных отведениях зарегистрирован у всех пациентов, индекс представленности был высокий у 6 пациентов, средний – у 6, низкий – у 2 детей. На спектрограммах мощности у 13 (93%) пациентов был выявлен мономодальный альфа-ритм, у 1 пациента не выявлено зон узкочастотного доминирования. При когерентном анализе межполушарных пар отмечается снижение уровня связей у 3 (21%) пациентов, в передних парах снижение уровня определяется у 8 (57%) пациентов. Одновременное снижение связей в передних парах при усилении связей в каудальных парах выявлено у 3 детей. При когерентном анализе внутриполушарных пар нормальный уровень и градиент внутриполушарной интеграции отмечается у 4 детей, гиперинтеграция выявлена у 2, а равномерное снижение интеграции – у 3 пациентов. У 10 (71%) детей выявляются различные варианты нарушений переднезаднего соотношения внутри полушарий.

Выводы. Изучение количественных характеристик основного (альфа) ритма в электроэнцефалограмме детей с гемипаретической формой ДЦП показало удовлетворительное функциональное состояние нейронов коры головного мозга, а также отсутствие глобальных нарушений внутриполушарных связей по данным когерентного анализа.

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКАЯ ГРУППА КАК МОДЕЛЬ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТЯЖЁЛЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Бояршинова О.С., Зельдин Л.М.

РБОО «Центр лечебной педагогики», г. Москва

Актуальность. Для детей с тяжёлыми моторными проблемами особенно важно включение занятий в повседневную жизнь. Таким детям сложно выдерживать длинное занятие со специалистом из-за быстрого истощения, сложно начать использовать полученные умения в жизненной ситуации. Только многократные повторы в течение дня, тренировки в привычных бытовых условиях дают для них перспективу двигательного развития. Кроме этого, важна и организация повседневной жизни ребёнка – правильное позиционирование, медленный темп взаимодействия, предсказуемость. Поэтому особенно актуальным становится поиск эффективной модели помощи, обеспечивающей поддержку и обучение родителей. Существующие модели имеют ряд существенных недостатков. Теоретические занятия для родителей не учитывают специфики их ребёнка и могут быть

неправильно интерпретированы из-за недостаточного понимания проблем и отсутствия навыков. Обучение родителей в ходе консультаций и индивидуальных занятий не даёт родителям практического опыта взаимодействия с разными детьми, необходимого для успешного выполнения упражнений. Эти сложности возможно преодолеть при занятиях в группе, где теоретические лекции будут совмещены с обучением практическим навыкам и выставлением программы помощи для каждого из детей.

Цель. Создание эффективной модели помощи семьям, воспитывающим детей с тяжёлыми двигательными нарушениями.

Материалы и методы. Группа детей с тяжёлыми двигательными нарушениями (III-V уровень по GMFCS) с различными диагнозами (ДЦП, последствия менинго-энцефалита, эпилепсия) – 6 человек. Занятия детско- родительской группы проходили 1 раз в две недели и включали в себя музыкальное занятие (30 минут, цель – адаптация в группе, включение в занятие, взаимодействие с другими детьми), двигательное занятие (75 минут, цель – подбор актуальных для детей заданий и упражнений, обучение родителей), заключительная игра и прощание (15 минут, цель – снятие эмоционального напряжения, завершение занятия). Один раз в месяц проводился семинар для родителей, посвящённый вопросам ухода за детьми с тяжёлыми двигательными нарушениями, правильному позиционированию, профилактике вторичных осложнений и развитию движения (продолжительность 2 часа). Занятия продолжались в течение 7 месяцев.

Результаты. У всех детей группы отмечены положительные изменения в двигательной сфере. Все дети стали лучше контролировать тело. Дети с самыми тяжёлыми нарушениями начали лучше удерживать голову, самостоятельно возвращаться в симметричное положение при потере контроля в коляске. Один ребёнок научился самостоятельно садиться. У более сохранных детей улучшилась поза сидя и стоя на высоких коленях, появилась возможность торсионных движений в этих позах, увеличился объём движения руками. У одного ребёнка появилась опора на руки. Кроме того, положительные изменения были отмечены и в других сферах: возможности взаимодействия, удержания внимания, переносимости сенсорных стимулов. У родителей увеличилось понимание путей помощи детям, дома появились и начали использоваться технические средства реабилитации, стала применяться альтернативная коммуникация. Практически все родители научились успешно заниматься со своими детьми и смогли наладить занятия дома.

Выводы. Групповые детско-родительские занятия могут быть эффективной моделью помощи детям с тяжёлыми двигательными нарушениями.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛЮНЫ ДЛЯ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОЙ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Бруйков А.А.

*ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина»,
г. Тамбов, Тамбовская область*

Актуальность изучения детского церебрального паралича (ДЦП) связана с высокой распространённостью и неуклонно прогрессирующим течением заболевания. В связи с актуальностью темы было проведено сравнительное изучение влияния фиксационного массажа с онтогенетической гимнастикой и классического массажа с лечебной гимнастикой на функциональное состояние организма детей младшего школьного возраста с ДЦП в форме спастической диплегии.

Цель. Выявить наиболее оптимальную модель реабилитации детей с ДЦП с использованием биохимических показателей слюны.

Материалы и методы. Обследовано 48 детей обоих полов в возрасте 10 - 12 лет с диагнозом: ДЦП, спастическая диплегия. Исследуемые были разделены на 2 равные группы: контрольную (группа №1) и основную (группа №2). У детей из первой группы реабилитационные мероприятия включали классический массаж и лечебную гимнастику. У детей из второй группы занятия включали фиксационный массаж с онтогенетической гимнастикой. В двух группах было проведено 2 курса восстановительных мероприятий, каждый продолжительностью 15 процедур. Перерыв между курсами составил 3 месяца. В каждой группе обследование детей с ДЦП проводили дважды: до и после проведения курса. Для достижения цели были выбраны биохимические показатели слюны человека: электролиты натрий и калий, которые являются косвенными индикаторами выброса адаптивных гормонов и наиболее подвержены влиянию стрессогенных факторов, кортизол, удобный и надёжный тест для определения степени напряжённости адаптационных резервов организма. Количественный состав этих компонентов зависит от влияния на организм различных внешних и внутренних факторов и как показали исследования одновременное определение в слюне ионов натрия и калия и кортизола, а также исследование их динамики дает достаточно точное и емкое представление о функциональном и психофизиологическом состоянии организма детей с ДЦП.

Результаты. В результате исследования выявлено, что в процессе реабилитации у детей из контрольной группы, где применялись классический массаж с лечебной гимнастикой отмечалось значительное увеличение концентрации кортизола в 2,5 раза выше первоначальных значений. В этой группе отмечалось значительное увеличение концентрации натрия на 54,5 %, уменьшением калия на 35,7%. В группе детей, где применялись фиксационный массаж с онтогенетической гимнастикой показатель кортизола увеличивался в 1,5 раза. Выявлено повышение содержания натрия на 21,5 %, снижением калия на 11,7 % у детей из группы №2.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о ярко выраженном снижении активности симпатико-адреналовой системы и повышению продукцию кортикостероидов у детей, где применялся классический массаж с лечебной гимнастикой, что характерно для напряжения регуляторных механизмов, которое влияет на функциональное состояние организма детей с ДЦП. В результате исследования показана возможность использования динамики физиологических показателей слюны в качестве метода оценки изменения состояния уровня адаптации у детей с ДЦП к различным средствам реабилитации. Поэтому фиксационной массаж с онтогенетической гимнастикой являются наиболее оптимальной моделью реабилитации детей с ДЦП, чем классический массаж с лечебной гимнастикой.

АНТИСПАСТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И АУТИЗМОМ

Бугрий С.В.¹, Комиссарова О.А.², Милованова О.А¹.

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва

²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Актуальность. В последние годы лечение детей, страдающих церебральными параличами, проводили в основном врачи-ортопеды. Однако, на сегодняшний день терапия церебрального паралича (ДЦП) – мультидисциплинарная проблема, сочетающая консервативное лечение, ортопедическую коррекцию, психолого-педагогическую и логопедическую помощь. Одним из наиболее эффективных лекарственных препаратов

является толперизон, оказывающий расслабляющее действие на тонус мышц у детей со спастическими формами церебрального паралича.

Цель. Оценить эффективность использования антиспастической терапии у детей с различными формами церебрального паралича и аутизмом.

Материалы и методы. Обследованы 18 пациентов (16 мальчиков и 2 девочки) с установленным диагнозом детского церебрального паралича и аутизмом в возрасте от 4 до 14 лет. Использованы истории болезни пациентов, наблюдавшихся на кафедре неврологии детского возраста ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ. Всем детям проведены клинико-неврологические, психопатологические и патопсихологические, нейрофизиологические и нейровизуализационные исследования. По тяжести нарушения моторных функций использована шкала R. Palisano и соавт. (2007), (Gross Motor Function Classification System - GMFCS), включающая V уровней.

Результаты. Неврологическое обследование в группе пациентов с ДЦП выявило двойную гемиплегию в 50% случаев, IV-V уровень по шкале R. Palisano (GMFCS), спастическая гемиплегия отмечалась в 28% случаев, III-IV уровень по шкале R. Palisano, спастическая диплегия - 22% случаев, II-III уровень по шкале R. Palisano. У 55% детей был диагностирован детский аутизм, среди них у 8 больных отмечен атипичный аутизм с умственной отсталостью, 2 – детский аутизм, обусловленный органическим заболеванием головного мозга. Выраженный антиспастический эффект был достигнут при применении толперизона в дозировке 5 мг/кг/сутки у пациентов в возрасте 4-6 лет и 2-4 мг/кг/сутки в возрасте 7-14 лет. В клинической картине отмечалось уменьшение мышечного гипертонуса у 17% пациентов со спастической диплегией, у 22% пациентов со спастическим гемипарезом, у 28% пациентов с двойной гемиплегией, и, соответственно, без изменений мышечный тонус оставался у 33% пациентов.

Выводы. Наше исследование показало, что толперизон является эффективным лекарственным препаратом в группе пациентов со спастическими формами церебрального паралича. Максимальные результаты получены у детей с двойной гемиплегией, минимальные – со спастической диплегией. Кроме того, отмечено преобладание атипичного аутизма с умственной отсталостью. Тем не менее, требуется большее количество пациентов для статистически значимой оценки полученных результатов. Исследования продолжаются.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Букреева Е.А.¹, Седненкова Т.А.¹, Полушкина О.Б.¹, Нестерова Ю.А.¹,
Петриченко А.В¹., Сергеенко Е.Ю.², Иванова Н.М¹

¹ ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям ДЗМ», г. Москва

² ФГБОУ ВО Российской национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. В структуре злокачественных опухолей, опухоли ЦНС составляют 15% от всех злокачественных новообразований (ЗНО) детского возраста. В онкологическом отделении ГБУЗ «НПЦ спец.мед.помощи детям ДЗМ» количество детей госпитализированных по поводу опухолей ЦНС растет год от года, составляя 34,7% от всех госпитализированных детей, больных онкологическими заболеваниями.

Цель. Улучшение качества жизни детей, больных злокачественными опухолями ЦНС

Материалы и методы. Для пациентов с ЗНО ЦНС формировались индивидуальные реабилитационные программы, направленные на коррекцию нарушений глотания, речи,

неврологических нарушений, характерные для поражения головного и спинного мозга. Необходимо учитывать, что все реабилитационные мероприятия проводились параллельно с многокомпонентной противоопухолевой терапией, имеющей свои особенности, а именно - наличие резервуара Оммайя, вентрикуло-перитонеального шунта. Восстановительная терапия начиналась в раннем послеоперационном периоде, на фоне проведения цикловой ПХТ и продолжалась после окончания противоопухолевой терапии, по достижению ремиссии. Критериями переносимости ребенком реабилитационных мероприятий были: появление, либо усиление головной боли, тошноты, головокружения, общей слабости. С целью оценки реабилитационных возможностей пациента и возможности проведения восстановительных мероприятий, а так же для онкологического мониторинга, проводилось комплексное обследование и сопроводительное лечение. На фоне цикловой ПХТ применялись ЛФК, различные методики кинезотерапии, дыхательной гимнастики, квантовой терапии. По достижению ремиссии увеличивалась нагрузка, применялись тренажеры с БОС, кинезиотейпирование, гидрокинезотерапия.

Результаты. Для оценки результатов применялась шкала оценки тяжести двигательного и функционального дефекта, а так же шкала функциональной независимости. В процессе проводимого комплексного противоопухолевого и восстановительного лечения, по мере регресса неврологической симптоматики, удалось повысить уровень с 4-5 до 1-2 по GMFCS и от полной зависимости до частичной независимости по сумме баллов по шкале FIM у детей с ответом на противоопухолевую терапию. После достижения ремиссии, тяжесть неврологических и ортопедических последствий оценивалась как 2 степень, по критериям СТСАЕ, 4 степени – угрожающих жизни состояний и 5 степени – смерти от последствий нами не отмечалось.

Выводы. Восстановительное лечение должно быть максимально ранним и активным. Сочетание эффективной противоопухолевой терапии и медицинской реабилитации существенно улучшает качество жизни детей, больных злокачественными опухолями ЦНС на всех этапах лечения и по достижению ремиссии.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, БОЛЬНЫХ СОЛИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Букреева Е.А.¹, Седненкова Т.А.¹, Полушкина О.Б.¹, Нестерова Ю.А.¹,
Петриченко А.В.¹, Сергеенко Е.Ю², Иванова Н.М.¹

¹ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям ДЗМ», г. Москва

²ФГБОУ ВО Российской национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Наибольший погодовой прирост показателя заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗН) отмечен у детей первого года жизни - 2,1%, тогда как в других возрастных группах этот показатель составляет от 0,8 до 1,3%. В московском регионе показатель заболеваемости ЗН у детей до 1 года составляет 19 на 100000. На долю детей первого года жизни приходится около 10% от всех ЗН выявляемых у детей.

Цель. Улучшение оказания медицинской помощи и снижение отдаленных последствий противоопухолевого лечения у детей первого года жизни, больных злокачественными новообразованиями.

Материалы и методы. С 2015 по 2018 год в онкологическом отделении наблюдались и получали лечение 152 ребенка, мальчиков - 96 (63,2%), девочек – 56 (36,8%). Средний возраст составил 5,84 мес.+ 3,00 мес. (от 0 мес. до 11 мес.), медиана -

6,0 мес. ЗН торако-абдоминальной локализации были у 112 (73,7%) детей, головы и шеи – 13 (8,6%), ЦНС – 15 (9,9%), саркомы мягких тканей – 12 (7,9%). Реабилитационные мероприятия в ремиссии были проведены 41 (27,0%) пациентам, на фоне ПХТ – 83 (54,6%), после операции – 18 (11,8%). В послеоперационном периоде с целью профилактики послеоперационных осложнений детям проводилась дыхательная гимнастика, пациентам с поражением ЦНС, с задержкой моторного развития, парезами и параличами проводилась прикладная кинезотерапия по методу профессора В.Войта, подошенная пневмостимуляция аппаратом «Корвิต», в ремиссии применялись также гидрокинезотерапия и массаж по показаниям. Индивидуальные реабилитационные программы формировались не только с целью коррекции нарушений, характерных для различных видов злокачественных опухолей, но и для предотвращения задержки психомоторного развития, которая может развиться на фоне длительного противоопухолевого лечения.

Результаты. Реабилитационные программы показали хорошую переносимость у детей раннего возраста, как получающих противоопухолевую терапию, так и находящихся в ремиссии. У пациентов наблюдалось снижение спастичности, существенное улучшение двигательных навыков, координации и общего состояния.

Выводы. Реабилитационные мероприятия должны быть максимально ранними и активными. Медицинская реабилитация должны быть интегрирована в план противоопухолевого лечения, как неотъемлемая часть, поскольку способствует улучшению двигательных, психологических, когнитивных и функциональных результатов, профилактике инвалидности и повышает качество жизни ребенка.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Вечкаева О. В.

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

Актуальность. Для успешного решения задач по оказанию реабилитационной помощи детям с ДЦП на основе системы менеджмента качества (СМК), необходимо применять риск-ориентированный подход в реализации процесса. Мероприятия, связанные с управлением рисками, создают основу для повышения результативности, достижения более качественных показателей и предотвращения неблагоприятных последствий. Этапное внедрение данного подхода строится на определении рисков, планирование и осуществление действий по их уменьшению, оценка результативности этих действий.

Материалы и методы. С целью реализации данного направления на первом этапе была сформирована рабочая группа экспертов отделения, которые путем оценок провели количественный анализ возможных рисков, по итогам составлен реестр. Далее все риски с учетом вероятности и последствий занесены в матрицу. В красную зону матрицы попал наиболее значимый для подразделения риск: повышенного травматизма у детей при проведении ЛФК. Определены все возможные последствия при реализации риска: возможность судебного процесса, результат которого может выражаться в наложении штрафов и санкций, компенсации морального ущерба; утрата деловой репутации; аннулирование лицензии; риск для пациента- нанесенный вред здоровью влечет ухудшение стато- динамических показателей.

Результаты. С учетом всех факторов составлен план мероприятий по возможному снижению риска: уменьшение до приемлемых пределов вероятности или последствий события. В план были включены следующие мероприятия:

1. Введение ортопеда в консилиум,
2. Описание маркеров, свидетельствующих о возможных рисках повышенного травматизма (симптомы, данные анамнеза, данные объективных методов исследования). В данную группу вошли: частые судороги, длительный прием противоэпилептических препаратов, бытовые травмы (переломы) в анамнезе, остеопороз костей, тонические атаки (выраженный гиперкинез), высокий уровень спастичности по Эшворту (3-4 балла), состояние после иммобилизации конечностей, ранний период (до 3-х месяцев) после ортопедических операций и т.д.,
3. Составление чек листа, где указан весь перечень возможных маркеров по бальной системе от 1 до 5 б. По сумме баллов происходит определение критерии тяжести РИСКА (нет данных за риск, средний риск, выраженный риск, высочайший риск),
4. Разработка на каждое проявление РИСКА мероприятий, нивелирующих его реализацию,
5. Определение конкретных действий каждого специалиста по реализации данного направления (составление СОП).

В соответствии с планом произошло распределение ответственности и полномочий должностных лиц при выполнении мероприятий в соответствии с данной процедурой. Индикатором успешной реализации мероприятий по снижению данного риска является: отсутствие факта травм конечностей в течение года.

Выводы. Проведенная апробация показала работоспособность предложенной методики в рамках действующей СМК. Повышение качества оказания реабилитационной помощи детям с ДЦП при отсутствии факторов повышенного травматизма достигается за счет внедрения риск-ориентированной модели и, как следствие, улучшение управления, повышение доверия и удовлетворённости пациентов.

ФОРМИРОВАНИЕ АРТИКУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОТКЛОНЕНИЯМИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Вильданова Е.Л., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. На современном этапе уделяется большое внимание раннему выявлению и диагностике детей с нарушениями речи. Такая диагностика позволяет вовремя заметить нарушение и скорректировать его путем подбора определенных методик и привлечения ряда специалистов, что позволит предупредить дальнейшее развитие патологии речи. Ранний возраст является благоприятным для речевого развития. Сенситивность развития речи в этот период позволяет организовать направленное воздействие на ее созревающие процессы, что не только оптимизирует речевое развитие, но и создает реальную возможность предупреждения отклонений в речевом онтогенезе, которые на данном этапе определяются как задержка речевого развития. При неблагоприятном течении и отсутствии своевременной коррекционной помощи отклонения речевого развития после трех, четырех, пяти лет усложняются, приобретают вторичные формы и переходят уже в общее, фонетико-фонематическое или фонетическое недоразвитие речи.

Цель. Коррекционное формирование артикуляционного праксиса у детей раннего возраста с отклонениями речевого развития.

Материалы и методы. В современной логопедии существует несколько методик диагностики состояния артикуляционного праксиса у детей раннего возраста, на оценке возможностей ребенка к выполнению артикуляционных укладов. Эффективно наблюдение за пищевым поведением ребенка, в ходе которого оценивается его способность к выполнению ряда действий по захватыванию твердого и жидкого пищевого комка, а также оценивается в целом подвижность мышц языка, губ, нижней челюсти.

Результаты. Коррекционно-логопедическая работа строится исходя из структуры дефекта с использованием сохранных функций. Отклонения речевого развития в раннем возрасте - это недоразвитие когнитивных и языковых компонентов речевого становления, обусловленное нарушением психофизиологических предпосылок и/или несоответствием микросоциальных условий возможностям ребенка, проявляющееся в трудностях формирования начального детского лексикона и фразовой речи. Может быть как самостоятельной речевой патологией, так и частью в структуре любой формы дизонтогенеза. Основной задачей коррекционно-логопедической работы является стимуляция лепета, лепетных слов, однословного предложения. Основными направлениями коррекционно-логопедической работы являются: нормализация мышечного тонуса и моторики артикуляционного аппарата; выработка ритмичности дыхания и движений ребенка; стимуляция лепета, общения; вызов положительного эмоционального отношения к занятиям; выработка зрительных дифференцировок; развитие правильных кинестетических ощущений и на их основе пальцевого осязания; выработка акустической установки на звуки и голос, развитие слуховых дифференцировок, формирование понимания речи.

Решая задачу о разработке и аprobации направлений работы по формированию артикуляции у детей раннего возраста с отклонениями речевого развития, проанализировав существующие в современной логопедии направления, формы, методы, приемы коррекции артикуляции, можно выделить направления работы: работа с детьми, включающая проведение логопедического массажа, артикуляционной гимнастики, упражнений на расслабление, работа с родителями, включающую обучение приемам проведения массажа, артикуляционной гимнастики, коррекции пищевого поведения в домашних условиях.

Выводы. На современном этапе уделяется большое внимание раннему выявлению и диагностике детей с нарушениями речи. Такая диагностика позволяет вовремя заметить нарушение и скорректировать его путем подбора определенных методик и привлечения ряда специалистов, что позволит предупредить дальнейшее развитие патологии речи.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ХОДЬБЫ У БОЛЬНЫХ ДЦП

Власенко С.В.¹, Голубова Т.Ф.¹, Пономаренко Ю.Н.¹, Марусич И.И.¹,
Богданова Л.А.², Османов Э.А.¹

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

²ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий им. Е.П.Глинки»
Минобороны России, г. Евпатория, Республика Крым

Актуальность. Методы изучения биомеханики ходьбы позволяют получить ряд информационно значимых характеристик локомоторного акта. Формирование и закрепление патологического двигательного стереотипа у больных ДЦП происходит практически сразу после развития той или иной патологии в центральной, периферической, костно-мышечной систем организма.

Целью настоящего исследования было изучение динамики функциональных особенностей ходьбы у больных ДЦП (форма- спастическая диплегия) после комплексного санаторно-курортного лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 74 ребенка с ДЦП форма спастическая диплегия, проходивших курс стандартного санаторно-курортного лечения (пеллоидтерапия, гидрокинезотерапия, электростимуляция, массаж, лечебная физкультура). Средний возраст пациентов составил $11 \pm 4,5$ лет. Среднее период пребывания в санатории составил $21 \pm 0,05$ дней. Моторные функции изучались по шкале клинического наблюдения ходьбы. Биомеханика ходьбы была исследована с помощью аппаратно – программного комплекса «Видеоанализ – 3D Биософт» (Россия), с регистрацией видеоизображения с частотой регистрации 90 Гц. Видеозапись локомоций проводили по методике, разработанной специалистами ООО «Научно-медицинская фирма Биософт». Для проведения методики циклографической подографии в области проекции осей вращения суставов по латеральной поверхности туловища и нижних конечностей прикрепляли светоотражающие маркеры. Производилась видеосъемка ходьбы с правой и левой стороны тела. Обработанные при помощи специализированной программы изображения позволили получить количественные характеристики локомоторной функции. В рамках данной работы по методике циклографической подографии оценивались следующие параметры - длительность двойного шага, соотношение фазы опоры и переноса, продолжительность интервала опоры на носок, длительность фазы двойной опоры.

Результаты. Характеристики локомоции детей с ДЦП продолжительность двойного шага была значительно увеличена, и это увеличение происходит преимущественно за счет фазы опоры, благодаря чему существенно нарушается соотношение времени опоры и переноса. Распределение интервалов внутри опоры претерпевает выраженные изменения в сторону удлинения опоры на всю стопу и на носок. Интервал опоры на пятку в данной группе обследованных отсутствует у 82%, он представлен опорой на носок (51,4%) или опора начинается сразу с постановки на всю стопу (30,6%). Фаза двойной опоры также значительно увеличена во времени. Перенос ноги осуществляется коротким и резким движением. Полученные характеристики позволяют подтвердить особенности ходьбы больных ДЦП - снижение устойчивости во время локомоции, патологическую перестройку фаз двойного шага, связанную с нарушенной регуляцией нервно-мышечного аппарата, нарушением координации движений, патологической установкой суставов, а также дефицитом мышечной функции. В результате проведенного лечения в нейроортопедическом статусе была отмечена положительная динамика в виде увеличения объема пассивных движений в суставах нижних конечностей в среднем на $10 \pm 1,02$ градусов. Характеристики локомоции детей с ДЦП после проведенного лечения изменились незначительно, однако прослеживается положительная динамика, статистически недостоверная.

Выводы. Таким образом, стандартное санаторно-курортное лечение не оказывает выраженной положительной динамики на биомеханические параметры ходьбы у больных ДЦП, что требует включения в процесс реабилитации дополнительных методов.

РОЛЬ БОТУЛИНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ САНАТОРНО-КУРОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП

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

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

Актуальность. Патология верхних конечностей представлена у больных с гемипаретической формой заболевания. Восстановлению функции рук уделяется особое внимание, так как возможности социализации (бытовой, профессиональной и др.) напрямую зависят от манипулятивных возможностей инвалида. Все методы лечения носят преимущественно узко локализованное воздействие: снижение спастичности определенных мышечных групп, стимуляцию антагонистов, развитие схвата предметов. Наиболее широко распространенным в настоящее время методом снижения спастичности является введение в конкретные мышцы токсина ботулизма. Ботулинотерапия в настоящий момент является единственным методом, эффективно снижающим мышечную спастичность.

Целью настоящего исследования стало изучение эффективности комбинированного применения ботулотоксина на восстановление функции верхних конечностей у больных с ДЦП.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 46 детей больных ДЦП с гемиплегической формой. Средний возраст составил – $16 \pm 1,6$ лет. Все больные проходили санаторно-курортное лечение в условиях специализированного санатория. Включенным в исследование детям вводился токсин ботулизма типа «А». Перед введением препарата все больные совместно осматривались неврологом и ортопедом, определялись группы мышц снижение спастичности которых способствовало бы максимально эффективной дальнейшей санаторно-курортной реабилитации. Введение данного препарата осуществлялось на фоне проводимого комплекса традиционной реабилитации, включающей различные виды лечебной физкультуры, массажи, электролечение, пеллоидотерапию, гидрокинезотерапию, климато-бальнеолечение. Введение ботулотоксина проводилось в процедурном кабинете. Предварительно при клиническом осмотре определялись мышцы в которые будут вводиться препарат, распределялась доза, согласно данным изложенным в инструкции к препарату: двуглавая мышца плеча, круглый пронатор, сгибатели пальцев (поверхностный, глубокий). Занятия лечебной физкультурой были направлены на развитие различных видов схвата предметов, мелкой моторики. Осуществлялись после предварительно проведенного массажа, направленного на расслабление спастичных групп мышц, стимуляцию ослабленных. При наличии стойких патологических установок в суставах конечности проводились ортопедические укладки, восстанавливающие объем пассивных движений.

Результаты. Анализируя анамнестические данные выявлено, что всем больным реабилитационные мероприятия осуществлялись с раннего возраста и с 4-5 лет в условиях специализированных реабилитационных центров применялись различные нейро-ортопедические методики: ботулинотерапия, ортезирование. Рецидив развития контрактур связывался как с тяжестью поражения, так и физиологическим ростом ребенка. У всех поступивших на лечение больных ДЦП уровень спастичности мышц в паретичных конечностях составил в среднем $3,88 \pm 0,33$ балла по шкале Эшуорта, что характеризовало как значительное увеличение мышечного тонуса, затруднения выполнения пассивных движений. Фиксировалась слабость мышц антагонистов на уровне $-1,78 \pm 0,42$ балла. Вследствие выраженного мышечного дисбаланса формировались порочные установки в суставах верхней конечности. Таким образом, у всех детей, включенных в исследование был сформирован патологический двигательный стереотип, препятствующий выполнению необходимых действий. У всех больных с гемипаретической формой захват предметов был резко ограничен. Нарушения захвата преимущественно были выражены, когда требовалось выполнения более мелких движений пальцами. При выполнении движений всей кистью возможности несколько возрастали, однако достоверной разницы не выявлялось. Уровень манипулятивной функции по шкале MACS составил $4,0 \pm 0,07$ что

характеризовалось как возможность захватывать ограниченное число объектов, простых для манипуляции, в адаптированной ситуации. В результате проведенного лечения произошли достоверные изменения в обеих группах в показателях спастичности и мышечной силы. Ботулиновая терапия и последующая комплексная реабилитация являются эффективными методами восстановления физиологического тонуса мышц и активизации антагонистов. Включение в программу реабилитации методов развивающих моторику рук позволило добиться статистически достоверной динамики и по показателям шкалы MACS. Если перед началом курсового лечения ребенок мог захватывать ограниченное число объектов, простых для манипуляции, в адаптированной ситуации. Нуждался в постоянной помощи и адаптирующем оборудовании даже для частичного выполнения задания. То по окончанию курса терапии возможности манипулятивной функции возросли. Стало возможным удержание предмета. Сохраняется необходимость помощи со стороны и/или к приспособлению для этого окружающей обстановки. Манипуляции оставались замедлены, качество действия и возможное число повторений ограничены. Таким образом, включение в курс реабилитации ботулинического токсина способствовало более выраженной положительной динамике развития манипулятивной функции. Причем моторика верхней конечности вышла на новый, более сложный биомеханический уровень.

ФАМИЛЬНЫЕ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Воронова А.В.

ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница»,
г. Симферополь, Республика Крым

Актуальность. В Республике Крым наряду с ростом общеизвестных форм эпилепсий и эпилептических синдромов зарегистрировано увеличение труднокурабельных возрастзависимых фамильных форм эпилепсии.

Цель. Из общего количества зарегистрированных детей с эпилепсией выделить фамильные возрастзависимые эпилептические синдромы, которые изначально оказались труднокурабельными и не поддающимися общепринятым схемам терапии.

Материалы и методы. Обследовано 1250 детей в возрасте от 3-х месяцев до 10 лет наблюдаемых с эпилепсией и эпилептическими синдромами.

Результаты. Выделены фамильные эпилептические синдромы: Отахара – 7, Веста – 25, Коппола-Дулака – 4, Драве – 5, Дуузе – 6, Леннокса-Гасто – 21, Панайотопулуса – 5, Дживонса – 2, Айкарди – 2 с типичной клинической картиной. Каждый из этих синдромов проявлялся характерной неврологической клиникой (вздрагивания, кивки, миоклонически- астatische, атонико- астatische приступы, внезапные пропульсии, мигренеподобные проявления включая «перемежающую» кривошею) типичными проявлениями на ЭЭГ, подтвержденными при видеомониторинге (гипсаритмия, вспышка-подавление, эпилептический электрический статус сна и др.). Каждому ребенку проводилось тщательное соматическое обследование и МРТ г/мозга, где у 72,5% детей были визуализированы врожденные аномалии головного мозга (корковая дисплазия, микрогирия, полимикрогирия, лисэнцефалия). На предыдущих этапах наблюдения данные синдромы, к сожалению, не были дифференцированы, что и привело к назначению противосудорожных препаратов без учета клиники и ЭЭГ. После верификации диагноза и выделения формы эпилептического синдрома всем больным было назначено адекватное лечение в зависимости от формы эпилепсии начиная с 3-й линии противоэпилептических препаратов, включая курсовое назначение кортикостероидов и в/в иммуноглобулина. Проведенная терапия приводила к значительному урежению приступов и проявлениям

эпилептической энцефалопатии. Ранняя идентификация труднокурабельных фамильных фармакорезистентных эпилептических синдромов у детей способствует адекватному выбору современных противоэпилептических препаратов с целью предотвращения резистентности и возникновения эпилептической энцефалопатии.

Выходы. Выделение клинических и электроэнцефалографических паттернов в сочетании с данными МРТ г/мозга на ранних этапах изначально резистентных фамильных форм эпилепсии у младенцев и детей дает возможность адекватного назначения противоэпилептических препаратов (согласно международных и региональных протоколов).

РОЛЬ МИКРОТОКОВОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОМ СИНДРОМЕ

Гаврилова Т.А., Кильдиярова А.С., Новикова Е.Е.

*ЗАО Самарский Терапевтический Комплекс «Реацентр»,
г. Самара, Самарская область*

Актуальность. Для полноценного развития и социализации ребенку необходимо нормальное речевое развитие. У пациентов с ДЦП в 65% случаев, кроме нарушения двигательного развития, также отмечается задержка речевого развития с явлениями псевдобульбарной дизартрии, которые препятствуют развитию речи, обучению и социальной адаптации. В настоящее время в комплексной реабилитации широко применяется инновационный неинвазивный метод лечения- микротоковая рефлексотерапия (МТРТ), разрешенный Министерством здравоохранения РФ, который позволяет корректировать мышечный тонус артикуляционного аппарата, а также способствует повышению функциональной активности речевых центров Брука и Вернике головного мозга.

Цель. Оценить эффективность микротоковой рефлексотерапии в рамках комплексной реабилитации у детей с псевдобульбарным синдромом при ДЦП.

Материалы и методы. На базе Детского отделения неврологии и рефлексотерапии СТК «Реацентр» проходили реабилитационное лечение 46 детей с диагнозом ДЦП, гемипаретическая форма, псевдобульбарный синдром, ЗПРР. Возраст от 3-х до 7-и лет. Всем 46 пациентам проводились занятия с логопедом-дефектологом. Пациенты были разделены на 2 группы. 1-я группа (24 ребенка) получала МТРТ в сочетании с логопедическим массажем; 2-я группа - контрольная (22 ребенка), получала только занятия с логопедом-дефектологом. Микротоковая рефлексотерапия проводилась с применением прибора «МЭКС» (Регистрационное удостоверение № ФСР 2008/02226 от 24.04.2017г.). Всем пациентам проводилось исследование до и после окончания программы реабилитации: ЭЭГ и оценка состояния артикуляционного аппарата по методике Горшеневой С.В.

Результаты. По окончании программы реабилитации было отмечено достоверное уменьшение следующих показателей в группе, получавшей микротоковую рефлексотерапию: нарушение физиологических рефлексов на 63,6% ($p<0,05$), выраженность рефлексов орального автоматизма и оральных синкинезий снизилась на 50,0% ($p<0,05$), гипертония мышц артикуляционного аппарата на 54,2% ($p<0,05$), гиперсаливация на 61,5% ($p<0,05$), нарушение координации языка на 58,3% ($p<0,05$). Положительная динамика в контрольной группе по этим показателям была минимальна. При применении МТРТ отмечалась положительная динамика по данным электроэнцефалографии у 27% пациентов в виде формирования доминирующего альфа ритма в затылочных отведениях и появления бета ритма в передних отведениях, с

уменьшением представленности билатерально-синхронной медленно-волновой активности у 40% пациентов 1 группы.

Выводы. Для купирования псевдобульбарного синдрома и развития речевой функции у детей с ДЦП целесообразно комплексное применение микротоковой рефлексотерапии и логопедического массажа.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕСТА «ГНОМ» И BAYLEY-III ДЛЯ ОЦЕНКИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Гайнетдинова Д.Д., Новоселова А.А.

*Казанский государственный медицинский университет,
г. Казань, Республика Татарстан*

Актуальность. Широкая распространенность неврологических заболеваний – серьёзная проблема, решением которой могут стать новые скрининговые методы диагностики, позволяющие на ранних сроках выявить наличие патологии нервной системы и её тяжесть. Своевременная диагностика нарушений психомоторного развития детей раннего возраста сопряжена с недостаточной объективизацией методов оценки и зачастую вызывает определенную сложность у педиатров и неврологов амбулаторной сети. Валидные психодиагностические тесты для обследования детей от 0 до 12 мес могут помочь в решении этих задач.

Цель. Провести сравнительный анализ тестов "ГНОМ" и "Bayley-III" для выявления отклонений в нервно-психическом развитии детей до года, перенесших церебральную ишемию средней степени тяжести.

Материалы и методы. В исследование включены 28 детей от 3 до 11 мес., перенесших церебральную ишемию средней степени тяжести в неонатальном периоде: 11 девочек и 17 мальчиков. 11 малышей (39,3%) родились преждевременно. Тестом ГНОМ обследованы все дети, Bayley-III- 71,4%. Психодиагностический тест ГНОМ [Г.В.Козловская,1995] позволяет выявить общие и специфические нарушения на ранних этапах развития [Л.Д.Столяренко,2016]. Задания для выполнения выбираются соответственно паспортному возрасту. Шкала младенческого развития Bayley-III [N. Bayley, 2006] является «золотым стандартом» оценки развития нервной системы у детей с риском развития различных задержек в возрасте 1-42 мес. [L.Gower, 2019] и служит для вычисления индексов психического и психомоторного развития ребёнка. Задания выбираются соответственно корректированному возрасту.

Результаты. У всех детей последствия перенесенной церебральной ишемии проявлялись в виде пирамидного синдрома и синдрома задержки психомоторного развития средней степени тяжести. Распределение по итогам обследования детей тестом ГНОМ (n=28): в группу патологии нервной системы вошли 71% обследованных лиц, в группу риска 11%, в группу здоровых 18% детей. Распределение по результатам обследования тестом Bayley-III (n=20): отставание в моторном развитии диагностировано у 55% пациентов, отставание в психическом развитии у 30%, нормальное моторное развитие выявлено у 45% и нормальное психическое развитие - у 70% младенцев. В результате обследования по поведенческой шкале Bayley-III обнаружен не оптимальный результат у 30%, сомнительный результат у 15%, поведение в пределах нормы у 55% детей.

Выводы. Проведенное исследование показало чувствительность психодиагностического теста ГНОМ и шкалы младенческого развития Bayley- III в раннем выявлении нарушений моторного, психического и поведенческого формирования функций нервной системы у младенцев. Для применения теста «ГНОМ» не требуется особая подготовка, можно рассчитать фактический возраст ребёнка в месяцах, а среднее время обследования 1 ребёнка занимает не более 10 минут. В то же время, ГНОМ не может быть в полной мере объективным, поскольку учитывается не корректированный, а паспортный возраст, что для преждевременно родившихся детей не приемлемо. Работа с тестом Bayley-III требует предварительной подготовки, занимает в среднем на обследование 1 ребёнка около 20 минут, но в отличие от теста ГНОМ шкала Bayley-III позволяет провести развернутый анализ психомоторного развития и поведения младенца. Таким образом, в нашем исследовании проведенный сравнительный анализ теста ГНОМ и шкалы Bayley-III выявил большую чувствительность шкалы поведенческой и младенческого развития Bayley-III в оценке формирования возрастных навыков и умений, а также раннего выявления нарушений психомоторного развития у детей раннего возраста.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ОПОРЫ

Галкина Л.С.

РООИ ГРОССКО, г. Москва

Актуальность обусловлена увеличением инвалидизации детей в нашей стране. Большой процент детей имеет двигательные нарушения, выраженные в той или иной степени, диагноз ДЦП встречается все чаще. По данным Федеральной службы государственной статистики на 01.01.2018 г детей инвалидов до 18 лет в Российской Федерации – 655000, это 5,6 % от общего числа инвалидов. Данная тенденция дает толчок к развитию сферы физической реабилитации, возникновению новых методик и методов работы с двигательными нарушениями.

Целью нашей деятельности является освоение детьми двигательных навыков, которые улучшают качество их жизни и способствуют развитию самостоятельности и самообслуживания. Большинство современных методик разрабатывается без учета свойств и функций скелетной мускулатуры.

Материалы и методы. Методика, используемая в центре физической реабилитации ГРОССКО, базируется на глубоком изучении функционирования мышечной системы, ее особенностях, биомеханических свойствах, что позволяет формировать опороспособность и стойкие двигательные навыки у детей с двигательными нарушениями в значительно более короткие сроки. Для решения поставленных задач наличие специального оборудования, что снижает ее эффективность при применении в домашних условиях и необорудованных помещениях.

Результаты. Данные проведенных исследований позволяют сделать выводы о том, что применение физических упражнений с учетом их биомеханических свойств формирует устойчивую опороспособность у детей с двигательными нарушениями и ускоряет процесс формирования двигательных навыков, улучшающих качество жизни детей с ДЦП.

НАРУШЕНИЯ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Актуальность. Письменная речь- это один из видов речи, включающий в себя письмо и чтение. Письменная речь формируется на базе устной речи. Устная речь – первична. Если устная речь осуществляется в основном деятельностью рече-двигательного и рече-слухового анализаторов, то письменная речь, как считает Б.Г. Ананьев, «является не слухо-моторным, а зрительно-слухо-моторным образованием». Нарушения письменной речи у младших школьников в общеобразовательной школе проявляются при наличии у них отклонений в устной речи, чаще всего это дети с общим недоразвитием речи. Навык правильного письма основывается на владении принципами современной орфографии.

Материалы и методы. При обследовании детей младшего школьного возраста в НПЦ ДП, происходит комплексное изучение устной речи. Диагностируется звукопроизношение, звуковое восприятие, звуковой анализ и синтез, слоговая структура слов, лексико-грамматический строй речи, а также обследуются зрительно-пространственные отношения, общая и мелкая моторика, зрительная память, зрительно-моторная координация, внимание, латеральный профиль, сукцессивные способности. Полноценное обследование навыка письма проводится после того, как ребенок прошел весь букварь. У детей в 1 классе оцениваются условия готовности к обучению: устная речь, развитие памяти, внимания, мышления, восприятия. Целью диагностики является предупреждение нарушений письма и чтения. Непосредственно коррекция дисграфии проводится начиная со 2 класса. Исследование чтения важно проводить комплексно, в индивидуальном порядке. Обследуя навык чтения, специалисты учитывают скорость чтения, способ чтения, правильность чтения. Отмечаются специфические ошибки при чтении. Необходимо обратить внимание на паузы, постановку ударений, пропуски звуков, слогов или слов, замены, перестановки, отмечаются аграмматизмы, искажения слов, понимание прочитанного. Исследуется, доступно ли учащемуся понимание скрытого смысла.

Результаты. Понятие «принципы орфографии» обозначает закономерности, включающие в себя группу правил применяющихся к конкретным языковым явлениям. Дисграфия проявляется в стойких специфических ошибках, которые не проходят с возрастом. При дисграфии отмечается наличие достаточно большого количества ошибок в сильной позиции, которые носят стойкий характер, т.е. повторяются из работы в работу. Дисграфия может сочетаться с неречевой симптоматикой: неврологическими нарушениями, нарушением познавательной деятельности, восприятия, памяти, внимания. Дизорфография - стойкое специфическое нарушение усвоения орфографических знаний, умений и навыков и использования морфологического принципа орфографии, которое проявляется в разнообразных и многочисленных орфографических ошибках. Дети с дизорфографией делают много орфографических ошибок на письме, подчиняющихся морфологическому принципу написания. Чтение- очень важный навык для учебной деятельности. Для того чтобы научиться читать, ребенок должен зрительно воспринимать и узнавать буквы; соотнести букву со звуком; воспроизвести звукопроизносительный образ, т.е. прочитать; соотнести прочитанное со смыслом, в результате чего происходит понимание текста. Только при сохранности всех условий навык чтения формируется правильно. В остальных случаях возникает нарушение чтения: дислексия- частичное расстройство процесса овладения чтением.

Выводы. Специалисты, работающие с детьми младшего школьного возраста, должны знать и учитывать возрастные особенности в своей работе. При возникновении у ребенка трудностей в обучении, меры комплексного медицинского и коррекционного

воздействия разных специалистов дают высокие результаты в преодолении нарушений учебной деятельности.

ОЦЕНКА УРОВНЯ БЕЛКА S-100 КАК МАРКЕРА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Голубова Т.Ф.¹, Цукрова Л.А.², Власенко С.В.^{1,3}, Нуволи А.В.⁴, Масберг И.В.⁴, Еременко С.А.⁴, Шевцов А.О.⁴, Масберг И.И.⁴, Мавринчук Д.Н.⁴

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

²ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», г. Краснодар,

³ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий им. Е.П. Глинки» Минобороны РФ, г. Евпатория, республика Крым

⁴ООО ЛДЦ «Назарет» НПЦ Дельфинотерапии, РФ, г. Евпатория, республика Крым

Актуальность. Расстройства аутистического спектра (ПАС) рассматриваются как нарушение нейроразвития, подтвержденное нейрофизиологическими (наличие нарушений биоэлектрической активности клеток головного мозга), нейровизуализационными (наличие структурных нарушений мозжечка, височной доли, изменения объема белого и серого вещества), биохимическими исследованиями (нарушения нейротрансмиттерного синтеза, иммунологических факторов). Несмотря на то, что рядом нейровизуализационных исследований продемонстрировано наличие различных аномалий в структурах головного мозга, однако, неоднородность и неспецифичность этих нарушений не позволило соотнести их в качестве факторов, связанных с аутистическими расстройствами. В настоящее время диагностика перинатальных поражений нервной системы у детей базируется на большом количестве подходов и методов и все большее значение придается поиску биохимических маркеров повреждения нервной системы из которых достаточно большие клинические испытания проведены в определении нейроспецифических белков (НСБ), экспрессия которых актуальна при гипоксических поражениях головного мозга (нейронспецифическая енолаза (NSE), глиальный фибриллярный кислый протеин (GFAP), основной белок миелина (МВР) и белок астроцитарной глии S-100).

Целью исследования была оценка уровня белка S100B как маркера перинатальной патологии центральной нервной системы (ЦНС) у детей с ПАС.

Материалы и методы. Обследован 51 ребенок с ПАС (F84) в возрасте от 6 до 15 лет. Средний возраст обследованных составил $10,3 \pm 2,5$ лет, девочек было 13 (29%) и мальчиков – 32 (71%). Контрольную группу (КГ) составили 23 здоровых ребенка. Обследование включало подробный сбор анамнеза (в том числе использовались данные обследования МРТ головного мозга, сделанные по месту жительства), осмотр специалистами, оценку тяжести заболевания с помощью шкалы CARS (детская рейтинговая шкала аутизма) – сумме баллов от 30- 37 (мягкая или умеренная степень аутизма) соответствовало 28 (62,2%) детей и 37- 60 баллов (тяжелый аутизм) – 17 (37,8%) детей. Проведена оценка в сыворотке крови глиального белка S100B (до и после комплексов лечения). Статистический анализ данных проводили с использованием пакета программ STATISTICA v.6.0 (StatSoft Inc., USA).

Результаты. Содержание S100B у детей с аутизмом было достоверное выше в сравнении с КГ. Уровень S100B у детей с ПАС, имеющих аномалии развития структур головного мозга (данные МРТ) был достоверно выше в сравнении с КГ и с группой детей без признаков нарушения структур головного мозга. При тяжелом течении ПАС

показатели S100B были выше, а при средней степени тяжести значительно не отличались от КГ.

Выводы. У большинства детей с РАС имеются признаки напряженно функционирующих нейропртективных механизмов, а у детей с аномалиями развития структур головного мозга имеются признаки гипоксически-ишемического поражения головного мозга, приводящих к повреждению астроглии и нарушению гемато-энцефалического барьера. Полученные данные необходимо учитывать для подбора медикаментозного и реабилитационного (физических и преформированных факторов) лечения детей с РАС.

РОЛЬ ПЕДАГОГА- ДЕФЕКТОЛОГА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Гонтмакер А.В., Ефремова Л.В., Крупнова Е.В., Кривцова Л.В.

*ГБУЗ "Краевой детский центр медицинской реабилитации"
МЗ Краснодарского края, г. Краснодар*

Актуальность. В структуре общей детской инвалидности в Краснодарском крае болезни нервной системы много лет занимают второе ранговое место. Темп прироста инвалидности по данному классу болезней с 2014 по 2018 год, в расчёте на 10 тыс. населения соответствующего возраста, составляет 34,6%. Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает одно из ведущих мест среди инвалидизирующих заболеваний нервной системы, а значит, предполагает наличие большого числа детей-инвалидов, имеющих глубокие двигательные и речевые ограничения, сопровождаемые значительным снижением качества жизни. Это определяет медико-социальную значимость и актуальность проблемы комплексной реабилитации данной категории больных.

Цель. Изучить роль педагога- дефектолога в комплексной реабилитации детей с ДЦП.

Материалы и методы. Работа педагога-дефектолога в период курса комплексной реабилитации детей с ДЦП строится на основе рекомендаций врача- невролога и медицинского психолога, входящих в состав мультидисциплинарной бригады, с учетом неврологических и психологических особенностей больного ребенка. В процессе данного взаимодействия определяются потенциальные возможности пациента, вырабатывается общая программа реабилитации, прогнозируется конечный результат, в том числе, педагогических воздействий, определяется тактика и кратность занятий с педагогом-дефектологом.

Результаты. Педагог - дефектолог проводит полное обследование каждого ребенка с ДЦП на предмет особенностей его познавательного и социального развития, в процессе которого он определяет способности ребенка к обучению и игре, что помогает ему организовать работу с этим ребенком так, чтобы максимально скорректировать выявленные недостатки развития и повысить познавательную активность пациента. На индивидуальных занятиях дефектолог развивает основные виды памяти, внимания, восприятия, мышления, воображение, стимулирует развитие познавательной активности, формирует у ребёнка учебную мотивацию, совершенствует двигательные функции (общую и мелкую моторику), формирует элементарные графомоторные навыки, закрепляет основные понятия ребёнка об окружающем мире. Кроме занятий с пациентами учитель-дефектолог проводит консультирование их родителей (опекунов), во время которого они осваивают базовые приемы обучения своего ребенка в домашних условиях.

Выводы. Раннее начало, индивидуальный «маршрут» реабилитации, комплексный подход, непрерывность, преемственность, обучение членов семьи методам реабилитации

детей в домашних условиях- залог высокой эффективности реабилитационных мероприятий.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКУ С СИНДРОМОМ МЕБИУСА

Гонтмахер А.В., Белая Н.Н., Кокозова М.Ф., Кривцова Л.В.

*ГБУЗ "Краевой детский центр медицинской реабилитации"
МЗ Краснодарского края, г. Краснодар*

Актуальность. Синдром Мебиуса - врождённая аномалия лицевого нерва (VII пара) в сочетании с патологией отводящего (VI пара), языкоглоточного (IX пара), подъязычного (XII пара), реже - тройничного (V пара), предверно-улиткового (VIII пара) нервов. Распространённость патологии составляет 1 случай на 150 тыс. новорождённых. Гендерных различий по частоте встречаемости патологии нет. Известны наследственные и спорадические случаи болезни. К основным клиническим проявлениям синдрома Мебиуса относятся: отсутствие мимики, неполное смыкание глаз, нарушение сосания, глотания, артикуляции, возможны аномалии лицевого черепа, конечностей.

Цель. Показать эффективность проведения комплексной реабилитации у ребёнка с синдромом Мебиуса на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевой детский центр медицинской реабилитации» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее – ГБУЗ КДЦМР).

Материалы и методы. Представляем описание клинического случая и результаты проведение комплексной реабилитации ребёнку с синдромом Мебиуса.

Результаты. Пациентка Г. с диагнозом: синдромом Мебиуса впервые поступила в ГБУЗ КДЦМР для проведения комплексной реабилитации в возрасте 1года 4 мес. Неврологический статус при поступлении: лицо ребенка маскообразное, рот полуоткрыт, углы рта опущены, слюнотечение, сходящееся косоглазие, экспрессивная речь на уровне звукокомплексов. Девочке проведено 4 курса реабилитации на базе дневного стационара ГБУЗ КДЦМР, включающих в себя медикаментозное лечение (нейротрофическая терапия, сосудистые препараты, витамины группы В), логопедический массаж, физиотерапевтическое лечение. В возрасте 2-х лет ребёнку к лечению были добавлены: кинезиотейпирование и рефлексотерапия. Кинезиотейпирование проводилось в течение 28 дней по схеме «лицевого нерва», со сменой тейпов каждые 4 дня. В результате проведения нескольких курсов комплексной реабилитации у ребенка в состоянии здоровья отмечена стойкая положительная динамика: появились движения в мимической мускулатуре, уменьшилось слюнотечение, появилась фразовая речь, ребёнок самостоятельно пытается надувать пузыри.

Выводы. Залог высокой эффективности реабилитационных мероприятий- комплексный подход к реабилитации, участие в процессе восстановления мультидисциплинарной бригады специалистов, определение чётких целей реабилитации с учётом возраста ребёнка и его способностей, подбор специальных упражнений и методик, которые подходят конкретному ребенку, проведение всех реабилитационных мероприятий в форме игры, при этом необходимо, чтобы ребенок активно участвовал в этом процессе, а занятия по освоению новых навыков, развитию мотивации, осознанных волевых усилий были посильными, усложнялись постепенно и доставляли ребенку удовольствие.

РОЛЬ ВОЙТА- ТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ

НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, УГРОЖАЕМЫХ ПО РАЗВИТИЮ ДЦП

Гонтмахер А.В., Червонная О.Ю., Иванцова Е.В., Кривцова Л.В.

*ГБУЗ "Краевой детский центр медицинской реабилитации"
МЗ Краснодарского края, г. Краснодар*

Актуальность. Метод Войта-терапии - кинезиологический метод, основанный на использовании рефлекторных реакций пациента, возникающих при надавливании специалистом на определенные участки его тела. Такая ответная реакция происходит из-за восстановления поврежденных нервных путей головного и спинного мозга, отвечающих за данное движение. Путем постоянных тренировок рефлекторное движение закрепляется, и моторные функции пациента постепенно восстанавливаются. Клинический эффект: снижение мышечного тонуса, формирование двигательных навыков, соответствующих возрасту, препятствие формированию патологических типов двигательного акта, формирование нормальной биомеханике движения (контроль равновесия), формирование возрастного уровня статокинетического развития.

Цель. Оценить эффективность Войта-терапии у недоношенных детей, угрожаемых по формированию ДЦП, в системе комплексной реабилитации.

Материалы и методы. Реабилитация проводилась на базе ГБУЗ «Краевой детский центр медицинской реабилитации» министерства здравоохранения Краснодарского края. в течение 45 дней и включала в себя: медикаментозную терапию (нейротрофические препараты, витамины группы В, миорелаксанты), массаж, физиотерапевтическое лечение, кинезиотерапию. Обследованы и пролечены 57 детей от 3 месяцев до 1,5 лет, родившиеся на сроках гестации от 26 до 35 недели, с очень низкой и низкой массой тела. Все дети на момент поступления на лечение имели тяжелую задержку моторного развития, двигательные нарушения в форме спастических парезов конечностей. В течение всего срока абилитации с данными детьми проводились, в том числе, занятия по Войта-терапии, с кратностью 3-4 раза в день, при обязательном участии родителей. В работе использовались положения для формирования навыков поворота, ползания, формирования лабиринтно-установочного рефлекса, оптической реакции опоры, гашения позотонических рефлексов. Все дети ранее Войта-терапией не занимались. Для оценки результатов использовались следующие критерии: 1) реакция на тракцию; 2) реакция Ландау; 3) реакция аксиллярного подвешивания; 4) горизонтальная реакция по Войту; 5) реакция горизонтального подвешивания по Коллис.

Результаты. В результате проведенного лечения у 35 детей (61,4%) положительная динамика отмечалась уже к концу первого курса абилитации, в виде формирования новых двигательных навыков, снижения мышечной спастичности, гашения позо-тонических рефлексов. У 15 детей (26,3%) положительная динамика отмечалась через 1,5-2 месяца после проведенного курса абилитации (по данным повторных осмотров), при том, что занятия Войта-терапией проводились родителями в домашних условиях ежедневно, в течение этого периода.

Выводы. Применение Войта-терапии в системе комплексной абилитации в раннем возрасте у недоношенных детей приводит к значительному улучшению результатов лечения, что способствует снижению рисков развития ДЦП.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА ПОСЛЕ СОЧЕТАННОЙ ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Гонтмахер А.В., Червонная О.Ю., Черненко М.Р., Кривцова Л.В.

*ГБУЗ "Краевой детский центр медицинской реабилитации"
МЗ Краснодарского края, г. Краснодар*

Актуальность. Актуальность проблемы медико- социальной реабилитации больных с черепно-мозговой травмой связана с высокой распространностью данной патологии, неопределенностью медико-социального прогноза и необходимостью совершенствования и внедрения новых методов реабилитации.

Цель. Разбор клинического случая комплексной реабилитации ребенка после сочетанной открытой черепно-мозговой травмы, осложненной ишемическим инсультом в вертебро-базилярном бассейне.

Материалы и методы. Девочка, 4 г., поступила в психоневрологическое отделение ГБУЗ КДЦМР с жалобами на нарушение движений в правой руке, в левой половине лица, нарушение походки, нарушение речи, плохой сон, тревожность. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад на девочку во время представления в цирке набросился лев. Ребёнок был экстренно госпитализирован в детскую краевую клиническую больницу с диагнозом: Сочетанная ОЧМТ. Дырчатый вдавленный оскольчатый перелом затылочной кости справа. Перелом левого сосцевидного отростка. Ушиб головного мозга средней степени тяжести. Пневмоцефалия. Укушенно-ранная рана затылочной области справа. Рвано-ушибленная рана околоушно-жевательной области с дефектом ветви н/челюсти, повреждение околоушной слюнной железы и ветвей лицевого нерва. Рваная рана шеи, грудной клетки, надплечья слева. Частичный паралитический лагофтальм левого глаза. Ишемический инсульт в ВББ. Спустя полгода ребёнок попадает на реабилитацию в ГБУЗ КДЦМР, где мультидисциплинарная бригада специалистов центра определяет её 45 – дневный курс комплексной реабилитации в объеме: медикаментозная терапия, физиотерапия, массаж, кинезиотерапия (индивидуальные занятия), роботизированная механотерапия на тренажере «Мотомед», БОС-опорно-двигательный, кинезиотейпирование, рефлексотерапия, диетотерапия с дополнительным питанием (нутритивная поддержка), кислородные коктейли, кондуктивная стимуляция, индивидуальные занятия с психологом и логопедом.

Результаты. В результате проведенной реабилитации отмечалась стойкая положительная динамика: практически полностью восстановлена функция VII пары черепных нервов слева, снизился патологический мышечный тонус в правых конечностях (по шкале Эшвортса 16), улучшился паттерн ходьбы, улучшилась манипулятивная деятельность в правой руке, улучшилась артикуляция звуков, улучшилось психоэмоциональное состояние ребёнка.

Выводы. Поиск новых подходов и стратегий к улучшению качества реабилитации детей, перенесших черепно-мозговую травму, своевременно назначенная и проведённая индивидуальная комплексная программа реабилитации, сопровождение мультидисциплинарной бригады специалистов в течение всего срока реабилитации, позволили улучшить двигательные, когнитивные и речевые функции ребёнка, побороть страхи, повысить его психоэмоциональный фон и успешно социализироваться в обществе.

**СИНДРОМАЛЬНЫЕ И НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ФОРМЫ АУТИЗМА.
НЕЙРОБИОЛОГИЯ РАССТРОЙСТВ**

Горбачевская Н. Л.^{1,2}, Кобзова М.П.,¹ Салимова К. Р.², Даллада Н.В.¹

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

²Федеральный ресурсный центр по комплексному сопровождению детей с расстройствами аутистического спектра МГППУ, г.Москва

Актуальность. Расстройства спектра аутизма (ASD)- это пожизненные нарушения развития нервной системы, возникающие на самых ранних этапах онтогенеза. Они проявляются в трудностях вербальной и невербальной коммуникации, ограниченных повторяющихся моделях поведения или деятельности. Трудности коррекции этих расстройств обусловлены тем, что они нарушают основные врожденные программы человека - речевые и социальные. За последние годы отмечено существенное увеличение числа лиц, страдающих этим расстройством. В США 1 из 59 детей имеет это заболевание. Показатель одинаков во всех расовых, этнических и социально-экономических группах. Согласно исследованиям в Азии, Европе и Северной Америке - 1%- 2% обследованных детей имеют РАС. У мальчиков встречается примерно в 4 раза чаще, чем у девочек (1 из 38 мальчиков, 1 из 152 девочек). Патологические механизмы аутизма все еще неясны, но, по данным молекулярного кариотипирования с использованием микроматриц (ArrayCGH), у детей с аутизмом и умственной отсталостью в 88% случаев были выявлены различные аномалии и вариации генома (CNV), из которых больше половины были несбалансированными. (Юров И.Ю. и др. 2013). В литературе описано более 1100 генов, ассоциированных с РАС. Синдромальные формы РАС составляют не более 10-20%, однако, синдромы с одиночными генными мутациями и аутистическими симптомами значительно продвинули молекулярное и клеточное понимание расстройств спектра аутизма. Так было показано, что при синдроме Мартина- Белл нарушение функционирования одного лишь гена *FMR1*, приводящее к отсутствию белка *FMRP*, уже во втором триместре беременности приводит к нарушению контроля формирования нейронных сетей. Была получена информация о нарушении функционирования молекулярных механизмов, непосредственно участвующих в процессах, контролирующих синаптическую передачу. Предполагается, что такие генетические изменения приводят к дисбалансу возбуждения и торможения в определенных областях коры, что может быть основной причиной возникновения симптомов аутизма (Rubenstein, 2010). В настоящее время исследования проводятся на моделях животных с нокаутом определенных генов (КО) и на плюрипотентных стволовых клетках человека (hPSCs) (Telias, 2019), что позволяет подойти к пониманию патогенеза заболевания и найти общие механизмы нарушения функционирования нервной системы у человека и животных. Было показано, что стратегия iPSC может быть эффективно использована для моделирования идиопатических форм РАС. Оказалось, что нарушения экспрессии генов, идентифицированных в нейронах пациентов с РАС было связаны не только с РАС, но также с детской шизофренией, эпилепсией, СДВГ и биполярным расстройством, что согласуется с хорошо известными результатами исследований генов-кандидатов РАС, мутации в которых также обнаружены при других нарушениях нервно-психического развития. Такой подход обеспечит уникальное понимание клеточных и молекулярных основ РАС, особенно в сочетании с надежными данными клинического и психологического исследования пациента. Работа поддержана грантом РФФИ № 19-013-00750.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С ДЦП

Григорьева С. В.

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

Актуальность. «Все, что замалчивается в первом поколении, второе носит в своем теле» (Французаза Дальто). В силу органических нарушений, дети, страдающие ДЦП, становятся абсолютно зависимы от своих мам. Поэтому высока значимость изучения этих абсолютно зависимых отношений.

Цель. Предупреждение патологий развития.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 154 семьи, из них 102 семьи, дети в которых больны ДЦП, и 52 семьи, воспитывающих здоровых детей. Используя диагностическую батарею, мы сделали акцент на отношениях в диаде «женщина и ее мать». Изучали специфику семейных отношений и структуру семьи до 3-го поколения, качество привязанности в семье, подростковый период и особенности сепарации от собственной матери, готовность к материнству, период беременности и отношение к ребенку в послеродовом периоде, психологические защиты.

Результаты. Выяснилось, что часто мама ребенка с ДЦП (МДЦП) "застревает" в своих отношениях с собственной матерью, пытается заслужить мамино одобрение. На недовольстве мамой своей дочерью держится эта связь: дочь бесконечно стремится угодить, а мать остается недовольной и критикующей. Мы обнаружили, что имеет место профиль личности женщин, склонных родить нездорового ребенка. У мам в группе ДЦП достоверно меньше ответов о том, что их мамы играли с ними ($r = -0,26741$) и о том, что они в детстве чувствовали помочь своих мам ($r = 0,144516$). Мамам (МДЦП) в детстве снилось больше кошмарных снов, чем мамам здоровых детей (ЗД), таким образом, внутреннее напряжение у девочек, которые потом родили больных детей, больше. Мамы (МДЦП) достоверно меньше играли в детстве в динамичные игры, чем мамы (ЗД) ($r = 0,213683$). Девочки были послушны, «не прыгали», любили игры с куклами, возможно проявляя послушность для мамы. В настоящее время, имея с детства нелюбовь к подвижным играм, иногда мамы бессознательно игнорируют двигательную активность (требуя, чтобы ребенок занимался ЛФК самостоятельно), а предлагая занятия ЛФК отдельно для мамы, мы поможем укрепить структуру личности матери и улучшить реабилитацию ребенка. Достоверно меньше ответов о том, что в детстве мамы (МДЦП) смотрели на младенца ($r = -0,222222$), но они больше кормили их. И теперь взгляд в глаза ребенка осуществляется редко. В период материнства женщин (МДЦП) достоверно меньше ответов – «стала понимать эмоциональное состояние собственного ребенка сразу» ($r = -0,203460$), и большинство из них ответили: "тяжело". Временная ориентация МДЦП преимущественно направлена в прошлое. Преодолеть страх отвержения, женщины смогут тогда, когда осознают свое право на полярные эмоции к своей маме, к своему ребенку и право на инициативу, которое ими было отвергнуто для сохранения отношений со своей мамой. Не случайно, в прошлом, женщина шла жить в семью мужа, обеспечивая естественную сепарацию от мамы.

Выводы. В традиционной медицине главным и иногда единственным объектом (а не субъектом) является не мама, а больной ребенок. Итак, лечению подвергается не столько причина, сколько следствие.

ФОРМИРОВАНИЕ ОПОРОСПОСОБНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Гросс Н.А., Шарова Т.Л.

ФГБУ ФНЦ Всероссийский научно-исследовательский институт физической культуры, г. Москва

Актуальность. При принятии вертикального положения увеличивается нагрузка на стопы. Поэтому от правильного развития стоп зависит способность ребенка сохранять

вертикальную устойчивость в любой двигательной ситуации. У детей с двигательными нарушениями наблюдаются выраженные изменения стоп из-за отсутствия необходимых возрастных физических нагрузок. Если вовремя не сформировать свод стопы, то положения костей и суставов, связочный аппарат деформируется, в результате чего не формируется опороспособность и статокинетическая устойчивость и способность нормального передвижения.

Цель. Определение опорной функции стопы у детей с ДЦП при принятии вертикального положения.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 95 детей с диагнозом детский церебральный паралич. Исследовалась площадь опоры (в кв. см и в %) на переднюю и заднюю часть стопы при принятии вертикального положения с помощью системного компьютерного анализатора стопы «Pad professional», где определялось распределение нагрузки на подошвенную поверхность стопы и смещение вертикальной проекции центра тяжести на горизонтальную плоскость опоры. Рассматривались следующие параметры: 1. нагрузка на каждую конечность в положении стоя; 2. нагрузка на передний и задний отделы стопы; 3. площадь опоры стопы; 4. среднее давление стопой на опору; 5. максимальное давление стопой на опору.

Результаты. Исследования показали, что у детей с ДЦП сгибательная позиция стопы формирует эквинус переднего отдела стопы, наибольшая площадь опоры приходится на левый носок ноги, в среднем 15 см^2 , что составляет 57,75% от всей площади стопы, а на правый носок площадь нагрузки на стопу составляет $14,4 \text{ см}^2$, что соответствует 56,06% всей площади правой стопы. Нагрузка на передний отдел стопы увеличивает отклонение пятки наружу, которое приводит к существенному возрастанию соотношения нагрузки на носок и к деформации стопы, что имеет место при эквино-вальгусной стопе. У 22% детей наблюдается отвисание или разболтанность стопы (эквинус), что является одним из компонентов общей сложной деформации стопы. У ряда детей при принятии вертикального положения давление на опору приходилось на одну точку стопы и составляло на левой ноге 2,81 кг/кв. см и 2,50 кг/кв. см, что тоже не дает возможности удерживать тело в пространстве, а у 12% вообще отсутствовала опороспособность.

Выводы. Анализ результатов исследования показал, что у детей с диагнозом ДЦП наблюдается наименьшая площадь опоры, но давление на кг/кв. см. при маленькой опороспособности высокое, причем при увеличении площади опоры на переднюю часть стопы самое высокое давление приходится на внутренний край стопы под головкой 1-ой плюсневой кости. У 30% детей наблюдается плоско-вальгусные деформации стопы. Между нагрузкой на передний отдел стопы и пяткой выявлена нелинейная зависимость, что является следствием пареза или паралича мышц разгибателей стопы, а также результатом приспособления к ходьбе на укороченной конечности (компенсаторный эквинус). При вертикальном положении происходит изменение упругости сводов стоп и не возвращение их в нормальное положение, что приводит к постепенной потере рессорности стопы, утрате силы и тонуса мышц, в результате чего страдает способность нормального передвижения. В связи с проблемами в удержании равновесия детьми – инвалидами определение особенностей сохранения опороспособности является необходимым для совершенствования методов коррекции в реабилитационных занятиях.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗВИТИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ - ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ КУРСА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ АКТИВНЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ

Гросс Н.А., Шарова Т.Л., Молоканов А.В.

**ФГБУ ФНЦ Всероссийский научно-исследовательский институт
физической культуры, г. Москва**

Актуальность. При проведении реабилитационных занятий с детьми-инвалидами особое значение приобретает контроль их эффективности для оценки правильности выбранного направления в работе и проведения коррекции программы.

Цель. Оценка результатов развития двигательных возможностей детей-инвалидов после проведенного курса реабилитационных занятий активными физическими упражнениями.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 50 детей-инвалидов обоего пола в возрасте от 2 до 17 лет. Программа состояла из 16 индивидуальных занятий активными физическими упражнениями, проводимыми три раза в неделю. Для оценки результатов динамических изменений двигательных возможностей в начале и конце курса занятий проводилось педагогическое тестирование, в которое вошло 141 упражнение. Оценка результатов проводилась по бальной системе: - 0 баллов – не выполняет совсем; - 1 балл – попытка выполнить с помощью инструктора или в «Тренажере Гросса»; - 2 балла – выполняет с помощью инструктора или в «Тренажере Гросса»; - 3 балла – попытка выполнить самостоятельно; - 4 балла – выполняет самостоятельно.

Результаты. В результате проведенных занятий 50 детей-инвалидов смогли научиться выполнять физические упражнения полностью или частично, общее количество которых составило 141. Дети, которые ранее вели малоподвижный образ жизни, научились выполнять 55 разных упражнений в ходьбе, что составило 39,1% от их общего количества. Для удержания позы стоя и сидя было освоено 25 упражнений или 17,7%. На развитие баланса и координации – 18 упражнений (12,7%) Для развития мелкой моторики рук - 11 упражнений, что составило 7,8%. На удержание головы – 7 упражнений (5%). 25 упражнений были направлены на обучение катанию на велосипеде и самокате, а также на оценку адаптации к физической нагрузке и развитие концентрации внимания на занятиях. Это составило 17,7%. Дети, относящиеся к 1 группе GMFCS, умеющие самостоятельно передвигаться, смогли научиться выполнять 38 упражнений из общего количества в 141. Дети 2 уровня, которые могли передвигаться с ограничениями, - 27 упражнений. Дети 3 уровня, которые могли передвигаться с использованием дополнительных приспособлений, - 21 упражнение. Дети 4 уровня, которые могли самостоятельно сидеть, но не могли передвигаться, - 29 упражнений. Дети 5 уровня, которые были неспособны поменять положение тела, - 26 упражнений.

Выводы. 1) Дети-инвалиды, имеющие разную степень сложности заболевания, могут заниматься активными физическими упражнениями и успешно осваивать необходимые двигательные навыки, 2) Дети-инвалиды обладают большими потенциальными возможностями, заложенными в их организме, которые требуют своей реализации, 3) Методы оценки двигательных возможностей могут успешно применяться при проведении реабилитационных занятий, 4) Тестирование двигательных возможностей позволяет вовремя контролировать и вовремя корректировать проведение занятий, что повышает эффективность реабилитации.

**ГИДРОКИНЕЗИОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С
НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ №1 Г.УЛЬЯНОВСКА**

Губарева Т.Г.

ГУЗ Детская специализированная психоневрологическая больница №1,

Актуальность. В связи с ростом количества детей с двигательными нарушениями при неврологической и ортопедической патологии гидрокинезиотерапии уделяется все большее внимание как рациональному методу реабилитации восстановления нарушенных функций.

Цель. Оценить эффективность метода у детей с двигательными расстройствами, а также влияния грудничкового плавания на дальнейшее физическое и психоэмоциональное развитие ребенка.

Материалы и методы.

- лечебная гимнастика в воде (учитывается нозологическая форма, период заболевания, возраст, степень физической подготовки, умение держаться на воде; используются активные и пассивные упражнения на различной глубине с отягощением, в упоре о стенку бассейна, с предметами, упражнения на расслабление/ растяжение, ходьба в воде и дыхательные упражнения);
- лечебное плавание (проводится поэтапно в соответствии с возрастом ребенка, первичной двигательной подготовки, владению навыками плавания);
- грудничковое плавание (уникальный способ физического и психоэмоционального развития детей, полезное, закаливающее и оздоровительное действие на ребенка в 3 этапа: в ванной с 3-4 нед.? малый бассейн - с 3 мес., большой детский бассейн – с 3-4 мес. до 3 лет.);
- подводный массаж (гидромассаж).

Результаты. Снижение гипертонуса в сгибателях рук, ног- 100%; увеличение объема движения в суставах на 2-3 градуса-50%; улучшение координации движений и опороспособности-65%; улучшение психоэмоционального тонуса, повышение мотивации к реабилитации; рост желающих заниматься грудничковым плаванием.

Выводы. Применение гидрокинезиотерапии в программе реабилитации неврологических больных (ДЦП) снижает выраженность двигательных нарушений и тяжесть инвалидизации у больных, значительно повышает возможность социальной адаптации. Гидрокинезиотерапия – один из эффективных методов закаливания, физического воспитания ребенка и реабилитации больных.

РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С СОПУТСТВУЮЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Гусманов Р.М., Петракова И.В., Желнова О.Л., Кусакина Е.Н.

ГКУ ЦССВ «Южное Бутово» ДТСЗН г. Москвы

Актуальность. Изучение сочетания расстройств поведения у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) с сопутствующими нарушениями интеллектуального развития имеют большую практическую и теоретическую значимость.

Цель. Изучить встречаемость расстройств поведения у детей с детским церебральным параличом с сопутствующими нарушениями интеллектуального развития.

Материалы и методы. В исследование были отобраны 53 ребенка в возрасте от 7 до 17 лет (мальчики – 39 (73,6%), девочки – 14 (26,4%), находящиеся на пребывании в ЦССВ «Южное Бутово», с диагнозом детский церебральный паралич (по МКБ-10: G80), с сопутствующими нарушениями интеллектуального развития.

Результаты. У 16 детей (30,2%) наблюдались клинически значимые расстройства поведения, которые проявлялись в виде частых и длительных эпизодов психомоторных

возбуждений и аутоагрессивного поведения, требующие психофармакологической коррекции со стороны психиатра. Детям данной группы в качестве психофармакологической терапии назначались нейролептики в оптимальных дозировках с учетом соматоневрологического статуса детей, а также принципа рациональности терапии. В изучаемой группе нарушения интеллектуального развития были представлены в виде: умственная отсталость в умеренной степени (по МКБ-10: F71) - 5 (31,3%), тяжелая степень умственной отсталости (по МКБ-10: F72) - 10 (62,5%), глубокая умственная отсталость (по МКБ-10: F73) - 1 (6,2%).

Выводы. У детей с детским церебральным параличом с сопутствующими нарушениями интеллектуального развития часто встречаются клинически значимые расстройства поведения (психомоторные возбуждения и аутоагрессивные тенденции), требующие психофармакологической коррекции. Выявлена корреляция между степенью выраженности интеллектуального дефекта у детей с детским церебральным параличом и учащением встречаемости у них расстройств поведения (преобладают дети с более выраженными нарушениями интеллектуального развития).

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПРИ СИНДРОМЕ МАРТИНА- БЕЛЛ

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

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

Актуальность. Синдром Мартина- Белл представляет собой наследственное заболевание, наиболее частую причину умственной отсталости у лиц мужского пола, а также наиболее часто встречающуюся моногенную форму аутизма. По различным данным 30% детей с синдромом МБ удовлетворяют всем критериям для постановки диагноза аутизм, у многих (до 60%) имеются те или иные нарушения, которые позволяют отнести их к группе РАС (Zafeiriou *et al.*, 2013). Они могут проявляться в различной степени и обычно включают стереотипные движения рук (хлопки в ладоши, взмахи руками- «крыльышки»), трудности установления зрительного контакта, гиперчувствительность к сенсорным стимулам, трудности коммуникации и социального взаимодействия. Помимо этого, могут наблюдаться тревожные расстройства, связанные с социальными ситуациями, гиперактивность, импульсивность, агрессивное поведение. Важно отметить, что до 90% мальчиков демонстрируют хотя бы один из аутистических признаков (Haggarman, 2002).

Целью работы является изучение выраженности аутистической симптоматики у лиц с синдромом Мартина-Белл в различных возрастных периодах.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 61 человек (55 лиц мужского пола и 6 участниц женского пола) с подтвержденным генетическим диагнозом «Синдром Мартина-Белл» в возрасте от 2 лет 3 месяцев до 34 лет 1 месяца. Были выделены 5 групп испытуемых согласно их хронологическому возрасту на основании общепринятой медицинской классификации: от 1 до 3 лет (10 чел.), от 4 до 7 лет (18 чел.), от 8 до 12 лет (17 чел.), от 13 до 16 лет (8 чел.) и от 17 лет и старше (8 чел.). Проводилась психологическая диагностика с помощью методик SCQ (социально-коммуникативный опросник), CARS-2 (рейтинговая шкала детского аутизма), Проводилась статистическая обработка данных: дисперсионный анализ, корреляционный анализ.

Результаты. Корреляция баллов SCQ с возрастом выявила тенденцию к увеличению симптоматики аутизма в группе 8-12 лет и затем ее снижение в старшем возрасте. В группе 8-12 лет наблюдаются достоверно более высокие баллы по сравнению с группами 4-7 лет и 13-17 лет и максимальные по сравнению с другими возрастными группами. По

CARS-2 также наблюдается тенденция к снижению аутистических проявлений в самой старшей возрастной группе 18-35 лет. В возрасте 4-7 лет они либо незначительно снижаются, либо не изменяются. Показатели когнитивного развития снижены (NVI от 46 до 67), наибольшее значение невербального интеллекта наблюдается в группе 4-7 лет (66,7), которое, тем не менее, значительно ниже возрастной нормы. В старших возрастных группах наблюдается тенденция к снижению невербального интеллекта.

Выводы. Аутистические проявления у детей с синдромом Мартина-Белл достоверно выше в возрастном диапазоне 8-12 лет по сравнению с другими возрастными диапазонами. Интеллектуальные нарушения сохраняются на всех исследованных возрастных диапазонах. Работа поддержана грантом РФФИ 19-013-00750

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ПРИЕМА ПИЩИ У ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ РАЗВИТИЯ

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. К навыкам приема пищи относятся процессы сосания, глотания, жевания. Дети обладают врожденным рефлексом сосания, который при нормальном развитии начинает формироваться у плода уже на 22 неделе беременности. Главными причинами нарушения сосательного рефлекса у новорожденных являются: парезы лицевых нервов, родовые травмы спинного мозга, глубокая недоношенность, тяжелые соматические состояния, гипоксии во время вынашивания или родов, вызвавшей поражение ЦНС, умственная отсталость. Особенno следует отметить ослабление мускулатуры, отвечающей за жевание, мышцы языка и рта (уздечка языка короткая и неэластичная); привычка к дыханию через рот из-за постоянной заложенности носа. В более редких случаях причинами снижения сосательного рефлекса могут быть ОРВИ, ОРЗ, стоматит и другие вирусные заболевания. Механизмы проглатывания жидкой и твердой пищи отличаются друг от друга. Это необходимо учитывать при формировании навыков приема пищи. Глотание – сложный, координированный рефлекторный акт, обеспечивающий продвижение пищи из полости рта в желудок. При глотании сокращения мышц языка, мягкого неба, глотки, непосредственно проталкивающие пищевой комок, сочетаются и дополняются сокращением мышц и смещением хрящей гортани, защищающих дыхательные пути от попадания в них пищи. Жевательный рефлекс очень важен для развития ребёнка. Этот навык влияет на процесс пищеварения и на внешность. Благодаря жеванию пищи, различной по консистенции, развивается артикуляционный аппарат, тренируются мышцы рта и губ, укрепляются челюстные мышцы, что непосредственно влияет на развитие детской речи. Протёртая пища, не требующая работы многих мускулов ротовой полости, не стимулирует развитие речи ребёнка. Мышцы языка не развиваются, что препятствует формированию правильного произношения звуков речи.

Результаты. Учить малыша жевать нужно постепенно – резкий переход с жидкой пищи на твёрдую может стать причиной стресса и отказа от незнакомой еды. Условно этапы формирования рефлекса можно разделить на три возрастные категории: 6–12 месяцев, от 1 до 2 лет, с 2 лет и далее. Навыки приема пищи должны формироваться своевременно, в более поздние сроки эта работа требует больших усилий со стороны ребенка и взрослого. Необходимо использовать пищевые продукты, вызывающие у малыша положительное отношение к еде. Практические рекомендации (из опыта работы) по освоению детьми приема пищи:

1. Активизация работы мышц языка и преодоления рвотного рефлекса. Эффективно использование щадящего массажа; параллельно с массажем полезно проводить

артикуляционную гимнастику. Непосредственное формирование навыков сосания, жевания и глотания с использованием различных практических приемов

2. Преодоление боязни попадания в рот твердой пищи.
3. Постепенный переход от протертой пищи к «кусочкам»
4. Стимуляция желания есть твердую пищу по подражанию.

Результатом вовремя закрепленного жевательного рефлекса являются крепкие зубки, сбалансированная работа ЖКТ, четкая артикуляция, полноценное психическое развитие.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МРТ У ДЕТЕЙ С ДЦП

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Для пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) проведение магнитно-резонансной (МРТ) и компьютерной томографии (КТ) в большинстве случаев возможно только в условиях общей анестезии. Основными задачами, которые приходится решать специалистам при анестезиологическом обеспечении МРТ и РКТ являются: 1. Выключение сознания (седация или общая анестезия) и обеспечение неподвижности исследуемого, 2. Контроль и поддержание жизненно важных функций во время исследования и после его окончания, 3. Профилактика и терапия осложнений анестезиологического пособия.

Материалы и методы. В исследование были включены 1180 детей с диагнозом ДЦП в возрасте от 6 месяцев до 18 лет с оценкой физического статуса по ASA I - III с диагнозом детский церебральный паралич по классификации GMFCS - II-V функциональных классов. В основном детям проводилось обследование одной анатомической области, в большинстве случаев головного мозга (80% всех обследований). Для выключения сознания использовался севофлуран.

Результаты. Севофлуран использовался как в видеmonoанестезии, так и в комбинации с внутривенным введением пропофола. Для снижения уровня стресса от предстоящей индукции в анестезию у детей используется премедикация мидазоламом. Однако парентеральный путь введения (внутривенный, внутримышечный) является болезненным для ребёнка и сам по себе вызывает выраженную негативную реакцию. Поэтому мы применяем альтернативный - интраназальный путь введения, который по эффективности и скорости достижения эффекта сопоставим с парентеральным.

Выходы.

1. Проведение МРТ и РКТ у детей с церебральным параличом в большинстве случаев возможно только в условиях общей анестезии.

2. Ингаляционная анестезия севофлураном остаётся «золотым стандартом» анестезии в амбулаторных условиях у детей за счёт управляемости, быстрой индукции и пробуждения, стабильной гемодинамики. Однако, с применением севофлурана сопряжено с более высоким риск развития синдрома посленаркозной ажитации – до 80%. Это доставляет выраженный дискомфорт для пациентов и их родителей и становится причиной негативной оценки качественно проведённой анестезии.

3. Предложенная тактика анестезии комбинацией интраназального введения мидазолама, ингаляцией севофлурана и внутривенной инфузии пропофола за 8-10 минут до окончания обследования позволяет достоверно снизить риск развития посленаркозной

ажитации и обеспечить детям спокойную индукцию в анестезию, что значительно повышает уровень комфорта для пациентов.

ПРЕОДОЛЕНИЕ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У БОЛЬНЫХ ДЦП

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Рядом исследований было выявлено, что боль - это рутинный опыт для пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП). Боль высокой степени интенсивности испытывают от 67% до 84% больных. В свою очередь вмешательства, используемые чтобы улучшить двигательную функцию, изменить деформации, уменьшить боль и улучшить качество жизни, могут фактически вызывать усугублять боль и усиливать дискомфорт впоследствии. Однако основная причина боли – это результат спастического сокращения мышц. Боль плохо контролируется и трудно поддаётся лечению. Имеются лишь ограниченные исследования, направленные на преодоление боли, возникающей из-за спазмов мышц. В свою очередь многие современные варианты лечения, направленные на то, чтобы повысить функциональные способности пациентов с ДЦП не были протестированы на предмет их влияния на боль. Количество потенциальных причин боли у детей с ДЦП поражает. Практически каждый аспект жизни и лечения таких пациентов может быть связан с болью. Мы не говорим об таких очевидных причинах как хирургическое лечение и ортопедия, они практически всегда сопровождаются болью. Но есть моменты, когда мы забываем о том, что наши действия могут приносить боль. Например, частые анализы крови и внутримышечные инъекции. Сложно подсчитать сколько раз пациенту с тяжёлой неврологической патологией за весь период от рождения до 18 лет делаются эти инвазивные процедуры. Желудочно-кишечные проблемы также зачастую остаются за пределами видимости медицинского персонала, а гастроэзофагеальный рефлюкс и рвота это довольно болезненные состояния. Процедуры ЛФК, направленные на разработку диапазона движений вызывают у таких детей боль.

Материалы и методы. На современном этапе имеются разнообразные шкалы, позволяющие довольно точно оценить боль, как у вербальных, так и у невербальных пациентов. Исследование, связанное с состоянием здоровья у детей с церебральным параличом показало, что родительская информация о болевых переживаниях ребёнка или медицинские отчёты могут не точно отражать опыт ребёнка, переживающего боль. Обширное исследование, проведённое в 2015 году, выявило что, из 52 шкал оценки хронической боли только 7 подходят для оценки хронической боли у детей с церебральным параличом. Ни одна шкала не валидна у детей с ЦП и пока нет надёжных инструментов для всеобъемлющей оценки детей с ограниченными вербальными возможностями, страдающих хронической болью.

Результаты. Итак, какие же существуют на данный момент пути решения проблемы управления боли у пациентов с церебральным параличом. Это:

1. Терапия острой боли во время хирургического лечения и инвазивных процедур
2. Управление спастичностью мышц
3. Лечение хронической боли

Управление острой болью во время инвазивных процедур и хирургического лечения начинается с создания комфорта для пациента. Это присутствие близкого человека во время индукции анестезии, замена внутримышечных инъекций альтернативными способами введения препараторов. Также избежать острой боли во время инъекций и болезненных манипуляций на коже помогает использование крема с местноанестезирующим действием. Во время операции, несомненно, детям с

церебральным параличом требуется адекватная анестезиологическая защита. Длительное время только общая анестезия была доступна у этой категории пациентов и она зачастую была ассоциирована с множеством недостатков и осложнение. Регионарные методы обезболивание значительное время были в тени из-за относительных противопоказаний, которые встречались в различных источниках. Чем лечить острую и хроническую боль, если не использовать регионарную анестезию. К сожалению, педиатрическим специалистам мало доступен тот огромный ассортимент анальгетиков и их адьювантов, которым располагают врачи, работающие со взрослым населением. Возрастные ограничения на современные анальгетики имеются во всех странах. Детям из ненаркотических анальгетиков доступны ибупрофен, ацетаминофен, немесулид, метамизол. Согласно регламентирующему документа в РФ для обезболивания у детей доступны морфин, тримеперидин (п/к, в/м, в/в, эпидурально) и фентанил с 1 года только в/м и в/в. Из разряда хороших новостей – с 2017 года в России пластырь с фентанилом приказом Минздрава разрешён у детей с 2-х лет и значительно упростился процесс списывания использованного. Однако всё ещё недостаточно пероральных форм опиоидов.

Выводы. Необходимы дополнительные исследования для разработки инструментов, позволяющих точно оценить боль у детей со спастическим параличом на всех уровнях GMFCS. Это также поможет всем детям с тяжёлой неврологической патологией иметь точную оценку хронической боли и ограничить боль, которая мешает им в повседневной жизни. Также, исходя из понимания, что боль у пациентов со спастическими состояниями всегда носит хронический нейропатический характер подход к вопросу обезболивания у таких пациентов должен быть комплексным и включать не только фармакологические методы, но и немедикаментозные средства.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Дозорцева Н.Н., Казерова Е.В., Осипова К.В.

*ГБУЗ НПЦ специализированной медицинской помощи детям имени
В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы*

Актуальность. Эпилепсия - это одно из наиболее распространенных заболеваний в мире. В России общая распространенность эпилепсии составляет 243 человека на 100 тыс. населения, а общее количество зарегистрированных больных в нашей стране около 400 тыс. человек, из которых 35 процентов – дети до 18 лет. Такие дети имеют сопутствующие заболевания, в т.ч. двигательные нарушения, а также особенности психо-интеллектуального и речевого развития, что требует проведения реабилитационных мероприятий, с учётом их основного заболевания.

Цель. Показать особенности реабилитации детей с пароксизмальными состояниями различного генеза на базе Отделения психоневрологии "Научно-практического центра специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы".

Материалы и методы. Видео-ЭЭГ мониторинг, нейровизуализация, ЛФК, массаж, аппаратная терапия, и др. виды кинезитерапии, психологическая и логопедическая реабилитация.

Результаты. На базе Отделения психоневрологии нашего центра, созданы условия для дифференциальной диагностики, коррекции и реабилитации пароксизмальных состояний у детей.

Выводы. Анализ работы отделения в течение 3-х лет показывает, что для того чтобы соответствовать постоянно растущим, предъявляемым к медсёстрам детского

психоневрологического отделения требованиям, необходимо постоянно совершенствовать навыки работы, повышать квалификацию, овладевать смежными специальностями. При выполнении функциональных обязанностей, помимо навыков общего ухода и выполнения обычных процедур, медсестре психоневрологического отделения необходимы знания об особенностях течения его заболевания. Эти знания нужны для адекватного выполнения работы медсестры.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЭТИОЛОГИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА МЕДИЦИНСКУЮ И СОЦИАЛЬНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ

Евтушенко С.К., Евтушенко О.С.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, г. Донецк, ДНР

Актуальность. На первом месте по инвалидности у детей в течение последних 20 лет стоит церебральный паралич, а ведь уточнение этиологии и его различных форм влияет на продолжительность, объем, рациональность, эффективность и продолжительность медицинской и социальной реабилитации.

Цель. На основе проведенного многолетнего клинического, МРТ, и генетического мониторинга – уточнить этиологию церебрального паралича и модифицировать методы его медицинской и социальной реабилитации.

Материалы и методы. Проведен 15-летний клинический, МРТ и генетический мониторинг 100 детей с церебральным параличом (мальчиков – 61, девочек - 49, в возрасте от 2-х до 18 лет) с различными формами и различной степенью тяжести (двойная гемипаретическая – 48 чел., атонически-астатическая – 24 чел., гемипаретическая – 18 чел., диплегическая – 10 чел.). По данным МРТ у 35% больных выявлены врожденные аномалии развития головного мозга (фокальная корковая дисплазия – 10 чел., лисэнцефалия – 8 чел., агенезия мозолистого тела – 8 чел., порэнцефалия – 7 чел.). Из них сочетанные аномалии развития сосудов головного мозга выявлены у 23% детей. У 35% обнаружены различные гипоксически-ишемические очаги субкортикальной и перивентрикулярной лейкомалии (как проявление интранатального ОНМК). У 36% больных данные МРТ оказались в пределах возрастной нормы!

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

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Евтушенко С.К., Москаленко М.А., Прохорова Л.М.

Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Понимание особенностей начальных проявлений рассеянного склероза (РС) у детей необходимо для своевременной диагностики и начала терапии.

Цель. Изучить начальные клинические проявления РС у детей, имитирующие другие заболевания.

Материалы и методы. 82 ребенка с достоверным РС (критерии W.J.McDonald, 2010 г.) в возрасте от 10 до 17 лет, находившихся под нашим наблюдением: 49 детей (59,8 %) с моносимптомным и 33 ребенка (40,2 %) с полисимптомным дебютом.

Результаты. У 8 детей (16,3 %) с моносимптомными проявлениями РС демиелинизирующее заболевание не было заподозрено до госпитализации в РДКБ: 2 ребенка с онемением конечностей за медицинской помощью не обращались в связи с быстрым восстановлением чувствительности; у 1 ребенка онемение было расценено как сенситивный джексоновский приступ; 2 пациентам со снижением остроты зрения был установлен диагноз «Начальная миопия»; у 1 ребенка кратковременная задержка мочи была расценена как функциональное нарушение; 1 пациент со снижением слуха наблюдался сурдологом с диагнозом «Нейросенсорная тугоухость»; 1 ребенок с прозопарезом получал лечение по месту жительства с диагнозом «Острая невропатия лицевого нерва». У 4 детей (12,1 %) с полисимптомными проявлениями в дебюте РС диагностирован не был: у 2 пациентов отмечалась головная боль с головокружением, шаткостью, периодическими «пятнами» перед глазами (диагноз «Вертебробазилярная недостаточность»); у 1 ребенка была шаткость при ходьбе, гнусавость голоса, нарушение мимики, слабость в правых конечностях (по месту жительства он получал лечение по поводу энцефалита), 1 ребенок с кратковременным головокружением, шаткостью, онемением правой руки наблюдался по поводу транзиторной ишемической атаки. У всех этих детей диагноз РС был установлен в центре демиелинизирующих заболеваний РДКБ во время следующего обострения.

Выводы. Таким образом, сложность диагностики РС у детей отмечалась в 16,3% случаев при моносимптомном дебюте заболевания и в 12,1 % – при полисимптомном.

КЛИНИКО-РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕБЮТА ДОСТОВЕРНОГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ

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

Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Знание клинической картины дебюта рассеянного склероза (РС) у детей и результатов нейровизуализации необходимо для ранней диагностики, своевременного начала лечения и предотвращения ранней инвалидизации пациентов.

Цель. Изучить клинические проявления и данные магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного и спинного мозга в дебюте РС у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов клинического обследования и МРТ в дебюте заболевания у 82 детей с достоверным РС (критерии W.J.McDonald, 2010 г.) находившихся под нашим наблюдением.

Результаты. Возраст начала заболевания: до 12 лет – 10 детей (12,2 %), 12-14 лет – 19 (23,2 %), 15-17 лет – 53 (64,6 %). Моносимптомное начало РС – 49 детей (59,8%): онемение в конечностях – 14 детей (28,6 %), снижение зрения – 16 (32,7 %), слабость в конечностях – 7 (14,3 %), глазодвигательные нарушения с диплопией – 5 (10,2 %), атаксия – 2 (4,1 %), асимметрия лица – 2, головная боль – 1 (2,1 %), затруднение мочеиспускания – 1, снижение слуха – 1 пациент. МРТ: множественные очаги демиелинизации в головном и спинном мозге – 42 больных (85,7 %), один очаг – 6 (12,2 %), не выявлено очагов в 1 случае (2,1 %). Полисимптомный дебют – 33 ребенка (40,2 %): у всех детей была атаксия в

различных сочетаниях с парезами конечностей, сенситивными расстройствами, ретробульбарным невритом, глазодвигательными нарушениями, дизартрией, тазовыми и когнитивными расстройствами. МРТ: множественные очаги в головном и спинном мозге – 28 больных (84,8 %), один очаг – 3 (9,1 %), нет очагов – 2 (6,1%).

Выходы. Преимущественно дебют РС отмечался после 15 лет (64,6 %). Моносимптомное начало у детей отмечалось чаще, чем полисимптомное (59,8 % и 40,2%, соответственно). Наиболее частыми проявлениями моносимптомного дебюта были сенситивные нарушения (28,6 %) и снижение зрения (32,7 %). При полисимптомном дебюте РС в структуре неврологических нарушений преобладала атаксия и парезы. В дебюте РС у 85,4 % больных МРТ выявлены множественные очаги демиелинизации, у 10,9 % – 1 очаг, не выявлено очагов в 3,7 % случаев.

АКТУАЛЬНОСТЬ ОЦЕНКИ И КОРРЕКЦИИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Завьялова А.Н.

ФГБОУ ВО СПБГПМУ, г. Санкт Петербург

Актуальность. Нарушения питания могут приводить к различным структурно-функциональным изменениям в организме и, как следствие этого, к нарушениям метаболизма, гомеостаза и его адаптационных резервов. У детей с церебральным параличом в зависимости от двигательной активности выявлены различные нарушения нутритивного статуса (НС). Чем меньше двигательная активность, тем более выражены отклонения в НС. Дети, способные самостоятельно передвигаться, реже демонстрируют нарушения жевания и глотания, и соответственно реже имеют отклонения НС.

Цель. Оценить НС детей с ДЦП, V уровне двигательной активности, возможности коррекции.

Материалы и методы. Проведена оценка НС по антропометрии, с использованием специальных центильных таблиц (с учетом двигательной активности) и биоимпедансометрии у 463 детей с ДЦП. Наиболее тяжелые случаи (62 ребенка из 3-х регионов страны), с отрицательной или плоской динамикой в весе выделили в отдельную 1 группу, для проведения коррекции питания и дотации смесями для энтерального питания на основе полуэлементного белка, содержащую среднецепочечные триглицериды с добавлением пищевых волокон. Диетическую коррекцию дети получали в течение 3-х месяцев.

Результаты. В зависимости от региона проживания и практик кормления лежачих детей с ДЦП, тяжелая степень белково-энергетической недостаточности (БЭН) выявлена у 30 - 37% детей, средняя степень 10% детей и легкая степень у 20%. За время наблюдения на 1 этапе (3 мес) в группе детей со специализированной диетической коррекцией, прибавка в весе в среднем составила 730 г, в отличии от предыдущего квартала (0 - 50 г). Окружность плеча, окружность запястья увеличились. Переносимость смеси удовлетворительная, случаи отказа от смеси, срыгивания, диареи – не отмечались.

Выходы. Тяжелая и среднетяжелая степень БЭН чаще диагностируется у детей с V уровне двигательной активности, находящихся на общем протертом столе. Нормализация НС: по данным антропометрии: вес, рост, индекс массы тела, и биоимпедансометрии произошла после 3-х месяцев с момента перевода на смесь на основе полуэлементного белка, содержащую среднецепочечные триглицериды с добавлением пищевых волокон.

ТРАВМЫ ПЕРЕФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ НА ПРИМЕРЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Зайко О.А., Тураджян Л.В., Асташов В.В., Смолина С.А., Волкова А.А., Являнская О.О

ФГАО ВО Российской Университет Дружбы Народов, г. Москва

Актуальность. В основе патогенеза развития осложнения при травмах является развитие гипоксии, пусковым механизмом которой являются болевой синдром, отеки, вследствие нарушения лимфатического и венозных дренажей, с последующим развитием оксидативного стресса, сопровождающего накопление продуктов перекисного окисления липидов, и повреждения мембранных структур клеток.

Цель исследования заключается в определении оптимальных манипуляций в процессе различных этапов оказания медицинской помощи и анализе вариантов реабилитации при травмах плечевого сплетения для избегания осложнений или увеличения сроков лечения.

Материалы и методы. Проведено изучение данных пациентки, получившей вследствие ДТП компрессионный перелом позвонков D3, D5 с повреждением дисков, разрыв плечевого сплетения, моноплегию левой руки с потерей всех видов чувствительности, монопарез с гипотрофией мышц правой руки, деформацию шеи сколиоз вправо 36 град., отрыв корешков C5-6, C6-7, C7-Th1, Th1-2 слева и C5-6, C6-7 справа, наличие симптома фантомной руки с выраженным болевым синдромом. Были проведены МРТ плеча и шеи и МСКТ плеча.

Результаты. При оказании первой помощи используются иммобилизация и охлаждение поврежденной области. При оказании оперативной помощи были удалены костные осколки, поврежденные мягкотканые структуры с последующим сшиванием периферических нервов. Для восстановления проводимости нервного импульса в пораженной конечности использование межреберных нервов не представилось возможным вследствие их повреждения при травме. В послеоперационном периоде длительное время в области повреждения сохранялся отек, оказывающий локальное воздействие на периферические нервы. Мероприятия направленные на борьбу с отеком были не эффективными, что в последующем оказалось отрицательное воздействие на проводимость нервного импульса. В раннем послеоперационном периоде были проведены мероприятия с использованием медикаментозных и физических методов воздействия. Аппаратные мероприятия для восстановления проводимости нервного импульса чрезкожная стимуляция электрическим нервом (TENS), стимуляция интерференционного тока и/или электрическая стимуляция. Нейромодуляция компенсаторно-восстановительных процессов в нервно-мышечном комплексе легла в основу разработанной программы реабилитации данной пациентки и позволила оптимизировать нейрохирургические (невролиз, аутонейропластику и невротизацию) и ортопедические (тендомиопластика, артродез плеча и лопатки, артродез лучезапястного сустава) операции.

Выводы. Первая помощь при повреждении плечевого сплетения должна быть направлена на восстановление анатомических структур в области поражения, борьба с отеком, при операции необходимо профилактировать возникновение посттравматических рубцов, нарушающих кровоснабжение, венозные и лимфатические дренажи. В раннем послеоперационном периоде функциональное восстановление поврежденного участка, что также является средством уменьшения гипоксии в области поражения.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ. ДАННЫЕ РЕГИСТРА СРУП- ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Змановская В.А.¹, Левитина Е.В.², Бунькова С.А.¹, Данков Д.М.¹, Буторина М.Н.¹,
Ушакова С.А.², Рахманина О.А.²

¹ГАУЗ ТО «Детский психоневрологический лечебно-реабилитационный центр «Надежда», г. Тюмень, Тюменская область,

²Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Тюмень Тюменская область

Актуальность. Источником эпидемиологических данных являются регистры детей с ДЦП, которые основываются на конкретно поставленных целях сбора информации, четким определении критериев включения и исключения и требующие от специалистов определенных навыков на основании четко разработанного алгоритма действий.

Цель. Изучить эпидемиологические характеристики популяции детей с ДЦП Тюменской области в части клинических проявлений и вторичных ортопедических проблем.

Материалы и методы. На 01 января 2014 года на территории Юга Тюменской области зарегистрировано 858 детей с ДЦП от 0 до 18 лет. 685 детей (80% от общего числа детей с ДЦП) были зарегистрированы в период января 2014 года по декабрь 2016 года на базе ГАУЗ ТО «ДПН РЛЦ «Надежда».

Результаты. Средний возраст детей с ДЦП составил $10,2 \pm 9,7$ месяцев. 58% (394) были мальчики, 288 (42%) - девочки. Большинство отцов и матерей на момент рождения ребенка были старше 20 лет. 58% детей - участников родились недоношенными. Большинство родителей (68%) указывали, что состояние их детей было связано с перинатальными причинами, такими как, гипоксия во время родов; 21% упомянули о перенесенной инфекции или рентгеновском облучении во время беременности, 11% сообщили о постнатальных причинах, таких как натальная травма шейного отдела позвоночника во время родов. Большинство детей - 78% (534 ребенка) имели спастические формы церебрального паралича, 4% (27 детей) - дискинетические формы, 3% (20 детей) атаксические формы, 15% (105 детей) - смешанные формы ДЦП. Половина детей с ДЦП - 50% (342 ребенка) были с IV и V GMFCS, указав на серьезное ограничение в передвижении; каждый третий ребенок - 31% (148 детей) имел I и II MACS, что указывает на хорошие способности функции руки; 51% (304 ребенка) имел IV и V CFCS, что указывает на ограниченные коммуникативные способности. Самостоятельный прием пищи был не безопасен у 148 детей (37% детей) с ДЦП с EDACS IV-V. 28% (190 детей) имели нормальные показатели индекса Реймерса менее 33%, 29% (210 детей) имели этот показатель от 33% до 40% и 43% (285 детей) – индекс миграции более 40%. Среди детей с GMFCS I не было ни одного случая смещения бедра. Смещение бедра зарегистрировано у детей с ДЦП с GMFCS II – у 13 детей (17%), с GMFCS III – у 28 детей (27%), с GMFCS IV – у 65 детей (51%), с GMFCS V - у 122 детей (70%).

Выводы. СРУП – Тюменская область стала инструментом сбора информации структуры и функции организма, активности и участия, а также контекстуальных факторов модели Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. Информация и знания, полученные через СРУП – Тюменская область, стали квалификационным реестром детей с ДЦП в части демографических характеристик, истории рождения, факторов риска развития заболевания, клинических форм церебрального паралича, в том числе по GMFCS, MACS, CFCS, EDACS.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ФАКТОРА ТРАНСКРИПЦИИ ОЛИГОДЕНДРОЦИТОВ
И ЕГО СВЯЗЬ С РАЗВИТИЕМ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Зыков В.П., Чебаненко Н.В.

ФГБОУ ДПО Российской медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Многообразие клинической картины церебрального паралича (ЦП) и синдромальный принцип классификации определяют массу неясностей и неопределенностей в диагностике состояний данной группы. Мультифакториальность лежащих в основе поражений головного мозга очевидна. Накопленный к настоящему времени объем информации не позволяет исключить роль и значимость таких факторов как нарушения нейрональной миграции, так и непосредственного воздействия острой асфиксии в родах на нормально сформированный в процессе беременности плод и роль инфекционных поражений головного мозга. Как один из патогенетических факторов справедливо рассматривается генетическая детерминированность фенотипа заболевания.

Цель. Анализ исследований роли полиморфизма гена фактора транскрипции олигодендроцитов и его связь с развитием ЦП.

Материалы и методы. Поиск англоязычных статей, отражающих результаты исследований роли полиморфизма гена фактора транскрипции олигодендроцитов и его связь с развитием ЦП был проведен по международным базам данных: OMIM, pubmed, scopus, eLibrary.ru. Критерии включения: полнотекстовые статьи на английском языке; клинические наблюдения; оригинальные исследования. Публикации анализировались за 2010-2019гг.

Результаты. Фактор транскрипции олигодендроцитов (*OLIG2*) представляет собой белок, который экспрессируется в клетках олигодендроцитов головного мозга и участвует в восстановлении нейрона после поражения. При исследовании гена, регулирующего его экспрессию, у 763-х детей с ЦП и 738 здоровых обнаружена связь SNP rs6517135 с ЦП ($p=0,044$) на уровне генотипа. Она была существенно усиlena у детей грудного возраста, перенесших гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, с $p=0,003$ ($OR = 0,558$) на уровне аллеля и $p=0,007$ на уровне генотипа, что указывает на связанную с риском роль Т-аллеля SNP rs6517135 в условиях гипоксически-ишемического поражения ЦНС. Гаплотип CTTG для rs6517135-rs1005573-rs6517137-rs9653711 в *OLIG2* также был достоверно связан с развитием картины ЦП у детей, перенесших гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, ($p=0,01$, $OR=0,521$). Авторы делают вывод о возможности использования данных о полиморфизме *OLIG2* как о факторе риска развития ЦП при перинатальных гипоксически-ишемических поражениях мозга и индивидуальном планировании лечения и выхаживания детей данной группы. Целесообразен послеродовый скрининг детей с перенесенными гипоксически-ишемическими поражениями ЦНС по данному признаку. В эксперименте на мышах определены три типа реакции глии на повреждение мозговой ткани – репарация мозговой ткани без глиальной реакции, региональный глиоз и реактивный глиоз при глубоком экспериментальном некрозе, причем выраженность этих изменений в различном гестационном возрасте была различной, что указывает на то, что реактивность глии нарастает по завершении процессов нейрональной миграции. На участие глии в формировании гипоксически-ишемического поражения головного мозга косвенно указывают данные Leaw et al., 2017, которые при изучении в эксперименте влияния клоногенных клеток амниотического эпителия на развитие поражения головного мозга в качестве положительно оцениваемого фактора отметили снижение выраженности апоптотических изменений в коре и стриатуме, представленность и распределение астроцитов. Работа Benterud T. et al., 2018, делает очевидным мнение о задействованности в формировании гипоксически-ишемического поражения ЦНС не только нейронов корковой и подкорковой локализации, но и клеток мозжечка: экспериментальные работы на новорожденных детенышах свиней показали информативность измерения

протеолитической активности в ядрах клеток Пуркинье мозжечка и значимость скорости накопления мутаций в митохондриальной ДНК как показателей, отражающих течение нейропротекторных механизмов в ЦНС после воздействия фактора экспериментальной гипоксии-ишемии.

Выводы. Исследования в данном направлении продолжаются, расширяя наши представления о многообразных механизмах взаимодействия в классической и кажущейся простой цепочке «ген-фермент-признак». Прослеживается параллельная вовлеченность отдельных генов, как в формирование инфекционного процесса, так и в реализацию патогенетических схем гипоксически-ишемической природы. В данном случае представлена модель развития клинической картины ЦП, реализуемая посредством полиморфизмов генов, регулирующих активность регулирующих же белков. То есть речь идет не о прямом повреждающем воздействии, а о воздействии, угнетающем процессы reparации, «включающиеся» в ответ на поражение мозга.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПОДАЛЬНОГО И ПОСТУРАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Иванов Е.Г.

Ортопедические центры «Поступь», г. Мытищи, Московская область

Актуальность. Междисциплинарный диалог невропатолога и ортопеда представляет собой актуальную проблему детской и подростковой медицины. Особенности походки, осанки, установки стоп на опорную поверхность, тонусно-силовые характеристики мышц, выявляемые на физикальном осмотре, особенности родового анамнеза заставляют в ряде случаев задуматься о неврологических аспектах функциональных мышечных стато-динамических дефицитов.

Цель. Выяснить в рамках врачебно-консультативного приема (с 2011 по 2018 гг. принято пациентов в возрасте от 2 до 16 лет 3024 человек) причины обращения за помощью (основные жалобы – нарушения походки, осанки, плоскостопие, боли в области голеностопов и т.п.).

Материалы и методы. Использовался тщательный сбор анамнеза, включая родовой и раннего детства, физикальный осмотр в объеме по возрасту и текущему физическому развитию пациента, подиатрический осмотр (включая плантоскопию), мануальное мышечное тестирование (в зависимости от возраста пациента) в условиях изометрической преднагрузки в статической позиции и в имитации гетеролатерального двигательного стереотипа стоя, сидя, лежа, определение положения реперных точек костных ориентиров регионов тела.

Результаты. Выявлено:

- Разной степени выраженности функциональное укорочение камбаловидной мышцы и мышц, относящихся к группе сгибателей коленного сустава приводящее к развитию гравитационной перегрузки переднего отдела стоп (особенно в области первого плюснефалангового сочленения и в области вершины арки поперечного свода стопы) с формированием раннего поперечного плоскостопия, перерастяжение поперечной головки аддуктора большого пальца стопы и подвыших сесамовидных костей; в анамнезе у подавляющего большинства детей синдром «ходьбы на цыпочках».

- Нарушение этапности вертикализации ребенка (отсутствие фазы ползания, ранняя вертикализация и снижение возможности полноценной реализации гетеролатерального стереотипа движения, отсутствие должной последовательности фаз опорной ходьбы); признаки неполного угасания рефлексов симметричного и асимметричного шейных тонических рефлексов, Галанта.

- Отсутствие должной функциональной латерализации полушарий головного мозга, влияющее на возможность полноценной реализации гетеролатерального стереотипа движения проявляющееся в гомолатеральной походке, своеобразной моторной «дебильности», амбидекстрии, а также долго не угасающий нижний хватательный рефлекс, мешающий начальной опорной ходьбе; функциональные 2-х дужные сколиозы при отсутствии костной разницы в длине ног; функциональные блоки межфасеточных суставов комплекса С0-С1-С2 по данным КЛКТ.

- У подавляющего большинства детей и подростков (2346 чел.) в анамнезе были выявлены: клинический или анатомически узкий таз у матери, затяжные или стремительные роды, преждевременное отхождение вод, преждевременная отслойка плаценты, обвитие пуповиной, неправильные предлежания плода, хроническая или острая гипоксия плода.

Выводы. Представляется, что за исключением пороков развития, многие нарушения опорно-двигательного аппарата у детей и подростков с функциональным акцентом на подальный и постуральный дефицит в основе своей имеют неврологический характер (связанный чаще с перинатальной гипоксией) и лишь со временем (при отсутствииенной должностной настороженности) превращаются в собственно ортопедические.

ИЗМЕНЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ МОЛЕКУЛЫ КЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ ALCAM У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ГИПОКСИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС

Ильенко Л.И., Албагачиева Д.И., Сахарова Е.С., Тарасова О.В.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Цель. Изучение изменения сывороточной концентрации молекулы клеточной адгезии ALCAM и ее роли в патогенезе гипоксического перинатального поражения ЦНС у новорожденных.

Материалы и методы. Обследовано 75 детей с гестационным возрастом от 25 до 42 недель. Дети разделены на 4 группы по результатам нейросонографии: I группа: на НСГ не отмечалось изменений (30 детей); II группа: перивентрикулярная лейкомалация (15 детей); III группа: внутрижелудочковые кровоизлияния (15 детей); IV группа: сочетание внутрижелудочкового кровоизлияния и перивентрикулярной лейкомалации (15 детей), контрольная группа (20 здоровых новорожденных). Все новорожденные имели признаки тяжелого перинатального гипоксического поражения ЦНС и находились в отделении реанимации. Основными клиническими проявлениями были: угнетение ЦНС (68 новорожденных), судороги (25 детей), кома (4 ребенка). Определение сывороточного уровня ALCAM проводилось с помощью тест-систем, в возрасте 1-2, 5-7 и 12-14 суток жизни. Нормальные значения для ALCAM 0,013-0,06 мкг/л.

Результаты. Нами было выявлено, что максимальные значения ALCAM у всех обследованных детей, были в первые 48 часов жизни, затем отмечалось снижение ко второй неделе. У новорожденных I группы средние значения при первой пробе составляли 1,2 +/- 0,4 мкг/л. Ко 2-ой неделе снижались до 0,7 +/- 0,35 мкг/л. У детей со структурными изменениями на НСГ не было отмечено достоверной разницы в показателях (по методу Манна-Уитни): средние значения ALCAM при 1-й пробе составляли 3,76 +/- 1,3 мкг/л; к 5-7-м суткам жизни 2,3 +/- 0,8 мкг/л, а к 14-м суткам - 1,9 +/- 0,65 мкг/л. Максимальные показатели сывороточного уровня ALCAM были отмечены в первые 48 часов жизни у новорожденных с летальным исходом: от 3,8 до 4,88 мкг/л.

Выводы. Изменение тканей под влиянием острой гипоксии головного мозга на фоне хронической внутриутробной гипоксии у новорожденных приводит к усилению

адгезивности лейкоцитов к эндотелию микрососудов. Повышение уровня ALCAM также подтверждает участие воспалительных механизмов в формировании ВЖК и ПВЛ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЕЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО (BDNF) И ВАСКУЛОЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО (VEGF) ФАКТОРОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Ильенко Л.И., Албагачиева Д.И., Сахарова Е.С., Тарасова О.В.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Цель. Изучение изменения сывороточной концентрации BDNF и VEGF у новорожденных различного гестационного возраста с тяжелым поражением ЦНС.

Материалы и методы. Обследовано 90 детей с гестационным возрастом от 25 до 37 недель с тяжелым поражением ЦНС, масса тела при рождении от 890г до 4630г. Дети были разделены на две группы: 1-я – новорожденные, у которых на НСГ не было выявлено структурной патологии, однако отмечалась клиническая картина тяжелого гипоксически-ишемического поражения ЦНС, 2- я- с внутрижелудочковыми кровоизлияниями (ВЖК) различной степени и перивентрикулярной лейкомалиией (ПВЛ), а так же сочетание ВЖК и ПВЛ. Нормальные значения сывороточной концентрации BDNF от 1,0 до 3,9 мкг/л, VEGF – 122-337 мкг/л.

Результаты. Концентрация BDNF в сыворотке крови изменялась в зависимости от характера поражения мозга. У новорожденных 1-й группы в 1-е сутки повышался в 1,5-2 раза по сравнению с нормой, затем снижался до нормальных величин. У детей с ВЖК резко возрастают показатели нейротрофина в первые сутки жизни до 44,8 мкг/л, у детей с ПВЛ– снижаются до 0,01 мкг/л. При анализе динамики VEGF у новорожденных с тяжелым ишемическим поражением, отмечалось резкое снижение VEGF от 264-337 мкг/л в первые сутки, до 0-13 мкг/л к 21-28-м суткам. Крайне низкие уровни отмечались у новорожденных с летальным исходом. У новорожденных с ПВЛ отмечались начальные уровни 30-55 мкг/л, но были пациенты, у которых отмечалась концентрация от 0 до 5 мкг/л. При развитии ВЖК к 7-м суткам наблюдалось снижение уровня VEGF, а к 28-м суткам – постепенное повышение до нормальных значений. При благоприятном течении заболевания у всех новорожденных отмечалось значительное увеличение сывороточного уровня VEGF до 475-655 мкг/л, что свидетельствует об активном ангиогенезе у таких пациентов.

Выводы. Увеличение в динамике сывороточного уровня VEGF позволяет компенсировать неблагоприятные последствия тяжелой внутриутробной гипоксии и острой асфиксии плода.

ПРЕ- И ПОСТНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КРИТИЧЕСКИХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА, КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ, НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ИСХОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Казанцев К.Б., Свалов А.И., Александрова О.И., Бодров Д.А., Гончарова Д.А.

ГБУЗ СО «СОКБ№1», отделение детской кардиохирургии,

Актуальность. Ранняя и точная пре- и постнатальная диагностика критических врожденных пороков сердце, а так же коморбидных состояний позволяет выполнить оперативное лечение в короткие сроки после рождения ребенка, снизить количество осложнений и летальность, улучшить отдаленный прогноз и качество жизни пациентов.

Цель. Продемонстрировать на примере Свердловской области результаты пре- и постнатальной диагностики, подготовки пациентов к операции, результаты оперативного лечения критических пороков сердца.

Материалы и методы. В свердловской области ежегодно рождается около 42-44 тысяч детей, из них около 380-400 имеют гемодинамически значимые пороки сердца, на долю критических пороков сердца приходится 80-120 случаев. Доля пренатально установленных диагнозов достигает 80%, при этом все дети с пренатально выявленным врожденным пороком сердца рождаются в специализированном перенатальном центре, где получают необходимый объем медицинской помощи по стабилизации критического состояния, диагностику порока и коморбидных состояний в первые часы жизни. Принятие решения о необходимости и срочности оперативного лечения порока сердца принимается в максимально ранние сроки, интервал от момента рождения до начала операции составляет от 8 часов до нескольких недель, в зависимости от многих параметров. Основные коморбидные состояния, имеющие значение для хирургии критических ВПС: срок гестации и масса ребенка к моменту операции, необходимость устраниния критических пороков желудочно-кишечного тракта и легких к моменту коррекции ВПС (атрезия пищевода, ануса, диафрагмальная грыжа, гастроэзофагеальный рефлюкс и т.д.), генетические синдромы, внутримозговые кровоизлияния тяжелой степени и последствия тяжелой гипоксии. Так, до 15% детей с критическими ВПС имеют другие врожденные пороки и аномалии развития, и до 25% инфекционный фон. Одной из важной проблем критических ВПС является тесная связь развития центральной нервной и кровеносной систем. Так, такие пороки сердца, как коарктация аорты, прерванная дуга аорты, общий артериальный ствол, синдром гипоплазии левых отделов сердца сочетаются в большинстве случаев с аномалиями развития головного мозга. Это сочетание влечет за собой наличие до коррекции порока сердца или в послеоперационном периоде неврологических осложнений.

Результаты. За период с 2014 по 2018 год в Свердловской области оперировано 421 пациентов с критическими врожденными пороками сердца в неонатальном периоде с летальностью 8,5% (36) и неврологическими осложнениями в 3,5% (15), преморбидный отягощающий фон был у 35%, аномалии развития головного мозга у 3,5%, аномалии ЖКТ и легких у 7,5%, неблагоприятный инфекционный фон у 20%. 18% (78) пациентов имели массу до операции менее 2800 граммов, Пренатально диагноз был установлен у 345 пациентов.

Выводы. Ранняя и точная диагностика критических врожденных пороков сердца и коморбидных состояний позволяет провести родоразрешение таких пациентов в специализированном перинатальном центре, в короткие сроки после рождения ребенка стабилизировать его состояние и выполнить хирургическую коррекцию для устраниния критического врожденного порока сердца с хорошим результатом.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Калмыкова Г.В.¹, Чефранова Ж.Ю.¹, Балакирева Е.А.¹, Полянская К.В.¹, Зубова К.О.²

¹ Кафедра нервных болезней и восстановительной медицины медицинского института НИУ БелГУ, г. Белгород, Белгородская область

² ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», г. Белгород, Белгородская область

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) – социально значимое заболевание, которое оказывает влияние на когнитивные и физические возможности ребенка. ДЦП встречается с частотой 1,7-7 случаев на 1000 детей до года. В России - 2,5-6 случаев на 1000 детей. Степень адаптации ребенка в обществе будет определять его дальнейшее полноценное развитие, качество жизни, возможный потенциал компенсации имеющихся особенностей развития.

Цель. Определить особенности адаптации детей с ДЦП; закономерности успешной адаптации в зависимости от формы и течения заболевания. Выявить проблемы, с которыми сталкиваются семьи детей с ДЦП, определить пути решения проблемы.

Материалы и методы. Нами составлены анкеты- опросники. Проведено анкетирование 50 семей, имеющих детей с ДЦП и 40 семей, имеющих здоровых детей. Проводилось наблюдение детей с ДЦП в неврологическом отделении ОГБУЗ «ДОКБ» и поликлиниках г. Белгород и области.

Результаты. На основании проведенного исследования выявлены следующие закономерности: средний возраст матерей, детей с ДЦП 20-25 лет или же старше 40. Чем благоприятнее обстановка внутри семьи, тем более адаптирован и полноценен ребенок. 60-70% семей имеют только одного родителя. Семьи, проживающие в городе более образованы в вопросах адаптации и более заинтересованы в правильном ее проведении. Примерно у 30—50 % людей с ДЦП наблюдается нарушение интеллекта. 25 % инвалидов с последствиями ДЦП страдают эпилептическим припадками (синдромом). Чем обширнее очаг поражения, тем выше вероятность появление эпилептических приступов, что приводит к усугублению течения ДЦП. 15% инвалидов с ДЦП имеют признаки аутизма. Среди недоношенных детей частота ДЦП составляет 1%. У новорожденных с массой тела менее 1500 г распространённость ДЦП увеличивается до 5-15%, а при экстремально низкой массе тела — до 25-30%. Многоплодная беременность повышает риск развития ДЦП: частота ДЦП при одноплодной беременности составляет 0,2%, при двойне - 1,5%, при тройне - 8,0%, при многоплодной беременности - 43%.

Выводы. Создание обучающих курсов для детей и родителей и преподавателей по работе с детьми, имеющие особенности развития. Разработка программ по реабилитации и адаптации в зависимости от формы и тяжести ДЦП. Создание доступной и достоверной информационной среды для детей и родителей. Повышение социальных выплат. Создание в регионах безопасной среды для этих граждан. Улучшение социальной поддержки (льготы, ИПР) Создание в детских садах и школах групп и классов совместного обучения здоровых детей и детей с ограниченными возможностями (например, по системе Монтесори).

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И СОСТАВ ТЕЛА В ДИАГНОСТИКЕ НУТРИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Камалова А.А.¹, Рахмаева Р.Ф.¹, Аюпова В.А.², Першикова И.М.², Закирова О.В.²

¹ Казанский государственный медицинский университет,
г. Казань, республика Татарстан

² ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница»,
г. Казань, республика Татарстан

Актуальность. Дети с детским церебральным параличом (ДЦП) находятся в зоне высокого риска по развитию нутритивных нарушений. Оценка физического развития и компонентного состава тела являются ведущими этапами в диагностике и коррекции нарушений нутритивного статуса.

Цель. Выявить особенности физического развития и состава тела у детей с детским церебральным параличом в зависимости от двигательных возможностей.

Материалы и методы. Изучены антропометрические показатели (масса, рост, индекс массы тела, толщина кожных складок над трицепсом и лопаткой), особенности физического развития в зависимости от двигательных возможностей у 67 детей с ДЦП по шкале оценки Gross Motor Function Classification System, состав тела методом биоэлектрического импеданса. В группу исследования включены «домашние» дети, находящиеся на питании reg os. Для оценки антропометрических показателей использовались программы WHO Anthro и WHO AnthroPlus.

Результаты. Распределение по уровням GMFCS было следующим – GMFCS-I 23 чел. (34,3%), GMFCS-II 16 чел. (23,9%), GMFCS-III 7 чел. (10,4%), GMFCS-IV 17 чел. (25,4%), GMFCS-V 4 чел. (6%). Средний возраст детей составил 8,5 лет. Средние значения Z-score антропометрических показателей составили: -0,92 для веса (SD 0,75), -1,01 (SD 1,21) для роста, -0,68 (SD 1,31) для ИМТ. Анализ антропометрических показателей выявил белковую энергетическую недостаточность различной степени выраженности и избыток массы тела у 37/67 чел: среди детей с GMFCS-I - 8/23 чел. (34,7%), среди детей с GMFCS-II – 10/16 чел. (62,5%), с GMFCS-III – 5/7 чел. (71,42%), у 11/17 детей с GMFCS-IV – (64,7%) и у 3/4 детей с GMFCS-V (75%). Кроме того, нутритивные нарушения выявлены дополнительно у 24/30 детей (35,8%) с нормальными показателями физического развития, но нарушенным составом тела.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности нутритивных нарушений у детей с ДЦП (91%), 55,2% из которых диагностированы на основании показателей физического развития. При этом более трети (35,8%) выявленных нарушений установлены с помощью биоимпедансометрии. Необходимо отметить, что по мере нарастания тяжести двигательных ограничений (GMFCS-I→GMFCS-V), частота выявления нутритивных нарушений увеличивается. Таким образом, наряду с проведением антропометрии, у детей с ДЦП целесообразно определение компонентного состава тела для детальной оценки нутритивного статуса и назначения грамотной нутритивной коррекции.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА У ДЕТЕЙ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Кессель А.Е., Щедеркина И.О., Кузьмина, Е.В., Хачатуров Ю.А., Петряйкина Е.Е.

ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков, г. Москва

Актуальность. Инсульт входит в 10 основных причин смертности для лиц в возрасте от 1 до 44 лет. Ишемический инсульт (ИИ) является инвалидизирующей патологией, тяжесть неврологического и когнитивного дефицита нарастает при повторных инсултах. Артериальный ИИ может рецидивировать у 6%–37% пациентов детского возраста, при этом риск возрастает в первые 6 месяцев после первого эпизода. Факторы риска для рецидива включают наличие сосудистой патологии, тромбофилии, а также их комбинации. Васкулопатии увеличивали риск повторного инсульта только на фоне гиперлипопротеинемии и дефицита протеина С.

Цель. Оценить частоту и факторы риска развития повторных эпизодов ишемии у детей, перенесших ИИ.

Материалы и методы. Методы обследования: клинический, лабораторный, ультразвуковой, радиологический. В исследование включено 72 пациента, проходивших лечение в неврологическом отделении Морозовской ДГКБ в остром периоде ИИ в период с 2013 по 2017 год. Возраст пациентов - от 6 месяцев до 17 лет (в среднем 7,6 лет), с преобладанием мальчиков (55,5%). Период наблюдения составлял от 14 месяцев до 4 лет. Все пациенты обследованы по протоколу, используемому в Центре по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков и утвержденному Ученым Советом ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ». Рецидив ИИ диагностировался при появлении новых неврологических симптомов (с оценкой тяжести по PedNIHSS) и выявлении при нейровизуализации «свежих» очагов ишемического поражения головного мозга в другом сосудистом бассейне или увеличение размеров очага ишемии в ранее пораженном артериальном бассейне, через 14 суток и более от момента диагностики первого ИИ.

Результаты. В нашем наблюдении рецидив ИИ был отмечен у 6 пациентов (8,3%). Из них у двоих выявлено формирование клинически «немых» очагов ишемии, подтвержденных только при нейровизуализации. У пяти из шести детей (83,3%) повторный инсульт возник в первый год после первичного ИИ. Среди наблюдавших нами пациентов основными факторами риска были: артериопатия (n=3) и тромбофилия (n=3). При анализе возможных дополнительных причин рецидива отмечены: некомпляентность (отказ родителей от вторичной профилактики) у 1 пациента, смена терапии (переход с антикоагулянтов на антиагреганты) - 1 пациент. Транзиторные ишемические атаки отмечены у 22 детей (30,5%), при этом 16 из них имели признаки стенозирующих артериопатий. У 4 детей (из 72-х) отмечена клиническая картина хронической цереброваскулярной недостаточности, подтвержденная данными МР перфузии, которая в трех из этих четырех случаев была обусловлена прогрессирующей артериопатией с формированием синдрома моя-мойя.

Выводы. В нашем наблюдении частота рецидива ИИ у детей составляет 8,3%, эпизоды преходящего нарушения мозгового кровообращения наблюдались значительно чаще, у трети пациентов. Наши результаты существенно не отличались от ранее опубликованных международных данных. Самыми значимыми факторами риска рецидива являлись: тромбофилия и артериопатия. Полученные данные подчеркивают актуальность проблемы вторичной профилактики ИИ с разработкой протоколов лечения артериопатий.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СИАЛОРЕИ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Кириллова В.П., Григорьева А.В., Капустин А.В., Охапкина Т.Г., Дубровская Т.В., Осипова Э.К., Мастеркова Т.Т.

*НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева, г. Москва
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, г. Москва*

Актуальность. У пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) заболевание часто сопровождается избыточным слюнотечением (сиалореей), что является значимой медицинской и социальной проблемой из-за возможного повторения аспираций слюны, нарушения глотания, дерматита и вторичного инфицирования кожи ребенка. В последнее время разрабатываются фармакологические и немедикаментозные методы купирования сиалореи. Ранее нами была показана хорошая эффективность применения физиотерапии (В.П.Кириллова с соавт., 2017). Однако, последняя противопоказана у больных с эпилептиформной активностью (ЭА), которая нередко выявляется при ДЦП. У таких

пациентов для коррекции сиалореи мы использовали ботулинический токсин типа А (БТА) в виде инъекций в слюнные железы.

Цель. Оценить эффект лечения сиалореи с помощью физиотерапии синусоидальными модулированными токами (СМТ) и инъекциями ботулотоксина типа А у больных ДЦП со спастическими формами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 76 пациентов с ДЦП, сопровождающимся избыточным слюнотечением. Степень сиалореи соотносили со Шкалой оценки слюнотечения (DIS, 2009) до и после лечения. Всем детям выполнена электроэнцефалография. ЭА выявлена у 12 пациентов (возраст детей от 2 до 14 лет, GMFCS II-V). Они получили инъекции БТА в околоушные и/или подчелюстные слюнные железы в суммарной дозе 40-100 Ед (4,5 Ед/кг) симметрично под контролем ультразвуковой визуализации. Остальные 64 пациента (возраст больных от 1 года до 18 лет) получили физиотерапию методом СМТ мышц языка и дна ротовой полости. Применили следующую методику воздействия: специальный точечный электрод накладывался на область двигательных точек мышц языка, мягкого неба и дна ротовой полости. Режим работы выбирался в зависимости от степени тяжести состояния. Время проведения процедуры - 1 минута на каждую точку. Курс составлял 10 процедур, после окончания которых, проводили легкий массаж зон воздействия.

Результаты. Применение СМТ терапии позволило уменьшить гиперсаливацию в разной степени у 63 детей. Положительный эффект наблюдался уже в процессе лечения. После 1-3-х процедур снижалось слюнотечение и активировался акт глотания с дальнейшим улучшением. При инъекциях БТА у всех больных через 4 недели отмечалось уменьшение сиалореи по DIS на 13,4 - 38,5%. Максимальный эффект сохранялся до 4 - 6 месяцев.

Выводы. Физиотерапия СМТ и инъекции ботулинического токсина типа А являются эффективными способами коррекции избыточного слюнотечения. Непосредственный результат лечения был хорошим при обеих методиках. Представляется целесообразным использование дифференцированного подхода к назначению физиотерапии СМТ и инъекций БТА в лечении сиалореи у пациентов с ДЦП.

ОБЗОР НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЦП И ПОРАЖЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА

Киселев Д.А.

«Центр Киселева», г. Москва

Актуальность. На кафедре ЛФК и спортивной медицины РГМУ в условиях отделения восстановительного лечения Российской детской клинической больницы (ОВЛ РДКБ), на базе центра реабилитации Киселева, в клинике профпатологии и гематологии г.Саратова многие годы использовалось комплексная восстановительная терапия, включающая множество методов. Многие методы являются разработкой самой кафедры и введены в практику только ее специалистами и сотрудниками Российской Детской Клинической Больницы (РДКБ). К основным рассматриваемым методикам относится: 1. Рефлекторная гимнастика по методу Войта; 2. Вибротерапия 3. Транскраниальная (трансвертебральная) микрополяризация (ТКМП); 3. Кинезиотейпинг; 4. Метод БОС (биологической обратной связи); 5. Метод БАК (биоакустической коррекции); 6. Методика Баланс; 7. Метод проприоцептивных корректоров; 8. Терапия с использованием стабилометрии;

Материалы и методы. Нами наблюдались пациенты с диагнозом ДЦП в формах спастического гемипареза - 845 человек, двойной гемиплегии - 465 человек, спастической

диплегии – 278 человек, последствиями ЧМТ – 253 человека, нижний периферический паралич, как следствие грыжи позвоночника - 85 человек, последствия оперативного вмешательства на спинном мозге - 23 человек, последствия травматического повреждения спинного мозга, перелома позвоночника – 134 человек, последствия перенесенного полиомиелита – 32 человек. Применялись следующие методы оценки эффективности методов: сбор анамнеза пациента, клинический неврологический и ортопедический осмотры с обязательным измерением длины нижних конечностей, стабилометрический метод исследования – в процессе длительного наблюдения за пациентами, оценка динамики реабилитации по различным шкалам; оценка активации произвольной работы различных частей туловища. Здесь представлены результаты 15-летнего наблюдения в катамнезе. Нельзя не отметить тот факт, что многим методам обучались родители детей и оценка эффективности проведения и работы методов основывается на наблюдениях за работой не только специалистов, но и многочисленных родителей в длительном катамнезе.

Результаты. Большой опыт работы с применением сочетания тех или других методик в разных условиях, а именно около 16-17 методов, показал эффективность каждого отдельного метода, потребность включения его в комплексную реабилитацию, возможность потенцирования реабилитации при каждой отдельной форме какого-то заболевания или неврологического, ортопедического отклонения.

Выводы.

- 1) Любой реабилитационный подход должен содержать максимально возможный комплекс методов реабилитации, который необходим для наиболее эффективной работы с данной, конкретной патологией и данным пациентом.
- 2) Потенциация эффективности лечения зависит от своевременного включения в программу реабилитации необходимых дополнительных вариантов реабилитационного подхода, исключения менее эффективных методик.
- 3) Сочетание применяемых методов, коррекция их проведения, интенсификация терапии и др. должно быть одной из основных обязанностей врача- реабилитолога.

СПЕЦИФИКА АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Кислякова Е. А., Тимошенкова У. М.

*ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Смоленск, Смоленская область*

Актуальность. В течение всей жизни у пациентов с диагнозом церебральный паралич (ЦП) продолжается развитие изменений в мышечной и костно-суставной системах, происходит прогрессирование неврологической симптоматики, изменения функционирования соматической и вегетативной нервной систем, что затрудняет их социализацию и интеграцию в общество.

Цель. Изучить причины, препятствующие социализации больных с церебральным параличом.

Материалы и методы. Использовалась выборка из 30 пациентов с ЦП в возрасте от 21 до 62 лет. Данные о состоянии здоровья и проведении реабилитационных мероприятий были получены из амбулаторных карт детского и взрослого возраста и при сборе анамнеза. Для характеристики двигательных навыков использовалась классификация GMFCS. При оценке болевого синдрома использовалась визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ). Для оценки выраженности тревожного синдрома применялась шкала Гамильтона.

Результаты. Факторы, затрудняющие обучение у пациентов с GMFCS 4-5 – чтение, письмо и речь (по 6,7%), что можно связать со снижением их когнитивных функций. Среди речевых нарушений, 30% составили дислалия и дизартрия, 40% моторная алалия. Другие причины, препятствующие социализации – наличие тревожного состояния и патология зрительного анализатора. По результатам диагностики у 44,4% были выявлены отдельные симптомы тревоги, а у 33,3% диагностировано тревожное состояние. При этом тревога в 66,7% проявлялась у пациентов с 1-2 уровнем моторного развития. Также пациенты этой группы отмечают, что у них наибольшие трудности вызывало передвижение (13,3%) в связи с отсутствием помощи со стороны ассистентов. Зрительные нарушения не зависели от двигательных навыков пациентов и были установлены у 66,7% всех больных: страбизм (33,3%), нистагм (13,3%), микрофталм, миопия высокой степени и атрофия зрительного нерва (по 6,7%).

Основная проблема для взрослых с церебральным параличом – переход от педиатров к врачам для взрослых. Выявлено, что при переходе во взрослую сеть утрата моторных навыков отмечена у 53,3% всех больных. При этом у опрошенных с GMFCS 1 не наблюдалось утраты двигательных функций, с GMFCS 2 – утрата двигательных навыков произошла у 60% больных, GMFCS 3 – 50%, GMFCS 4 – 100%, GMFCS 5 – 50%. При осмотре у 80% пациентов выявлены контрактуры суставов различной локализации, несмотря на то, что все они были прооперированы до 18 летнего возраста. У 53,8% больных, перенесших операции, улучшения моторных функций не наблюдалось, у 46,2% прооперированных, утрата двигательных навыков все же произошла, что говорит о том, что хирургические вмешательства не являются определяющим фактором сохранения моторных функций. У всех взрослых пациентов с диагнозом церебрального паралича отмечались хронические боли различной локализации. Согласно ВАШ, интенсивность их достигала от 4 до 9 баллов. Болевой синдром значительно ухудшал общее самочувствие пациентов и их комплaintность к лечению. Стоит отметить, что все исследованные пациенты в дошкольном и младшем школьном возрасте неоднократно получали инъекции ботулотоксина с хорошим положительным эффектом. Возраст этих больных на данный момент не более 27 лет, что можно объяснить сравнительно недавним введением в широкое использование данного метода лечения. По данным литературы (Семенова К.А., Мастюкова Е. М., 1972), пациенты с ЦП и особенно подростки имеют низкую мотивацию к лечению, что объяснило длительный перерыв в ботулинотерапии до 10-15 лет. Боль и спasticность были основными причинами возобновления и регулярного проведения инъекций у 80% обследуемых пациентов. Все опрошенные, получавшие ботулинотерапию, отмечают положительную динамику, в виде снижения боли, спasticности и двигательного дефицита.

Выводы. Боль и спasticность, являющиеся главной причиной обращаемости таких пациентов к неврологу и в настоящее время успешно корректируются путем применения ботулинотерапии. Эти инъекции также помогают сохранить имеющиеся двигательные навыки, облегчить уход и улучшить качество жизни. Так как церебральный паралич влияет на качество жизни больного человека от детства до старости, то медико-социальная и психолого-педагогическая помощь должны быть достаточным образом организованы на любом ее этапе. Видна необходимость обеспечения мультидисциплинарного подхода при ведении таких пациентов и реализация принципов преемственности.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Кислякова Е. А., Тимошенкова У. М.

Актуальность. Церебральный паралич (ЦП) является инвалидизирующим заболеванием, при котором нарушено качество жизни ребенка и семьи в целом. На современном этапе профилактические мероприятия не совершенны, все это обусловило актуальность исследования.

Цель. Изучить перинатальные факторы риска, влияющие на степень тяжести состояния больных.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование, включающее целевую выборку из 30 пациентов с диагнозом церебральный паралич в возрасте от 21 до 62 лет. Из них 6 человек с гиперкинетической формой, 12 – со спастической диплегией, 4 – с гемиплегией, 8 – с двойной гемиплегией. Данные о состоянии здоровья были получены из амбулаторных карт детского и взрослого возраста и при сборе анамнеза. Для характеристики двигательных навыков использовалась классификация GMFCS.

Результаты. В 54,6% наблюдений были установлены перинатальные факторы риска, среди которых наибольшее значение имели угроза выкидыша (33,3%), гестоз первой половины беременности (20%), экстрагенитальные заболевания (13,3%) и патология плаценты (13,3%), инфекционные факторы (6,7%), которые были выявлены в 54,6% наблюдений. Исследование периода родов показало, что довольно часто имела место родовая травма (40%) и досрочное родоразрешение (33,3%). Из анамнеза 40% опрошенных установлено сочетанное действие нескольких из вышеперечисленных факторов. Нормальное протекание беременности и родов отмечено лишь у 13,3%, а 6,7% беременных не состояло на учете. На возникновение спастической диплегии оказывало влияние сочетание всех факторов риска, на возникновение гиперкинетической формы – преимущественно гестоз 1 половины беременности, гемиплегии – родовая травма и угроза прерывания, тетрапареза – родовая травма и недоношенность. Родовая травма встречалась при всех формах ЦП и приводила к наиболее тяжелым двигательным дефектам. GMFCS 4-5 выявлен у 50% всех опрошенных, имевших в анамнезе родовую травму, уровень GMFCS-3 – у 16,7%, GMFCS 1-2 – у 33,3%. При досрочном родоразрешении GMFCS-5 не наблюдался ни у одного пациента. По данным нейровизуализации выявлены типичные изменения для ЦП: поликистозная трансформация мозговой ткани – 44,4%, заместительная вентрикуломегалия и перивентрикулярная лейкомалия – 33,3%, гипоплазия мозолистого тела – 22,2% диффузная корково-подкорковая атрофия – 11,1% и агенезия мозолистого тела и прозрачной перегородки – 11,1%.

Выводы. У подавляющего числа матерей в течение беременности и родов имело место сочетание нескольких неблагоприятных факторов, которые, усугубляя друг друга, влияли на развитие церебрального паралича у ребенка. Эти данные также подтверждаются данными нейровизуализации. Не вызывает сомнения необходимость улучшения прегравидарного состояния здоровья женщины, планирование беременности, уменьшение воздействия неблагоприятных анте- и интранатальных факторов

УРОВЕНЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ВЗРОСЛЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Кислякова Е. А., Тимошенкова У. М.

Введение. Исследования церебрального паралича (ЦП) в большей степени касаются детского возраста, в то время как двигательные и когнитивные особенности этого состояния у взрослых изучены недостаточно.

Цель. Оценить уровень повседневной активности и функционирования взрослых пациентов с различными формами ЦП в зависимости от их когнитивных и двигательных нарушений.

Материалы и методы. В 2018-2019 гг. нами было проведено исследование, включающее целевую выборку из 30 пациентов с диагнозом церебральный паралич в возрасте от 21 до 62 лет. Из них 6 человек с гиперкинетической формой, 12- со спастической диплегией, 4 – с гемиплегией, 8- с двойной гемиплегией. Для характеристики двигательных навыков использовалась классификация GMFCS. При установлении наличия когнитивных нарушений использовалось тестирование MMSE. Уровень повседневной активности и степень нарушения функционирования пациентов оценивались с помощью индекса Бартела и Шкалы WHODAS 2.0.

Результаты. Наилучшую сохранность моторных функций показали пациенты со спастической диплегией (уровень 1-3 у 83,3% больных), гиперкинетической формой (уровень 1-3 у 66,7%) и гемиплегией (у всех 1 уровень). У 75% больных с тетраплегией 4-5 уровень по GMFCS. При переходе во взрослую сеть утрата моторных навыков отмечена у 53,3% всех больных. При этом у пациентов с GMFCS 1 не наблюдалось утраты двигательных функций, с GMFCS 2 – утрата навыков произошла у 60%, GMFCS 3 – 50%, GMFCS 4 – 100%, GMFCS 5 – 50%. Уровень образования был связан с состоянием когнитивной и двигательной сферы. Высшее и среднее специальное образование имели пациенты с отсутствием когнитивных нарушений и 1-2 уровнем моторного развития (53,3% всех пациентов). Неполное среднее и общее образование имели опрошенные с GMFCS 2-4 уровнем и с умеренными когнитивными нарушениями или легкой деменцией (30,4%). Больные с умеренной деменцией и с GMFCS 3-5 не имели или имели начальное образование (13,3%). Независимо от уровня GMFCS, индекс Бартела у 88,9% опрошенных составил ≥ 70 баллов, что не превышает умеренной степени их зависимости от помощи окружающих. Из них у пациентов с уровнем GMFCS 1-2 индекс Бартела достигал 90-100 баллов (55,6% всех опрошенных), а с GMFCS 3-4 – 70-75 баллов (33,3%). У пациентов с уровнем GMFCS 5 индекс Бартела составил 25 баллов (11,1%), что говорит об их выраженной зависимости от помощи окружающих. Наиболее высокие показатели были выявлены по параметрам, характеризующим способность к самообслуживанию, а наиболее низкие, требующие частичной или полной посторонней помощи при перемещении и передвижении. Степень недееспособности по WHODAS 2.0 варьируется от 4,13% до 57,7%. Наибольшая степень общей депривации функций выявлена у больных с тетрапарезом (31,8 – 57,7%). Более того, у 100% обследуемых с данными диагнозом самые высокие показатели ограничения жизнедеятельности наблюдались по характеристикам «Мобильность» и «Уход за собой», что составило 25% всех опрошенных. Соответственно у 75% обследованных с другими формами заболевания наибольшие показатели были по шкале «Участие в жизни общества» (от 15,6% до 56,3%).

Выводы. Пациенты с сохранными когнитивными функциями имели более высокий уровень по GMFCS и низкую степень утраты двигательных навыков. Несмотря на компенсаторную приспособляемость к своему дефекту, пациенты с тяжелой степенью двигательных нарушений больше нуждаются в различных видах помощи от окружающих и регулярно проводимых реабилитационных мероприятий.

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ У ВЗРОСЛЫХ

Кислякова Е. А., Тимошенкова У. М.

Актуальность. Исследования церебрального паралича (ЦП) в большей степени освещают особенности этого состояния в детском возрасте. Однако нарастание патологических вторичных изменений влияет на больных в течение всей их жизни.

Цель. Оценить данные анамнеза, уровень повседневной активности и функционирования взрослых пациентов с ЦП в зависимости от их когнитивных и двигательных нарушений.

Материалы и методы. В 2018-2019гг. нами было проведено исследование, включающее 30 пациентов (20 женщин и 10 мужчин) с диагнозом церебральный паралич в возрасте от 21 до 62 лет. Из них 6 человек с гиперкинетической формой, 12 – со спастической диплегией, 4 – с гемиплегией, 8 – с двойной гемиплегией. Оценка больших моторных функций проводилась по классификации GMFCS. Для установления наличия когнитивных нарушений предлагалось тестирование MMSE. Уровень повседневной активности и степень нарушения функционирования пациентов оценивались с помощью индекса Бартела и методики WHODAS 2.0. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Statistica Trial».

Результаты. Согласно классификации больших моторных функций (GMFCS) при ЦП у 6 человек отмечался 1-й уровень, у 10 – 2-й, у 4 – 3-й, у 6 – 4-й и у 4- 5-й уровень моторного развития. 53,3% всех пациентов имели высшее и среднее специальное образование (GMFCS 1-3 уровня), 20% -начальное и неполное среднее образование (GMFCS 4,5). Все пациенты с высшим образованием и уровнем GMFCS 1-3, справились с тестом на рисование часов, что также подтверждается шкалой MMSE. Пациенты со средним и неполным образованием и GMFCS 3-5 набрали от 20 до 25 баллов, что соответствует легким и умеренным когнитивным нарушениям. С возрастом утрата моторных навыков отмечена у 18 больных с уровнем GMFCS 2-5. Состояние 10 пациентов с 1 и 2 уровнем по GMFCS и 2 пациентов с 3 уровнем, с их слов, остается стабильным и до настоящего времени. Однако, при осмотре у 40% пациентов выявлены контрактуры суставов верхних и нижних конечностей, у 26,7% - только нижних, у 13,3% - только верхних конечностей. Независимо от уровня GMFCS, индекс Бартела у всех опрошенных составил ≥ 70 баллов, что соответствует умеренной и легкой степени их зависимости от помощи окружающих. Однако степень недееспособности по WHODAS доходит до 65,8%. Все пациенты с гиперкинетической формой, диплегией и двойной гемиплегией предъявляли жалобы на хронический болевой синдром различной локализации. Из них 80% больных регулярно получали ботулиноптерапию, в то время как другие виды лечения проводились лишь у 30% обратившихся.

Выводы. 1. Пациенты с сохранными когнитивными функциями имели более высокий уровень по GMFCS и низкую степень утраты двигательных навыков.

2. Несмотря на компенсаторную приспособляемость к своему дефекту, пациенты с тяжелой степенью двигательных нарушений больше нуждаются в различных видах помощи от окружающих и регулярно проводимых реабилитационных мероприятий.

3. Болевой синдром в настоящее время успешно купируется благодаря применению ботулиноптерапии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ковалева С.Е., Биндюкова М. И., Епишин В.Е.

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

Актуальность. Большой частью научных школ и направлений была признана основополагающая роль семьи и семейных взаимоотношений в формировании личности. В нашем исследовании мы ставили целью изучить особенности семейного воспитания в семьях которые имеют ребенка с расстройством аутистического спектра (РАС). Высокий уровень своевременной психолого-педагогической коррекции значительно повышает качество жизни детей и их семей, а понимание особенностей семейного воспитания дают возможность психологам адаптировать образовательный маршрут детей с расстройством аутистического спектра, корректировать родительское отношение.

Цель. Выявить специфические особенности семейного воспитания детей дошкольного и младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра.

Материалы и методы. Были использованы методы теоретического анализа и обобщения психологических источников и научной литературы по проблеме исследования; эмпирические методы – анкетирование, количественный и качественный анализ; статистический анализ. Выборку исследования в общей совокупности составили 60 матерей, среди которых 33 матери – с детьми имеющие расстройство аутистического спектра и 27 матерей, у детей которых данное расстройство отсутствует. Возраст обследуемых детей составляет от 3 до 7 лет.

Результаты. В результате статистической обработки полученных данных с помощью U-критерия Манна-Уитни нами были обнаружены значимые различия между отдельными показателями типов воспитания детей и родительским отношением матерей детей, страдающих расстройством аутистического спектра и матерей, у детей которых данное расстройство отсутствует.

Выводы по результатам проведенного эмпирического исследования:

1. Для матерей детей с расстройством аутистического спектра более характерны такие воспитательные черты, как: гиперпротекция, повторствование, склонность к предъявлению недостаточных требований, недостаточности санкций, демонстрируют воспитательную неуверенность, для них характерна выраженная фобия утраты ребенка. Кроме того, матери, детей с расстройством аутистического спектра склонны более положительно относиться к своему ребенку и принимать его таким, какой он есть, относиться к его неудачам более снисходительно.

2. Матери детей, у которых расстройство аутистического спектра отсутствует, демонстрируют выраженность таких воспитательных черт, как склонность к гипопротекции, склонность к игнорированию потребностей ребенка, предъявлению чрезмерных требований, чрезмерности санкций, расширению сферы родительских чувств, такие матери в силу своих каких-то личностных и жизненных особенностей демонстрируют некоторую неразвитость родительских чувств, склонны к проекции на ребенка собственных нежелательных качеств и к вынесению конфликта с супругом в сферу воспитания.

Результаты проведенного исследования будут использованы при разработке структуры консультационной работы с семьями имеющих детей с расстройством аутистического спектра в рамках прохождения реабилитации.

МЕТОДЫ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ТЯЖЕЛЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Кожалиева Ч.Б.

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

Актуальность. Психологическая помощь детям с заболеваниями нервной системы, в том числе имеющими тяжелые формы, все чаще обсуждается в рамках междисциплинарного подхода. В последние годы все чаще используют методики комплексного, всестороннего, системного воздействия на сенсомоторную и познавательную сферу.

Цель. Методика по коррекции нарушений обработки сенсорной информации направлена на развитие взаимодействия различных сенсорных систем у ребенка. Методика СИС (сенсорной интеграции и стимуляции) строго индивидуализирована. Предварительная диагностика позволяет выбрать приоритетный комплекс мер воздействия и поиск путей компенсации психических функций. Диагностика с использованием двигательных, визуальных, тактильных, обонятельных, слуховых стимулов позволяет выявить проблемные сферы конкретного ребенка и определить комплекс задач для абилитационной, реабилитационной работы.

Материалы и методы. Прежде всего, важно исследовать специфику нарушений у ребенка. С учетом возраста и общего состояния ребенка используется «Опросник сенсорно моторной истории для родителей детей раннего возраста», разработанный Шэрон Кермак и Элис Миллер. Он помогает специалисту понять и объяснить родителям состояние ребенка, «увидеть» проблемные стороны в развитии ребенка. Основной арсенал методов коррекционной и развивающей работы избирается по совокупности данных, которые специалист получает из разных источников – опросника родителей; собственного наблюдения за ребенком; диагностики поведения, уровня активности ребенка; состояния эмоциональной сферы, тактильной чувствительности, слухового и зрительного внимания; моторных и общих познавательных умений и навыков. Диагностический репертуар деятельности специалиста направлен в том числе на изучение накопленного позитивного и негативного опыта ребенка и специфику отзывчивости на воздействия стимулов внешней среды.

Результаты. Целенаправленная работа с ребенком с тяжелыми заболеваниями нервной системы по методике СИС показала: повышается внутренний потенциал, расширяется диапазон доступных сенсомоторных навыков и умений, фиксируется слуховое и зрительное внимание, формируется интерес к познаванию окружающих предметов, совершенствуются навыки эмоционального отклика на коммуникацию. Развитие полисенсорного восприятия требует нескольких курсов интенсивной коррекционной работы по абилитации и реабилитации и активного включения в процесс реабилитации ближайшего социума ребенка, обучение семьи по созданию домашней развивающей среды.

Выводы. Опыт применения методики СИС (сенсорной интеграции и стимуляции) позволяет уверенно говорить о ее эффективности при различных вариантах дизонтогенеза, имеющих разную степень выраженности не только при дезинтеграции сенсорных систем, но и при сочетаниях сенсорной/полисенсорной и интеллектуальной недостаточности.

ИЗМЕНЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПОСЛЕ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ ПО МЕТОДУ КОЗЯВКИНА: СЛЕПОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Козявкин В.И., Кушнир А.Д., Качмар О.А., Мелех Н. В.

Международная клиника восстановительного лечения, г. Трускавец, Украина

Актуальность. Разработка современных интенсивных подходов к реабилитации пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП), направленных на улучшение различных аспектов функционирования ребенка, является актуальной целью как

практикующих специалистов, так и исследователей. Одним из таких подходов является Метод Козявкина, сочетающий разные методы восстановительного лечения, которые направлены на достижение функциональных целей и объединены в один интенсивный курс.

Цель. Целью исследования была оценка изменений двигательных функций, а также мышечной спастичности и объема пассивных движений в суставах у детей с ДЦП после курса реабилитации по Методу Козявкина.

Материалы и методы. Одностороннее слепое исследование было проведено на группе из 57 пациентов в возрасте от 4 до 12 лет со спастическими формами ДЦП, проходившими курс лечения по Методу Козявкина. Пациентов обследовали до и после двухнедельного курса, который включал разные вмешательства общей продолжительностью 4-5 часов в сутки. Выполнение пациентом заданий теста Gross Motor Function Measure-66 (GMFM-66) записывалось на видео и оценивалось независимо двумя специалистами. Время записи (до или после лечения) было удалено. Объем пассивных движений в суставах нижних конечностей оценивали с помощью гoniометрии по классической методике. Мышечная спастичность оценивали по модифицированной шкале Ашворса.

Результаты. После двухнедельного курса реабилитации по Методу Козявкина было отмечено статистически достоверное повышение результатов теста GMFM-66 с 58,8 до 60,2 баллов со средней разницей в $1,4 \pm 2,9$ балла. Существенное улучшение объема пассивных движений было отмечено в пяти движениях из восьми; наиболее выраженное изменение - при приведении бедра, в среднем на $8 \pm 5,8$ градусов, и тыльном сгибании стопы на $8 \pm 6,1$ градусов. Снижение мышечного тонуса наблюдалось во всех исследованных мышечных группах. Статистически значимое снижение спастичности было отмечено в мышцах-сгибателях бедра со средним снижением на 0,25 пункта шкалы Ашворса (95% доверительный интэрвал = 0,06-0,44) и мышцах, приводящих бедро, - на 0,30 пункта (95% доверительный интэрвал = 0,08-0,51).

Выводы. После двухнедельного курса лечения по Методу Козявкина было отмечено улучшение двигательных функций, увеличение объема пассивных движений и снижение спастичности мышц нижних конечностей. Интенсивная реабилитация по Методу Козявкина требует проведение дальнейшего изучения, в том числе рандомизированных контролируемых исследований.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РИТМИКИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Кондратьева Н.Н., Батышева Т. Т.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Логопедическая ритмика – это система двигательных упражнений, в которых различные движения сочетаются с произнесением специального речевого материала. Это форма активной терапии, преодоление речевого и сопутствующих нарушений путем развития и коррекции неречевых и речевых психических функций и в конечном итоге адаптация ребенка к условиям внешней и внутренней среды. Укрепляется костно-мышечный аппарат, развивается дыхание, моторные, сенсорные функции, чувство равновесия, правильная осанка, походка, грация движений. Чем выше двигательная активность ребенка, тем лучше развивается его речь.

Цель. Логопедическая ритмика является своеобразной формой активной терапии, целью которой является преодоление речевых нарушений путем развития двигательной сферы ребенка в сочетании со словом и музыкой.

Материалы и методы. Работа темпом и ритмом дыхания. Певческие упражнения с речью (звуки, слоги, слова, сочетания) на выдохе. Специальные артикуляторные упражнения для губ, языка. Упражнения на основе точности, скорости общих движений рук, ног, головы. Все движения доводятся до автоматизма, развивая моторную и сенсомоторную координацию. Используются упражнения для артикуляции, элементы расслабляющего массажа. Также применяются певческие упражнения на гласные и слоги, проводится работа над темпом и ритмом речи, создается музикально-двигательно-речевая основа речи, развитие голоса. Важное значение имеет использование ортофонических упражнений, направленные на развитие координации дыхания, фонации, артикуляции. Пение песен с показом рукой направления мелодии, отстукивание ритма, темпа.

Результаты. В результате проведенных занятий логопедической ритмикой происходит формирование новых знаний, умений ритмично выполнять движения в соответствии со словами, выразительно передавая заданный характер, образ, расширение словарного запаса по лексическим темам. Формируются модуляция голоса, плавность и интонационная выразительность речи, правильное речевое и физиологическое дыхание. Происходит формирование произносительных навыков, подвижности артикуляторного аппарата, способности выполнять оздоровительные упражнения для улучшения осанки, дыхания, пальчиковые упражнения, самомассаж лица, психогимнастические этюды на напряжение и расслабление мышц тела. Способность ориентироваться в пространстве, двигаться в заданном направлении, координировать движения в мелких мышечных группах пальцев рук и кистей, быстро реагировать на смену движений.

Выводы. Воздействие на детей средствами логопедической ритмики способствует общему развитию, нормализации двигательных функций, коррекции речевых нарушений. Регулярные занятия логоритмикой способствуют улучшению речи ребенка вне зависимости от вида речевой патологии, формирует положительный эмоциональный настрой, учит общению со сверстниками.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В структуре дефекта у детей с церебральным параличом (ДЦП) значительное место занимают нарушения речи, частота которых составляет до 80 %. Основные формы речевых нарушений у детей с церебральным параличом: дизартрия, задержка речевого развития, алалия редко встречаются в изолированном виде. При ДЦП речевые нарушения затрудняют общение детей с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии. В связи с этим проблема лечения нарушений речи у детей с ДЦП занимает приоритетное положение в детской неврологии. Актуальность проблемы диктует поиск современных эффективных немедикаментозных методов реабилитации. Одному из таких методов – воздействию электростатическим полем от аппарата «Хивамат» - в последние годы уделяется особое внимание.

Цель. Изучить влияние немедикаментозных методов реабилитации на коррекцию нарушений речи у детей с детским церебральным параличом.

Материалы и методы. Для лечения отбирались дети с детским церебральным параличом в возрасте от 3 до 7 лет с нарушениями речи в виде задержки речевого развития, спастической дизартрии. Перед началом курса лечения родителями пациентов предъявлялись жалобы на замедление темпа речи, затрудненное произношение некоторых слов, отдельных звуков, слогов или искаженное их произношение, снижение диапазона движения артикуляционного аппарата, протрузию (выпадение) языка, трудности с

глотанием (дисфагию). Физиотерапевтическое лечение проводилось в комплексе с занятиями логопеда и дефектолога. Хивамат-терапия применялась по методике местного воздействия на спастичные мышцы области лица, дна ротовой полости, шеи посредством ручного аппликатора. Время процедуры составляло от 3 до 5 минут на каждое поле. Процедуры проводились один раз в день. Курс лечения состоял из 8-10 ежедневных процедур.

Результаты. Хивамат-терапия переносилась всеми детьми хорошо. Побочных реакций в ходе курса лечения не отмечалось. Все дети, получившие данный вид физиотерапевтического лечения имели положительные результаты. У 98% детей улучшилось звукопроизношение, расширился объем голосового дыхания как следствие снижения тонуса артикуляционных мышц. 47% детей к концу курса лечения контролировали положение языка в ротовой полости. У 34% детей родители отмечали уменьшение симптомов дисфагии.

Выводы. Таким образом, применение Хивамат-терапии в комплексе с занятиями логопеда, дефектолога целесообразно и эффективно при нарушениях речи у детей с детским церебральным параличом.

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ АУТИЗМА

Коровина Н.Ю., Золаторев Д.И., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Аутизм - нарушение развития, характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Все указанные признаки начинают проявляться в возрасте до трёх лет. На сегодняшний день нет общепризнанных методов диагностики и маркеров данного состояния. Однозначно можно утверждать лишь одно, что аутизм - это комплексное нарушение, сопровождающееся отклонениями в целом ряде систем организма человека. В качестве возможных маркеров аутизма в различное время предлагались следующие варианты: изменение уровня иммунных клеток (Т-лимфоциты, ФНО-альфа), метаболические нарушения, исследование крови на герпес-вирусные инфекции (Эпштейн-Барр, вирус герпеса 6 типа, ЦМВ) и другие. Недостаток всех этих методик заключается в невозможности их применения в качестве рутинной методики. В последнее время в качестве маркеров с возможностью рутинного применения был предложен ряд параметров, входящих в биохимический анализ крови. Такими маркерами являются Аланинаминотрансфераза (АЛТ), Аспартатаминотрансфераза (АСТ), креатинин.

Цель. Изучить особенности показателей биохимического анализа крови у детей с диагнозом “аутизм”.

Материалы и методы. В рамках диагностического поиска были обследованы дети, проходящие стационарное лечение в отделении для детей с расстройством аутистического спектра НПЦ ДП. Всего в исследовании приняло участие 56 детей с установленным диагнозом “аутизм”, в соответствии с критериями МКБ-10. Из них 39 мальчиков и 17 девочек.

Результаты. У детей было выявлено повышение уровня АСТ, АЛТ. Эти результаты можно обсуждать в рамках вирусной теории аутизма. Уровень креатинина у детей с аутизмом в исследуемой группе пациентов был в среднем ниже нормы. Полученные результаты можно трактовать, исходя из того, что аутизм - это комплексное нарушение органов и систем.

Выводы. Вопрос о возможности применения биохимического анализа крови в качестве рутинного метода диагностики в настоящее время представляется нам весьма дискутабельным, и не лишенным научного и практического применения. Несмотря на противоречивые данные в мировой литературе, вопрос о применении биохимического анализа не является до конца решенной проблемой современности и нуждается в более полном изучении. Таким образом, целесообразно продолжить изучение особенностей показателей биохимического анализа крови у детей с аутизмом.

FIREС-СИНДРОМ

Котов А.С.¹, Китаева В.Е.²

¹ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Понятие фебрильный эпилептический статус включает в себя множество синдромов с приступами, имеющими разную этиологию (лихорадка, инфекция, аутоиммунные процессы и др.). Чаще всего развивающиеся приступы имеют тяжелое течение и трудно поддаются лечению.

Целью нашего исследования было классифицировать пациентов с эпилептическим статусом на фоне лихорадки и изучить их отдаленный прогноз.

Материалы и методы. В исследование вошло 10 пациентов детского и подросткового возраста, госпитализированных в реанимационное отделение, у которых эпилептический статус ассоциировался с лихорадочным процессом.

Результаты. При анализе включенных в исследование пациентов можно выделить 4 подгруппы: 1) кратковременный период судорог на фоне декомпенсации метаболизма, вызванной основным заболеванием (с условно благоприятным прогнозом в отношении приступов); 2) приступы как манифестация органического поражения головного мозга или инфекционного заболевания с серьезным прогнозом, как в отношении неврологического развития, так и приступов; 3) дебют эпилепсии на фоне приступов (отсутствие каких-либо других причин для приступов) – прогноз в отношении избавления от приступов вариабелен, необходимо длительное катамнестическое наблюдение, вероятно, в течение многих лет; и, наконец, 4) «истинный» FIREС (в нашем исследовании его классическая форма – у 1 пациента, еще у одного пациента - менее типичная форма (дебют в 18 лет, а не в школьном возрасте)).

Выводы. Полученные данные иллюстрируют всю тяжесть течения фебрильного эпилептического статуса у детей – по данным катамнестического наблюдения, из 10 пациентов приступы сохранялись как минимум у 3 (из них 2 с FIREС), как минимум у троих имелась серьезная инфекционная или органическая патология головного мозга.

ОБЗОР РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ ДЛЯ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Краснова В.А., Батышева Т.Т., Васильевская А.А.

*ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы,
Детский реабилитационный центр «Под крылом», г. Химки, Московская область*

Актуальность. Ранее считалось, что возраст ребенка до двух лет жизни является латентным периодом для возможного точного определения диагноза детского церебрального паралича. В настоящее время предположение рисков развития

неврологических нарушений, включающие развитие ДЦП, возможно до достижения возраста 6-ти месяцев.

Цель. Целью ранней диагностики и раннего вмешательства является оптимизация двигательных, когнитивных и коммуникативных навыков ребенка, в основе которых лежат нейрофизиологические механизмы нейропластичности головного мозга, предотвращение вторичного поражения головного мозга и профилактика осложнений, которые ухудшают развитие моторики и мешают обучению.

Материалы и методы. Необходима комбинация стандартных инструментов исследования и методов нейродиагностики для предупреждения риска развития неврологических нарушений, включающих ДЦП, психомоторные нарушения и т.д. Ранняя интервенция специфичная для ДЦП максимизирует нейропластичность и минимизирует вредные, повреждающие изменения в мышцах, росте костей и общем развитии ребенка. Для недоношенных и детей первых пяти месяцев жизни самыми прогностически значимыми в отношении диагностики развития риска неврологических нарушений, включающие риск ДЦП, моторные, психомоторные нарушения, являются: оценка общих движений новорожденных по Прехтель (H.Prechtl), диагностика В.Войта (V.Vojta), К. и Б.Бобат (K.,B.Bobath), концепция Кастильо Моралес (Castillo Morales), метод CNB (нейромоторный контроль по Брондо (J.Brondo)), остеопатическая диагностика и нейровизуализация.

Результаты. Исследования показали, что у всех пациентов прошедших отделение интенсивной терапии раннее двигательное поведение связано с последующим двигательным и когнитивным развитием. Время появления, исчезновения и динамики развития общих движений по Прехтель зависит от возраста и связано с онтогенетическим развитием мозга. По динамике развития общих движений у недоношенных и доношенных новорожденных детей можно говорить о возможности развития ДЦП, его форме, когнитивных отклонениях, генетических нарушениях и аутизме у детей с 31 недели гестации и до 6-ти месяцев жизни. В свою очередь, оценка постуральных реакций по В.Войта, дает возможность постановки риска ДЦП, начиная с 3-х месяцев жизни доношенных новорожденных детей. Диагностически-терапевтическое воздействие на моторную локомоцию организации движения в рамках концепции Бобат направлено на центральный механизм развития на первом году жизни. Сенсомоторная интегративная терапия Кастильо Моралес соединяет нейромоторную и нейроорографическую проприоцептивную организацию нервной системы и обеспечивает правильность развития функций сосания, жевания и глотания. Основные принципы в рамках концепции нейромоторного контроля по Брондо, с учетом онтогенетической взаимосвязи и взаимостимулирования развития психо-сенсо-моторных систем, позволяют выявить риск неврологических нарушений на основе вариаций непроизвольных движений и наблюдения за сенсомоторной продукцией, и выработать компенсаторные стратегии путем предоставления мультимодальной сенсорной информации, развитием сенсомоторного контроля за продвижением пространственно-временной ориентации движения и регулированием мышечного тонуса. Специально организованное остеопатическое лечение, направленное на коррекцию соматических дисфункций в раннем возрасте и включенное в рамках междисциплинарного подхода в комплекс классических реабилитационных, неврологических, логопедических мероприятий, значительно увеличивает положительную речевую динамику по качественным и времененным показателям.

Выводы. Ранняя диагностика и раннее вмешательство могут снизить степень инвалидизации детей к концу первого года жизни и предотвратить риски развития вторичных осложнений. Вовремя начатая психологическая поддержка родителей и ранняя адаптация ребенка с нарушениями имеют решающее значение для достижения максимального функционального развития.

ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Кузьмина Е.В., Щедеркина И.О., Кессель А.Е., Петряйкина Е.Е.

ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ», Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков, г. Москва

Актуальность. Вегетативная нервная система (ВНС) модулирует многочисленные функции организма, следовательно, вегетативная дисфункция может проявляться различными клиническими фенотипами и нейрофизиологическими нарушениями. По литературным данным, распространенность синдрома вегетативной дисфункции от 12 до 82% в зависимости от популяции, возраста, половой принадлежности. Анализ жалоб, анамнестических данных, клинический осмотр являются основными при первичной диагностике и анализе вегетативных нарушений. По этиопатогенезу дисфункции вегетативной нервной системы делят на первичные и вторичные. Первичная, или наследственная (идиопатическая) связана с дегенеративными процессами в ВНС и характеризуется проградиентным течением с неблагоприятным прогнозом. Вторичная форма наиболее распространена, развивается вследствие многофакторного действия, характеризуется многообразием причин, представляет сложности в диагностике. Вторичные формы могут встречаться на фоне эндокринных, системных и аутоиммунных заболеваний, метаболических нарушений, лекарственных интоксикаций, токсических поражений, поражения вегетативных аппаратов ствола и спинного мозга, карциноматозных поражений, паранеопластических синдромов, на фоне инфекционных поражений периферической вегетативной нервной системы. Вегетативная дисрегуляция носит полисистемный характер и сопровождается сердечно-сосудистыми, дыхательными, желудочно-кишечными, мочеполовыми и другими расстройствами. Коды МКБ: G90 Расстройства вегетативной [автономной] нервной системы:

G90.0 Идиопатическая периферическая вегетативная невропатия

G90.1 Семейная дизавтономия [Райли-Дея]

G90.2 Синдром Горнера

G90.3 Полисистемная дегенерация

G90.8 Другие расстройства вегетативной [автономной] нервной системы

G90.9 Расстройство вегетативной [автономной] нервной системы неуточненное

Цель. Оценить структуру заболеваний сопровождающихся дисфункцией вегетативной нервной системы детей, поступавших в многопрофильный педиатрический стационар.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ данных пациентов до 18 лет, с вегетативными нарушениями в структуре основного и сопутствующего диагноза поступивших в отделение неврологии и иные профильные отделения ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» с января 2018 по январь 2019 г. Методы: анамнестический, клинический, статистический, ультразвуковой, лабораторный

Результаты. Всего за период с 1 января 2018 г. по 1 января 2019 г. в отделении неврологии было обследовано и пролечено 4776 больных, 2358 консультаций по стационару. В отделении неврологии до 1 года - 453 пациента, от 1 года до 2 лет- 505 пациентов, от 3-17 лет - 3816 пациентов. В общей структуре поступающих в стационар детей расстройства вегетативной сферы имеют от 32-50 % пациентов. Преобладают по полу девочки, возрастная группа 12-17 лет. Основной канал госпитализации- СМП (до 30%), плановая госпитализация до 15-20%. Основными жалобами являлись: со стороны нервной системы - цефалгический синдром, головокружения, аффективно-респираторные состояния, со стороны сердечно-сосудистой системы - кардиалгии, ортостатическая

гипотензия, артериальная гипо/гипертония, со стороны органов дыхания - диспноэ, одышка, кашель, со стороны желудочно-кишечного тракта- явления диспепсии (тошнота, рвота, изжога, нарушения стула), нарушения терморегуляции, изменения на коже (дермографизм, явления нейродермита), со стороны мочеполовой системы- энурез, энкопрез, психогенные (конверсионные) расстройства- расстройства настроения, нарушение сна, снижение работоспособности, толерантности к физической нагрузке, нарушение памяти, парестезии (покалывания, ощущения жара, холода, транзиторные онемения). Большинство детей имело множественные жалобы (со стороны двух и более систем), что требовало разнообразных обследований для исключения органического поражения органов и систем. Только 28% госпитализированных детей и подростков имели изменения со стороны ЦНС и церебральных сосудов.

Выводы. Дисфункция вегетативной нервной системы продолжает оставаться актуальной в практике детского невролога. С течением времени количество пациентов имеющих вегетативную дисфункцию, растет и достигает до 25% из всех госпитализируемых в многопрофильный стационар. Данное обстоятельство требует мультидисциплинарного подхода и проведения широкого диагностического поиска с целью исключения не только неврологических нарушений, но и соматических заболеваний. Трудности ведения пациентов с вегетативной дисфункцией заключаются не только в широком диагностическом поиске и возрастанием экономических затрат, но и тем, что эта симптоматика значительно ухудшает качество жизни пациентов, а иногда маскирует первые проявления «тяжелых» соматических заболеваний.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Лавринович М.Р.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Физиотерапия - это область практической медицины, изучающая действие на организм человека природных или искусственно получаемых физических факторов, используемых с лечебно-профилактическими и реабилитационно-восстановительными целями.

Цель. Рассмотреть основные методы физиотерапевтических процедур.

Материалы и методы. Электролечение (электрофорез, СМТ-терапия, магнитотерапия и др.), светолечение (лазеротерапия, Биоптрон-терапия), теплолечение (озокерит), пелоидолечение (грязелечение), гидротерапия (ванны, бассейны и др.)

Результаты. В нашем Научно-практическом Центре Детской Психоневрологии, в отделении физиотерапии за прошлый год прошли лечение 4746 детей (таблица №1).

Таблица №1

Виды лечения	Закончил лечение	Количество процедур	Количество процедурных единиц
Электролечение	4744	103904	410976
Теплолечение	1815	16395	86773
Гидротерапия	1347	10831	89684
Грязелечение	647	5608	27770
Всего	4746	136738	615203

Выводы. Физиотерапия как вид специализированной помощи является неотъемлемой частью комплексного лечения и реабилитации детей и подростков с неврологической патологией.

ИНТЕГРИРОВАННЫЕ ЗАНЯТИЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ И РАЗВИТИЮ СЕНСОМОТОРИКИ И ЧУВСТВЕННОГО ПОЗНАНИЯ У ДЕТЕЙ С ТМНР

Лебединская Г.В., Гусев А.В.

ГБУ КРОЦ ОСП Раменки, г. Москва

Актуальность. Благодаря сенсомоторному мышлению развивается способность координировать разные двигательные акты и формировать сложные двигательные навыки. Такие, к примеру, как приседание, бег, прыжки, лазание, плавание, бросание и ловля предметов и т. д. Наряду с сенсомоторным на ранней стадии развития мышления формируются и первые операции предметного мышления, то есть способность адекватно манипулировать предметами. Ребёнок научается, самостоятельно есть с помощью ложки, пить из кружки, брать в руки и класть обратно предметы, катать игрушечный автомобиль, держать карандаш, он может пробовать достать палкой закатившуюся под диван игрушку или веником мести пол и др. Для детей с ТМНР имеющих церебральные расстройства и нарушения анализаторных систем одним из важных направлений коррекционной работы является развитие сенсомоторного интеллекта. В силу двигательных нарушений дети ведут малоподвижный образ жизни, неверно воспринимают положение своего тела и его отдельных частей в пространстве. Ограничен контакт с предметным миром, что в свою очередь значительно задерживает познавательное развитие. Через систему интегрированных занятий и специально подобранных упражнений с включением предметов окружающего мира у детей с ТМНР формируются представления о схеме собственного тела и развиваются навыки умения им управлять; формируются представления о свойствах предметов и навыки взаимодействия с ними.

Цель. Стимуляция активной деятельности всех систем организма движением, способствуя повышению общей работоспособности и адекватному взаимодействию с окружающим миром. Задачи: осуществление общеукрепляющего, оздоровительного воздействия на организм адаптация к физическим нагрузкам; противодействие влиянию гипокинезии и поддержанию физической активности; растяжка и укрепление мышечной ткани; развитие равновесия и координации движений; развитие чувственного познания; Формирование и развитие сенсомоторной интеграции.

Материалы и методы. Занятия проводят инструктор- методист по ЛФК и дефектолог, занятия проходят в зале ЛФК с использованием специального оборудования и спортивного инвентаря: гимнастические маты, игровые мячи, массажные мячи, скамейки, мячи для фитбола и т.д. Используются методики ЛФК: рефлексонормализующая гимнастика; комплекс упражнений, направленных на улучшение физических качеств ребенка, комплекс упражнений на развитие кинестетической осознанности. Дозирование физической нагрузки способствует увеличению двигательной активности. Дефектологические методики направлены на формирование и развитие чувственного познания, формирование у ребенка качественно новых, сенсорных процессов и свойств. Тактильно-двигательное, зрительное и слуховое восприятие, моторная координация. Формирование пространственного гноэза. Упражнения с предметами, позволяют совершенствовать сенсорный опыт, дают представления о физических свойствах предметов (форма, величина, цвет). Специально подобранное музыкальное сопровождение дает слуховой маркер на каждый вид деятельности, развивая слуховое восприятие и память, создает благоприятную эмоциональную обстановку. В работе используются нейропсихологические методы.

Результаты. По результатам наблюдений за поведением родителей и способам их взаимодействия с детьми на занятиях, мы сделали вывод, что многие родители, боясь причинить вред, не используют в своей жизни ряд физических упражнений важных для

развития их детей, а также обедняют мир ребенка взаимодействием с различными предметами. В связи с этим определились новые задачи: научить родителей пониманию физических возможностей и психических потребностей ребенка; обучить приемам взаимодействия с ребенком по развитию чувственного познания в домашних условиях. На занятиях родители учатся сопровождать физические действия детей собственной речью, что способствует взаимопониманию и формированию импрессивной и экспрессивной речи. На занятиях царит положительно эмоциональная атмосфера, что способствует большей результативности коррекционного процесса.

**К.А. СЕМЁНОВА – ОСНОВОПОЛОЖНИК НАУЧНОГО НАПРАВЛЕНИЯ В
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ
ПАРАЛИЧОМ**

Левченкова В.Д.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Среди детей, инвалидов с детства по неврологическому профилю, больные детским церебральным параличом (ДЦП) составляют значительную часть, и их количество не имеет тенденции к снижению, поэтому актуальность изучения этиологии, патогенеза, формирования и лечения ДЦП не вызывает сомнений. Исследования Ксении Александровны Семёновой совместно с сотрудниками созданного ею отдела посвящены этим вопросам. Особенностью отдела являлось решение научных и клинических проблем работающими в нём специалистами самого широкого медико-биологического профиля: неврологами, нейрофизиологами, психологами, нейроморфологами, специалистами по медицинской кибернетике. В отделе впервые были описаны клинические симптомы формирования ДЦП у больных с последствиями внутриутробного и перинатального поражения нервной системы, начиная с периода новорождённости. Разработан и внедрен широкий спектр нейрофизиологических, нейроиммунологических и нейроморфологических методов исследования с использованием современной компьютерной техники (аппаратно-программных комплексов): электроэнцефалография, в том числе естественного сна у новорожденных, электронейромиография и регистрация вызванных потенциалов, вестибулометрия с регистрацией движений глаз, статокинезиометрия (стабилография) с тренингом функции равновесия приёмами биологической обратной связи, оценка глобальных и регионарных энергозатрат головного мозга методом топографического картирования уровня постоянных потенциалов, транскраниальная магнитная стимуляция, нейроиммунологические исследования с анализом уровня и соотношения нейроспецифических белков, патоморфологические, в том числе гистологические исследования сериальных срезов головного мозга умерших больных с использованием компьютерной морфометрии, нейропсихологические исследования. За истекшие годы в отделе, профилем которого являлось создание и внедрение современных эффективных методов восстановительного лечения детей с церебральными параличами, их медико-педагогической реабилитации и социальной адаптации, разработаны комплексные программы коррекции нарушений предречевого, речевого, двигательного и психического развития. Разработаны, внедрены и активно используются в практическом здравоохранении специальный точечный массаж и интегральная система лечебной гимнастики, метод пассивной вестибулярной тренировки, функциональной программируемой электростимуляции мышц в ходьбе, биологической обратной связи по ЭМГ и стабилограмме, метод динамической проприоцептивной коррекции с использованием рефлекторно-нагрузочных устройств «Адели», «Гравистат» и «Гравитон», за создание и внедрение которого в 2009 году К.А. Семёнова стала

обладателем премии лучшим врачам России «Призвание» в номинации «За создание нового научного направления в медицине». За время работы под руководством К.А. Семеновой подготовлено 50 кандидатских, 6 докторских диссертаций, она - автор более 500 научных публикаций, 14 монографий; было организовано издание информационно-практического журнала «Жизнь с ДЦП проблемы и решения», главным редактором которого она являлась. За внедрение космических устройств в медицину К.А. Семенова награждена премией им. Ю.А. Гагарина, медалями за участие в Великой Отечественной войне, в честь Маршала Жукова, орденом Святого Димитрия за бескорыстную помощь детям от Патриарха Московского и Всея Руси Алексия II, золотой и серебренной медалями ВДНХ за разработки различных методов лечения ДЦП.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В РАБОТАХ К.А. СЕМЕНОВОЙ (ПОСВЯЩАЕТСЯ 100-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ УЧЕНОГО)

Левченкова В.Д.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Семёнова Ксения Александровна – невролог, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РСФСР, участник Великой Отечественной войны. В 1968 году приказом Минздрава СССР при НИИ судебной психиатрии им. Сербского МЗ СССР был организован Отдел восстановительного лечения детей с церебральными параличами, руководителем которого стала К.А. Семёнова (с 1968 по 2002 год, затем – с 2002 по 2014 год – главным научным сотрудником). Сначала отдел располагался на базе 68-й клинической больницы г. Москвы, где были созданы 4 психоневрологических отделения для детей младшего возраста (с периода новорождённости до 2-х лет жизни) на 120 коек, затем, ортопедо- неврологическое отделение на 60 коек для больных детским церебральным параличом (с 2-х до 15-ти лет жизни). С 1972 года на функциональной основе Отдел являлся Всесоюзным научно-методическим центром восстановительного лечения детей с церебральными параличами при МЗ СССР. С 1990 по 1992 год Отдел находился в составе ВНИЦ по охране здоровья матери и ребёнка МЗ СССР (далее – РАМН), с 1993 – в составе НИИ педиатрии РАМН (с 1998 года – в структуре Научного центра здоровья детей).

По инициативе и при активном участии К.А. Семёновой был разработан проект, и в 1983 году введена в строй Детская психоневрологическая больница восстановительного лечения детей с церебральными параличами № 18 г. Москвы (в настоящее время – Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы), рассчитанная на 420 коек, которая стала клинической базой Отдела восстановительного лечения детей с церебральными параличами НИИ педиатрии ФГБНУ «Научный центр здоровья детей».

Профессор Ксения Александровна Семёнова является создателем в Советском Союзе и в России стройной системы оказания медицинской и психолого-педагогической помощи больным детским церебральным параличом, больным с последствиями травм головного и спинного мозга. Её труды во многом способствовали развитию системы социальной адаптации в обществе этих контингентов больных. К.А. Семёнова внесла значительный вклад в развитие системы практического здравоохранения Советского Союза и Российской Федерации. К.А. Семёнова с сотрудниками отдела во время рабочих поездок в различные регионы России, республики СССР и СНГ ежегодно проводила семинары, посвященные различным разделам реабилитации больных с неврологическими заболеваниями; проводилось обучение педиатров, неврологов, логопедов, неонатологов,

ортопедов современным методам диагностики и восстановительного лечения; в конечном итоге это способствовало созданию специализированных медицинских учреждений для этих больных, центров восстановительного лечения детей с церебральными параличами. Так были созданы центры в Казахстане, Киргизии, Украине, Ташкенте, Новосибирске, Калуге и во многих областях России. Последним из них при активном участии К.А. Семёновой был создан центр «Милосердие» для оказания помощи больным с детским церебральным параличом при Марфо-Мариинской обители г. Москвы в 2010 году, где она регулярно консультировала больных, считая это своим человеческим и профессиональным долгом.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ТЕРАПИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Левченкова В.Д., Батышева Т.Т. Слободчикова Н.С.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Морфологической основой детского церебрального паралича (ДЦП) является нарушение онтогенетического развития головного мозга, вследствие повреждающего воздействия различных патологических факторов в пренатальном, интранатальном, неонатальном периодах; несмотря на разнообразие повреждающих факторов морфологические проявления их влияния однотипны; повреждается в целом весь мозг: в первую очередь филогенетически более молодые структуры мозга (новая кора, базальные ядра), а также все структуры двигательного анализатора, что выявляется во всех случаях при гистологическом исследовании. Макроскопически патологические изменения головного мозга (в виде очаговой микрогирии, недоразвития вторичных и третичных борозд, гемиатрофии больших полушарий мозга или полушарий мозжечка), обнаруживаются только у 50% больных, однако, при гистологическом исследовании дистрофические изменения структурных элементов мозга выявляются в 100 %, что необходимо учитывать, приступая к лечению больных ДЦП. Помимо деструктивных изменений у всех больных отмечаются в различной степени компенсаторно-восстановительные процессы, которые заключаются в виде гипертрофии отдельных нейронов, увеличения количества сателлитов, окружающих нейроны, олигодендроглиоцитов, обладающих свойством вырабатывать миелин.

Результаты. Ведущим в клинической картине ДЦП является задержка и патология развития двигательных функций. Из-за длительного отсутствия опоры, задержки навыков двигательного развития возникают нарушения в функциональной системе антигравитации, которые ещё более усугубляют патологию двигательного развития больных. Поэтому с первых дней появления нарушений двигательных функций необходимо проводить активную стимуляцию, используя все методы периферической афферентации нейронов: массаж, лечебная гимнастика, гидрокинезотерапия, стимулятор опорной функции стоп «Корвит», с трёх лет жизни рекомендуется активно использовать метод динамической проприоцептивной коррекции с применением лечебных костюмов «Гравистат» и «Гравитон». Для стимуляции психического и речевого развития необходимы занятия с логопедом, психологом, начиная с первых месяцев жизни больных, проводящиеся по определённой программе на положительном эмоциональном фоне, вырабатывающем мотивацию ребёнка к проведению этих занятий, а также корrigирующих зрительное и слуховое восприятие окружающего мира.

ВОЙТА ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Лобанов А.В., Подолина А.А., Лобанов В.В., Бобылова М.Ю.

*Реабилитационный центр Радость, г. Москва
Институт детской и взрослой неврологии им. Святителя Луки, г. Москва*

Актуальность проблемы реабилитации детей с ограниченными возможностями обусловлена увеличением числа врожденных аномалий, нарушений психического, речевого, моторного развития, тяжелых хронических инвалидизирующих заболеваний. По статистическим данным, частота рождения детей с аномалиями развития и тяжелой соматической и психоневрологической патологией в настоящее время составляет 5 – 9% среди всех новорожденных. При безвыборочном осмотре новорожденных общий процент неврологических нарушений (включая негрубые и преходящие симптомы) составляет более 60%. Риск возникновения подобных нарушений примерно одинаков в любой социальной и этнической группе. В Российской Федерации пороки развития, встречаясь с частотой 6-40 случаев на тысячу родов, занимают второе место среди причин младенческой смертности, мертворождаемости и детской инвалидности.

Целью исследования является влияние метода Войта терапии на развитие ребенка с ограниченными возможностями.

Материалы и методы. Использование современных наукоемких технологий в разработке и внедрении патогенетически обоснованных методов комплексной реабилитации, с активным участием самого пациента и членов его семьи. Кинезиотерапия- метод моторного (пере -) обучения, лечение через движение, с использованием возможной двигательной активности больного, естественной моторной функции человека. Кинезиотерапия по методу В.Войта, используя рефлекторно вызываемые движения, способствует пробуждению и стимуляции локомоторных комплексов, заложенных в двигательном онтогенезе ребенка. Это система освоения двигательных моделей, при которой путем приложения проприоцептивных стимулов в соответствующих зонах в исходном положении тела, при сопротивлении в определенных областях провоцируются стабилизирующая изометрическая мышечная контракция и реципрокные глобальные и парциальные двигательные модели, выполняемые активно ребенком. Детально анализируя развитие спонтанной моторики, В.Войта пришел к выводу, что локомоторные комплексы поворота и ползания являются основополагающими вехами для овладения всеми важнейшими движениями, к которым человек способен. Изменение исходной позиции стало в дальнейшем постоянной частью терапии. Посредством направленного воздействия начального положения и зон раздражения в центральную нервную систему направляются специфические возбуждающие импульсы. Таким образом, активируемый двигательный образец делает доступным для пациента тот двигательный опыт, который он по причине своей нарушенной функции до сих пор не мог получить. Например, используя рефлекторно-локомоторный комплекс ползания, мы наблюдаем подъем плечевого и тазового пояса, разгибание туловища, активация мышц брюшного пресса, оптимизация реберного дыхания и функции диафрагмы по координации дыхания. Увеличивается жизненная емкость легких. Отмечается сокращение анального сфинктера и сфинктера мочевого пузыря.

Результаты. По результатам нашей многолетней работы проведения войта терапии с детьми с различными патологиями и разными возрастными группами, мы наблюдали частичное либо полное восстановление утраченных функций. Наилучший результат показывали маленькие пациенты от 0 до 3 лет. Но это не значит, что терапия дает плохие результаты у более старших детей или взрослых. Процесс восстановления просто

значительно растягивается по времени. Примерно за 7 лет в реабилитационном центре Радость, войта терапию получили 3500 пациентов в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Посредством проведения войта терапии мы добились: достижения стабильности, симметричности положения тела и автоматического управления положением тела 90%, стимуляции выпрямительных механизмов (преодоление силы гравитации) 90%, - регуляции безусловных и подавления патологических тонических рефлексов 95%, развития координации и целенаправленных движений 90%, за счет множественной афферентации от проприо-, - экстеро-, интено-, вестибуло- и телерецепторов, возникающей при проведении упражнений, воздействие оказывается не только на кинестетический анализатор, но и на сенсорные, психические, вегетативные функции, способствуя нормализации гомеостаза. У детей с церебральными нарушениями в процессе лечения можно наблюдать как уменьшается двигательное беспокойство 100%, появляется стабильность в положении на спине и на животе 90%, позвоночник становится функционально подвижнее 90%, кисти и стопы целенаправленнее и обширнее используются для опорной и хватательной функций 90%, улучшается ритм сна и бодрствования 80%, улучшается кровоснабжение кожи 90%, дыхание становится глубже и стабильнее 90%, улучшается регуляция функционирования мочевого пузыря и кишечника 50%, уменьшается слюнотечение, улучшается глотание и речевые функции 80%, движения глаз становятся более координированными, уменьшается выраженность нистагма и косоглазия 80%, улучшается ориентация в пространстве, улучшается концентрация внимания, ребенок больше интересуется окружающим, лучше захватывает игрушки, улучшается контакт с окружающим миром, способствует интеракции матери и ребенка. Улучшение по шкале тяжести двигательных нарушений ДЦП произошло у 3000 детей. У 1000 детей удалось компенсировать пирамидную недостаточность на первом году жизни, то есть войта терапия позволила скорректировать угрозу ДЦП. У 150 пациентов явной динамики не отмечено, обычно это связано с низким потенциалом ребенка и с отказом матери самостоятельно заниматься с ребенком дома. Таким образом, эффективность войта в группе до 1 года составила 90%, до 3 лет-80%. По итогам исследования мы показали эффективность войта терапии (на основании статистической обработки данных). Моторное развитие ребенка генетически предопределено – это концепция профессора Мюнхенской академии реабилитации восстановления Теодора Хельльбрюгге. Метод войта терапии используется более 60 лет и у 90% отличные положительные результаты до полного восстановления. Это научный метод.

ПРИМЕНЕНИЕ АВТОРСКИХ МЕТОДИК ДИАГНОСТИКИ В СИСТЕМЕ КОРРЕКЦИИ ПСИХО-РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Лукина Н.А.

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

Актуальность. В настоящее время мы сталкиваемся с тем, что 80 % родителей не понимают суть проблемы речевого развития своего ребенка. При сборе анамнеза мама говорит, что ее ребенок все понимает. В процессе обследования выясняется, что понимание речи ребенком отстает от онтогенеза на несколько периодов. При появлении речи родителей беспокоит неправильное произнесение звуков позднего онтогенеза. Они хотят, чтобы логопед начал ставить эти звуки как можно раньше. Не понимая того, что ребенок еще не прошел более ранних стадий появления звуков в онтогенезе. Что речеслуховой центр еще не сформировался. При обследовании словаря родители часто говорят, что ребенок не видел (в возрасте 5 лет) слона, поэтому знать и называть не

должен. Ну, а о формировании грамматических категорий зачастую и не слышали совсем. Словоизменение еще как-то формируется, а вот словообразование – совсем плохо. В нашем центре количество занятий ограничено (8 занятий), так как служба считается вспомогательной, поэтому времени на обследование крайне мало. Для более быстрой и точной диагностики психомоторного и речевого развития детей мною написаны и изданы четыре книги по диагностике психо-речевого развития детей от 0 до 3 лет; с 3 до 4 лет; с 4 до 5 лет; с 5 до 6 лет. Тестовые задания даны в играх с цветными картинками. В каждом разделе существует шкала, которую заполняют родители. Для специалиста же заполненные родителями столбики уровней развития являются мерилом более объективной диагностики ребенка (высокий столбик обозначает развитие по возрастной норме (стандарту)- помочь ребенку не требуется; столбик средней величины- отставание на два периода- занятия с логопедом; самый низкий столбик – отставание на четыре и более периода развития- консультация психиатра и занятия с дефектологом. При понимании проблем в развитии ребенка, родители видят в специалисте помощника и друга. Коррекционная работа проводится более успешно.

Цель. Найти уровень психомоторного и речевого развития ребенка по всем ведущим линиям развитий. Определить ту ступень, на которой ребенок находится в данное время по каждой линии развития.

Материалы и методы. За год проведена коррекционная работа в среднем с 130 детьми разного возраста. Данная методики позволяет провести более объективную оценку развития ребенка (обследование ребенка родителями и специалистом). Родителям же - четко представлять по каким линиям развития ребенок отстает и на сколько периодов. Выстраивать лесенку развития ребенка.

Результаты. Использование данной методики в течение 7 лет дало возможность более тщательно проводить диагностику развития ребенка. Родителям – понимать проблему ребенка и быть в одной связке со специалистом. Видеть всегда в нем помощника и друга. Самостоятельно следить за развитием ребенка, тестируя его в каждый период развития по всем линиям развития ребенка. Привлекать к коррекции нужных специалистов (речь- логопед; интеллект- дефектолог; общая моторика –ЛФК, массаж; мелкая моторика – эрготерапевт и.т.д.).

Выводы. Таким образом, использование авторских диагностик является эффективным в условиях центра на коротких курсах реабилитации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ «ФОНЕТИЧЕСКАЯ РИТМИКА» (Т.М.ВЛАСОВОЙ, Ф.Н.ПФАФЕНРОДТ) СО СЛАБОСЛЫШАЩИМИ ДЕТЬМИ В КОРРЕКЦИИ МОТОРНОЙ АЛАЛИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

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

*ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ, г. Москвы,
Дневной стационар № 4*

Актуальность. Моторная алалия – это системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевых высказываний при относительной сохранности смысловых и сенсомоторных операций. Моторная алалия подразделяется на афферентную и эфферентную: при афферентной механизмах нарушений сводится к кинестетической апраксии, а при эфферентной к кинетической апраксии. Речевая симптоматика носит системный характер и охватывает все компоненты: фонетико-фонематическую и лексико-

грамматическую стороны. У детей не формируются тонкие двигательные координации речевого аппарата: оральная апраксия, нарушения последовательности и переключаемости, поиски артикуляции, неумение выполнить определенные артикуляционные движения или действия. Фонетическая ритмика – это система двигательных упражнений, в которых различные движения корпуса, головы, рук, ног сочетаются с произнесением определенного речевого материала. Использование данной методики предусматривает как индивидуальную так и малогрупповую формы работы и не требует дополнительного специального оборудования для ее реализации.

Цель. Определить эффективность применения методики «Фонетическая ритмика» в коррекционной работе с детьми дошкольного возраста с моторной алалией в сочетании с множественными, в том числе неврологическими, сопутствующими диагнозами.

Материалы и методы. В исследовании участвовали дети от 3 лет 2мес. до 5 лет 6мес. Работа проводилась по всем этапам последовательно с фиксацией промежуточных и итоговых результатов на каждом этапе: 1) Этап вызывания звуков, 2) Этап отработки произнесения слогов и слов, 3) Этап отработки произнесения предложений.

Результаты. Применение методики фонетической ритмики в коррекционно-логопедической работе с детьми дошкольного возраста с моторной алалией эффективно. Методика очень удобна для вызывания звуков у детей с моторной алалией в сочетании с множественными, в том числе неврологическими, сопутствующими, поскольку не предусматривает механического вторжения в полость рта. Это важно для них, потому что даже самое легкое прикосновение зачастую вызывает резко негативную реакцию. Движения, используемые при фонетической ритмике очень просты и доступны, что дает возможность их максимально правильно выполнения с первого раза, обеспечивая ребенку ситуацию успеха, крайне необходимую для его психологического комфорта с учетом психоневрологического диагноза, что в конечном итоге способствует более полноценной социализации. Своевременно начатая и систематически проводимая коррекционная работа дает максимально положительный эффект и высокую результативность в преодолении моторной алалии.

ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ С ДЕТЬМИ С ДИАГНОЗОМ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ (СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ)

Медведева А.Е.

АНО «Марфо-Мариинский Центр для детей с ограниченными возможностями здоровья», г. Москва

Актуальность использования альтернативных средств коммуникации обусловлена тем, что в настоящее время растет количество детей, имеющих нарушения коммуникативного развития, при которых речь либо отсутствует, либо представлена отдельными вокализациями. В таких случаях работа с данной категорией детей затруднена, так как возникают сложности взаимопонимания ребенка и взрослого. Тем не менее, коммуникация играет важную роль в жизни каждого человека и особенно ребёнка, поскольку для его развития необходима связь с детским и взрослым обществом. Посредством общения ребёнок познаёт мир, происходит развитие коммуникативных навыков и расширение кругозора. Дети с детским церебральным параличом средней и тяжёлой формы не имеют такой возможности, так как у них нарушены речевые функции. Поэтому, необходимо развивать их коммуникативные навыки посредством альтернативных и дополнительных средств коммуникации.

Цель. Познакомить с системой работы развития коммуникативных навыков у детей с детским церебральным параличом средней и тяжёлой формы, основанной на применении альтернативных и дополнительных средств коммуникации.

Материалы и методы. Работа в данном направлении начинается с индивидуального подбора необходимого средства альтернативной коммуникации для каждого ребёнка с ДЦП (средней и тяжёлой формы). Эта кропотливая работа, требующая от специалистов высокой компетентности и терпения. Подбор средства альтернативной коммуникации осуществляется с учётом сохранных анализаторов и уровня интеллектуального развития ребёнка с детским церебральным параличом. Осуществив подбор необходимого средства альтернативной коммуникации, специалист начинает работу над обучением ребёнка навыкам использования этого средства. В рамках решения данной задачи также необходимо время. На данном этапе подключаем родителей ребёнка, которые также участвуют в процессе обучения: присутствуют на занятиях, обучаясь методам и приёмам работы, чтобы продолжить закрепление навыков в домашних условиях. Усвоив основные навыки работы, мы организуем их закрепление на практике в форме социально-значимых выходов (на прогулке, в парке, аптеке, кафе, магазине и т.д.). Данная система работы уже прошла апробацию и зарекомендовала себя положительно. Дети с детским церебральным параличом средней и тяжёлой формы во время таких выходов чувствуют себя значимыми членами общества, у них появляется вера в свои силы.

Результаты. Применяя альтернативные и дополнительные средства коммуникации нами достигнуты следующие результаты:

- Дети стали проявлять инициативность во взаимодействии с окружающими людьми;
- Уменьшилась частота проблемного поведения;
- Дети могут быть полноценными участниками процесса, например, совершать покупку, делать заказ в кафе, вступать в контакт на прогулке и т.д.

Развитие коммуникативных навыков и формирование позитивного опыта общения способствуют развитию положительных качеств личности ребёнка с детским церебральным параличом: доброжелательности, терпения, понимания, взаимоуважения, сочувствия, уверенности в себе, инициативы, самоконтроля, и, наконец, подготавливают ребёнка к обучению в школе.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНО- ПРОГРАММОГО КОМПЛЕКСА REVIMOTION В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

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

ГБУ «Московский городской центр реабилитации», г. Москва

Цель. Анализ эффективности применения аппаратно-программного комплекса ReviMotion у пациентов с двигательными нарушениями в социальной адаптации инвалидов.

Материалы и методы. Для оценки эффективности комплексной реабилитации с применением аппаратно-программного комплекса ReviMotion в исследованиях использовались следующие методы: постурологическое исследование на компьютерном стабилографическом комплексе и исследование биомеханической структуры ходьбы с использованием аппаратно-программного комплекса «Видеоанализ движений». Для объективизации степени выраженности имеющегося неврологического дефицита в группе пациентов применялись шкалы: Ashworth, GMFCS (R. Palisano et al., 1997), 5 бальная шкала оценки мышечной силы. Количество обследованных составило 10 человек (в

в возрасте от 6 до 67 лет), у 7 из них установлен диагноз детский церебральный паралич, у 1 пациента имеет место последствия перинатального повреждения правого плечевого сплетения, у 1 – последствия перенесенного острого энцефаломиелополирадикулоневрита, у последнего – полиостеоартроз, контрактуры коленных суставов. Двигательные возможности пациентов оценивались по системе Gross Motor Function Classification System. У 7 из 10 обследованных диагностирован 2 уровень по системе GMFCS, у 3 - 1 уровень. Курс применения реабилитационного комплекса ReviMotion у клиентов, проходящих комплексную реабилитацию, составил 10-12 процедур с продолжительностью одной процедуры 25 минут. При этом создавалась и менялась при необходимости индивидуальная программа реабилитации с выбором различных упражнений, оптимизировалось время проведения процедуры и количество движений для функциональной тренировки в различных исходных позициях. Визуальный контроль на экране монитора за качеством выполняемых упражнений помогал планировать и направлять движения, а также предотвратить развитие моделей компенсаторных движений.

Результаты. По объективным данным, заключениям стабилометрии и видеоанализа движений, полученных до и после проведения курса комплексной реабилитации с применением АПК ReviMotion, выявлено следующее: достоверно снижались все параметры мышечного тонуса, как задней группы мышц, ответственных за ходьбу и поддержание баланса равновесия, так и передних, отвечающих за корректировку колебаний центра давления при поддержании вертикальной стойки. Данные инструментальной оценки полностью согласуются с данными клинической оценки мышечного тонуса. Достоверное снижение спастичности по модифицированной шкале Ashworth после применения равно $p<0.004$. У всех обследованных отмечалась положительная динамика – увеличился объем движений в пораженных конечностях, улучшилась переносимость и эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

Выводы. Постоянные и последовательные тренировки больных с двигательными нарушениями с применением аппаратно-программного комплекса ReviMotion воздействуют на патогенетические особенности поддержания вертикальной позы, снижают уровень ригидности и нормализуют мышечный тонус.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОРТЕЗИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 3D МОДЕЛИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Могилянцева Т.О., Игнатова Т.С., Щербак С.Г.

СПб ГБУЗ «Городская больница №40», г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк

Актуальность. Лечение ортопедических проблем пациентов с ДЦП является одной из сложнейших проблем. Без современного ортезирования невозможно качественно проводить как консервативное, так и оперативное лечение. Современные 3D технологии и качественные материалы позволяют создать эргономичные ортезы, изготовить индивидуальное ортопедическое изделие по созданному «позитиву» с последующим изготовлением его из современного полиэтилена, а также имеются возможности его «напечатать» на принтере с использованием специальных «ортопедических» нитей. Наиболее отработанной за последние 5 лет является технология изготовления 3D моделей корсетных изделий. Пациенты неврологического профиля с ДЦП страдают тяжелым нейрогенным сколиозом (более 15 градусов Совб) не менее чем в 10% случаев заболевания. Тяжелые формы нейрогенного сколиоза, как правило,

развиваются у детей старше 11 лет. Этот период совпадает с периодом «ростового скачка», что характерно для всех ортопедических заболеваний.

Результаты. Наш клинический опыт, основанный на лечении пациентов с ДЦП позволяет рекомендовать более раннее, чем принято при идиопатических сколиозах, назначение функционально-корригирующих корсетов. Показанием к назначению у детей не достигнувших «зрелости» (признак Риссера менее 4x.) является наличие дуги 15 градусов Совв. Использование 3D моделей немецкой школы позволяет «затормозить» прогрессирование сколиоза, значительно улучшить внешний вид пациента, улучшить его положение туловища при сидении. Производство 3D ортезов для конечностей с помощью «печати» на 3D принтере позволяет создать модели, которые невозможно выполнить путем изготовления по гипсовым позитивам. Возможность «доработать» модель используется для улучшения эргономики изделия, уменьшается ее объем, вес. Модели для нижних конечностей хорошо совмещаются с обувью.

Выводы. Использование инновационных технологий 3D моделирования ортезов является перспективным направлением лечения ортопедических патологий у детей с неврологической патологией. Следующим этапом в развитии направления следует считать развитие методик анализа двигательных функций пациентов, использующих 3D ортезирование.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОНТРОЛЬ ПРИ БОТУЛИНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ - ВСЕГДА ЛИ ЭТО ЛУЧШИЙ РЕЗУЛЬТАТ?

Морошек Е.А.¹, Красавина Д.А.², Бальберт А.А.³

^{1.} *Реабилитационный центр «Здоровое детство», г. Екатеринбург,*

^{2.} *ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург*

^{3.} *ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Свердловская область*

Актуальность. Для улучшения опорной функции стопы у детей со спастическими формами ДЦП одним из самых эффективных методов является введение Ботулинического токсина типа А в мышцы голени. Точное попадание иглы в наиболее часто вовлеченную в процесс икроножную мышцу чрезвычайно актуально для проведения качественной сессии ботулиновтерапии. В настоящее время, во многих клиниках процедура все еще проводится без методов навигации только по анатомическим ориентирам.

Материалы и методы. Работа посвящена оценке точности попадания иглы в икроножную мышцу при проведении ботулиновтерапии по методу анатомических ориентиров у детей с ДЦП. Вводилась игла длиной 12 мм в икроножную мышцу с последующей проверкой точности попадания иглы УЗ сканированием.

Результаты. В ходе исследования выявлено – при инъекциях в медиальную головку в 3 случаях (9%) игла не достигла мышечных волокон и находилась в подкожно жировой клетчатке, в 4 случаях (12%) игла прошла через икроножную в более глубокую камбаловидную мышцу, всего 21% ошибочных инъекций. В латеральной головке было 2(6%) и 6 (18%) случаев подобных ошибок соответственно; в 2 случаях (6%) игла была введена не в икроножную, а в камбаловидную мышцу, располагающуюся подкожно. Всего наблюдалось 30% ошибок. После коррекции положения иглы при помощи ультразвука все инъекции были выполнены верно.

Выводы. Учитывая полученные результаты, для повышения эффективности ботулиновтерапии у детей необходимы ультразвуковой контроль (особенно специалистам с недостаточным опытом); изучение анатомических особенностей расположения мышц голени.

РОЛЬ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА МАТЕРИ В ГЕНЕЗЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У РЕБЕНКА

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

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, г. Донецк, ДНР

Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Изучение патогенеза церебрального паралича (ЦП) играет значительную роль в разработке методов предотвращения болезни.

Цель. Изучить возможные пути развития ЦП у детей, рожденных от матерей с антифосфолипидным синдромом (АФС).

Материалы и методы. Обследована группа детей (31 ребенок) с ЦП в возрасте от 11 месяцев до 14 лет, рожденных от матерей с АФС. На основании клинического и лабораторного обследования у 13 женщин (42 %) был диагностирован серопозитивный вариант АФС, а у 18 (58 %) – серонегативный.

Результаты. Нами установлено, что органическое поражение головного мозга в пре- и перинатальном периоде у ребенка, рожденного матерью с АФС, может формироваться тремя различными путями, а также их сочетаниями:

1. Поражение головного мозга у плода вследствие первичных и вторичных инфарктов и некрозов плаценты при АФС у матери с формированием фетоплацентарной недостаточности, вызывающей хроническую гипоксию плода и задержку внутриутробного развития.

2. Повреждение центральной нервной системы плода и новорожденного вследствие трансплацентарного перехода от матери антифосфолипидных антител, которые способны вызывать нарушения гемостаза с тромбозом сосудов головного мозга у ребенка и последующим развитием ЦП.

3. Формирование ЦП в связи с малым сроком гестации у детей, рожденных от матерей с АФС (32-36 недель), когда еще не полностью редуцирован герминальный матрикс, вследствие чего легко развиваются геморрагии, а также характерная для недоношенных детей перивентрикулярная лейкомалия.

Выводы. Проведя обследование детей с ЦП, рожденных от матерей с серопозитивным и серонегативным вариантом АФС, мы пришли к выводу, что одним из этиологических факторов ЦП у детей является АФС матери.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕЙКОПАТИЙ У ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Натрусова Н.В., Щедеркина И.О., Селиверстова Е.В., Кубиров М.С., Тиганова О.А., Бронин Г.О., Петряйкина Е.Е., Кондратчик К.Л.

ГБУЗ Морозовская детская городская клиническая больница ДЗ г.Москвы

Актуальность. Последние достижения науки обуславливают появление новых возможностей в терапии злокачественных новообразований. Одновременно с успехами терапии увеличивается число осложнений со стороны центральной нервной системы (ЦНС). Значительную сложность представляет дифференциальная диагностика типа повреждения ЦНС у детей с онкологическими заболеваниями. Развитие очаговой неврологической симптоматики возможно ввиду цереброваскулярной патологии, инфекционных осложнений, посттерапевтической токсичности (химиопрепараты, лучевая

терапия - ЛТ), а также прогрессирования неопластического процесса. Наиболее часто возникающие неврологические нарушения - острый гемипарез, судороги, нарушение сознания и общемозговая симптоматика.

Цель. Анализ клинических случаев детей с онкологическими заболеваниями и остро развивающейся очаговой неврологической симптоматикой, критерии дифференциальной диагностики различных типов лейкоэнцефалопатий.

Материалы и методы. Клинические наблюдения детей с острой инсультоподобной (stroke-like) и хронической метротрексатовой (mtx) лейкоэнцефалопатией, дисметаболической энцефалопатией, синдромом задней обратимой энцефалопатии (Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome - PRES), инсультоподобным мигренозым пароксизмом после лучевой терапии (Stroke like migraine attacks after radiation therapy syndrome - SMART). Все дети находились на лечении на базе Центра детской онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» с 01.12.2017 по 01.07.2019, с остро возникшей очаговой неврологической симптоматикой на этапах лечения. Методы: клинический, лабораторный, нейровизуализационный (компьютерная и магнитно-резонансная томографии головного мозга – КТ, МРТ ГМ), функциональный.

Результаты. В анализ вошли 5 пациентов в возрасте от 4 до 10 лет. Все дети получали специфическую противоопухолевую терапию по соответствующим протоколам, а также необходимую симптоматическую терапию. Очаговая неврологическая симптоматика у пациентов развилась остро и потребовала проведения нейровизуализации (КТ/МРТ ГМ). Stroke-like leukoencephalopathy у девочки 4 лет с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) характеризовалась преходящим гемипарезом и симметричными зонами цитотоксического отека в семиовальных центрах на МРТ ГМ. Хроническая mtx-лейкоэнцефалопатия у девочки 8 лет с медуллобластомой проявлялась судорожными приступами (структурная эпилепсия) и интенсивными головными болями, по МРТ ГМ – перивентрикулярный глиоз и субатрофия вещества ГМ с гидроцефалией ex vacuo. У девочки 5 лет с ОЛЛ PRES манифестирувал с судорожного синдрома и нарушения сознания, на МРТ ГМ - вазогенный отек в затылочных и теменных отделах, в динамике с вовлечением височных долей. У девочки 10 лет с острым миелоидным лейкозом - дисметаболическая энцефалопатия манифестируала с нарушения сознания. Коррекция гипогликемии привела к полному регрессу неврологического дефицита и МР-изменений за 12 часов. Для дисметаболической (гипогликемической) энцефалопатии характерно обратимое симметричное ограничение диффузии на DWI и повышение МР-сигнала на T2-WI с возможным вовлечением мозолистого тела. У мальчика 10 лет с медуллобластомой SMART дебютировал клиникой гемипареза с последующей головной болью, на МРТ – отсутствие специфических изменений.

Выводы. Пациенты с онкологическими заболеваниями имеют множество факторов риска развития неврологических осложнений. Осведомленность неврологов об особенностях течения онкологических заболеваний, возможных побочных эффектах используемых препаратов необходима для объективной оценки пациента. Своевременное проведение нейровизуализации с адекватной трактовкой МР- томограмм и сопоставление с клинической картиной и данными анамнеза играет решающую роль в постановке диагноза и выборе рациональной сопроводительной неврологической терапии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ МЕТОДИК РЕАБИЛИТАЦИИ ФУНКЦИИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ГБУ «КРОЦ»

Николаенко В.И., Турова М.Л., Петрова О.А., Потапова Н.М.,
Бородавко В.С., Корягин С.С.

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

Актуальность. Совершенствование функции верхних конечностей у пациентов с ДЦП способствует уменьшению социальной дезадаптации, повышению их независимости.

Цель. При составлении плана комплексной реабилитации воспитанников на учебный год работа с верхней конечностью является приоритетным направлением и поэтому постоянно ведутся поиски современных и новых методов реабилитации.

Материалы и методы. Начиная с весны 2019 года ГБУ КРОЦ активно сотрудничает с РНИМУ им. Пирогова. С воспитанниками нашего центра проводились занятия с использованием медицинской технологии «Неинвазивный интерфейс мозг – компьютер экзоскелет кисти». Процедура реабилитации основана на стимулировании механизмов нейропластиности мозга, активируемых при воображении движений. Реабилитационный подход основан на совершении движений экзоскелетом кисти под управлением интерфейса мозг – компьютер у пациентов с ограничением или отсутствием движений в руке. В результате такой тренировки запускаются пластические механизмы мозга, позволяющие сохранной его части взять функцию управления пораженной конечностью на себя. Была отобрана группа из воспитанников с ДЦП спастической диплегией GMFCS II-IV, MACS II-IV. Проведено тестирование с помощью шкал Ashworth, Fugl-Meyer, ARAT, британской шкалы оценки мышечной силы, гониометрия. С каждым пациентом проведено 10 процедур продолжительностью до 30 минут. Также ГБУ «КРОЦ» является пилотной площадкой Агентства инноваций города Москвы. Проводилась оценка эффективности использования реабилитационной перчатки Аника при патологии кисти центрального генеза (ДЦП). Аника тренажер с биологической обратной связью служащий для восстановления мелкой моторики кисти и координации движения. Процесс реабилитации проводится в игровой форме, что позволяет поддерживать у пациента высокий уровень мотивации. На первом этапе лечения проводится тестирование изучается объем пассивных и активных движений в суставах пальцев, лучезапястном и лучелоктевом суставах верхней конечности, затем компьютерная программа анализирует полученные данные и предлагает упражнения разной сложности для реабилитации. Полученные в процессе занятий данные сохраняются в графическом виде, что позволяет наглядно оценить результат лечения.

Результаты. Воспитанники, получающие курсовое лечение, показывают положительные результаты в виде нормализации мышечного тонуса, увеличения объема пассивных и активных движений в суставах верхних конечностей, устранения или уменьшения выраженности патологических установок и улучшения мелкой моторики. Полученные результаты оценивались по вышеописанным шкалам. При анализе двигательной активности руки ARAT средний балл увеличился с 33,2 до 36,5.

Выводы. Использование новых, современных методов повышает качество реабилитации и ускоряет получение положительных результатов. Воспитанники, независимо от степени тяжести двигательных нарушений, при правильном подборе реабилитационных методов получают удовольствие от занятий и добиваются успехов в двигательном развитии. Это позволит в перспективе повысить уровень независимости и качество жизни пациента, снизить степень инвалидности и расширить возможности трудоустройства.

ВЛИЯНИЕ ЛОГОРИТМИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕЧЕВОЙ АКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Орлова Г.И., Батышева Т.Т.

Актуальность. Логоритмические занятия оказывают большое влияние на развитие речевой активности у детей с общим недоразвитием речи (ОНР) дошкольного возраста. Следует отметить такие положительные качества у ребенка, как развитие организационных, проявление творческих способностей, воспитание личностных качеств. Формируется правильная осанка, красивая походка, укрепляется костно-мышечный аппарат. И, самое главное, преодоление речевого дефекта. Лечение посредством движений применяются издавна. Оно предполагает использование всех видов и форм движений в качестве лечебных факторов - кинезиотерапия - после переломов, после инфарктов.

Цель. Раскрыть значение и важность логоритмических занятий по формированию речевой активности детей дошкольного возраста, а так же отметить особенности коррекционной работы по преодолению ОНР у дошкольников.

Материалы и методы. Использование логоритмики в коррекционной работе по преодолению ОНР у дошкольников предполагает также сознательное определение последовательности устранения нескольких речевых нарушений. Например, если в дошкольном возрасте у заикающихся детей нарушения звукопроизношения устраняются параллельно с нормализацией темпа и ритма речи, а в некоторых случаях и раньше, до начала работы над плавностью самостоятельной речи, то заикающимся старших возрастов приходится выбирать, что в первую очередь устранить из речевых расстройств: заикание или звукопроизношение, в зависимости от болезненного отношения к нарушениям. Коррекционные задачи: развитие фонематического восприятия и фонематических представлений; расширение лексического запаса; развитие слухового внимания и зрительной памяти; совершенствование общей и мелкой моторики; выработка четких координированных движений во взаимосвязи с речью; развитие мелодико-интонационных и просодических компонентов; развитие творческой фантазии.

Воспитательные задачи: умение работать в коллективе; прививать эстетический вкус. Обучающие задачи: закреплять знания и представление дошкольников о природных явлениях, о лесных зверях, ягодах; обучение согласованию слов в предложении в роде, числе, падеже.

Результаты. Четко разработанные и организованные логоритмические занятия способствуют развитию речевой активности детей дошкольного возраста с ОНР, овладению ими самостоятельной связной, грамматически правильной речью, фонетической системой родного языка, а также элементарной грамоты, что формирует готовность к обучению детей в общеобразовательной школе. Чем больше ребенок движется, тем интенсивнее развивается его речевая активность. В тоже время, ритм речи, особенно стихотворный, способствует развитию координации движений, общей и тонкой произвольной моторики. Одновременно с этим, речевые упражнения, связанные с движением, не утомляют детей, снимают статическое напряжение, и, преподнесенные в игровой форме, помогают удержать внимание детей.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Оスマловский Д.С., Оスマловский С.В., Брезинская С.Н.

Центр восстановительной медицины и реабилитации ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Владивосток, Приморский край

Актуальность. Согласно мнению ряда ученых, а также в соответствии с данными официальной статистики в настоящее время каждый десятый новорожденный имеет те или иные ограничения здоровья. В структуре причин детской инвалидности лидирующее место традиционно за патологией психо-неврологического характера, в большинстве случаев связанной с перинатальным периодом развития плода. Прогнозируемый рост патологии новорожденных обусловлен, в том числе и совершенствованием системы и мер родовспоможения. Проблема ранней помощи детям с особыми потребностями является чрезвычайно актуальной, так как она дает исключительную возможность обеспечить полноценное развитие ребенка.

Цель. Оценка эффективности лечения детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС.

Материалы и методы. В течение 5- летнего периода под нашим наблюдением находилась группа из 728 детей в возрасте от 2 мес. до 1 года с перинатальной энцефалопатией (ПЭП), в том числе 405 (55,6%) мальчиков и 323 (44,4%) девочек. Чуть более четверти детей (25,41%) появились на свет от преждевременных родов с низкой массой тела и оценкой по шкале Апгар менее 8 баллов. Индивидуальный план лечения каждого ребенка разрабатывался комиссионно в соответствии с разработанной нами Программой комплексного лечения детей раннего возраста с ПЭП. Дети получали 2-4 курса комплексного 3-х недельного лечения. Проводились занятия, направленные на формирование движений на этапах двигательного развития, развитие мышления, памяти, внимания, эмоциональной сферы и других сторон интеллектуальной деятельности, ликвидацию логопедических проблем.

Результаты. Для оценки функционального состояния детей до и после проведения реабилитационных мероприятий, с целью установления эффективности лечения, нами была использована собственная формализованная система обследования и математического подсчета интегративного показателя коррекции (реабилитационного потенциала) четырех основных групп диагностируемых системных нарушений ребенка: статодинамические навыки; зрительное, слуховое восприятие и речь; интеллект, эмоции и коммуникации; самообслуживание. (Патент РФ № 2331881 на изобретение, зарегистрирован 20.08.2008 г. Разрешение на применение новой медицинской технологии АА № 0000504 ФС № 2010/226 от 17.06.2010 г.). Улучшение во всех сферах жизнедеятельности детей наблюдалось в 86,8% случаев (632 ребенка): статодинамической на 50,3%, интеллектуальной и эмоциональной на 39,4%, сенсорной и речевой на 35,3%, самообслуживания на 29,7%. Интегральный показатель эффективности лечения составил 38,67%. Сформировались сильные корреляционные связи между всеми сферами функциональной деятельности детей. Инвалидизация детей с ПЭП в условиях специализированного детского реабилитационного учреждения в пределах 15%.

Выводы. Для обеспечения высокого уровня профилактики детской инвалидности и нормализации показателей функционального состояния детей с перинатальным поражением ЦНС необходимо максимально раннее начало проведения восстановительного лечения в условиях специализированного детского реабилитационного учреждения.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В ПЕРИОД ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Оスマловский Д.С., Оスマловский С.В., Брезинская С.Н.

Центр восстановительной медицины и реабилитации ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Владивосток, Приморский край

Актуальность. Согласно данным целого ряда авторов, каждая четвертая семья, имеющая в своем составе ребенка-инвалида, является неполной. Весь комплекс проблем, связанный с содержанием, лечением и воспитанием детей, ложится на плечи матери-одиночки. При низком уровне благосостояния в семье, мать ребенка - инвалида не имеет возможности полноценно реализоваться в профессиональном плане, а работающая – обеспечить систематическое прохождение ребенком курсового восстановительного лечения в реабилитационном учреждении. Ситуация значительно улучшилась благодаря Приказу МЗ и СР РФ «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности» № 624н от 29 июня 2011 г., позволившему оформление листка нетрудоспособности лицу, сопровождающему ребенка-инвалида в период его лечения по основному заболеванию. Однако механизм практической реализации приказа в рамках обеспечения ухода за детьми-инвалидами в период их восстановительного лечения по основному заболеванию достаточно сложен и неудобен.

Цель. Совершенствование процесса реабилитации детей с ограниченными возможностями.

Материалы и методы. Центр восстановительной медицины и реабилитации детей с детским церебральным параличом организован в 1991 году, в форме муниципального учреждения здравоохранения г.Владивостока. В 2002г.- Центр обретает статус учреждения здравоохранения и социальной защиты населения (за 4 года до слияния министерств), а с 2006 г. – краевого учреждения. В 2011 г. Центр вошел в состав медицинского объединения ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», расположенный по другому юридическому адресу, при удаленности не менее 10 км.

Результаты. Ответственность за своевременное оформление необходимой для выписки листка нетрудоспособности документации и доставку ее в головное учреждение лежит на сотрудниках нашего учреждения, а сама выписка производится в ГАУЗ «ККЦ СВМП». При этом, как показывает практика, в данном процессе не участвует одно из основных звеньев обязанных контролировать состояние здоровья ребенка, - участковая детская поликлиника. Более эффективным нам представляется механизм выписки листка нетрудоспособности по уходу за ребенком-инвалидом в период восстановительного лечения, аналогичный таковому при направлении больных на долечивание в санаторно-курортные учреждения. На основании имеющейся у родителей ребенка-инвалида путевки на очередной курс восстановительного лечения, врачом-педиатром или неврологом детской поликлиники по месту жительства пациента, открывается больничный лист на имя сопровождающего лица, который продлевается по решению врачебной комиссии специализированного реабилитационного учреждения, на весь период курсового восстановительного лечения, но не более чем на 24 календарных дня.

СТРУКТУРНОЕ ПОСТРОЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Оスマловский Д.С., Оスマловский С.В., Брезинская С.Н.

Центр восстановительной медицины и реабилитации ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Владивосток, Приморский край

Актуальность. Основные принципы реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями общеизвестны и признаны. Целым рядом авторов указывается на этапность процесса реабилитации с участием в нем учреждений родовспоможения, отделений реанимации и интенсивной терапии, а также детских поликлиник, т.е. учреждений со своим специфическим функциональным назначением. При этом организация в стране специализированных Центров, способных оказывать комплексную медико-социально-педагогическую помощь детям-инвалидам, идет крайне медленными темпами. Мы считаем, что причина этого кроется в незыблемости подходов к структуре лечебно-профилактических учреждений.

Цель. Оптимизация условий для проведения полноценного комплексного восстановительного лечения детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

Материалы и методы. Центру восстановительной медицины и реабилитации г.Владивостока 28 лет. Занимаемая площадь—3600 м.кв., этажность – 2-3, все системы жизнеобеспечения- централизованные. Основной принцип работы - комплексное 3-х недельное курсовое восстановительное лечение детей- инвалидов психоневрологического и ортопедического профиля, профилактика детской инвалидности. Возраст пациентов от 2 мес. до 18 лет, в том числе детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС и угрозой развития детского церебрального паралича (ДЦП) – 25-30%, детей с ДЦП – 60-65%, с поражениями периферической нервной системы – 7%, с ортопедической патологией – 3%. В течение календарного года проводится 15 лечебных курсов с одновременным пребыванием на курсовом лечении -90-110 детей. Коллектив - 70 человек с учетом санитарок и подсобных рабочих. В структуре два отделения, возглавляемых заведующими: отделение восстановительного лечения (17 врачей различных специальностей, 12 массажистов, инструкторы по ЛФК), финансируемое за счет средств ТФОМС и отделение социально-педагогической реабилитации (педагоги-психологи, логопеды, дефектолог, педагоги дополнительного образования, инструкторы по адаптивной физической культуре) финансируемое за счет средств краевого бюджета. Центр располагает двумя залами для занятий физкультурой, где широко используются тренажеры «Грессо» и лечебные костюмы различных модификаций, бассейном с хамамом, сенсорной комнатой, широким спектром физиотерапевтического оборудования, компьютерных комплексов с биологической обратной связью, интерактивного оборудования, роботизированной техникой. Для обеспечения условий родителям, сопровождающим детей в период курсового лечения, на базе Центра создано 7 блоков, в состав каждого из которых входит 5-6 комнат оборудованных бытовой техникой, игровая комната, место для приготовления и приема пищи, санитарный узел. Своё пребывание в Центре мать ребенка оплачивает из расчета 500-800 руб./сутки. Благодаря этому, а также платному лечению пациентов проживающих за пределами Приморского края, ежемесячная выручка Центра составляет порядка 2 млн. руб., что является серьезным подспорьем в обеспечении нормального функционирования Учреждения.

Выходы. В условиях сложной экономической обстановки в стране, в ЛПУ должны создаваться условия, обеспечивающие максимальную эффективность лечения, при минимизации бюджетного финансирования.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ЗА 100-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Оスマловский Д.С., Оスマловский С.В., Брезинская С.Н.

Центр восстановительной медицины и реабилитации ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Владивосток, Приморский край

Актуальность. Изучение индивидуально-типологических особенностей роста и развития подрастающего поколения, определение отклонений в физическом развитии детей разных возрастно-половых групп, по мнению Г.М. Сердюковской и С.М. Громбаха (1984), самым тесным образом связано с задачами охраны здоровья детей и подростков, с принципами гигиенического нормирования. Характеристика антропологических показателей новорожденных в определенной мере позволяет судить об их динамике и гармоничности.

Цель. Проведение анализа антропологических показателей доношенных новорожденных России за 100 летний период.

Материалы и методы. Для проведения сравнительной характеристики антропологических показателей доношенных новорожденных нами были взяты официальные данные ряда авторов различных регионов России за 100 летний период. Показатели были объединены в две группы, охватывающие различные временные отрезки. В первую группу были включены данные Осиповой Е.П. за 1911-1941 гг., г.Казань; Исаевой А.А. за 1930-50 гг., г.Алма-Ата; Корнеева В.В. за 1934-36 гг., г.Ростов-на-Дону; Малышевой Р.А., 1954 г. г.Свердловск; Левитиной Р.П., 1940-е годы, г.Ленинград; Сперанского Г.Н., 20-е годы, г.Москва; Пугачева Н.С., 1920-е годы, г.Иркутск. Показатели, характеризующие физическое развитие доношенных новорожденных в первой группе, сложились следующим образом: средний вес мальчиков -3390 ± 89 гр., девочек -3291 ± 204 гр.; средний рост мальчиков $-50,8 \pm 0,65$ см., девочек $-50,4 \pm 0,79$ см.; окружность грудной клетки мальчиков $-33,6 \pm 0,1$ см., девочек $-33,3 \pm 0,1$ см.; окружность головы мальчиков $-34,5 \pm 0,35$ см., девочек $-34,1 \pm 0,4$ см. Во вторую группу вошли данные Дьяченко В.Г. по Хабаровскому краю за 1986-1999 гг.; Дегтяревой Г.Н. с соавт. по Архангельской области за 2000-10 гг.; Кузмичева Ю.Г. с соавт. по Нижегородской области за 2000-10 гг.; Калмыковой А.С. с соавт. по Северо-Кавказскому Федеральному округу за 2000-10 гг.; а также данные собственных исследований по г. Владивостоку за 2014 г. Аналогичные, как и в первой группе, средние показатели: вес мальчиков -3468 ± 100 гр. ($p \leq 0,01$), девочек -3330 ± 75 гр. ($p \leq 0,01$); рост мальчиков $-52,23 \pm 1,3$ см. ($p \leq 0,05$), девочек $-51,6 \pm 1,45$ см. ($p \leq 0,01$); окружность грудной клетки мальчиков $-34,1 \pm 0,85$ см. ($p \geq 0,05$), девочек $-33,6 \pm 0,8$ см. ($p \geq 0,05$); окружность головы мальчиков $-34,7 \pm 0,33$ см. ($p \leq 0,05$), девочек $-34,41 \pm 0,4$ см. ($p \leq 0,05$).

Результаты. В результате проведенного исследования было выявлено увеличение показателей физического развития доношенных новорожденных России за 100-летний период по параметрам: веса мальчиков на 78,0 гр., девочек – 39,0 гр.; роста мальчиков – на 1,5 см., девочек – 1,2 см.; окружности грудной клетки у мальчиков на 0,5 см., девочек – 0,3 см.; окружности головы у мальчиков на 0,2 см., девочек – 0,31 см.

Выводы. В течение последних десятилетий отмечается рост основных соматометрических показателей новорожденных детей.

БОТУЛИНОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП В СИСТЕМЕ ОМС

Оスマловский Д.С., Оスマловский С.В., Брезинская С.Н.

Центр восстановительной медицины и реабилитации ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Владивосток, Приморский край

Актуальность. Согласно современным исследованиям, при спастических формах ДЦП применение Ботулинического токсина типа А входит в перечень основных методов лечения, с уровнем доказательности А, что неопровергимо указывает на его эффективность. Клиническая практика демонстрирует высокий терапевтический потенциал БТА в виде отчетливого снижения уровня патологической спастичности мышц, улучшения функциональных возможностей и повышения качества жизни больных с благоприятным профилем безопасности. Препарат не обладает токсичностью, не метаболизирует в почках, печени или других органах, не оказывают влияния на иммунную систему, не вызывает мышечной атрофии. К нему не формируется зависимость или привыкание, а повторные введения препарата только усиливают суммарный эффект. Терапевтическая эффективность метода зависит от ряда факторов: отбора пациентов, условий транспортировки и хранения препарата, правильной тактики и техники введения, работы реабилитационной «команды».

Материалы и методы. В настоящее время в Приморском крае насчитывается более 1430 детей, инвалидность которых обусловлена заболеваниями нервной системы. Среди них детей с ДЦП – 1006 (м-563.д-443), в том числе со спастическими формами заболевания – 835 (83%). В ботулинетерапии ежегодно нуждаются более 500 детей. До недавнего времени введение ботулотоксина детям с ДЦП проводилось в ряде учреждений, при этом приобретение и хранение препарата являлось зоной ответственности родителей ребенка-инвалида. С 2018 г. данный метод лечений детей применяется преимущественно в ЦВМиР. Препарат в необходимом объеме приобретается Учреждением, вводится под контролем УЗИ, а при необходимости и ЭНМГ. Финансирование данной методики в полном объеме обеспечивается средствами регионального отделения ФОМС.

Результаты. Организационные мероприятия в отношении ботулинетерапии позволили наладить учет детей, нуждающихся в данном методе лечения, полностью исключить возможность нарушения холодового режима при приобретении, хранении и использовании препарата, повысить качество введения и терапевтическую эффективность препарата, обеспечить государственное финансирование использования данной методики, полностью исключив возможность привлечения средств семьи ребенка-инвалида, своевременно начать проведение комплексных реабилитационных мероприятий в объеме, необходимом конкретному ребенку.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВО- ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Пак Л.А.¹, Макарова С.Г.^{1,2}, Чумбадзе Т.Р.¹.

¹ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, г. Москва,

²ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», г. Москва

Актуальность. Потребности в энергии и питательных веществах детей с детским церебральным параличом (ДЦП) обсуждаются многими отечественными и зарубежными учеными. Актуальность проводимых в этом направлении исследований определяется существенным влиянием нутритивного статуса больных на их соматический статус, реабилитационный потенциал, а, следовательно, и на качество жизни. У детей с ДЦП повышение мышечного тонуса или, наоборот, выраженное его снижение, гиперкинетический синдром, дисфагия, псевдобульбарный синдром, гиподинамия, а также коморбидные заболевания (эпилепсия, частые пневмонии, бронхиты и пр.) могут приводить к возникновению и быстрому прогрессированию белково- энергетической недостаточности. Кроме того, для больных с детским церебральным параличом характерны повышенные энергозатраты, связанные с нарушением энергообмена и

недостаточной регуляцией функций вегетативной нервной системы. Очевидно, что при таких проблемах реабилитационный потенциал детей с ДЦП значительно снижается вследствие белково-энергетической недостаточности, так как у ребенка не хватает энергетических и пластических ресурсов на двигательную активность. Тем не менее, несмотря на наличие очевидных проблем, нарушающих питание данных пациентов и приводящих к развитию у них белково-энергетической недостаточности, в настоящее время отсутствуют не только рекомендации по питанию, но и системный подход к организации методологии регулярной оценки нутритивного статуса больных с ДЦП и выработки путей коррекции выявленных нарушений.

Цель. Изучение нутритивного статуса пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) и сопутствующей белково-энергетической недостаточностью, оценка его динамических изменений с помощью биомпедансометрии после проведения лечебных мероприятий.

Материалы и методы. Наблюдали 27 детей с ДЦП в возрасте от 5 до 11 лет, у которых была диагностирована белково-энергетическая недостаточность. Обследование пациентов включало в себя физикальный осмотр, оценку антропометрических показателей с применением программы «WHOAnthroPlus» и анализ состава тела с помощью биомпедансометрии. Оценка фактического питания включала в себя изучение режима питания, расчет химического состава рациона питания, состояние аппетита и характер стула. Все исследования проводились детям с детским церебральным параличом дважды: в момент поступления в клинику и в катамнезе после коррекции рациона питания и назначения лечения метаболическими и комплексными витаминно-минеральными препаратами продолжительностью 2 месяца.

Результаты и выводы. Проведенное исследование показало, что на фоне базовой медикаментозной терапии и нутритивной коррекции отмечается положительная динамика в виде увеличения Z-score массы тела, Z-score соотношения массы тела к возрасту, нормализации аппетита у наблюдаемых пациентов, что коррелирует с нормализацией основных, исследуемых с помощью биомпедансного анализа, показателей состава тела. Имеющаяся у детей с детским церебральным параличом белково-энергетическая недостаточность связана с нарушением режима питания, снижением аппетита, недостаточностью основных макронутриентов в рационе питания и нуждается в проведении нутритивной коррекции, в том числе, с помощью введения в их рацион дополнительного питания.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОСТНОЙ ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

Петриченко А.В¹., Букреева Е.А¹., Седненкова Т.А.¹, Савлаев К.Ф.¹,
Сергеенко Е.Ю.², Иванова Н.М.¹

1 ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям ДЗМ», г. Москва

2 ФГБОУ ВО Российской национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, г. Москва

Актуальность. Дети, больные злокачественными новообразованиями костей, часто испытывают функциональные потери и приобретают инвалидность, как результат побочных эффектов заболевания и лечения. Однако, реабилитационные мероприятия, способные эффективно смягчать функциональные нарушения и предотвращать инвалидность практически не используются в процессе противоопухолевого лечения онкологических больных, а начинаются после достижения стойкой ремиссии, когда стойкие функциональные потери уже сформировались.

Цель. Улучшение качества жизни у детей, больных злокачественными опухолями костей.

Материалы и методы. Медицинская реабилитация начиналась с момента постановки диагноза, проводились: дыхательная гимнастика, квантовая терапия, аэрофитотерапия, кинезотерапия, пассивно-активные комплексы лечебной гимнастики, обучение ходьбе на костылях и пользованию ортезом. В случае угрозы наступления патологического перелома применялось ортезирование с иммобилизирующей целью. С 1-х суток после оперативного удаления опухоли, реабилитационные мероприятия носили строго индивидуальный характер, проводились на фоне замещения кровопотери, обезболивания, седации, медикаментозной терапии. Обеспечивались ортопедическая укладка оперированной конечности, улучшение микроциркуляции в лёгких и усиление экскреторной функции бронхов, отхождение мокроты и профилактика образования пролежней. Разработка движений в оперированном суставе, в условиях адекватного обезболивания, начиналась на 3-4 сутки. После снятия швов, на 14 – 21 сутки, проводилась максимально активная терапия, направленная на восстановление функции пораженного сегмента, с целью достижения уровня, предшествующего болезни. В позднем и отдаленном послеоперационном периодах и после достижения ремиссии, формировались индивидуальные программы реабилитации соответствующие состоянию и потребностям пациента на момент наблюдения.

Результаты. Минимальная оценка по шкале MSTS для верхней конечности составила 51%, максимальная – 82%. Для нижней конечности минимальная оценка составила 27% (для голеностопного сустава), максимальная – 100% (для коленного сустава). Улучшение общего состояния больного и функции жизненно важных органов отмечалось у всех больных.

Выводы. Реабилитационные мероприятия должны быть максимально ранними и активными. Реабилитация может быть оптимальным дополнением к противоопухолевой терапии для достижения профилактики инвалидности, улучшению физических, психологических, когнитивных, функциональных результатов и качества жизни.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

Петриченко А.В¹., Букреева Е.А¹., Седненкова Т.А¹., Савлаев К.Ф¹,
Сергеенко Е.Ю²., Очкуренко А.А.³, Иванова Н.М.¹

1. ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям ДЗМ», г. Москва
2. ФГБОУ ВО Российской национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, г. Москва
3. НМИЦ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова» МЗ РФ, г. Москва

Актуальность. Дети, перенесшие противоопухолевое лечение, подвержены риску развития серьезных последствий со стороны опорно-двигательного аппарата, которые могут привести к снижению качества жизни, ухудшению социальной адаптации, а также к стойкой инвалидности.

Цель. Улучшение качества жизни детей, перенесших противоопухолевую терапию.

Материалы и методы. Противоопухолевое лечение проводилось в соответствии с диагнозом, состояло из неоадъювантной интенсивной химиотерапии, этапа локального контроля первичного очага и метастазов в объеме радикальной операции, лучевой терапии, в случае радиочувствительности опухоли, на первичную опухоль или ее ложе и метастазы, сохранявшиеся после этапа индукции, и адъювантной химиотерапии. Детям, больным костными саркомами ДТК устанавливались модульные, стандартные

эндопротезы и удлиняющиеся эндопротезы, в основном, с неинвазивным механизмом дистракции. Ортопедические неблагоприятные последствия встречались в различных комбинациях, количество различных, неблагоприятных для опорно-двигательного аппарата, последствий было от 2 до 11 у каждого пациента. Преобладала II-III степень тяжести мышечно-скелетных последствий по шкале СТСАЕ 5,0 для больных костными саркомами и I-II – для больных прочими солидными опухолями. Для детей, находящихся в ремиссии, формировались индивидуальные программы реабилитации соответствующие ортопедическому статусу и потребностям пациента на момент наблюдения, с целью коррекции последствий в объеме, соответствующем сформировавшейся патологии. Реабилитационная программа включала такие методики, как: кинезотерапия, с использованием элементов методик Vojta, PNF, пассивно-активные комплексы лечебной гимнастики, дыхательная гимнастика, лимфодренажный массаж, занятия лечебным плаванием, механотерапия, физиотерапия. Следует отметить, что выбор метода и сочетания методов проводился по строгим показаниям. Во время проведения восстановительного лечения осуществлялся непрерывный мониторинг текущего статуса.

Результаты. Медицинская реабилитация была проведена 74 пациентам. Улучшение общего состояния больного и функции жизненно важных органов отмечалось у всех больных. Реабилитационные программы показали хорошую переносимость, все пациенты, находящиеся на реабилитации, были гемодинамически стабильны, наблюдалось восстановление, либо существенное улучшение двигательных навыков.

Выводы. Развитие различных ортопедических последствий противоопухолевого лечения неизбежно, в связи с необходимостью применения крайне агрессивной тактики противоопухолевого лечения, приводящей к существенному повышению выживаемости детей, в том числе с IV стадией болезни. Все дети, перенесшие специальное противоопухолевое лечение, должны длительно наблюдаваться ортопедом для своевременного выявления и коррекции последствий, что существенно снижает инвалидизацию детей, способствует повышению социальной адаптации и улучшает качество жизни.

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Писарева И.Б., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Социальная реабилитация играет ведущую роль в системе психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья. Она дает возможность ребенку приспособиться к условиям жизни, является важным механизмом его интеграции в социум. Дети с ограниченными возможностями страдают от острого дефицита общения, переживают ощущение собственной социальной заброшенности.

Целью социальной реабилитации является возможность вести нормальный образ жизни, обрести свое место в обществе, в полной мере проявить свои способности. Ребенок, имеющий инвалидность, может быть также способен и талантлив, как его сверстники, не имеющие проблем со здоровьем.

Материалы и методы. В систему психолого-педагогического сопровождения необходимо включать различные виды социальной реабилитации. Особую роль в психолого-педагогическом процессе нашего Центра играет социально-культурная реабилитация детей с ограниченными возможностями. Она осуществляется по нескольким направлениям: музыкотерапия, арт-терапия, сказкотерапия, изобразительное искусство. В

нашем Центре на основе проекта «Ареал культуры» стены превратились в яркий интерактивный музей, где можно познакомиться с шедеврами выдающихся художников, узнать интересные факты из их жизни и творчества. Высококачественные репродукции произведений мирового изобразительного искусства насыщают детей знаниями в области культуры, создают более комфортную среду, помогают реабилитации, социальной адаптации.

Результаты. Включение особых детей в различные формы социокультурной реабилитации оказывает на них социализирующее влияние, расширяет возможности для самоутверждения и самореализации.

Выводы. Использование индивидуального подхода к усвоению детьми социальных навыков, применение различных инновационных методов и приемов способствует обеспечению эффективной социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями и приводит к снижению у них уровня социальной депривации.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Пискунова С.Г., Ефремова Т.Е., Приходько Н.Н., Колтунова И.Ю., Бондаренко Ю.С., Александрова В.С., Лобанова А.М., Тигай Е.П., Агеева Э.А., Беседина Е.А., Черникова И.В., Сафонова И.А.

ОМР ГБУ РО «ОДКБ», г. Ростов-на-Дону, Ростовская область

Актуальность. Проблема вегетативных нарушений у детей и подростков является одной из наиболее актуальных в педиатрии и неврологии. Распространенность СВД среди детского населения колеблется от 15 до 80%; причем у девочек встречается в 2,5 раза чаще, чем у мальчиков. По данным профессора Т.Т. Батышевой вегетативные нарушения можно обнаружить практически у всех детей, начиная с периода новорожденности. При этом в разные возрастные периоды изменяется лишь степень их выраженности. У школьников частота встречаемости СВД 40 – 60%, а у подростков распространенность возрастает до 82% наблюдений. У детей, по сравнению со взрослыми, при нарушении вегетативной регуляции возникают более заметные соматические расстройства. Актуальность СВД связана с высоким риском трансформации в хронические заболевания различных органов и систем организма.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов (30 девочек, 20 мальчиков) в возрасте с 11-18 лет (средний возраст $13,5 \pm 1,5$), проходивших реабилитационный курс по поводу вегетативных нарушений. Использовались следующие методы и методики: анализ медицинской документации, интервьюирование, оценка состояния пациента с применением ряда оценочных шкал, электроэнцефалографическое исследование, психodiагностическая методика; применялись медикаментозная коррекция, различные методики физической реабилитации- физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, фитотерапия, медикаментозная терапия, психотерапевтическая коррекция, оксигенотерапия, различные виды массажа, классическая корпоральная иглорефлексотерапия по схеме «У – син», фармакопунктура, оксигенотерапия.

Результаты. В результате реабилитационных мероприятий у пациентов выявлено уменьшение выраженности вегетативных нарушений.

Выводы. Диагностика и реабилитация СВД требуют комплексного подхода, участия ряда специалистов и являются продуктивными лишь в том случае, если достигнуто единство в понимании этиологии, патогенеза, особенностей течения и клинических проявлений. 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.

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ИНСУЛЬТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Платонова А.Н., Щедеркина И.О., Петряйкина Е.Е., Быкова О.В., Саржина М.Н., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.

*ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы,
ГБУЗ Морозовская детская городская клиническая больница ДЗ г. Москвы
ГБУЗ Подольская детская городская больница, г. Подольск, Московская область*

Актуальность. Факторы риска развития острых нарушений мозгового кровообращения в детском возрасте кардинально отличаются от таковых у взрослых. У каждого ребенка должно быть проведено полное обследование, включающее гематологические, метаболические исследования, ангиографию, подробный сбор семейного анамнеза, выявление системных, инфекционных и генетических заболеваний.

Цель. Изучить основные факторы риска инсульта в детском возрасте.

Результаты. Выявлены основные факторы риска инсульта у детей. Важно наличие более 2-х факторов риска для направления ребенка для дальнейшего обследования.

- Отягощенный семейный анамнез по инсультам, инфарктам
- Врожденные и приобретенные заболевания сердца, нарушения ритма, ООС.
- Маркеры дисплазии соединительной ткани, в том числе синдромы Марфана, синдром Элерса-Данлоса, фибромаскулярная дисплазия и т.д
- Травмы головы и шеи (любой тяжести)
- Хронические и острые инфекции (особенно головы и шеи, системные)
- Носительство мутаций генов системы гемостаза
- Подтвержденная врожденная или приобретенная тромбофилия, гомоцистеинемия.
- Мигрень (особенно атипичное течение мигрени с аурой и частые приступы) и семейное отягощение по мигрени,
- Генетические с-мы (пациенты с синдромом Дауна, нейрофиброматозом, серповидно-клеточной анемией в связи с повышенным риском болезни моя-моя, а также при нейрокожных заболеваниях (нейрофиброматоз, болезнь Штурге-Вебера, болезнь Рандю-Ослера, CADASIL синдром,) с высоким риском артерио-венозных мальформаций.
- Нарушение обмена веществ: MELAS, гомоцистинурией, болезнью Фабри, гиперлипопротеинемией А, гиперлипидемия
- Аномалии строения и хода экстра- и интракраниальных сосудов (в том числе и у членов семей), особенно гемодинамически значимые по данным допплерографии
- Перенесенная ветряная оспа в течение предшествующего 1 года, носительство вирусов герпеса 1,2,6 типов, ВЭБ, ЦМВ.
- Метаболический синдром у детей старше 10 лет (абдоминальное ожирение, артериальная гипертония, снижение толерантности к глюкозе, гиперлипидемия), а также у детей любого возраста при сочетании абдоминального ожирения с отягощенным анамнезом по МС, СД 2-го типа, заболеваниям сердечно-сосудистой системы,
- Дети с ДЦП, обусловленным геморрагическим и ишемическим поражением головного мозга в перинатальном периоде (в связи с повышенным риском повторных инсультов в пубертатном периоде),

- Каверномы, ангиомы у членов семей. Необходимо проведение МР-ангиографии у детей,
- Серповидноклеточная анемия, железодефицитная злокачественная анемия, талассемия,
- Наличие в анамнезе онкологических, аутоиммунных заболеваний (период повышенного риска инсульта 5 лет),
- Сахарный диабет 1 типа (частые кетоацидозы, неконтролируемые гипергликемии),
- Гипотиреоз (со снижением артериального давления, риск гемодинамического варианта инсульта),
- Прием вазоактивных медикаментов (при лечении острых состояний и длительном приеме),
- Дети, получающие длительную терапию: антиконвульсанты, препараты нарушающие цикл фолиевой к-ты, противогрибковые препараты, оральные контрацептивы,
- Часто болеющие дети, которым не проводится плановая вакцинация,
- Пациенты наблюдающиеся у наркологов в связи с приемом наркотических запрещенных препаратов, курение- высокий риск васкулопатии

Выводы. Выявление более 2-х факторов риска должно настораживать специалистов первичного звена и является причиной для направления на дальнейшее наблюдение и более глубокое обследование с целью снижения риска инсульта в детском возрасте.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ФАКТОРЫ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ У ДЕТЕЙ ИЗ ПРОМЫШЛЕННЫХ РЕГИОНОВ

Плотникова И.А., Кадникова Е.П.

*ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы,
ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница», г. Екатеринбург,
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава
России, г. Екатеринбург, Свердловская область
ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области», г. Екатеринбург,
Свердловская область*

Актуальность. В ближайшие задачи организации медицинской реабилитации (МР) детей входит использование МКФ для оценки реабилитационного статуса, потенциала и прогноза ребенка, а также - эффективности МР. Контекстовые факторы, как личностные, так и средовые, включая экологические, с позиций МКФ оцениваются в позитивном или в негативном аспекте влияния на реабилитационный процесс. В Свердловской области (СО) в условиях комплексной химической нагрузки проживает более 70% населения, в том числе, дети. Приоритетными загрязнителями среды в промышленных городах области являются свинец, кадмий и мышьяк (Pb, Cd, As), формируя, по интегральным оценкам химического загрязнения среды, не канцерогенные риски для здоровья. Данные социально-гигиенического мониторинга доказали статистически достоверное превышение уровня хронической заболеваемости детей в организованных коллективах. Нейротоксичность тяжелых металлов и As связана с их способностью преодолевать гематоэнцефалический барьер и накапливаться в различных отделах нервной системы. Centers for Disease Control and Prevention (США) обозначил уровень 2,5 мгк/дл Pb в крови, который возможно приводит к задержке психоречевого развития. Также опубликованы данные о снижении IQ, девиации в поведении и повышении случаев леворукости у детей.

Цель. При помощи математического моделирования описать биологические эффекты Pb, Cd, As в организме детей во взаимосвязи с их содержанием в объектах среды и оценить эффективность специально разработанных программ МР детей из экологически неблагоприятных территорий.

Материалы и методы. Расчет неканцерогенного риска на основе данных оптимизированного мониторинга о средних концентрациях Pb, Cd, As в объектах среды обитания; биомониторинг токсикантов в крови и моче детей методом масс-спектрометрии с индуктивно связанный аргоновой плазмой; описательный анализ хронической заболеваемости детей в организованных коллективах в 11 муниципальных образованиях СО. Метод «Деревья решений» (DecisionTree), критерий Манна-Уитни, алгоритм Conditional inference trees (реализация Ctree из пакета Party) для построения регрессионных деревьев решений. Шаблоны электронных медицинских документов в формате международного стандарта HL7 CDA Release 2 для системы мониторинга детей с экологически обусловленными заболеваниями для муниципальных детских лечебно-профилактических учреждений /Темнова О.В., Плотникова И.А., Вялухин С.Г./ Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013611586 (более 4000 детей). МР проводилась детям 4-8 лет с заболеваниями кожи и органов дыхания, отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм.

Результаты. Высокие уровни Cd в моче в г. Ревда соответствуют превышению показателя по СО болезней мочеполовых органов, высокие уровни Pb в крови в г. Красноуральск - превышению показателя заболеваемости психическими расстройствами. Модели зависимостей «внешняя среда-маркер экспозиции» показали нелинейные зависимости: повышения Pb, Cd, As в крови и моче детей от повышения средних концентраций Pb, Cd, As в атмосферном воздухе, питьевой воде и почве, в качестве предикторных переменных; концентрации эритроцитов, АЛТ, ЩФ, глюкозы, белка, Zn, ОЖСС и целого ряда показателей клеточного, гуморального иммунитета и фагоцитоза с концентрациями Pb, Cd, As в биосредах детей в качестве предикторных переменных. Заболевания нервной системы установлены неврологом 52 % пациентов. Тест Вилкоксона для независимых выборок показал различия As и Cd в крови детей в группах: с/без резидуальной церебральной органической недостаточности: As $0,536 \pm 0,018$ мкг/дл/ $0,445 \pm 0,018$ мкг/дл, Cd - $0,055 \pm 0,010$ мкг/дл/ $0,045 \pm 0,009$ мкг/дл ($p < 0,0001$); с/без синдрома дефицита внимания с гиперактивностью: As $0,459 \pm 0,038$ мкг/дл/ $0,454 \pm 0,017$ мкг/дл ($p < 0,0050$); Cd - $0,054 \pm 0,019$ мкг/дл/ $0,046 \pm 0,008$ мкг/дл ($p < 0,0044$), с/без церебрастенического синдрома: As - $0,465 \pm 0,035$ мкг/дл/ $0,454 \pm 0,017$ мкг/дл ($p < 0,0026$); Cd - $0,070 \pm 0,039$ мкг/дл/ $0,046 \pm 0,008$ мкг/дл ($p < 0,0011$). Курс МР проводился в стационаре при воздействии природного фактора, направлен на снижение внутренней токсической нагрузки. Использовались энтеросорбенты, гепатопротекторы, антиоксиданты, иммуномодуляторы, ЛФК, массаж, физио-, бальнеолечение, аэроионотерапия в спелеокамере. Ремиссия по основному заболеванию достигнута у 98% детей. Достоверно снизилась концентрация тяжелых металлов и As в крови. У детей, поступавших повторно отмечалось улучшение выполнения нейропсихологических тестов, снижение кратности ОРВИ на 1 ребенка за 3-х летний период (2,96 и 3,99, $P = 0,017$ тест Манна-Уитни).

Выводы. 1. По данным математического моделирования обнаружены статистически достоверные взаимосвязи: между содержанием Pb, Cd, As в объектах окружающей среды и данными биомониторинга; между содержанием Pb, Cd, As в биосредах детей и клиническими маркерами. 2. Клиническая эффективность МР детей из экологически неблагоприятных территорий зависит от снижения внутренней токсической нагрузки.

ПРИНЦИПЫ МАРШРУТИЗАЦИИ, ТЕХНОЛОГИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Плотникова И.А., Цегельная В.П.

*ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы,
ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница»,
г. Екатеринбург, Свердловская область*

Актуальность. Медицинская реабилитация (МР) в течение последнего десятилетия является приоритетным направлением развития детского здравоохранения. С 2016 года в методических рекомендациях ТФОМС и МЗ РФ медицинская реабилитация детей, прооперированных по поводу врожденных пороков развития (ВПР), обозначена среди клинико-статистических групп заболеваний, лечение которых финансируются за счет средств ОМС. Разработка протоколов лечения детей с разнообразными формами ВПР является задачей ближайшего периода. В Свердловской области (СО) утверждено несколько редакций региональных приказов, в которых обозначены медицинские организации и сроки для маршрутизации на МР определенного профиля пациентов. На начало 2018 г. в области насчитывалось 15600 детей с ВАР, в том числе 2535 инвалидов.

Цель. Оценить эффективность МР детей в ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница».

Материалы и методы. В 2018 году в СО за счет средств ОМС курс МР в стационаре получили около 4000 детей, из них 20%- после операций по поводу ВПР, в ГАУЗ СО «ОДКБ» получили курс МР 205 детей, прооперированных по поводу ВПР. Распределение по возрасту: до 1мес.-6%; 1 - 3 мес. – 5%; 4 -12 мес.- 7%; 1-3 года – 24%; 4 - 7 лет – 29%; 8 - 14 лет – 23%; 15-17 лет -6%. Из хирургических отделений чаще переводились дети до 1 года и 10% детей, прооперированных по поводу врожденных пороков сердца (ВПС). Структура ВПР: ВПС- 40%; пороки костно-мышечной системы - 26%, в т.ч., несовершенный остеогенез, а также пороки развития диафрагмы и передней брюшной стенки (грыжа, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и др). пороки развития органов пищеварения 14,6% (после операций по поводу атрезии, других пороков пищевода, кишечника, ануса); 7% - врожденная гидроцефалия (после шунтирующих операций); 12,4%- другие виды (лицо, ЦНС, почки), 9% детей – носители трахеостомы, 4 ребенка – колостомы, 10 чел. - гастростомы, 24 чел. - кормление через зонд.

Результаты. Дети после оперативной коррекции ВПС и пороков легких получали индивидуальный курс ЛФК под контролем гемодинамических показателей, дозированную ходьбу, рефлексотерапию, массаж, физиопроцедуры, направленные на улучшение микроциркуляции (бальнеолечение), аэроионотерапию в спелеоклиматической камере. Акцент технологий МР у детей раннего возраста, прооперированных по поводу пороков развития пищевода и 12-ти перстной и тонкой кишки, был направлен на нутритивную поддержку (лечебные смеси: анитирефлюксные, полного гидролиза, аминокислотные, гиперметаболические) и на восстановление навыков самостоятельного приема пищи: стимуляция вкусовых рецепторов, логопедический массаж, рефлексотерапия. При атрезии ануса использовалась эндоректальная стимуляция синусоидальными модулированными токами. Кроме этого, детям проводилась физическая реабилитация, психологическая и логопедическая коррекция. Пациентам, прооперированным по поводу пороков развития ЦНС и опорно-двигательного аппарата, проводились: программа постурального контроля, двигательная реабилитация, логопедическая и психологическая коррекция, нутритивная поддержка, по показаниям назначались миорелаксанты центрального действия. 96% детей, находящихся на зондовом питании, после курса восстановили (сформировали) самостоятельный прием пищи. У детей, прооперированных по поводу атрезии ануса и прямой кишки, улучшился контроль дефекаций, стали реже эпизоды энкопреза, улучшился характер стула. К дополнительным критериям эффективности также относились: повышение адаптации к физической нагрузке, общего адаптационного

потенциала, улучшение функционального резерва легких (у детей старшего возраста), гармонизация массы. Всем детям был разработан реабилитационный маршрут: дети раннего возраста направлены в службу ранней помощи учреждений Министерства социальной политики, три пациента направлены в федеральные клиники на ВМП.

Выводы. Необходимо создание протоколов МР детей, прооперированных по поводу ВПР различной локализации содержащих сроки, перечень медицинских и немедицинских услуг, реабилитационный маршрут.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ

Плотникова И.А., Цегельная В.П., Подолина В.К.

ГБУЗ *Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы,*
ГАУЗ СО «*Областная детская клиническая больница*», г. Екатеринбург,
ГБУЗ «*Клинико-диагностический центр "Охрана здоровья матери и ребенка"*»,
г. Екатеринбург, Свердловская область

Актуальность. Неонатальный скрининг и возможности генетической диагностики позволяют своевременно верифицировать фенилкетонурию (ФКУ) у детей. Исключение из рациона новорожденного ребенка фенилаланина (ФА) предотвращает необратимые повреждения ЦНС. Нарушение диеты в старшем возрасте усугубляет неврологическую симптоматику не очагового характера, изменения в когнитивной и эмоционально-личностной сфере. Содержание ФА в крови детей не должна превышать: до 12 лет -6, в 13- 15 лет-10; 15-18 лет-15 мг/дл. Повышенная концентрация ФА в крови беременных оказывает токсическое воздействие на плод.

Цель. Разработать комплекс МР для детей с ФКУ и оценить его эффективность.

Материалы и методы. С 2017 г., в ГАУЗ СО «ОДКБ» получают курс МР 23 ребенка с ФКУ (74% - классическая ФКУ), все наблюдаются с диагнозом «Резидуальная цереброорганическая недостаточность», 38% - церебрастенический, 9,5% - астеновегетативный синдром; 29% - дефицит внимания с гиперактивностью; 23,8% - ВСД с цефалгиями; 14,2% - когнитивные нарушения, по одному случаю: эпилепсия, умственная отсталость, аутистикоподобный синдром, задержка психоречевого развития; дизартрия- 3 чел. Из 16 детей, прошедших психологическое тестирование: высокий уровень интеллекта -31,5%; хороший – 48,3%; средний – 18,8%. Разработано более 50 технологических карт для 3 возрастных групп с допустимым уровнем ФА, физиологическим уровнем калорий и основных ингредиентов. Рацион включал низкобелковые продукты: хлебобулочные и макаронные изделия на основе риса, гречи, кукурузы, овощи (кабачки, капуста), жирные сливки, заменители яйца на основе крахмала, фрукты, зефир, мармелад, аминокислотные смеси без ФА в объеме по возрасту. В обследовании: клинические анализы, определение ФА в крови, функциональные исследования, консультация невролога, физиотерапевта, рефлексотерапевта, медицинского психолога. Школы по питанию для детей и родителей, занятия с психологом, логопедом, воспитателем, ЛФК, массаж, физиолечение, аэроионотерапия.

Результаты. При поступлении уровень ФА в крови был повышен у половины, а по данным исследований предшествующих 6 месяцев - у 76% детей, после курса – только у одного ребенка. Достигнуто: гармонизация массы тела у 85% детей; повышение толерантности к физической нагрузке и адаптационного потенциала, по данным РОФЭС-диагностики, улучшение эмоционального тонуса, коммуникативных навыков на фоне снижения уровня ФА в крови детей после лечения в 3,0 раза (в среднем, с 7,6 до 2,6 мг/дл).

Выводы. При организации МР детей, страдающих ФКУ, центральное место отводится специализированному питанию, школам по питанию с идеей необходимости пожизненного соблюдения диеты, развитию коммуникативных навыков и физической реабилитации.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ МЕТОДИКИ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ, ПОСРЕДСТВОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ MEDITUTOR
В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ**

Побута О.В., Шацкова М.О.

ГБУ «Московский городской центр реабилитации», г. Москва

Актуальность. Двигательное обучение считается основополагающим принципом построения большинства реабилитационных технологий, направленных на формирование и/или восстановление нарушенных двигательных функций. Развитие и внедрение этих технологий в реабилитацию является одним из приоритетных направлений развития современной реабилитации.

Цель. Анализ эффективности применения инновационной методики функциональной терапии дистальных отделов верхних и нижних конечностей, посредством реабилитационной системы MediTutor у пациентов с двигательными нарушениями.

Материалы и методы. Комплексную реабилитацию с применением реабилитационной системы MediTutor получили более 300 человек (в возрасте от 12 до 82 лет), имеющих различные двигательные возможности по системе Gross Motor Function Classification System. С целью оценки эффективности комплексной реабилитации с применением реабилитационной системы все клиенты дважды проходили полную реабилитационную диагностику до и после курса реабилитации. Проводилась оценка неврологического дефицита с включением шкалы Ashworth, оценка объема движений в суставах и биомеханической структуры ходьбы с использованием аппаратно-программного комплекса «Видеоанализ движений». Курс применения реабилитационной системы MediTutor у клиентов составил 10-15 процедур с продолжительностью одной процедуры 25 минут. При этом создавалась и изменялась при необходимости индивидуальная программа с выбором различных упражнений. Наличие модуля БОС обеспечивало максимальную активность и участие пациента.

Результаты. По окончании курса комплексной реабилитации с применением методики функциональной терапии посредством реабилитационной системы MediTutor у всех обследованных отмечалась положительная динамика в виде снижения мышечного тонуса (более 90% клиентов), увеличения мышечной силы и объема активных движений (более 95% клиентов), улучшения параметров походки по данным проведенного в динамике видеоанализа движений (более 50% клиентов), улучшения переносимости и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

Выводы. Таким образом, в результате проведения комплексной реабилитации с применением методики функциональной терапии дистальных отделов верхних и нижних конечностей, посредством реабилитационной системы MediTutor отмечалось улучшение двигательной функции пораженных конечностей, улучшение социальной адаптации за счет проведения постоянных тренировок в среде, максимально приближенной к реальной обстановке.

ОПЫТ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В НАБЛЮДЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНУЮ КОРРЕКЦИЮ СПИННОМОЗГОВОЙ ГРЫЖИ ВО ВНУТРИУТРОБНОМ ПЕРИОДЕ

Полякова О.В., Яновская Н.В., Зверева А.В., Романова М.В.

КГ «Лапино», Московская область

Актуальность. Пороки развития, относящиеся к группе «*Spina bifida*» встречаются с довольно высокой частотой – 1-3 случая на 10 000 новорождённых. В связи с этим остается актуальной проблема лечения и реабилитации детей со спинномозговыми грыжами.

Цель. Разработка метода мультидисциплинарного наблюдение детей, перенесших внутриутробное оперативное удаление спинномозговой грыжи, включающего в себя поэтапную многокурсовую методику ранней реабилитации.

Материалы и методы. В клиническом госпитале «Лапино» Группы компаний «Мать и дитя» проводятся диагностика и уникальные открытые операции по внутриутробной коррекции спинномозговой грыжи (*spinabifida*). На сегодняшний день проведено 12 таких операций. Проведение хирургической внутриутробной коррекции данного порока позволяет снизить риск развития гидроцефалии в пренатальном и постнатальном периодах, что позволяет избежать проведения перитонеального шунтирования, снижает риск развития вторичных спаечных процессов в спинномозговом канале, развития нарушений ликвородинамики и вторичной нейроинфекции, уменьшает риск присоединения вторичной инфекции мочевыводящих путей и что немаловажно для дальнейшего прогноза ребенка, отсутствие необходимости проведения постнатальной нейрохирургической коррекции, позволяет начать проведение реабилитационных мероприятий с раннего возраста (с 3 месяцев). Все дети, перенесшие внутриутробную коррекцию спинно-мозговой грыжи после выписки из стационара прикрепляются в ДКДЦ КГ «Лапино» для амбулаторного ведения и находятся под наблюдением мультидисциплинарной команды врачей: педиатра, невролога, нейрохирурга, ортопеда, нефролога, уролога, ортопеда, окулиста. Для уточнения диагноза и тактики лечения детям проводится необходимый комплекс клинико-инструментальных обследований: НСГ, МРТ головного и спинного мозга, ЭНМГ, ЭЭК, УЗИ внутренних органов и тазобедренных суставов, в динамике проводится необходимый комплекс лабораторных исследований в сроки и с периодичностью согласно разработанному алгоритму. В госпитале разработана поэтапная многокурсовая методика ранней реабилитации детей, направлена на увеличение объема двигательной активности в нижних конечностях, нормализации тонуса мышц конечностей, спины, брюшного пресса и тазового дна, улучшение трофики, кровоснабжения и функции тазовых органов и нижних конечностей, улучшение соматического статуса, улучшение чувствительности в аногенитальной зоне и ногах, замедление процесса формирования контрактур, восстановление позывов к мочеиспусканию и дефекации. Комплекс реабилитационного лечения проводится детям с 3х месячного возраста с повторами каждые три месяца. Комплекс реабилитационных мероприятий включает в себя медикаментозное, физиотерапевтическое лечение – рефлексотерапию (ИРТ, фармакопунктуру с кортексином, ипидакрином, лазеротерапия, магнитолазерная терапия), используются БАТ, находящиеся на меридианах, проходящих своим внутренним ходом через спинной и головной мозг, электромиостимуляцию, магнитотерапию, лечение ультразвуком, используются физические методы реабилитации – Войта терапия, гидрокинезиотерапия в бассейне, специальный общий массаж с элементами ЛФК, остеопатическое лечение, ортопедическую коррекцию. По показаниям

назначается ноотропная, нейротрофическая и трофическая терапия, препараты, влияющие на проведение нервного импульса.

Результаты. На сегодняшний день, в госпитале наблюдается 12 детей, перенесших внутриутробную коррекцию *spina bifida*, 7 из которых прошли от 1x до 4x курсов реабилитационного лечения. В результате проведения курсов реабилитационной терапии отмечалась положительная динамика со стороны двигательной сферы – увеличился объем активных и пассивных движений в нижних конечностях, уменьшилась тугоподвижность в голеностопных и коленных суставах, отмечалась нормализация мышечного тонуса, прирост мышечной силы и тургора тканей в нижних конечностях. Улучшался контроль головы, повороты, сидение, вставание, ходьба. После проведенного лечения отмечалось так же улучшение со стороны психоэмоциональной сферы: дети становились более коммуникабельными, эмоциональными, активнее вступали в контакт, улучшалась концентрация внимания, увеличивалась доречевая продукция: гуление, лепет, ускоряется становление речи. Оценка психомоторного развития проводилась по шкале психомоторного развития по Грифитс. Разница суммы балов до и после лечения составила в среднем 1,5 балла, и приближалась к возрастным нормативам.

Выводы. Таким образом, комплексное динамическое мультидисциплинарное наблюдение специалистов, проведение разработанного комплекса ранней реабилитации у детей, прооперированных внутриутробно по поводу спинномозговой грыжи позволяет уменьшить двигательный дефицит, преодолеть задержку стато-моторного и психоречевого развития, улучшить функцию тазовых органов, трофику и кровоснабжение нижних конечностей, замедлить процесс формирования контрактур. Важен и психологический фактор лечения, дающий надежду тяжело больным детям и их родителям на восстановление утраченных функций органов выделения и нижних конечностей.

ПЕРВИЧНОЕ И РЕВИЗИОННОЕ ТЕЛЕСКОПИЧЕСКОЕ АРМИРОВАНИЕ ПРИ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА

Попков Д.А., Мингазов Э.Р., Губин А.В.

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

Актуальность. Несовершенный остеогенез представляет собой группу генетических нарушений с разным типом наследования, характеризуемых частыми переломами, костными деформациями, низкой минеральной плотностью кости и остеопенией [Sillence D. et al 1979; Glorieux F.H., 2008].

Цель. Изучить результаты хирургической коррекции деформаций нижних конечностей у детей и взрослых с тяжелыми формами несовершенного остеогенеза.

Материал и методы. Изучены результаты хирургического лечения у 43 пациентов с тяжелыми формами несовершенного остеогенеза (III и IV тип). Средний возраст на момент поступления составил $14,4 \pm 9,7$ лет (от 2 лет 9 месяцев до 46 лет). Пациенты были разделены на три группы: естественный рост продолжался (группа 1), возраст менее 16 лет, интрамедуллярное эластичное трансфизарное армирование применялось без использования внешней фиксации; младше 16 лет, естественный рост сегментов нижних конечностей продолжался (группа 2), применялся комбинированный остеосинтез (трансфизарный интрамедуллярный телескопический остеосинтез или интрамедуллярное эластичное трансфизарное армирование и внешняя фиксация); 16 лет и старше (группа 3), применялся комбинированный остеосинтез.

Результаты. При среднем сроке наблюдения 2,8 лет требуемый результат был достигнут во всех группах. С точки зрения оптимального баланса между количеством операций, частотой рецидивов деформаций, их оперативной коррекции и достигнутого результата наилучшие показатели отмечены при одномоментной коррекции деформаций с трансфизарным телескопическим или эластичным армированием у детей в сочетании с внешней фиксацией (2,1 операция на случай) или без внешней фиксации (2,7 операций на случай). Такие результаты сопоставимы с результатами использования телескопического стержня Fassier-Duval [Ruck J., 2011; Birke O., 2011].

Выводы. Методика эластичного трансфизарного армирования титановыми телескопическими или эластичными стержнями показана при коррекции деформаций у детей с тяжелыми формами ДЦП. Коррекция деформаций нижних конечностей и увеличение прочностных свойств костей способствуют увеличению двигательной активности пациентов и повышению качества их жизни. Применение в течение 3-4 недель ограниченного по объему фиксационного варианта внешнего остеосинтеза после корригирующих остеотомий и интрамедуллярного телескопического армирования позволяет достичь ранней вертикализации пациента с полной нагрузкой на оперированную конечность, а также исключить ряд осложнений: вторичный остеопороз, вторичные ротационные и продольные смещения костных фрагментов. Использование интрамедуллярных имплантов с биоактивным покрытием предотвращает их миграцию в отдаленном периоде, но такие стержни не следует применять в телескопических конструкциях у детей в возрасте до 12 лет, чтобы избежать их блокирования в костно-мозговом канале.

МНОГОУРОВНЕВЫЕ ОДНОМОМЕНТНЫЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ДЦП. РОЛЬ 3Д-АНАЛИЗА ПОХОДКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ПЛАНИРОВАНИИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Попков Д.А., Чибиров Г.М., Долганова Т.И., Долганов Д.В.

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

Актуальность. Современная концепция оперативного ортопедического лечения детей с ДЦП подразумевает выполнение многоуровневых вмешательств (single-event multilevel orthopaedic surgery). Это подразумевает вмешательства в двух и более анатомических областях во время одной хирургической сессии, либо операции на конечностях выполняются с коротким перерывом в течение одной госпитализации, сопровождающейся единым реабилитационным периодом.

Цель. Оценка нарушений походки и изучение результатов одномоментных многоуровневых ортопедических вмешательств на нижних конечностях у пациентов с ДЦП (GMFCS I, II, III) в период 12-24 месяцев после операции.

Материалы и методы. Изучены результаты оперативного ортопедического лечения у 210 пациентов (9,3±2,7 года). Помимо клинических и рентгенологических методов исследования производился анализ ходьбы по критериям Edinburgh Gait Assesement. Изменения двигательной активности были исследованы согласно шкале Gillette. Кроме того, в период 2018-2019 проводилась оценка локомоторного профиля методом видеоанализа походки (CGA) у 46 детей с двусторонними спастическими формами ДЦП. Использовались 6 камер Qqus компании Qualisys и динамометрическая платформа AMTI (Advanced Mechanical Technology Inc., USA) с технологией видеозахвата пассивных маркеров, модель установки IOR.

Результаты. Всего было выполнено 241 оперативное вмешательство, включавшее, в среднем, 4,3 элемента на операцию. Анализ ходьбы показал улучшение параметров опорной и неопорной фазы шага у пациентов, способных к самостоятельному передвижению. Согласно шкале Gillette, не произошло увеличения функциональных двигательных способностей в 31 случае (12,9 %), увеличение на 1 уровень – в 137 случаях (56,8 %), увеличение на 2 уровня – у 73 пациентов (30,3%). Отметим, что положительное соотношение выявленных патологических элементов локомоторного профиля по CGA и клинического осмотра пациентов составило, в среднем, 66,7%. Наименьшая частота ошибок: при оценке ограничения амплитуды движения голеностопного сустава и тазобедренного сустава - 82,6% и 81,8% положительных результатов соответственно. При оценке характера кинематики в коленном суставе расхождения отмечены в 39% случаев (не выявление дефицита сгибания в неопорную фазу шага).

Выводы. Компьютерный анализ походки (CGA) имеет решающее значение в спорных ситуациях при планировании многоуровневых операций, особенно при таких нарушениях как stiff knee gait, при определении степени торсионных деформаций у детей. Применение данного метода становится обязательным при планировании многоуровневых вмешательств. Многоуровневые вмешательства требуют применения адаптированных методов оперативного лечения, адекватных методов анестезии и контроля болевого синдрома в послеоперационном периоде с целью раннего начала реабилитационных мероприятий. Соблюдение вышеперечисленных принципов позволило достичь необходимой коррекции ортопедических осложнений паралича во всех случаях.

ОЦЕНКА КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Потешкин А.В., Таламова И.Г.

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный университет физической культуры и спорта», г. Омск, Омская область

Актуальность. Огромную роль в развитии двигательных возможностей детей с детским церебральным параличом (ДЦП) играют координационные способности, т.к. они опосредованно влияют на развитие физических качеств, позволяют выполнять двигательные действия наиболее рационально и эффективно, и с меньшими энергетическими затратами (В.И. Лях, 1986; И.И. Сулейманов, 1986; А.Г. Карпев, 1998; И.Ю. Горская, 2000).

Цель. Разработка методики диагностики координационных способностей у детей с ДЦП 9-10 лет со спастической диплегией и гемипаретической формами I уровня функциональных возможностей по системе классификаций больших моторных функций (GMFCS) с учетом поражения конечностей.

Материалы и методы. Ориентируясь на работу Дерябиной Г.И., Лернер В.Л., Терентьевой О.С. (2016) нами были разработаны тестовые задания, оценивающие координационные способности у детей 9-10 лет с ДЦП со спастической диплегией и гемипаретической формами I уровня функциональных возможностей.

Результаты. Для оценки координационных способностей детей с ДЦП нами применяются следующие тестовые упражнения: для верхних конечностей – воспроизведение $\frac{1}{2}$ от величины собственного усилия (оценка точности двигательных действий), перекладывание мячей (способность к согласованию), балансирование мячом на наружной стороне предплечья (способность к сохранению равновесия), воспроизведение заданного ритма ударов рукой по поверхности (темпо-ритмовая способность), падающая линейка (способность к реагированию), точность

воспроизведения угла поворота для верхней конечности (способность к ориентированию), зональный теппинг-тест (сложная реакция); для нижних конечностей – воспроизведение $\frac{1}{2}$ от величины собственного шага (оценка точности двигательных действий), перешагивание через гимнастическую палку (способность к согласованию), воспроизведение $\frac{1}{2}$ от величины собственного шага после вращения на диске (статокинетическая способность), проба Ромберга (способность к сохранению равновесия), воспроизведение заданного ритма ударов ногой по поверхности (темпопритмовая способность), упражнение реакция – падающий мяч (способность к реагированию), точность воспроизведения угла поворота для нижних конечностей (способность к ориентированию), зональный теппинг-тест (сложная реакция).

Выводы. Перечисленные тестовые упражнения можно использовать для оценки координационных способностей детей с ДЦП 9-10 лет со спастической диплегией и гемипаретической формами I уровня функциональных возможностей с учетом поражения верхних или нижних конечностей.

МЕТОД СОЗДАНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ПАМЯТИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Пыхтина Н.Н., Филиппова Е.С., Радзинская Е.В.

ООО «Центр Натальи Пыхтиной», г. Москва

Актуальность. В связи с введением порядка оказания реабилитационной помощи детям необходимо внедрение методов, которые позволяют увеличить реабилитационный потенциал ребёнка с ДЦП и двигательными нарушениями другой этиологии менее, чем за год.

Цель. Повысить уровень двигательных навыков детей с ДЦП и иными заболеваниями, характеризующимися наличием двигательного дефицита.

Материалы и методы. Была исследована группа детей 0-13 лет с различными двигательными нарушениями, проходившими лечение в ООО «Центр Натальи Пыхтиной» в течение 1 года; соотнесены количество и кратность занятий по методу создания интегральной нейромышечной памяти (СИНП) с увеличением двигательных навыков. Оценка двигательных навыков оценивалась по шкале уровней двигательного развития:

- 0 – не удерживает голову, отсутствуют какие-либо двигательные функции.
- 1 – а) удерживает голову; б) упор на предплечья,
- 2 – а) упор на кисти рук; б) упор на кисти рук и колени (пассивные четвереньки)
- 3 – самостоятельно: а) встает на четвереньки; б) садится; в) ползает на четвереньках
- 4 – с поддержкой: а) встает на колени; б) встает на стопы; в) ходит
- 5 – самостоятельно: а) ходит; б) свободные скоординированные движения рук и ног в разных направлениях.

Результаты. Из детей, прошедших полный комплексный курс, 48% перешли на следующий уровень двигательных функций, 16% – на 2 уровня, 3% – на 3 уровня. У оставшихся на прежнем уровне двигательного развития детей (33%) количество занятий не превышало 20 в год, хотя и отмечались другие улучшения (нормализация тонуса мышц, уменьшение контрактур, повышение физической выносливости, облегчение ухода за ними и пр.).

Выводы. При посещении 10-20 занятий происходит нормализация тонуса мышц, уменьшение контрактур, активизация или появление высших корковых функций, облегчается уход за таким ребенком. Однако переход на следующую ступень маловероятен. Переход на следующую ступень двигательного развития гарантирован при посещении минимум 40 занятий в год, на две ступени – 60 занятий и более в год.

СТАДИРОВАНИЕ ИСХОДНЫХ И ДОСТИГНУТЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМ ДЕФИЦИТОМ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Пыхтина Н.Н., Филиппова Е.С., Радзинская Е.В.

ООО «Центр Натальи Пыхтиной», г. Москва

Актуальность. Для оценки двигательной активности чаще всего используются шкалы GMFCS, МКФ, однако они не всегда применимы в повседневной практике специалиста по реабилитации, работающего с детьми раннего возраста.

Цель. Создать удобную, компактную, наглядную шкалу, отражающую этапы естественного моторного развития.

Материалы и методы. Шкала уровня двигательных функций разработана Натальей Пыхтиной для определения исходного состояния (что ребёнок может самостоятельно) и контроля прогресса реабилитации детей с двигательным дефицитом различной этиологии.

Результаты. Уровни развития двигательных функций:

0 – не удерживает голову, отсутствуют какие-либо двигательные функции.

1 – а) удерживает голову; б) упор на предплечья,

2 – а) упор на кисти рук; б) упор на кисти рук и колени (пассивные четвереньки)

3 – самостоятельно: а) встает на четвереньки; б) садится; в) ползает на четвереньках

4 – с поддержкой: а) встает на колени; б) встает на стопы; в) ходит

5 – самостоятельно: а) ходит; б) свободные скоординированные движения рук и ног в разных направлениях.

На каждом уровне ребёнок может обладать либо одним навыком, либо несколькими перечисленными. В результате успешной реабилитации пациент либо продвигается внутри одного уровня, либо переходит на следующий. Таким образом, можно адекватно оценить реальный реабилитационный потенциал человека в короткие сроки.

Выводы. Представленная шкала удобна в использовании врачами и инструкторами ЛФК, а также другими специалистами по реабилитации для наглядной оценки двигательной функции ребёнка до и после курса лечения, так как она отражает не только навыки, наработанные за время занятий, но и естественное самостоятельное развитие.

СОЧЕТАНИЕ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И МЕТОДА СИНП В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ОРФАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Пыхтина Н.Н., Филиппова Е.С., Радзинская Е.В.

ООО «Центр Натальи Пыхтиной», г. Москва

Актуальность. Методы остеопатической коррекции продолжают доказывать свою эффективность, однако представления о её возможностях у врачей других специальностей остаются размытыми.

Цель. Продемонстрировать необходимость остеопатии в реабилитации детей с нарушением функции опорно-двигательного аппарата на примере детей с ДЦП и орфанными заболеваниями в сочетании с доказанно эффективным методом создания интегральной нейромышечной памяти (СИНП).

Материалы и методы. Исследованы 119 детей в возрасте от 5 мес. до 13 лет с различными двигательными нарушениями, прошедшие курс реабилитации в ООО «Центр Натальи Пыхтиной» в течение 1 года. Из них 83 ребёнка (70%) посещали остеопата дополнительно к занятиям по методу СИНП, остальные 30% - группа сравнения.

Результаты. Из всех детей, прошедших полный комплексный курс, 48% перешли на следующий уровень двигательных функций, 16% – на 2 уровня, 3% – на 3 уровня. В группе, получавшей остеопатическое лечение, на следующий уровень двигательных функций перешли 52%, на два уровня – 18%, на три уровня – 3%. В пределах прежнего уровня остались 28%. В группе сравнения на следующий уровень перешли 39%, 11% - на два уровня, 3% - на три уровня. Динамика в пределах одного уровня – у 47%. Количество освоенных уровней двигательных функций в зависимости от совмещения занятий СИНП с остеопатической коррекцией

	СИНП, %	СИНП+остеопатия, %
Δ0	47	28
Δ1	39	52
Δ2	11	18
Δ3	3	3

Таким образом, 72% детей, получавших остеопатическую коррекцию дополнительно к занятиям по СИНП, значительно продвинулись в своём двигательном развитии. В группе сравнения значительное улучшение с продвижением на 1-3 уровня наблюдалось у 53% детей. У оставшихся на прежнем уровне двигательного развития (33% от всех 119 детей) отмечались другие улучшения (нормализация тонуса мышц, уменьшение контрактур, повышение физической выносливости, облегчение ухода за ними и пр.).

Выводы. Включение остеопатической коррекции в комплексную реабилитацию детей с двигательными нарушениями позволяет улучшить показатели положительной динамики на 19%.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ДЦП

Рябых С.О., Губин А.В., Савин Д.М., Очирова П.В.

*ФГБУ РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия»
им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, г. Курган, Курганская область*

Актуальность. Несмотря на распространённость ДЦП количество публикаций, касающихся проблем патологии позвоночника в этой нозологической группе спорадичные. Это обусловлено как отсутствием реестра пациентов, частым развитием ортопедических проблем, особенно у пациентов IV и V уровня по классификации GMFCS, проблемой нозологической и возрастной преемственности, отсутствием единой концепции клинической и синдромальной оценки пациентов и рисков лечения. Также, в отличие от принятой концепции многоуровневых вмешательств при патологии нижних конечностей, отсутствует принятая тактика диагностики и лечения патологии позвоночника. Это приводит к высокой инвалидизации, ограничению самообслуживания, социальной дезадаптации и снижению качества жизни больных.

Цель. Ретроспективный анализ структуры вертебральной патологии при ДЦП, методов и результатов лечения.

Материалы и методы. Ретроспективноеmonoцентровое когортное обсервационное исследование (n=31). Период набора пациентов: 2015 – 2018. Уровень доказательности – 4 (UK Oxford, версия 2009). Гендерное соотношение – мальчики - 14 (47%) / девочки - 16

(53%). Отдаленный результат прослежен в сроки 1-4 лет. Критерии включения: патология позвоночника, требующая хирургического лечения, возраст от 7 до 25 лет и наличие полноценного лучевого архива. Методы: лучевой (рентгенография и КТ позвоночника и легких), оценка синдромального и функционального статуса, описательная статистика. Критериями оценки явились величина деформации (по Cobb) до и после оперативного лечения, процент коррекции, объем кровопотери (в % ОЦК), объемные индексы грудной клетки (SAL, ИАсГК по Рябых С.О., 2009), типы перекоса таза (верхний или нижний тазовый по F. Miller, 2005), функциональный и ментальный статус (по классификациям GMFCS, MACS, CFCS, FMS и FIM), процент коррекции, наличие ателектазов и гипоэктазов, структура осложнений.

Результаты. Патология позвоночника была представлена деформации позвоночника, из которых сколиозы превалировали – 14 (46,6%), лордосколиозы выявлены в 11 случаях (36,6%), кифосколиозы – в 4 (13,3%). Врожденный порок развития шейного отдела позвоночника с синдромом стеноза и нестабильности на уровне C1-C2 на фоне зубовидной кости с очагом миелопатии выявлен у одного ребенка (3,3%) с клиникой ДЦП, двойной спастической диплегии. GMFCS V. MACS IV. CFCS III. FMS N. Типы деформации позвоночника коррелировали с уровнем функционального уровня по GMFCS: при сколиозах - II – III, при лордосколиозах и кифосколиозах - IV, V. Ведущий фронтальный компонент деформации оценивался по величине угла Cobb в соответствии с классификацией тяжести сколиоза James (1954). Средне-тяжелые формы с величиной деформации 25-70° встретились у 5 (17%) пациентов, тяжелые (71-100°) – у 15 (50%), крайне тяжелые (более 100°) – у 10 (33%). У всех пациентов с деформациями позвоночника выявлен верхний фронтальный перекос таза. Хроническая гиповентиляционная недостаточность с выявленными гипо- или ателектазами диагностирована у 25 (82%), диффузный пневмосклероз – 6 (28%). Все пациенты были прооперированы. В одном случае выполнена декомпрессия на уровне C1-C2, окципитоспондилодез; коррекция и фиксация позвоночника системами динамического типа выполнена у 17 (57%) пациентов, финальными многоопорными транспедикулярными системами – у 13 (43%). средняя величина коррекции деформации во фронтальной плоскости (сколиотического компонента) составила - 50%, в сагиттальной – 46%. Средний объем кровопотери - 17% ОЦК. Улучшение SAL и ИАсГК на 14%. Уменьшение ателектазов/гипоэктазов в течении 6 месяцев после операции выявлено у 12 больных (40%). Функциональный статус по FIM увеличился в среднем с 4-5 уровня до 3. Осложнения выявлены у 4 пациентов и были представлены несостоятельность швов раны - у двоих больных, нестабильностью системы - 1, прогрессированием деформации вне зоны инструментации – 1. В последних двух случаях потребовалось выполнение ревизионных вмешательств.

Выводы. Оперативная коррекция патологии/деформации позвоночника с коррекцией перекоса таза – этап комплексной мультидисциплинарной реабилитации при ДЦП. Оценка периоперационного риска включает анализ структуры патологии позвоночника, синдромальной картины пациента и его функционального статуса. Патогенетическое оперативное лечение достоверно улучшает баланс туловища, функциональный класс и качество жизни.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ОНКОПАТОЛОГИЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Савлаев К.Ф.¹, Букреева Е.А.¹, Седненкова Т.А.¹, Петриченко А.В.¹,
Сергеенко Е.Ю.², Иванова Н.М.¹

¹ ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям имени

Актуальность. Достижение хирургической санации – это важнейшая составляющая мультимодального программного лечения детей, больных злокачественными опухолями. Проблема медицинской реабилитации детей, перенесших оперативные вмешательства, обусловлена выполнением высокотехнологичных органосохраняющих операций с использованием сложного оборудования и применением инновационных методик онкохирургии.

Цель медицинской реабилитации в раннем послеоперационном периоде – максимальное сокращение интервала до проведения адьювантного этапа лечения.

Материалы и методы. Оперативные вмешательства в ГБУЗ «НПЦ спец.мед.помощи детям ДЗМ» проводились с использованием инновационных технологий: водоструйной и плазменной хирургии. Впервые в Российской Федерации был применен метод радиочастотной аблации в детской онкохирургии. У больных костными саркомами, выполнялось эндопротезирование, в том числе тотальное двухсуставное. Особенности реабилитации в раннем послеоперационном периоде были следующими: строго индивидуальный, проведение на фоне замещения кровопотери, обезболивания, седации, медикаментозной терапии, в том числе, полихимиотерапии, которая должна начаться на 5-7 сутки после удаления опухоли, что обеспечивает пациенту профилактику местного рецидива, отдаленных метастазов, консолидацию ремиссии и, как следствие, повышение выживаемости. Необходимо обеспечивать правильную укладку оперированной конечности, улучшение микроциркуляции в лёгких, усиление экскреторной функции бронхов (контроль отхождения мокроты), профилактику образования пролежней и возникновения двигательных нарушений. Дети, больные солидными злокачественными опухолями, относятся к контингенту пациентов, имеющих неблагоприятное преморбидное состояние, соответственно, продолжительность раннего послеоперационного периода варьирует в зависимости от предшествующего лечения, состояния на момент операции и собственно операционной травмой, различными видами операционной техники. Наибольшая продолжительность восстановительного периода отмечалась у пациентов, перенесших операции на опорно-двигательном аппарате, что было связано с необходимостью вертикализации, обучению ходьбе в ходунках, на костылях, необходимостью ортезирования и разработки движений в оперированной конечности, в том числе после эндопротезирования.

Результаты. Улучшение общего состояния больного и функции жизненно важных органов отмечалось у всех больных. У пациентов, перенесших эндопротезирование, наблюдалось и восстановление двигательных навыков, контрактур отмечено не было. Адьювантное противоопухолевое лечение было проведено 54,9% пациентам на 5-7 сутки после операции. Реабилитационные программы показали хорошую переносимость, все пациенты были гемодинамически стабильны.

Выводы. Адекватные реабилитационные мероприятия должны эффективно способствовать своевременному началу адьювантного этапа противоопухолевого лечения. Ранняя и активная медицинская реабилитация детей, больных солидными злокачественными опухолями, позволяет существенно повысить результаты лечения.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Сажнева И.А.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка, ДНР

Актуальность. У детей с церебральным параличом (ЦП) повреждение вещества головного мозга и нарушение церебральной гемодинамики тесно взаимосвязаны, что доказывает роль сосудистого фактора в формировании ДЦП. При ишемии происходят необратимые изменения в веществе мозга, что приводит и к снижению локального мозгового кровотока. Это подтверждается полученными нами результатами транскраниальной допплерографии (ТКДГ) у больных с ЦП.

Целью данной работы является обобщение опыта использования в нашем центре ТКДГ для выявления нарушений мозгового кровотока у детей с различными формами ЦП.

Материалы и методы. ТКДГ проводилась на ультразвуковом комплексе "Logidop-4" ("Kranzbuhler", Германия). Нами проанализированы данные исследований интра- и экстракраниальных артерий у 2000 пациентов с ЦП в возрасте от 2 до 15 лет (950 мальчиков, 1050 девочек). Из них с двойной гемипаретической формой 52%, гемипаретической – 32%, гиперкинетической – 10%, атонически-астатической – 6%.

Результаты. У детей с двойной гемипаретической формой ЦП в 68% ($p<0,01$) выявлено одно- или двусторонне снижение линейной скорости кровотока (ЛСК) по сифону ВСА до 50,0-70,0 см/сек., по СМА – до 33,1-45,1 см/сек. ($p<0,01$) с асимметрией кровотока 15-40%. При гемипаретической форме у 37% детей была снижена ЛСК по СМА на стороне поражённого полушария до 30,6-40,8 см/сек. ($p<0,01$). Из данного числа наблюдений зафиксировано снижение ЛСК до 20-40% ($p<0,01$) по позвоночным артериям, из них в 85% на стороне паретичных конечностей. Отмечено снижение кровотока по СМА до 38,3-45,9 см/сек. у 36% детей с гиперкинетической формой ЦП. Особую группу направляемых на ТКДГ составили пациенты (56% от общего числа наблюдений), которые на фоне церебрального паралича были резко беспокойны, эмоционально лабильны, имели жалобы на головную боль и нарушение сна. У этих больных в 100% случаев были выявлены косвенные признаки внутричерепной венозной гипертензии вследствие перегрузки надблоковых вен и мозговых венозных синусов. 83% больных имели признаки затруднения венозного оттока из полости черепа, что сопровождается нарушением венозной циркуляции в синусах мозга, в результате чего нарушается свободная абсорбция цереброспинальной жидкости, приводящая к возрастанию ликворного давления.

Выводы. Полученные результаты ТКДГ, проведенные у больных с ЦП выявили нарушения кровотока по артериям шеи и головного мозга. Повреждение вещества головного мозга и нарушение мозгового кровотока тесно взаимосвязаны между собой, что доказывает важную роль сосудистого фактора в формировании ЦП.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Сальков В.Н.¹, Левченкова В.Д.²

¹ФГБНУ «Научный центр неврологии», г. Москва,

²ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой группу наследственных нарушений психического развития, характеризующихся недостаточностью общения, формирующейся на основе первичных структурных нарушений и неравномерности развития предпосылок общения, или утраты регулятивного влияния общения на формирование личности (Семёнов Д.В. И соавт., 2006). Эта патология диагностируется в детской популяции более, чем в 1% случаев (Grove J. et al., 2019). Известно, что в основе РАС лежит нарушение развития белого вещества головного мозга (Yassin W. et al., 2019). В связи с тем, что в зависимости от локализации повреждения белого вещества головного мозга (нервных волокон), клиническая

симптоматика у больных РАС может не ограничиваться симптомами дефицита со стороны перцептивной и когнитивной сфер.

Целью нашей работы было изучение характера неврологических нарушений у детей с этой патологией.

Материалы и методы. У 38 детей с РАС в возрасте от 4 и до 8 лет (средний возраст-5,5 лет) были изучены данные неврологического статуса и показатели электроэнцефалографического (ЭЭГ-) исследования.

Результаты. Наиболее частыми клиническими симптомами со стороны нервной системы в группе обследованных больных являлись: нарушение конвергенции (у 12 детей), нарушения мышечного тонуса умеренного характера, по типу дистонии (у 15 детей), невыполнение пациентами функциональных стопных проб — ходьбы на носочках и пятках, умения прыгать (у 11 детей). В координаторной сфере отмечали неустойчивость при выполнении пробы Ромберга (у 11 детей) и мимоподадение при выполнении молоточковой пробы (у 8 детей). Вегетативные расстройства выявляли у 18 больных. Анализ результатов ЭЭГ-исследования показал, что общий фон биоэлектрической активности головного мозга у детей с РАС был снижен, а частотный диапазон его отставал от нормативных показателей. В большинстве случаев (у 21 ребенка) доминировала тета-активность в диапазоне частот 4–5 Гц. У 7 детей выявлялись регионарные асимметрии патологического характера с преобладанием в теменно-центральной области. В этой же области у 4 больных регистрировались очаги эпилептической активности.

Выводы. Результаты проведённого исследования позволяют заключить, что неврологическая симптоматика у детей с РАС выявляется достаточно часто. Психиатрическое обследование и диагностика коморбидных состояний у таких детей обязательно должны быть дополнены исследованием неврологического статуса и анализом ЭЭГ-исследования.

СОСТОЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Сандлер З.О.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Сексуальное развитие старших подростков является актуальной темой современной науки. В условиях широкой доступности массовой информации, нередко затрагивающей сексуальную тематику, проблема сексуальных особенностей развития подростков встает чрезвычайно остро. Сексуальное развитие определяет важнейшие жизненные сферы во взрослом возрасте (ощущение собственной привлекательности, успешности, способность выстраивать продуктивные межличностные отношения), поэтому тема взаимосвязи психо-сексуального развития и различных факторов психоэмоционального благополучия отражается во многих современных исследованиях.

Целью работы является представление современного состояния исследований психо-сексуального развития подростков.

Результаты. Ряд работ посвящен теме взаимосвязи психосексуального развития подростков и зрелой сексуальности. Shorey RC. и соавт., 2019 исследовали проблему влияния проявления жестокости в сексуальных отношениях в подростковом возрасте на сексуальные предпочтения в зрелости. Также существуют исследования Fair CD и соавт., 2019, посвященные изучению сексуальных и эмоциональных потребностей подростков с перинатальным или приобретённым ВИЧ. Отделением медико-социальных наук школы

медицины Северо-Западного университета Файнберга, Чикаго, Иллинойс, было проведено исследование (Phillips Ii и соавт., 2019), посвященное изучению тенденций в поведении старшеклассников, употребляющих алкоголь, и роль аддикции в формировании идентичности подростков. Evans R. и соавт., 2019 изучили проблему гендерного различия в общении родителей со своими детьми-подростками в рамках темы сексуального риска и сексуально позитивных тем. Работа Rosenberg NE и соавт., 2019 дала оценку влиянию участия в малых психотерапевтических группах на поведение девочек-подростков и молодых женщин. Fisher C и соавт., 2018 были разработаны протоколы исследования сексуального здоровья подростков на основе опроса австралийских учащихся средних школ.

Выводы. Анализируя приведённые выше исследования, можно сделать вывод о высоком интересе к данной теме среди профессионального научного сообщества. Следует отметить, что изучение данного вопроса требует углубления и дальнейшей систематизации.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНЪЕКЦИЙ БОТУЛОТОКСИНА РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДСТВА В РЕАБИЛИТАЦИИ ФУНКЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП

Саржина М.Н., Гаджиалиева З.Г., Климов Л.В., Кудрявцева О.И., Орешникова Н.В., Гузино О.С.

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. В клинической практике мышечная спастичность мешает функциональному восстановлению и нередко становится причиной деформации пораженных конечностей. При лечении спастичности при ДЦП в современной практике широко применяются препараты ботулинического токсина типа А (БТА), которые обладают доказанной эффективностью, безопасностью и являются терапией первой линии. Ботулинетерапия в пораженные мышцы позволяет не просто снизить мышечный тонус и увеличить объём активных движений, но и замедлить, а в некоторых случаях и предотвратить формирование стойких суставно-мышечных контрактур. Точность проведения процедуры, особенно в мелкие мышцы (мышцы кисти, предплечья) очень важна. Введенный неточно препарат выраженно снижает эффективность терапии.

Материалы и методы. Для выявления точной локализации спастических мышц и контроля введения препарата используются различные приёмы и методы инструментальной диагностики. В настоящее время, одним из наиболее удобных, безопасных и безболезненных признается метод определения мышц по анатомическим ориентирам и инъекции ботулотоксина под ультразвуковым (УЗ) контролем. Данный метод позволяет в режиме реального времени управлять процессом введения препарата и, как следствие, точнее локализовать необходимую мышцу. К преимуществам проведения УЗ-контроля при ботулинетерапии, можно отнести избежание травматизации кровеносных сосудов и нервов, которые находятся в толще мышечного волокна, а также уточнить направление инъекционной иглы непосредственно в ходе процедуры и определить нужную глубину инъекции. УЗ-сканирование мышц перед инъекцией БТА с целью оценки анатомических особенностей пациента позволяет оценить структуру волокна и выбрать точку, оптимальную для введения препарата. Следует отметить важность реабилитации функциональной активности рук у детей с ДЦП. Свобода движений в верхних конечностях является важным этапом в формировании не только

двигательных навыков, но и высших психических функций (например, речи). В настоящее время возможность использования при лечении спастичности в верхней конечности ботулотоксина типа А официально указана в аннотации к препаратуре БТА российского производства.

Цель. Оценка степени эффективности применения препарата БТА российского производства в рамках реабилитации верхних конечностей у детей со спастическими формами детского церебрального паралича, а также уточнение возможности проведения УЗ контроля при ботулиновой терапии у пациентов с ДЦП со спастическими нарушениями.

Материалы и методы. Ботулиновая терапия проводилась 12 детям в возрасте от 13 до 17 лет. У всех пациентов терапия проводилась впервые. Мышцы определялись индивидуально для каждого пациента в зависимости от наличия того или иного синдрома спастичности. Все процедуры проводились под УЗ – контролем.

Результаты. На фоне проводимой терапии не было отмечено никаких побочных реакций. Последующая оценка результатов ботулиновой терапии показала увеличение функциональной активности в верхних конечностях у всех пациентов. При введении препарата без УЗ- контроля в тонкие глубокорасположенные мышцы возможна топографическая ошибка, которая также может проявляться в виде повреждения рядом расположенных сосудисто-нервных пучков. Несмотря на базовые топографические ориентиры, размер и форма мышцы носят индивидуальный характер, что особенно выражено у детей с ДЦП вследствие наличия повышения тонуса по спастическому типу. Проведение УЗ- сканирования непосредственно перед процедурой ботулиновой терапии необходимо для уточнения особенностей мышечных волокон, особенно, в выявлении фиброзного перерождения в тканях, что возможно на фоне длительного течения заболевания.

Выводы. Таким образом, при проведении ботулиновой терапии важен как верный подбор мышц – мишеней, так и точность введения препарата непосредственно в мышечное волокно, что может быть достигнуто путем использования УЗ-контроля. БТА российского производства показал достаточно высокую эффективность и безопасность при лечении спастичности верхних конечностей. Однако, мы отметили что эффективность ботулиновой терапии несколько ниже у детей старше 13 лет по сравнению с более младшим возрастом, в связи с уже сформировавшимися ортопедическими осложнениями и фиброзными перерождениями мышц.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ (ЗРР) И ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДА МАГНИТОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА № 3

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

*ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы,
дневной стационар №3*

Актуальность. Соответственно нормам речевого развития детей речь должна сформироваться к третьему году жизни. Если этого не происходит, то, чем раньше начнется работа по коррекции, тем выше будет эффективность. Работа над коммуникативной речью строится из нескольких последовательных этапов. Исходя из особенностей, а также симптомов заболевания, уровня поражения речевого центра вырабатывается соответствующая стратегия. Оптимальным будет комплексный подход в лечении при сотрудничестве нескольких специалистов: невролог, физиотерапевт, логопед (или дефектолог), психолог, массажист. Методы физиотерапии являются неотъемлемой частью лечения и медицинской реабилитации детей. В данном случае, речь идет об

использовании низкоинтенсивной магнитотерапии паравертебрально либо бitemporально. Низкоинтенсивное магнитное поле считается наиболее мягким физическим фактором и поэтому широко используется в детской практике. Магнитное поле вызывает физико-химические изменения на молекулярном уровне, и в этом наиболее значимую роль играют магнитные свойства самих молекул. Следствием воздействия магнитного поля является увеличение скорости кровотока, увеличивается диаметр и число функционирующих капилляров, более рационально происходит обогащение тканей кислородом, что в свою очередь ведет к улучшению церебрального кровотока. В результате, возрастает концентрация внимания, способность к обучению.

Материалы и методы. Из пролеченных в дневном стационаре № 3 за 2017 и 2018г.г. детей с задержкой речевого развития (всего 1165 человек), магнитотерапию получали 537 человек.

Результаты. В результате лечения 76% больных со значительным улучшением речевых навыков, 17%- с минимальной динамикой, еще в 7% случаев эффект не достигнут, что обусловлено выраженным интеллектуальным дефицитом и низким реабилитационным потенциалом у данной группы пациентов.

Выводы. Своевременное комплексное лечение с использованием физиотерапевтического метода, а именно, низкоинтенсивной магнитотерапии, позволяет достичь высоких результатов в лечении детей с задержкой речевого развития.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЁЛОЙ ВРОЖДЁННОЙ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, НИЗКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АБИЛИТАЦИИ

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Болезни нервной системы в любом возрасте представляют собой огромную экономическую и социальную проблему, что обусловлено высокими затратами на лечение и реабилитацию пациентов, высоким процентом инвалидизации и существенным снижением качества жизни не только самих пациентов, но и их семей. Важной причиной роста заболеваний центральной нервной системы в детском и подростковом возрасте являются достижения в перинатальной медицине, в частности, успехи в выхаживании глубоко недоношенных детей, детей с генетической патологией и врождёнными пороками развития, и, соответственно, высоким риском развития двигательного и интеллектуального дефицита различной степени тяжести. Наличие сопутствующих заболеваний в ряде случаев служит спектр проводимых реабилитационных мероприятий, диктуя строгие критерии выбора объема у каждого пациента.

Материалы и методы. Представлен клинический случай реабилитации мальчика с сочетанной патологией нервной системы (аномалия Денди-Уокера), органов дыхания и патологии глаз. Аномалия Денди-Уокера представляет собой порок из группы краниального дизрафизма. Для этой патологии характерно частичная или полная агенезия червя мозжечка, кистозная дилатация задней черепной ямки, сообщающаяся с 4 желудочком, и гидроцефалия. У 68% больных выявляются и другие пороки развития (агенезия мозолистого тела, гетеротопия, варианты дизрафического статуса, стеноз сильвииева водопровода и врождённые опухоли).

Результаты. Мальчик Г., 2015г.р. от 9 беременности, протекавшей с угрозой прерывания с 7 месяца (внутриутробно верифицирована вентрикуломегалия плода, многоводие), от 3 срочных родов, м- 3680г, ш.Апгар 7/86. Находился на искусственной

вентиляции лёгких (ИВЛ) в связи с явлениями врождённой пневмонии, неонатальные судороги в 1 сутки жизни. По КТ выявлена аномалия головного мозга Денди-Уокера (нарушение миелинизации, дисплазия мозолистого тела, кистозное образование задней черепной ямки). Пациент с раннего возраста наблюдался у окулиста с ДЗ: частичная атрофия дисков зрительных нервов, колобома сосудистой оболочки обоих глаз, а с 2 лет также под наблюдением пульмонолога с ДЗ: порок развития лёгких и трахеобронхиального дерева, облитерирующий бронхиолит. В том же году мальчик перенёс корь в тяжёлой степени, в течение 1 месяца проводилась ИВЛ. После перенесенной инфекции ребёнок наблюдался гематологом в связи с проявлениями гематогенной тромбофилии (дислипидемии), осложнённой тромбозом вен правой ноги. До 4 раз в год ребёнок переносит ОРВИ с проявлениями дыхательной недостаточности. С рождения пациент отставал в моторном и психическом развитии, а в 1 год выставлен диагноз ДЦП, атонически-астатическая форма. Пациент был направлен на курс реабилитации в дневной стационар. При поступлении состояние тяжёлое. Тяжесть состояния была обусловлена проявлениями хронической дыхательной недостаточности и неврологической симптоматикой. Не лихорадит. В физическом развитии задержан. Множественные стигмы дизэмбриогенеза. Отмечается бочкообразная деформация грудной клетки. Дыхание жёсткое, проводится во все отделы, среднепузырчатые влажные хрипы аускультируются над всей поверхностью лёгких. Зрение снижено, взгляд практически не фиксирует, отмечается горизонтальный нистагм сходящиеся косоглазие, зрачки узкие, фотопривыкание симметричных равномерных узких зрачков на свет снижены, симметричные, колобомы радужных оболочек с обеих сторон, движения глазных яблок в полном объеме, корнеальные рефлексы живые, D=S, лицо симметричное, мимика обеднена, симметричная, слух ориентировано сохранен, глотание, фонация нарушены по бульбарному типу. Мышечный тонус снижен диффузно во всех группах мышц, рекурвации в крупных суставах. Сухожильные рефлексы с рук и ног D=S, оживлены, симметричные, +Бабинского с обеих сторон. Тазовые функции не контролирует. Не сидит, не стоит, не ходит, нуждается в постоянном постороннем уходе и надзоре. Продуктивному контакту не доступен, знает близких, речь нечленораздельная. Игровая деятельность практически отсутствует. В связи с имеющейся картиной со стороны лёгких, после консультации ведущего пульмонолога о возможных противопоказаниях для проведения реабилитации, назначены вибрационный массаж на область грудной клетки, электрофорез с аминофиллином 1% продольно на позвоночник. Через 2 дня после поступления пациент выписан в связи с повышением температуры и проявлениями ОРВИ. Таким образом, патология со стороны лёгких усугубила тяжесть имеющегося неврологического дефицита, значительно ограничив возможности и время проведения реабилитации.

Выводы. Необходимым условием для эффективного проведения реабилитации пациентам с патологией нервной системы в сочетании с поражением внутренних органов, является компенсация (стабилизация) фона сопутствующей патологии, что, в значительной мере, определяет объём и длительность реабилитационных мероприятий.

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ К 24 МЕСЯЦАМ СКОРРИГИРОВАННОГО ВОЗРАСТА

Сахарова Е.С., Алямовская Г.А., Кешишян Е.С.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Актуальность. Рост выживаемости недоношенных детей сопровождается высоким риском реализации неврологических заболеваний. Выявление предикторов формирования неврологических отклонений позволяет своевременно корректировать отклонения в состоянии их здоровья.

Цель. На основании закономерности ежемесячного прироста психомоторных навыков выявить факторы риска неблагоприятных неврологических исходов у глубоконедоношенных детей к 24 месяцам скорrigированного возраста (СВ).

Материалы и методы. Проведен анализ анамнеза жизни и заболевания, уровня заболеваемости и динамики психомоторного развития детей, родившихся недоношенными, к 24 месяцам СВ. Оценка параметров психомоторного развития проводилась с использованием шкалы CAT/CLAMS - The Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale, A.J. Capute (Университет Джонса Хопкинса, 1984), неврологического статуса- по стандартной методике, определение функционального класса двигательных нарушений с помощью шкалы Gross Motor Function Classification System (GMFCS, 2006), функциональных методов исследования: НСГ, электроэнцефалографии, офтальмоскопии, отоакустической эмиссии. В зависимости от исхода - выделены группы с «нормальным вариантом психомоторного развития» – 604 ребенка и – 596 детей с «патологическим». В зависимости от массы тела при рождении внутри каждой группы были выделены подгруппы с ЭН - 263 ребенка и с ОНМТ - 341 ребенок.

Результаты. У всех пациентов в первые 6 месяцев жизни отмечалось снижение спонтанной двигательной активности, мышечная гипотония и гипорефлексия. Прирост навыков познавательного, моторного и до речевого развития был низким с отставанием в пересчете на фактический возраст (ФВ) в 12-16 недель. У детей, с условно «нормальным вариантом развития», по мере угасания безусловных рефлексов новорожденных и нормализации мышечного тонуса к 6-8 месяцам ФВ - отмечался выраженный скачок развития и соответствие навыков СВ в дальнейшем, что в итоге приводило к сравниванию показателей с доношенными сверстниками к 12 и 24 месяцам СВ, указывая на благоприятный прогноз. У детей с «патологическим» вариантом развития, после 6-го месяца жизни отмечалась тенденция к гипер- или гипотонусу в приводящей мускулатуре конечностей, расширение зоны сухожильных рефлексов, поздняя редукция безусловных рефлексов новорожденных и замедленный тип прироста моторных навыков при нормальном формировании познавательных и речевых функций или сочетание задержки прироста моторных и познавательных навыков на 3 и более возрастных срока в пересчете на скорригированный возраст, определяя неблагоприятный исход; при этом нарушение формирования слухоречедвигательного анализатора на фоне дисфункции стволовых структур и артикуляционного аппарата, сопровождаемое замедлением речевого развития - определялось у 100 % обследованных детей. Анализ корреляции признаков: экстремально низкая масса тела при рождении, зависимость от дополнительного кислорода, формирование бронхолегочной дисплазии, перивентрикулярная лейкомалация, внутрижелудочковые кровоизлияния III степени, задержка физического развития к 40 неделям постконцептуального возраста в сопоставлении общей кагорты обследованных детей с диагнозом Детского Церебрального Паралича вне зависимости от возраста гестации, массы тела при рождении, патологии перинатального периода и технологий оказания медицинской помощи - показал высокую точность поздней редукции безусловных рефлексов новорожденных, патологии мышечного тонуса; задержки психомоторного развития на 3 и более возрастных срока в пересчете на скорригированный возраст.

Вывод. У глубоконедоношенных детей клинически значимыми признаками, определяющими реализацию неврологических инвалидизирующих заболеваний, является задержка прироста навыков психомоторного развития более чем на 3 возрастных срока, патологический тонус мышц и редукция безусловных рефлексов позднее 7 месяцев СВ.

ИСХОДЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, К 24 МЕСЯЦАМ СКОРРИГИРОВАННОГО ВОЗРАСТА

Сахарова Е.С., Ильенко Л.И., Албагачиева Д.И.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Актуальность. Внедрение современных технологий в акушерство и неонатологию, переход отечественного здравоохранения на международные критерии живорождения неуклонно ведут к увеличению выживаемости недоношенных детей с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ) и гестационным возрастом (ГВ) менее 28 недель, во все периоды детства которых, сохраняется высокий риск реализации морфо-функциональной незрелости и патологии перинатального периода в заболевания и инвалидизацию. Частота встречаемости нарушений психомоторного развития и двигательных нарушений в различные возрастные периоды у данной категории пациентов составляет около 80 %. Поэтому изучение закономерностей и исходов неврологического развития, анализ компенсаторных возможностей организма экстремально недоношенного ребенка необходимы для разработки программ медицинского сопровождения и оказания им специализированной помощи.

Цель. Оценить показатели неврологического развития недоношенных детей с гестационным возрастом менее 28 недель к 24 месяцам жизни.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ документации перинатального центра - отделений патологии новорожденных, педиатрического и амбулаторно - консультативного с учетом основного и сопутствующего диагнозов в период наблюдения 2018-2019 г. - 112 детей с ЭНМТ и ГВ 23-28 недель, у которых проводилась оценка психомоторного развития (моторику исследовал невролог, а показатели познавательного и речевого развития - психолог - с учетом фактического возраста ребенка), неврологического статуса, результатов нейросонографии по стандартным методикам.

Результаты. Все пациенты имели осложненный неонатальный период и выраженные признаки морфо-функциональной зрелости, о чем свидетельствуют частота зависимости от дополнительного кислорода (до 28 дней у 85 %, более 28 дней - у 15 %), длительность курса антибактериальной терапии ($18,0 \pm 0,3$ дня), нахождения в кувезе ($43,3 \pm 0,4$ дня), кормления через зонд ($42,2 \pm 0,6$) и срока госпитализации ($90,3 \pm 0,5$ дня). Церебральная ишемия диагностирована у 112 (100%) пациентов, внутрижелудочковые кровоизлияния 1-2 степени - у 97 детей (87 %), внутрижелудочковые кровоизлияния 3 степени - у 5 детей (4 %), периветрикулярной лейкомалации - у 10 детей (9 %). К 24 месяцам моторные нарушения выявлены у 77 детей (69%), из них у 13 детей (12%) – моторная неловкость на фоне мышечной гипотонии и атаксии, у 12 детей (11 %) - повышение мышечного тонуса по спастическому типу, у остальных 52 детей (46 %) – мышечная дистония. У всех 112 детей (100 %) отмечались познавательные нарушения и задержка речевого развития.

Выводы. У недоношенных детей с гестационным возрастом менее 28 недель отмечается высокая частота задержки психомоторного развития и двигательных нарушений. Показатели массы тела при рождении и выраженность структурных повреждений головного мозга определяют риск формирования неврологической патологии. Основным критерием анализа неврологического состояния пациента раннего возраста является оценка постепенности прироста его психомоторных навыков в соответствие со скорректированным возрастом (разницей фактического возраста и недостающих до 37 полных недель гестации), в противном случае - в сравнении с доношенными сверстниками - недоношенный ребенок всегда будет задержан в развитии. Вне зависимости от степени тяжести постнатальной адаптации и поражения нервной системы, сроки созревания структур головного мозга, требуют дальнейшего изучения в сравнении со сверстниками большего гестационным возрастом.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ. ОПЫТ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА МОСКВЫ

Сидоров А.М.¹, Хачатуров Ю.А.², Плавунов Н.Ф.¹, Щедеркина И.О.²,
Петряйкина Е.Е.², Кадышев В.А.¹

¹ГБУ « ССиНМП им. А.С. Пучкова», г. Москва

²ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков, г. Москва

Актуальность. Ранняя диагностика острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и транзиторных ишемических атак (ТИА) у детей на догоспитальном этапе является важным фактором, определяющим маршрутизацию пациента. Запаздывание со своевременным диагнозом увеличивает вероятность неблагоприятного исхода. Раннее начало терапии снижает тяжесть исходов и риск повторного инсульта. Клиническая картина инсульта у детей неспецифична и зависит от целого ряда факторов, ведущими из которых являются возраст ребенка, тип инсульта, зона и объем повреждения, а также этиологические факторы. Диагностические шкалы, используемые во взрослой практике для инсульта, недостаточно информативны у детей и требуют модификации с целью улучшения ранней диагностики детского инсульта. В педиатрической практике существование широкого спектра «инсультоподобных» состояний (от 79-93% у детей против 30% у взрослых), так называемых «масок» инсульта, существенно затрудняет диагностический поиск. Количество пациентов, доставляемых Скорой медицинской помощью (СМП) г. Москвы в стационары с подозрением на ОНМК/ТИА возрастает ежегодно: 2014-169 детей, 2015г -268, 2016-345, 2017-369, 2018-436.

Цель. Анализ клинической картины и соответствие диагнозов: направляющих (выставленных бригадами СМП) и заключительного (при выписке из стационара после обследования). Оценка частоты встречаемости наиболее частых «масок» инсульта.

Материалы и методы. Методы: клинический, лабораторной, радиологический. В анализ включено 202 истории болезни детей, госпитализированных СМП в Центр Цереброваскулярной патологии детей и подростков Морозовской ДГКБ г. Москвы с направляющими диагнозами ОНМК/ТИА (коды по МКБ-10 I60-I69, G45.0, G45.8), с октября 2018 года по январь 2019 года. Пациенты разделены на группы: по возрасту пациентов (<1 года, 1-5 лет, >5 лет), полу, направляющему диагнозу СМП и заключительному диагнозу стационара.

Результаты. У 4,95% (N=10) пациентов, с направляющим диагнозом ОНМК/ТИА, после обследования был подтвержден инсульт: ишемический -3,96% от всех случаев (n=8), геморрагический 0,99% от всех случаев (n=2). Направляющий диагноз ТИА (n=86) совпал при выписке в 3,5% случаев (n=3); направляющий диагноз синдром вертебробазилярной недостаточности- ВББ (n=54) - в 28% случаев (n=15). Заболевания («маски» инсульта) у госпитализированных пациентов с подозрением на инсульт, распределились следующим образом (в порядке убывания): мигрень (в том числе мигренеподобные пароксизмы, мигренеподобные головные боли) -34% (n=67), синдром вегетативной дисфункции -17,9% (n=36), другие причины (объемное образование головного мозга, нейропатия лицевого нерва, нейроинфекция, эпилепсия, конверсионное расстройство) 17% (n=34), головные боли напряжения-2,5% (n=5).

Заключение. Диагностика инсульта/ТИА у детей и подростков на догоспитальном этапе является сложной задачей для врача. Широкий спектр заболеваний, определяемый возрастом пациентов, требуют проведения дифференциального диагноза с инсультом. В нашем исследовании заболевания, «маскирующие» инсульт, отличались в разных возрастах. Кратковременность наблюдения врачами СМП, ограниченные возможности в

сборе анамнеза и неспецифичность симптоматики являются одними из основных проблем, затрудняющих использование скрининговых шкал из взрослой практики в педиатрической службе.

СИНДРОМ КЛИППЕЛЯ – ФЕЙЛЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Соболева О.А., Мещерякова Н.В., Колесникова Е.В., Минаева О.А., Кузубердин А.В.

ГБУЗ СК «Краевая детская Клиническая больница»,
г. Ставрополь, Ставропольский край

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, кафедра неврологии, нейрохирургии и
медицинской генетики, г. Ставрополь, Ставропольский край

Актуальность. Синдром Клиппеля- Фейля- врождённая аномалия развития шейного отдела позвоночника. Частота встречаемости 1:120 000. Особенностью данного синдрома является то, что он бывает только врожденным и может спровоцировать развитие тех или иных патологических состояний. Для синдрома Клиппеля- Фейля характерно: значительная деформация и укорочение шеи; снижение количества имеющихся шейных позвонков; отмечается сращение позвонков, причем их размер намного меньше нормы, а также три обязательных внешних признака: низко расположенная граница роста волос на затылке, укороченная шея, снижение объема движений в шейном отделе позвоночника .

Цель. Продемонстрировать клинический случай, проанализировать особенности анамнестических и клинических данных истории болезни ребенка с синдромом Клиппеля – Фейля.

Материалы и методы. Ребенок А. 1г 2 мес. поступил в психо-неврологическое отделение ГБУЗ СК «Краевая Детская Клиническая Больница» в июне 2019 г. с жалобами на задержку психо-моторного и речевого развития, нарушение опоры, «короткая шея», «неловкость» в руках, часто сжимает руки «в кулаки», ограничение активных движений в верхнем плечевом поясе, шейном отделе позвоночника, самостоятельно не стоит, не ходит, снижена моторика в руках. Вышеуказанные жалобы мать отмечает с рождения, после проведённых курсов лечения (медикаментозное, физиолечение, массаж) отмечает незначительную положительную динамику в виде улучшения двигательных навыков. Объективный статус: диспластический фенотип: светлые волосы, ресницы, глубокопосаженные глаза; симптом «короткой» шеи (бревиколлис), низкая задняя линия роста волос (менее 3 см.), мышечная гипотония, плоско-вальгусная установка стоп, «круглая» спина, задержка моторного развития. Выполнена компьютерная томография шейного отдела позвоночника: аномалия шейных позвонков (фрагментация С1- С5 тел и остистых отростков, причем более выраженная С1.); конкремценция фрагментированных масс С2 –С5 справа, С2 –С4 слева; конкремценция остистых отростков С7-Тh 1. Гипоплазия первых рёбер. Мелкая остеохондрома правой ключицы. Кифотизация шейного лордоза. Осмотрен специалистами: генетик, нейрохирург, ортопед. Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, ЭКГ, ЭХО-КГ с допплеровским анализом – без патологии.

Результаты. На основании клинического осмотра, характерных фенотипических данных, результатов дополнительных методов обследования, был выставлен диагноз синдром Клиппеля – Фейля.

Выводы. Данный клинический случай продемонстрирован с целью привлечения внимания неврологов, педиатров, ортопедов к патологии шейного отдела позвоночника; своевременной диагностике заболевания. Пациенты с небольшими патологиями не имеют существенных ограничений в повседневной жизни. Тяжелые формы состояния, дополнительные аномалии требуют тщательного и регулярного наблюдения врачей, с

целью предупреждения развития возможных осложнений. Методов профилактики синдрома Клиппеля-Фейля не существует, по этой причине родителям важно проявлять особую внимательность с раннего возраста ребенка. При этом нужно знать, что данная патология – не приговор и такие пациенты способны учиться и вести обычный образ жизни.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В СОЧЕТАНИИ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

Сохань Д.А., Шаймурзин М.Р., Евтушенко С.К.

Республиканский детский клинический центр нейрореабилитации, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Высокая распространенность малых аномалий сердца (МАС) у детей с церебральным параличом (ЦП) ограничивает в определенной степени объем реабилитационных мероприятий у этих детей.

Цель. На основе клинико-эхографических данных определить частоту МАС у детей с ЦП и модифицировать реабилитацию подобных больных, с учетом выявленной функционально-органической патологии сердца.

Материалы и методы. 326 детей в возрасте от 3 до 17 лет, с различными формами ЦП, сочетанными с МАС. Выделена группа из 280 больных с высоким уровнем числа МАС (2 и более) на основании комплексного клинического обследования, холтер-ЭКГ, Эхо-КГ, транскраниальной допплерографии.

Результаты. У 60% диагностированы: открытое овальное окно (ООО) в сочетании с пролапсом митрального клапана (ПМК) 2-3 степени, миксоматозной дегенерацией створок МК; у 92,5 % наличие аберрантных хорд с эктопическим их креплением. У детей с МАС отмечались нарушение вегетативного тонуса, психоэмоциональная лабильность, непереносимость физических нагрузок, нарушение социальной адаптации. Нами разработана тактика ведения подобных пациентов: медикаментозное лечения направленное на нормализацию метаболизма соединительной ткани и функциональное состояние сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы; метаболические, ноотропные препараты, антиоксиданты улучшающие микроциркуляцию в головном мозге и сердце. С учетом сочетанной церебро-кардиальной патологии рекомендовано ограничение процедур, сопровождающихся болевыми ощущениями (акупунктура, инъекции), применяются специальные методики щадящей лечебной физкультуры, сегментарного и точечного массажа, особенно, дыхательной гимнастики, синглетно-кислородной терапии.

Выводы. Ассоциированная церебро-кардиальная патология отражает идентичность их генезиса, что диктует необходимость полидисциплинарного подхода, к курации подобных пациентов с учетом выявленной сочетанной патологии сердца и мозга.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Тамазян Г.В., Арзуманян Т.Е., Аргунова Г.В.

*ФГБУ «РРЦ «Детство» Минздрава России,
поселок санатория «Горки Ленинские», Московская область*

Актуальность. Вопросы правильной оценки двигательных возможностей детей и их динамики на фоне проводимого лечения остаются наиболее актуальными современной неврологии, поскольку нарушения не только определяют клиническую картину, но и значительно влияют на развитие ребенка. Проведение комплексной медицинской реабилитации является сложной задачей, требующей использования комплекса реабилитационных мероприятий с применением высокоеффективных методов коррекции данных состояний.

Цель. Провести оценку эффективности комплексной медицинской реабилитации с применением фазовой нейромиостимуляции в сочетании с ботулиновой терапией детей с заболеваниями нервной системы (средней тяжести).

Материалы и методы. Проведено клинико-неврологическое обследование 74 детей (средней тяжести). Все дети были разделены на две группы: 1 группе (36 детей) были проведены реабилитационные мероприятия с применением фазовой нейромиостимуляции, 2 группе (38 детей) - с применением фазовой нейромиостимуляции в сочетании с ботулиновой терапией и последующей оценкой сенсором Recha-Watch биомеханики движения и объема движений в суставах конечностей.

Результаты. Достигая снижения уровня спастичности мышц, как правило, сгибателей и ротаторов, при проведении нейромиостимуляции в движении возможно включение в создание паттерна движения мышц групп антагонистов. Сочетание проведения мероприятий кинезиологии, ботулиновой терапии с целью коррекции спастичности, и роботизированной механотерапии по показаниям в комплексной реабилитации улучшает клинико-неврологические показатели на 35%, снижает риск развития вторичных ортопедических осложнений на 17%.

Выводы. Применение фазовой нейромиостимуляции в движении способствует ускорению выработки нового моторного навыка, увеличению двигательных возможностей и координации движений ребенка за счет формирования рычагов движения ребенка, лучшей социальной адаптации.

ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Таран Н.Н.^{1,2}, Строкова Т.В.^{1,2}

¹ ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва

² ФГБОУ ВО РНИМУ им Н.И.Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Биомпедансометрия является одним из наиболее эффективных методов оценки пищевого статуса у детей с детским церебральным параличом, позволяющим достоверно оценить соотношение основных компонентов состава тела.

Цель. Оценить дефицит различных компонентов состава тела по данным биомпедансометрии у детей с детским церебральным параличом (ДЦП), имеющих дефицит массы тела по антропометрическим показателям.

Материалы и методы. В отделении педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологий» обследован 41 ребенок с диагнозом детский церебральный паралич в возрасте от 2 до 18 лет. В зависимости от тяжести класса моторной активности по шкале GMFCS пациенты, вошедшие в исследование, были разделены на 2 группы: I группа (I - III класс GMFCS) – 11 детей; II группа (IV-V класс GMFCS) – 30 детей. Всем детям были проведены антропометрия и исследование состава тела методом биомпедансометрии. Оценка антропометрических данных проводилась с помощью специальных центильных таблиц для оценки физического развития пациентов с ДЦП в возрасте 2-20 лет.

Результаты. В ходе оценки антропометрических параметров у всех детей, вошедших в исследование, был выявлен дефицит массы тела. По результатам биоимпедансометрии у пациентов I группы (I-III класс GMFS) снижение массы тела выявлено у 9 (81,82%) детей. Дефицит тощей массы зарегистрирован у 7 (63,64%) детей, белка у 8 (72,73%) детей, минеральных веществ у 7 (63,64%) детей, жировой массы у 11 (100%) детей, доли жировой массы у 10 (90,91%) детей, мышечно-скелетной массы у 9 (81,82%) детей, активной клеточной массы у 7 (63,64%) детей, доли активной клеточной массы у 3 (27,27%) детей. Возрастным нормам соответствовали показатели массы тела у 2 (18,18%) детей, тощей массы у 4 (36,36%) детей, белка у 3 (27,27%) детей, минеральных веществ у 4 (36,36%) детей, жировой массы и доли жировой ткани у 1 ребенка (9,09%), мышечно-скелетной массы у 2 (18,18%) детей, активной клеточной массы у 3 (27,27%) детей, доли активной клеточной массы у 3 (27,27%) детей. Повышение активной клеточной массы зарегистрировано у 1 (9,09%) ребенка, доли активной клеточной массы у 3 (27,27%) детей. Во II группе снижение массы тела по данным биоимпедансометрии, как и при оценке антропометрических показателей, зарегистрировано у всех 30 (100%) пациентов, вошедших в группу. Дефицит тощей массы зарегистрирован у 27 (90%) детей, белка у 29 (96,67%) детей, минеральных веществ у 28 (93,33%) детей, жировой массы у 29 (96,67%) детей, доли жировой массы у 23 (76,67%) детей, мышечно-скелетной массы у 29 (96,67%) детей, активной клеточной массы у 30 (100%) детей, доли активной клеточной массы у 4 (13,33%) детей. Возрастной норме соответствовали показатели тощей массы у 3 (10%) детей, содержания белка в организме у 2 (6,67%) детей, минеральных веществ у 2 (6,67%) детей, жировой массы у 1 (3,33%) ребенка, доли жировой ткани у 5 (16,67%) детей, мышечно-скелетной массы у 1 (3,33%) ребенка, активной клеточной массы у 6 (20%) детей, доли активной клеточной массы у 3 (107%) детей. У 1 (3,33%) ребенка на фоне дефицита веса зарегистрировано повышение количества жировой массы и у 18 (60%) детей повышение доли активной клеточной массы.

Выводы. Таким образом, дефицит массы тела у детей с детским церебральным параличом по данным биоимпедансометрии, регистрировался в меньшем проценте случаев в группе детей с легкими классами моторной активности (I - III класс GMFCS). Дефицит массы тела обусловлен не только дефицитом жировой и мышечной ткани, вследствие чего более детальное исследование композиционного состава тела позволяет целенаправленно влиять на пищевой статус и индивидуализировать траекторию реабилитационных мероприятий у пациентов с детским церебральным параличом.

СЕНСОРНО-МОТОРНОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Тарасова Н. В., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Сенсорно-моторное развитие составляет основу умственного развития ребенка. Сенсорное воспитание предполагает обогащение чувственного опыта ребенка через совершенствование работы всех видов анализаторов: слухового, зрительного, тактильно-двигательного, обонятельного, осязательного, вкусового. От того, насколько полно ребенок научится воспринимать объекты, предметы, явления действительности, оперировать этими знаниями, зависит процесс его «вхождения» в окружающий мир. Развитие кинетических и кинестетических ощущений у детей объясняется тесной связью с сенсорной и моторной системами. Чтобы познать какой-либо предмет, ребенку нужно произвести ряд действий: сжать, покатать, погладить, провести пальчиком по контуру, то есть использовать сенсомоторные движения. В.А.

Сухомлинский писал, что «чем больше уверенности и изобретательности в движениях детской руки, тем тоньше взаимодействие руки с орудием труда (ручкой, карандашом), чем сложнее движения, необходимые для этого взаимодействия, тем ярче творческая стихия детского разума; чем больше мастерства в детской руке, тем ребенок умнее». Сотрудники Института физиологии детей и подростков АПН (Институт возрастной физиологии РАО) установили, что уровень развития речи находится в прямой зависимости от степени сформированности тонких движений пальцев рук. Дети с интеллектуальной недостаточностью, имеющие двигательные нарушения, не умеют быстро и точно начать движение, поменять темп и ритм движений, а также испытывают затруднения при выполнении противоположных движений. Недоразвитие кинестетической чувствительности вызывает возрастание двигательной недостаточности при выполнении сложных движений, четкого дозирования мышечных усилий, точности движений

Цель. Предоставить основные сведения родителям и педагогам детей с отклонениями в развитии, которые должны помочь им обеспечить надлежащее сопровождение. Цели обучения детей с отклонениями в развитии ничем не отличаются от целей обучения всех других детей: в первую очередь, это развитие и формирование самодостаточности и самостоятельности.

Материалы и методы. Использование различных форм организации детей (индивидуальные, парные, групповые упражнения и игры, связанные с двигательной активностью) способствует коррекции психомоторной сферы ребенка.

Результаты. Исследователи разработали несколько моделей включения детей с отклонениями в развитии в общеобразовательный процесс. Упор может делаться на навыки участия в общественной жизни, посещении инклюзивного класса с типично развивающимися учениками. Начинать работу по развитию мелкой моторики и графомоторных навыков нужно с самого раннего возраста, задолго до поступления ребенка в школу. К 6–7 годам заканчивается созревание соответствующих зон головного мозга, развитие мелких мышц кисти.

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

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ, ПОДВЕРЖЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЮ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА ОРГАНИЗМ

Темнова О.В. , Плотникова И.А

ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница»,
г. Екатеринбург, Свердловская область

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Известно, что воздействие таких экотоксикантов, как соли тяжелых металлов, вызывает функциональные и органические нарушения центральной нервной системы и приводит к отклонениям психического развития у детей. Значительная часть населения Свердловской области (СО) подвергается длительному воздействию техногенного загрязнения, преимущественно солями тяжелых металлов. Данные социально-гигиенического мониторинга показали превышение уровня хронической заболеваемости детей, длительно проживающих в экологически неблагополучных

условиях, и необходимость проведении медицинской реабилитации (МР), в задачи которой входит снижение внутренней токсической нагрузки.

Цель. Выявление особенностей развития когнитивных функций у детей, подверженных воздействию тяжелых металлов на организм, и оценка эффективности специально разработанных программ МР детей из экологически неблагоприятных территорий.

Материалы и методы. На протяжении более 10 лет проводилась МР детям 4-8 лет, проживающим на территориях СО с техногенным загрязнением окружающей среды тяжелыми металлами. Более 500 детей прошли нейропсихологическое обследование высших психических функций (вариант батареи тестов А.Р. Лурия, адаптированной для детей, Т.В. Ахутина и др., 1996, 2008).

Результаты. Описан специфический нейропсихологический профиль для детей, проживающих в условиях техногенного загрязнения среды тяжелыми металлами: слабость функций I блока мозга и подкорковых структур (повышенная истощаемость, колебания внимания, повышенная тормозимость следов памяти побочными интерфирирующими воздействиями, стертые дизартрические проявления в оральном праксисе и речи); задержка развития зрительных и зрительно-пространственных функций по правополушарному типу; выраженная несформированность серийной организации движений и произвольной регуляции действий; несформированность комплексных энергоемких функций, требующих согласованного участия многих компонентов (слухоречевая память, собственная речь и понимание речи). Средние показатели выполнения нейропсихологических проб детьми до и после курсов реабилитации:

Отделы мозга	Функции	Коэффициент успешности	
		До курса МР	После курсов МР
Передние отделы мозга (III блок)	Функции программирования, регуляции и контроля произвольных действий	0,57	0,83
	Серийная (кинетическая) организация движений	0,59	0,70
Задние отделы мозга (II блок)	Обработка зрительной информации	0,43	0,60
	Обработка зрительно-пространственной информации	0,52	0,58
	Обработка кинестетической информации	0,76	0,86
	Обработка слуховой информации	0,52	0,60

Выводы. 1. Комплексная химическая нагрузка приводит к парциальным отклонениям в созревании различных структур мозга и формированию варианта дезонтогенеза, характеризующегося задержкой темпов развития психических функций, 2. Медицинская реабилитация, направленная на снижение внутренней токсической нагрузки, способствует улучшению показателей развития когнитивных функций у детей.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ В ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРАХ №5, 6 ГБУЗ НПЦ ДП ДЗМ

Типсина Н.В., Филиппова Т.Н., Уханова А.Н., Кирсанова Е.Ю., Проскурина Ю.К.,
Ковалева С.Е., Иванова Е.С., Климов Ю.А., Тучак О.Н., Елизарова А.В.,
Титова Е.Г., Батышева Т.Т.

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

дневные стационары №5 и №6
ГБУЗ Подольская детская городская больница, г. Подольск, Московская область

Актуальность. Транскраниальная микрополяризация (ТКМП)- лечебный метод, позволяющий изменить функциональное состояние различных звеньев ЦНС под действием постоянного тока силой до 1 мА. При этом происходят поляризационные изменения в нейронах, запускающие биохимические процессы, которые обеспечивают механизмы кратковременной и долгосрочной памяти.

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

Материалы и методы. В отделениях дневных стационаров №5 и 6 в течение года (сентябрь 2018- август 2019) ТКМП пролечено 64 детей возраста от 1 года 11 месяцев до 17 лет 6 месяцев с различными формами нарушения речевого развития. Из них - 43 (67%) детей с задержкой психо- речевого развития, 21 (33%) детей- задержка речевого развития на фоне основных диагнозов: органическое поражение ЦНС, ДЦП, детский аутизм, моторные тики, смешанное расстройство эмоций и поведения. ТКМП проводилась на аппарате «Полярис- Реамед» за счет воздействия постоянным электрическим током до 1 мА электродами малой площади, расположенными над проекцией зон мозга- фронтальной, моторной, височной и др. Чаще- анод – переднелобная и теменная области, катод – сосцевидный отросток одноименного полушария. Выбор этих зон для направленной ТКМП обусловлен участием лобной и теменной коры в управлении высшими когнитивными функциями. Кроме того, вовлечение в системный эффект при ТКМП лобной коры таких структур, как таламус, гипоталамус, гиппокамп, миндалевидное тело оказывает на возможность воздействия на лимбическую систему, являющуюся одной из ведущих эмоциональных систем мозга. Кроме того, клинически доказано, что ТКМП височных долей не только улучшает процессы памяти, но и закрепляет достигнутый эффект.

Результаты. В результате курсов ТКМП у 43 детей (67 %) отмечалось улучшение – увеличение словарного запаса, появилась фразовая речь. У 12 детей (18 %) – значительное улучшение в виде увеличения словарного запаса, построения сложных предложений, решения задач на логику. У 9 детей (13%) – незначительное улучшение в виде появления нескольких новых слов. Ухудшения не было ни у одного ребенка, но у многих детей отмечалось обострение основного заболевания на 3- 5 процедуре: усиление гиперактивности, заикания, тиков. Эти проявления нормализовались к окончанию курса ТКМП. По нашим наблюдениям лучшую эффективность продемонстрировала ТКМП как монотерапия (проводимая между курсами основной реабилитации) и у детей с задержкой психо- речевого развития. Эффективность ТКМП была ниже у детей с речевыми нарушениями при органическом поражении ЦНС, ДЦП, аутизме.

Выводы. ТКМП- эффективный метод лечения детей с нарушениями речевого развития. Отмечается ускорение формирования правильных речевых навыков, активизация памяти и внимания, гармонизация процессов возбуждения и торможения. Применение ТКМП на базе дневных стационаров №5 и 6 НПЦ ДП показало большую эффективность как монотерапия между курсами реабилитации у детей с задержкой психо – речевого развития.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Титова О.Н.¹, Строкова Т.В.^{1,2}, Таран Н.Н.^{1,2}, Багаева М.Э^{1,2}, Матинян И.А.¹

¹ ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва

Актуальность. Детям, страдающим детским церебральным параличом (ДЦП), необходим мультидисциплинарный подход к лечению и реабилитации. Диетотерапия является основой терапии, ее эффективность зависит от правильной интерпретации показателей пищевого статуса больного и назначения оптимальной диеты, которая позволяют улучшить успех комплексного лечения и качество жизни пациентов.

Цель. Оценить энергетическую ценность рациона, содержание основных его компонентов и их связь с показателями физического развития детей с ДЦП.

Материалы и методы. В отделении педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологий» обследовано 40 детей с подтвержденным диагнозом детский церебральный паралич: мальчиков – 26 (65%), девочек – 14 (35%), в возрасте от 9 мес. до 16 лет. Всем детям проведены антропометрия, анализ фактического питания в домашних условиях, расчет энергетической ценности рациона. Оценка антропометрических данных проводилась с использованием центильных таблиц, разработанных для пациентов с ДЦП, учитывающих систему оценки глобальных моторных функций (GMFS). Z-score ИМТ определялся путем конвертирования перцентильных показателей. На момент исследования в данной группе пациентов специализированное лечебное питание не применялось.

Результаты. Среди обследованных детей с ДЦП нормальная масса тела была выявлена у 14 (35%), дефицит массы тела различной степени тяжести - у 26 (65%) пациентов. Из 40 детей нормокалорийный рацион подтвержден лишь у 8 (20%), низкокалорийный - у 32 (80%). Избыточной калорийности рациона не выявлено ни у одного пациента. Среди детей с дефицитом веса (n=26) нормокалорийный рацион был у 4 (15,38%). Однако у всех детей выявлен дисбаланс потребления макронутриентов. У 22 (84,61%) пациентов при анализе пищевого дневника подтвержден низкокалорийный вариант диеты, который характеризовался нормальным содержанием белкового компонента у 4, избыtkом - также у 4 и недостатком у 14 (63,64%) детей. Жировой компонент соответствовал норме только у двоих детей, избыток его зарегистрирован у одного и недостаток у 19 (86,36%) детей. Количество углеводов в рационе, соответствующее физиологической потребности определено у одного ребенка, дефицит их - был отмечен у 21 (95,45%) ребенка.

Заключение. Среди детей с ДЦП дефицит веса выявляется в 65% случаев. При этом отмечается высокая частота встречаемости недостаточной калорийности рациона и его основных компонентов, преимущественно за счет снижения квоты углеводов и жиров в рационе питания, что требует его коррекции в зависимости от степени дефицита и тяжести течения основного заболевания.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП И ВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Токарева И. Ф.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы,
Институт Общественных наук Академии народного хозяйства и государственной
службы при Президенте РФ, г. Москва

Актуальность. Психологическая коррекция эмоциональных и психосоматических нарушений у детей- это целесообразно организованная система психологических

воздействий. Основным направлением психотерапии и психологической коррекции у детей и подростков является смягчение эмоционального дискомфорта, повышение их самостоятельности и активности. Как следствие происходит смягчение вторичных личностных расстройств, обусловленных психо-эмоциональными нарушениями: тревожности, мнительности, психосоматических нарушений, агрессивности и др. Обязательным компонентом работы с этими детьми является коррекция самооценки, уровня самосознания, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции.

Результаты. Проведенные в нашем Центре исследования показывают, что наибольшее негативное влияние на личность ребенка с ДЦП оказывают пролонгированные психические травмы. Основной психотравмирующей ситуацией для них является их физический дефект и вынужденная изоляция. Психо-эмоциональное состояние у детей с ДЦП часто обусловлено органическими патохарактерологическими особенностями и качественно отличаются от эмоционального фона детей с обычным развитием. И это, в первую очередь, обусловлено поражением головного мозга при данной патологии. Так как детский церебральный паралич развивается как результат раннего поражения определенных структур головного мозга то, соответственно, сам механизм эмоционального реагирования изначально нарушен. Формирования и развитие эмоциональной сферы у ребенка с ДЦП существенно отличается от аналогичного механизма обычного развития эмоций.

Выводы. В результате проведенных исследований и наблюдений было выявлено, что грамотное комплексное психотерапевтическое воздействие на детей с ДЦП и членов их семьи является необходимым условием не только для профилактики психосоматических нарушений, но и для формирования у них адекватной самооценки, уверенности в себе и самокритичности, мотивации на достижение реальных целей.

ТРЕХМЕРНАЯ МАNUАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СТОП НА ОСНОВЕ НЕЙРОФИЗИОЛОГИИ ПО МЕТОДУ ЦУКУНФТ-ХУБЕР ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Тучков В.Е., Гербутова М.Н.

*Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования
ФМБА им. Бурназяна ФМБА России, г. Москва
Детская клиника ЕМС, г. Москва*

Актуальность. Уже более 20 лет в Европе трехмерная мануальная терапия стоп на основе нейрофизиологии по методу Цукунфт-Хубер является одним из эффективных методов восстановительного лечения стоп у детей с неврологическими заболеваниями. В последние годы терапия приобретает все большее распространение и в России. Терапия проводится в рамках глобальных двигательных паттернов, что существенно отличают ее принцип действия от классической мануальной терапии.

Цель. Консервативное лечение плоско-вальгусных и эквино-плоско-вальгусных деформаций стоп, профилактика или уменьшение контрактур, мобилизация суставов у детей с неврологическими заболеваниями.

Материалы и методы. Анализ результатов проведения курса трехмерной мануальной терапии стоп на основе нейрофизиологии по методу Цукунфт-Хубер у детей с ДЦП, использование бинтов для удержания достигнутой коррекции, интеграция родителей в терапию, анализ немецких статей, предоставление фотоматериалов, сравнение положения стоп до и после терапии.

Результаты. Уменьшение напряжения мышц, увеличение подвижности в суставах стоп, изменение положения стоп относительно продольно оси голени, самостоятельное освоение ходьбы.

Выводы. Проведение трехмерной мануальной терапии стоп на основе нейрофизиологии по методу Цукунфт-Хубер позволяет мягко скорректировать положение стоп при неврологических заболеваниях центрального генеза, при этом достигнутая коррекция сразу может быть интегрирована в движение, что позволяет изменить весь двигательный рисунок и как следствие изменить постуральную регуляцию тела, нарушение которой лежит в основе неврологических заболеваний центрального генеза.

РОЛЬ КИНЕЗОТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Хан М.А.^{1,2}, Дегтярева М.Г.^{2,3}, Румянцева М.В.¹, Микитченко Н.А.

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

² ГБУЗ ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы

³ Кафедра неонатологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Разработка и раннее внедрение методов медицинской реабилитации детей, рожденных на разных сроках гестации с последствиями перинатального поражения ЦНС, является актуальной проблемой в неврологии и педиатрии. Основанная на принципах системогенеза, медицинская реабилитация детей на первом году жизни направлена на преодоление формирования патологического двигательного стереотипа и создание основы для последовательного формирования онтогенетически обусловленных моторных навыков. Всем этим принципам отвечают методы кинезотерапии, которым отводится ведущее значение в медицинской реабилитации детей с перинатальным поражением ЦНС. Одной из перспективных технологий кинезотерапии является метод В. Войта.

Цель. Оценка эффективности кинезотерапии по методу В.Войта в восстановлении естественных двигательных навыков у недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС.

Материалы и методы. Обследовано 46 детей в возрасте от 1 до 12 месяцев, рожденных на 23-28 недели гестации с очень низкой и экстремально низкой массой тела. 23 ребенка составили основную группу, которая получала кинезотерапию по методу В. Войта (10 процедур) и 23 ребенка- контрольную группу. Методы исследования: неврологическое обследование, нейросонография, количественная оценка мышечно-постурального тонуса и рефлексов по шкале *Infanib*.

Результаты. На момент начала реабилитации 26,1% детей соответствовали скорректированному возрасту до 4 мес., 43,5% - 5-8 мес., 30,4 % были старше 8 мес. скорректированного возраста. Клиническая оценка степени тяжести перинатального церебрального поражения показала, что 60,1% детей имели среднюю степень, 39,1% - тяжелую. По характеру двигательных нарушений до начала реабилитации в 43,4% случаев отмечена мышечная дистония. Оценка мышечно-постурального тонуса и рефлексов по шкале *Infanib* показала, что у 65,2% детей в основной группе до начала Войта- терапии диагностированы транзиторные нарушения. 34,8% детей имели оценку по шкале *Infanib* в диапазоне "патология". После курса кинезотерапии по методу В.Войта в основной группе отмечено достоверное увеличение суммарной оценки по шкале *Infanib* ($p<0,05$). Под влиянием Войта-терапии оценка по шкале *Infanib* в диапазоне «норма» получена у 34,7% детей, В контрольной группе этот показатель нормализовался лишь у 17,6%.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности и перспективности включения кинезотерапии по методу В. Войты в комплекс медицинской реабилитации недоношенных детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

МОДЕЛИРОВАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ». ОПЫТ ГБУЗ «НПЦ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЕЯМ ДЗМ»

Хижова Е.В., Притыко А.Г.

ГБУЗ НПЦ специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы

Актуальность. В 2011 году, в силу накопленного опыта, в том числе во взаимодействии с иностранными партнерами, было принято решение о создании в ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ» системы медицинской реабилитации полного цикла. По сути, перед нами встало задание создать и вывести на рынок медицинских услуг новый продукт - «медицинская реабилитация» с такими качествами, чтобы он смог быть не только конкурентно способным по отношению к уже существующему предложению на рынке, но и отвечающим требованиям сегодняшнего законодательства и запросам на результативность со стороны потребителя.

Цель. Внедрение системы медицинской реабилитации детей, перенесших тяжелые инвалидизирующие заболевания, в практику лечебного учреждения.

Материалы и методы. Организация медицинской реабилитации регламентируется международными и российскими нормативно-правовыми документами, а построение систем бизнеса, вне зависимости от того кто является покупателем услуги - государство или частный потребитель, представлено в современной литературе по менеджменту организаций. Макропланирование включало кратко сформулированную конечную цель и задачи по ее достижению. В основе макропланирования лежал анализ имеющихся ресурсов: материального, финансового, временного, административного, человеческого. Моделирование продукта осуществлялось по классической схеме разработки продукта. Были определены целевые аудитории продукта. Разработан опорный состав продукта каждого из трех этапов, которые были закреплены в виде внутреннего стандарта. Преимуществом такого подхода является предложение продукта уникального как по длительности воздействия – совокупно три этапа делятся от 30 до 45 дней, так и по соблюдению принципа преемственности. Включение такого продукта в пакет услуг ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ» позволяет оказывать медицинскую помощь полного цикла. Создание материальной базы основывалось на анализе потребностей потенциальных пациентов, а так же требований Приказа Минздрава России от 29.12.2012 №1705н. Для качественного выполнения реабилитации первого этапа, проведено дооснащение отделения ФТ и ЛФК.

Результаты. В результате выполненной работы создана модель продукта медицинской помощи полного цикла: диагностика-лечение-реабилитация, что является значимым конкурентным преимуществом. Определена стоимость продукта, и рассчитана проектная мощность. На основании проведенного моделирования организованы и проведены работы по строительству, оснащению и вводу в эксплуатацию филиала ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ» - Реабилитационный центр «Лосинный остров».

Выводы. Наш опыт показывает, что моделирование медицинского продукта на основе классического описания продукта: целевые аудитории, состав, ценности/конкурентные преимущества, стоимость и рентабельность, объем и доля на

рынке, а так же каналы продвижения и продаж, является не только возможным, но и единственно верным способом структурирования идей, информации и расчетов. Менеджерам, необходимо уметь составить, предъявить и защитить доказательную базу необходимости закупки того или иного оборудования. Для этого рекомендуется привлекать главных внештатных специалистов, ученых, мнение которых может являться экспертным.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ. ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ И ДГКБ № 9 ИМ. Г.Н. СПЕРАНСКОГО

Хлебутина Н.С.^{2,3}, Гусева Н.Б.^{1,3,4}, Корсунский А.А.^{2,3}, Батышева Т.Т.⁴,
Гунченко М.М⁴, Платонова А.Н.⁴

¹ НИИ клинической хирургии ФГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

² Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней педиатрического факультета ФГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

³ ГБУЗ Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ, г. Москва

⁴ ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В связи с увеличением частоты присоединения у детей к энурезу во время сна недержания мочи во время бодрствования, исследователи стали клинически подразделять энурез на моносимптомный и немоносимптомный. Все чаще проводятся исследования причин возникновения такой патологии, рецидива энуреза и причин неверной первичной диагностики, что свидетельствует об актуальности данной проблемы.

Материалы и методы. Обследовано 1612 детей с диагнозом «энурез» в возрасте 5-14 лет. Всем пациентам было проведено комплексное урологическое и неврологическое обследование, исключены пороки, заболевания и травмы спинного мозга. По итогам обследований дети были разделены на три группы: 1 группа – с урологической симптоматикой (гиперактивный мочевой пузырь, дисфункциональное мочеиспускание, ночная полиурия); 2 группа – резидуальная энцефалопатия, неврозоподобный энурез; 3 группа (488) – незрелый тип мочеиспускания. По результатам клинического анализа у детей 3-й группы выявлено нарушение режима потребления жидкости. По анализу анамнеза, всех детей приучали к горшку после двух лет. В возрастной группе 8-11 лет и 12-14 лет 30% детей регулярно использовали абсорбирующее белье до четырех лет. По данным ЭЭГ, эпилептического не зарегистрировано, но отмечалась задержка формирования возрастного коркового ритма. Лечение назначалось двумя курсами с повторами через 3 месяца.

Результаты. У детей 1-й группы положительный результат был достигнут при комплексном лечении, включающем М-холинолитики и десмопрессин. У детей 2-й группы положительный эффект был достигнут при сочетании уротерапии и нейропротекторов. У детей 3-й группы результаты лечения зависели от возраста пациентов: дети 5-7 лет быстрее реагируют на сигнальную терапию, пациенты 8-11 лет соблюдают режим питья и мочеиспускания. Наибольшие трудности в подростковой группе 12-14 лет – первый месяц лечения почти без эффекта, требовались дополнительные беседы с детьми о соблюдении режимных моментов. Через 3 месяца лечения у всех пациентов энурез отмечался не чаще одной ночи в неделю и часто ассоциировался с нарушением режима дня в выходные (гаджеты, компьютерные игры).

Выводы. Комплексное междисциплинарное обследование и лечение пациентов с энурезом, с целью эффективного излечивания, возможно только при содействии

учреждений неврологического, урологического и педиатрического профиля. Рецидив энуреза возможен при ошибках первичной диагностики.

РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННЫХ И РОДИТЕЛЬСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Холодова Н.В.

Курская Региональная Общественная Организация Родителей Детей Инвалидов «Дети Ангелы», г.Курск, Курская область

Актуальность. Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) существовали всегда. Но в настоящее время как во всём мире, так и на территории Российской Федерации отмечается значительный рост детской и подростковой заболеваемости неврологического характера приводящей к инвалидности. Инвалидность как одна из важнейших тем современного прогрессирующего мира, заслуживает более пристального внимания, изучения и освещения не только лиц, столкнувшихся с данной проблемой, но и общества в целом. Родители или законные представители, воспитывающие детей и подростков с сопутствующими патологиями ЦНС и ПНС, не имеющие как финансовой возможности организовывать выездные реабилитационные курсы в зарубежные центры, так и понимания проблемы со стороны окружающих их людей, вынуждены учиться просто жить с этим заболеванием. А без должного лечения и своевременно оказанной комплексной квалифицированной медико - социальной помощи данная категория детей отстаёт как в интеллектуальном, так и в физическом развитии, что ещё более усугубляет и делает крайне болезненной и сложной социализацию как самих детей, так и их семей в обществе. Актуальность и практическая значимость работы общественных и родительских организаций играет немаловажную, а иногда и ведущую роль в укреплении, поддержании и сохранении семей, облегчая труд и оказывая помощь в воспитании, развитии и социализации детей и подростков с неврологическими заболеваниями.

Материалы и методы. Основной целью общественных и родительских организаций в помощи детям и подросткам с неврологическими заболеваниями, а в частности КРООРДИ «Дети-Ангелы» это: объединение семей воспитывающих детей с заболеваниями ЦНС; интеграция детей в общество, посредством мероприятий культурной направленности, расширяя круг общения и поиска новых друзей; организация конструктивных диалогов власти и родительского сообщества о проблемах и совместного поиска решения этих проблем; организация консультационно – психологической, информационно- просветительской деятельности, с привлечением психологов, логопедов, дефектологов, благотворительных фондов, волонтёров, юристов; организация курсов реабилитации и социальной адаптации, с привлечением ведущих российских и зарубежных специалистов собственными усилиями, тем самым создавая благоприятные условия для эффективной реабилитации детей и подростков с неврологическими заболеваниями не выезжая за пределы родного города.

Результаты. По результатам деятельности КРООРДИ «Дети ангелы» отмечается рост уровня реабилитационной активности у основной части семей воспитывающих детей и подростков с неврологическими заболеваниями вступивших в данную организацию. Благодаря помощи и информированию со стороны организации, обмениванию собственным опытом между родителями, расширяется спектр возможностей не только родителей в выборе оптимально правильного коррекционно – развивающего маршрута для своего ребёнка, но и возможности самих детей выбравшихся из «четырёх стен» найти новых друзей став более общительными, энергичными и целеустремлёнными.

Выводы. Таким образом, деятельность КРООРДИ «Дети англы» на протяжении всего времени своего существования, оправдывает ожидания как родителей и (или) законных представителей детей и подростков с ОВЗ, вступивших в данную общественную организацию, так и самих детей, становящихся полноценными не зацикленными на своих проблемах членами общества, целеустремлённо и настойчиво идущих только вперёд.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАНИЯ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ И ОЗОКЕРИТОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Цымбал И.Н., Бельская Е.А.

ФГБУЗ ЦДКБ ФМБА России, г. Москва

Актуальность. Важность и необходимость включения физиотерапии в комплекс лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий не вызывает сомнений. Неоднократно было доказано, что физиотерапевтические методы лечения могут значительно повысить эффективность восстановления нарушенных функций даже в качестве единственного метода реабилитации. Особенно это касается реабилитации детей с ДЦП, которые находятся в «постоянном» процессе реабилитации, где при назначении физиотерапевтических процедур необходимо учитывать принцип индивидуализации и динамизма физиотерапевтических воздействий, где учитывается принцип комплексного воздействия лечебными физическими факторами (проведение физиотерапевтических процедур в сочетании с лечебной гимнастикой, массажем, кинезиотейпированием, роботизированной механотерапией и т.д.).

Цель. Оценить использование физиотерапевтических процедур в комплексной реабилитации детей, больных ДЦП (спастические формы). Анализ эффективности применения озокеритолечения перед тейпированием пальцев кистей с вовлечением лучезапястного сустава с целью увеличения объема движений в межфаланговых суставах пальцев кистей, улучшения мелкой моторики рук.

Материалы и методы. В течение года пациенты в возрасте от 4 до 6 лет, получали курсы тейпирования с предварительным проведением озокеритотерапии. Тейп сохранялся на выходные дни (по схеме 5/2 дня без других методов реабилитации).

Результаты. За время наблюдения было отмечено, что после проведения озокеритолечения эффективность кинезиотейпирования увеличивалась, и сокращалась продолжительность курса за счет увеличения моторики в кисти, снятия болевого компонента. Продолжительность периода «закрепленного эффекта» увеличивалась, что способствовало в дальнейшем увеличению и закреплению объема движений.

Выводы. Применение такого комплексного воздействия способствовало увеличению результативность лечения у детей с ДЦП.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА КОНТАКТНОГО ДЫХАНИЯ И МОБИЛИЗАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Цымбал И.Н., Дружкова Н.В., Легезина И.А.

ФГБУЗ ЦДКБ ФМБА России, г. Москва

Актуальность. Паттерны движения у детей со спастическими формами ДЦП развиваются патологически. Таким образом, происходит компенсация недостаточного постурального контроля за счет задержки дыхания, выраженного разгибания головы и

шеи. В результате грудная клетка остается расположенной высоко, снижается подвижность диафрагмы, формируется патологическое движение, т.е. ребенок двигается только на задержке дыхания.

Цель. Оценить эффективность применения метода контактного дыхания и мобилизации грудной клетки (мануальные техники) в составе комплексных стационарных курсов реабилитации детей с вышеназванной патологией.

Материалы и методы. В течение года под нашим наблюдением находилось 30 детей, в возрасте от 4 мес. до 6 лет, которые проходили 3 курса реабилитации в отделении. Все пациенты имели III уровень по GMFCS. Дети были разделены на две группы. В первый курс все дети получали комплексную нейрореабилитационную терапию. На втором и третьем курсе у испытуемой группы были включены в программу вышеназванные техники, а также динамические дыхательные упражнения. Нами было выяснено, что у всех детей испытуемой группы в том или ином проценте случая, отмечалось улучшение постурального контроля, устойчивое снижение патологического тонуса и увеличение общей двигательной активности. Кроме того, положительная динамика появлялась уже на 5-6 день.

Результаты лечения мы прослеживали в течение 1 года (3 курса в год). Положительную динамику мы наблюдали у 100% детей испытуемой группы в противоположность 75% детей контрольной группы. Кроме того, у детей испытуемой группы не отмечалось регресса динамики.

Выводы. Сочетание данных методик является эффективным и перспективным направлением в комплексной реабилитации детей со спастическими формами ДЦП.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Цымбал И.Н., Митрохина Т.И.

ФГБУЗ ЦДКБ ФМБА, г. Москва

Актуальность. Нейропсихологическая коррекция является одним из самых эффективных методов реабилитации детей с тяжелыми двигательными нарушениями. Использование данного метода позволяет восстановить высшие психические и двигательные функции, следовательно, повысить социализацию детей с ДЦП.

Цель. Оценить эффективность применения метода нейропсихологической коррекции у детей с ДЦП.

Материалы и методы. В течение 3-х лет была проведена работа с 8 детьми в возрасте от 3 до 7 лет. Фундаментом коррекции являлся метод замещающего онтогенеза (МЗО), созданный в 1990-1997 гг. А.В. Семенович. Коррекционная работа с детьми носила строго индивидуальный характер, разрабатывалась с учетом данных ЭЭГ, видео-ЭЭГ мониторинга, МРТ, обязательной консультации невролога, при наличии эпилепсии – консультации эпилептолога. Занятия строились в игровой форме, длительность и частота определялись в индивидуальном порядке. Использовались сенсорно-интегративные методы коррекции, направленные на интеграцию сенсорных ощущений, улучшение функционирования подкорковых структур, нормализацию активационных процессов, улучшение межполушарного взаимодействия, снятие тонических нарушений. Сенсорная интеграция включала в себя два этапа, каждый из которых состоял из упражнений, направленных на развитие того или иного вида восприятия и когнитивных функций, а также развитию эмоционального, речевого, предметно-действенного и игрового общения с окружающим.

Результаты лечения прослеживались в течение 3-х лет с обязательным тестированием каждые полгода, контролем ЭЭГ-мониторинга, консультацией невролога. В ходе нейропсихологической коррекции повысился уровень функционирования ЦНС, улучшились межнейрональные связи, качественно улучшились данные ЭЭГ, когнитивные и двигательные функции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АВТОРСКОГО ТРЕНАЖЁРА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ДВИЖЕНИЙ РУК ПРИ ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДЦП

Черлина Н.А.

*ФГБУ РРЦ «Детство» МЗ РФ, поселок санатория «Горки Ленинские»,
Московская область*

Актуальность. Проблема коррекции отклоняющегося развития у детей с ДЦП является насущной для современной медицины, дефектологии, педагогики и психологии. Вопросы дизонтогенеза у детей с ДЦП, особенности проявлений врождённых гемипарезов и возможность реабилитации сегодня требуют дальнейшего осмысления и поисков их решения, а недостаточное внимание к проблемам верхних конечностей в результате осложняет жизнь пациентов и их социализацию.

Цель. С помощью тренажёра осуществляется координация движений каждой руки, увеличение объёма их движений, улучшение двигательных функций обеих рук, формируются синхронизация и реципрокность.

Материалы и методы. Используется запатентованный авторами Черлиной Н.А. и Волковой Н.В. «Тренажёр для формирования произвольных движений рук». С помощью модулей- вкладышей тренажёра осуществляется обучение рук различным направлениям движений: 1- движения по прямой линии а) по вертикали, б) по горизонтали, в) по вертикали с амплитудой, г)смещение двух движений «вправо-влево»«вверх-вниз». 2- движения по ломанной линии а)движения по большому углу, б)серия движений по малым углам, в) движения по вертикальному зигзагу. 3- движения по кривой линии а) по волне, б) по синусоиде, в) по спирали, г) по горизонтальному полуэллипсу, д)по горизонтальному эллипсу, е) по вертикальному эллипсу, ё) по полукругу, ж) по кругу. Упражнения выполняются ведущей рукой, затем другой рукой. После этого упражнения выполняются обеими руками одновременно.

Результаты. У всех пациентов с ДЦП, прошедших занятия с использованием модулей «Тренажёра для формирования произвольных движений рук» отмечается динамика в обеих руках.

Выводы. Межполушарное взаимодействие, осуществляемое через движения ведущей рукой и поражённой, создаёт условия эффективного развития ребёнка с ДЦП даже за короткое пребывание в Центре.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ВЕРБАЛЬНЫХ И НЕВЕРБАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Чувилов А.О.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Восстановление высших психических функций у пациентов подросткового возраста представляет одну из наиболее важных проблем современной нейропсихологии. Данная проблема несет в себе ключевой характер в сфере нейрореабилитации, а так же имеет тесную связь с исследованиями нейропсихологических и нейролингвистических наук. Инсульт- проблема, которая на сегодняшний день становится главным социально-медицинским вопросом неврологии. Каждый год на земном шаре регистрируется около 12 миллионов инсультов, а в Российской Федерации 450 тысяч. Этот недуг является одной из основных причин инвалидизации населения. Сложно представить, что 70-80% пациентов, перенесших инсульт являются инвалидами, при этом 20-30% - не могут обойтись без постоянного ухода. Стоит так же отметить, что при этом заболевании наблюдается высокая летальность, почти 50% пациентов умирают в течении года. Вторым не менее важным вопросом, стоит проблема нарушения высших психических функций у пациентов с поражением мозга сосудистого генеза. Эти нарушения являются свидетельством о колоссальном органическом поражении головного мозга, которое связано с нарушением кровообращения. Существует неоспоримая связь между выраженностью когнитивных нарушений и прогнозом коррекционно-восстановительной терапии на этапе постинсультной нейрореабилитации. Следовательно, ранняя нейропсихологическая диагностика высших психических функций у постинсультных пациентов является актуальной.

Цель. Выявить основные особенности состояния высших психических функций у пациентов подросткового возраста с органическим поражением головного мозга сосудистого генеза.

Материалы и методы. Методологической основой данного исследования служат современные представления о системной организации и динамической локализации высших психических функций в коре головного мозга (А.Р. Лурия, Т.В. Ахутина, М.К. Шохор-Троцкая, Т.А. Кучумова, П.К. Анохин, Н.А. Бернштейн, А.Н. Леонтьев). Методами исследования являются теоретические (анализ специальной литературы), эмпирические (эксперимент, наблюдение), методы обработки данных (качественный и количественный). Исследование проводилось на базе ГБУЗ Научно-практического центра детской психоневрологии ДЗ г.Москвы в 2019 году. В исследовании принимало участие 10 пациентов подросткового возраста с органическим поражением коры головного мозга сосудистого генеза.

Результаты. Исследование проходило в несколько этапов. На первом этапе исследования рассматривались нарушения вербальных функций. Исследование состояния вербальной деятельности проводилось по методике А.Р. Лурия. На основе полученных данных исследования нарушений речи определялась форма и степень выраженности вербальных нарушений. Степень тяжести афатического дефекта определялась по “Методике оценки речи при афазии”, предложенной Л.С. Цветковой, Т.В. Ахутиной, Н.В. Пылаевой. На втором этапе исследования проводилось общее нейропсихологическое обследование невербальных высших психических функций пациентов с проводниковой афазией по методу А.Р. Лурия. На основе полученных данных исследования нарушений высших психических функций определялась форма и степень выраженности клинического нейропсихологического синдрома.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ, СТЕПЕНИ ОГРАНИЧЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И ВЫРАЖЕННОСТИ МЫШЕЧНОЙ СЛАБОСТИ У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМИ МЫШЕЧНЫМИ АТРОФИЯМИ (СМА)

Шаймурзин М.Р.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Наследственная нейромышечная патология приобретает все более отчетливое медико-социальное звучание и представляет собой одну из важных проблем практического здравоохранения – ввиду постоянного увеличения частоты её встречаемости. В этом сегменте лидирующие позиции занимают СМА. При установлении диагноза СМА и её вариантов необходимо учитывать особенности клинических проявлений, результаты медико-генетического обследования, а также показатели электронейромиографии. В то же время, существенным моментом, во многом определяющим раннюю диагностику патологических симптомов, является мониторирование динамики изменений клинических проявлений заболевания, подтвержденными цифровыми данными международных оценочных шкал.

Цель. Квалифицированная оценка различных аспектов функционального состояния в рамках длительного клинического мониторирования и контроля траектории прогрессирования.

Материалы и методы. 95 детей с генетически подтвержденным диагнозом проксимальной СМА. Мальчиков - 66 (69,4 %), девочек – 29 (30,6 %). СМА II типа - 54 (56,8 %) ребенка, СМА III типа – 41 (43,2 %) пациент с последующим длительным наблюдением. Возрастной состав больных детей со СМА распределился следующим образом: от 1 года до 3 лет – 68 детей (71,6 %), старше 3 лет – 27 пациентов (28,4 %). Клиническая оценка СМА включала физикальное обследование с использованием верифицированных международных шкал оценки двигательных функций, включая RHS, модифицированный вариант шкалы Хаммерсмит.

Результаты. Дети со СМА в возрасте от 3 лет и старше проходили тестирование по шкале RHS с оценкой физических возможностей пациентов со СМА 2 и 3 типов с ограниченными функциями передвижения для мониторинга функции сидения, стояния, ходьбы, диапазона движений и силы в конечностях, мышцах туловища. RHS является порядковой шкалой, состоящей из 33 элементов в диапазоне от 0 до 3 баллов, где 0 обозначает наименьший уровень способности / функции, развивающейся до наивысшего уровня способности успешно выполнить задание - 2 балла. Максимально достижимая оценка – 69. Функциональный уровень пациентов со СМА в возрасте от 1 года до 3 лет оценивался с помощью разработанного в Республиканском клиническом центре нейрореабилитации модифицированного варианта международной шкалы Хаммерсмит, включающей тесты: сидение у опоры, поднесение руки к голове в положении сидя, подъем кисти выше уровня плеч, подъем выпрямленных рук над головой, поднятие головы в положении лежа на спине, переворот на бок, переворот со спины на живот и живота на спину, поднятие головы в положении лежа на животе, опора на предплечье, функция ползания, функция ходьбы и опоры. Максимально достижимая оценка – 30 баллов. Оценивается в диапазоне от 0 до 2 баллов, где 0 наименьший уровень функциональных возможностей, развивающейся до наивысшего уровня способности выполнить задание – 2 балла.

Выводы. Эффективный и оперативный контроль течения СМА требует активного и систематического мониторинга с отслеживанием траектории прогрессирования, определения сферы, требующей срочной коррекции, а также эффективности лечения. И несмотря на сегодняшнюю тенденцию в приоритизации технологических достижений в сегменте диагностических возможностей, все же, на первом плане остается тщательная оценка клинических симптомов и проявлений и ассоциированных с ними факторов риска.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ СПИНАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ АТРОФИЙ (СМА) ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Шаймурзин М.Р., Евтушенко С.К.

Актуальность. Повышенное внимание к проблемам СМА связано с неуклонным увеличением числа пациентов с данной патологией. Несмотря на перспективность разрабатываемых подходов и успех в доклинических испытаниях этиотропной генной терапии, их разработка и внедрение в практическое здравоохранение находятся лишь в начальной стадии. К сожалению, далеко не все соединения подобной направленности показывают достаточно высокую эффективность. Рекомендуемые методы паллиативного лечения, нередко, основываются на симптоматической коррекции двигательных нарушений, возникающих по мере прогредиенции процесса, а не их предупреждении или замедлении.

Цель. Формирование дифференцированных подходов к терапии детей со СМА.

Материал и методы. 95 детей с генетически подтвержденным диагнозом проксимальной СМА. Мальчиков - 66 (69,4 %), девочек – 29 (30,6 %). СМА II типа - 54 (56,8 %) ребенка, СМА III типа – 41 (43,2 %). Возрастной состав: от 1 года до 3 лет – 68 детей (71,6 %), старше 3 лет – 27 пациентов (28,4 %). Локальный протокол диагностики включал: медико-генетическое исследование, оценку функциональных возможностей пациента с учетом, рекомендованных международными экспертами, клинических шкал RHS и модифицированного варианта шкалы Хаммерсмит, лабораторный, радиологический, функциональный метод исследования. В элетромиографической лаборатории идентифицировался уровень поражения моторной интеграции. Используя авторскую методику электромиографического мониторинга, выявляли маркеры прогредиенции. Биохимический скрининг (КФК, лактат) проводился для исключения вторичной митохондриальной дисфункции. Детям после 5 лет проводилась рентгеновская денситометрия, биохимическое исследование ионизированного кальция в крови и 25-гидроксивитамина. Для выявления пневмопатии – спирометрия.

Результаты. Терапевтическая стратегия СМА базировалась на перманентном подходе: 1) нейродиета с ограничением насыщенных жиров и сахара, углеводов, обеспечением достаточным количеством жидкости, применение пищевых добавок с волокнами, источники лецитина (яичный желток, капуста белокочанная, печень трески); 2) раннее назначение антибиотикотерапии, вакцинопрофилактика; 3) на ранних стадиях СМА курсами назначались комбинированные метаболические препараты, воздействующие на нервную систему: пиридоксин+тиамин+цианкобаламин; янтарная кислота+инозин+никотинамид+рибофлавин, по мере прогрессирования рекомендовали терапию, направленные на синтез сфингомиелина (парентерально вводились нейропептиды в сочетании с диметилоксобутилфосфонилдиметилатом ; 4) при раннем выявлении аксонопатии по данным ЭНМГ назначался ипидакрин, при усилении аксональной дегенерации - цитиколины в сочетании с тиоктовой кислотой; 5) при ранней идентификации сопутствующего миогенного поражения моторной интеграции рекомендовался курс лечения, сопряженного с митохондриальным обменом: убихинон, левокарнитин, цитруллина малат, при выявлении миогенной прогредиенции парентерально вводился мельдоний в сочетании с альфакальцидолом (МНН); 6) при сопутствующей костно-суставной патологии – мануальная терапия, ортезное сопровождение. Эффективность терапии оценивалась по данным клинико-нейрофизиологического мониторинга каждые 3-6-9-12 месяцев в течение на протяжении более 10 лет, с учетом бальной оценки международных шкал и полученных ЭНМГ данных. Результаты многомерных статистических анализов полученных клинико-электромиографических параметров свидетельствовали о замедлении развития инвалидизации и прогредиенции патологического процесса у 67 (70,5 %) пациентов.

Выводы. Комплексный подход к оценке лечения двигательных нарушений, как с клинических позиций, так и с применением ЭМГ на различных этапах заболевания,

эффективно содействует дифференцированному фазисному подбору терапии, направленной на замедление патологического процесса.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МАНИПУЛЯТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РУКАХ ПРИ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМАХ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Л.В. Шалькевич¹, А.Н. Яковлев², И.В. Жевнеронок¹, Ю.В. Тришина², Е.С. Робизо², М.Ю. Филинович¹

1Белорусская медицинская академия последипломного образования

2Учреждение здравоохранения «Минский городской центр медицинской реабилитации для детей с психоневрологическими заболеваниями»

Минск, Беларусь

Актуальность. Реабилитация детей с детским церебральным параличом (ДЦП) остается актуальной во всем мире и представляет собой тесное взаимодействие разных направлений. Несмотря на максимально направленные усилия по организации оказания медицинской помощи и улучшению качества жизни пациентов, результативность и эффективность может быть низкой, поэтому разработка новых методов терапии является актуальной и требует привлечения современных технологий в процесс реабилитации для повышения терапевтической эффективности двигательной функции и социальной адаптации, в которой большое значение имеет функция рук, в том числе достаточные по объему вращательные движения предплечья: супинации и пронации, которые нарушены при спастических формах ДЦП.

Цель: повысить эффективность реабилитации детей с ДЦП с нарушением манипулятивной функции рук путем комплексного метода с применением компьютерных ВР технологий, направленных на оптимальные объемы супинации-пронации.

Материалы и методы: Выполнено когортное проспективное исследование детей со спастическими формами ДЦП 2-3 уровня по классификации GMFCS. Включено 58 детей в возрасте от 6 лет до 17 лет. Медиана возраста составила 9,5 лет. Путем рандомизации сформированы две группы: основная (ВР) – 30 детей, контрольная (К) – 28. Пациенты двух групп однородны по степени нарушений функции рук и ограничению супинации. Перед стартом исследования выполнены: электроэнцефалограмма (ЭЭГ), замеры объема супинации-пронации при вращении кисти и предплечья, проведена оценка качества жизни с использованием русскоязычной версии международного опросника PedsQL™, модуль Cerebral Palsy. Продолжительность курса реабилитации составила 19 дней. Проводилась по одинаковой программе, за исключением группы ВР, которые дополнительно получали ежедневные сеансы ВР. В конце курса реабилитации выполнены повторные обследования.

Результаты. В группе ВР установлено повышение качества жизни по блоку повседневной активности и школьной деятельности в 53,3% (16/30) и в 36,6% (11/30), соответственно, по сравнению с аналогичными группами К: 17,8% (5/28) и 10,7% (3/28), $p_{\text{Фишера}}=0,0119$, $p_{\text{Фишера}}=0,0473$. Улучшение манипулятивной функции рук с увеличением объема супинации более чем на 15° отмечено в 71,4% (20/28) в группе ВР, что в 2,2 раза выше по сравнению с группой К - 32,1% (9/28), $p_{\text{Фишера}}=0,0191$. ЭЭГ контроль не выявил увеличения показателей эпилептиформной активности у детей группы ВР при проводимом режиме дозирования процедур.

Выводы. Использование ВР технологий в условиях комплексной реабилитации у детей с ДЦП и нарушением функции рук может существенно улучшить результаты лечения, что обосновывает целесообразность исследования данного подхода в реабилитации детей с уточнением методики проведения, длительностью удержания эффекта, а также безопасности в долгосрочном применении.

МЕДИЦИНСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С СЕМЬЕЙ РЕБЕНКА ИНВАЛИДА НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ГБУСО «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ «ОПТИМИСТ»

Шайхеева М.Р.

ГБУ Московской области «Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации «Оптимист», г. Сергиев Посад, Московская область

Актуальность. Несмотря на то, что положение людей с ОВЗ в обществе постепенно меняется в лучшую сторону, большое количество людей с ограниченными возможностями ощущают себя неполноценными и с большим трудом встраиваются в жизнь обычных людей. Поэтому, при взаимодействии с семьей ребенка с инвалидностью, важно учитывать не только медицинские, но и социально-психологические аспекты работы.

Материалы и методы. Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации «Оптимист» - многопрофильное учреждение. Он представлен такими направлениями, как медицинская, социальная и психолого-педагогическая реабилитация. Каждая состоит из комплекса мер, направленных на компенсацию психофизиологических и социальных функций. Наряду с медицинской помощью – массаж, ЛФК, физиопроцедуры, большая работа ведется в включении членов семьи и близкого окружения в реабилитационный процесс, что является обязательным компонентом реабилитации, от которого во многом зависит успешность проводимых мероприятий. При ознакомлении специалистами с семьей и установлении контактов с ее членами используются следующие методы: анкетирование, опрос, беседа с членами семьи, наблюдение за ребенком (целенаправленное и спонтанное), метод создания педагогических ситуаций, изучение медицинской документации. Учитываются психофизиологические и возрастные особенности ребенка. Специалисты работают не только с детьми, но и уделяют большое внимание в работе с родителями. Психолого-педагогическая работа с родителями осуществляется по следующим направлениям: общие родительские собрания, где обсуждаются организационные моменты реабилитационных и абилитационных мероприятий; организация родительского дня - «День непослушания». На этом мероприятии родители на себе могут применить реабилитационные оборудование, методические пособия, игры, мастер-классы. Все то, чем занимаются их дети проходящие реабилитационный курс; проведение семейного конкурса «Дружная

семья» направленный на взаимодействие ребенка со членами семьи; проведение тематических родительских собраний и индивидуальных консультаций; групповые занятия с детьми раннего возраста вместе с мамами «Я+МАМА»; организация семейных экскурсий.

Результаты. Продуктивное взаимодействие с семьей с ребенком с инвалидностью заключается в том, что ее процесс должен осуществляться комплексно, т.е. с участием специалистов различного профиля: педагогов, социальных работников, психологов, медиков и других, а также их родителей. Более высокий уровень развития ребенка с ОВЗ может быть достигнут только при соблюдении ряда условий. К ним относятся: своевременное начало коррекционной работы, благоприятный семейный климат, взаимодействия организаций с семьей, медицинское сопровождение.

Выводы. Современная семья с ребенком с ОВЗ должна «рассматриваться как реабилитационная структура, обеспечивающая условия его оптимального развития» (С.Д. Забрамная, И.Ю. Левченко, и др.)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬЕЙ РЕБЕНКА ИНВАЛИДА

Шахворостова Т.В.

ООО « ЦРЛ и ПП «СЛОН», г. Владимир, Владимирская область

Актуальность. В настоящее время все острее встает вопрос психологического и социального сопровождения родителей ребенка инвалида, так как вся гамма чувств и эмоций, которые они ощущают во время постановки диагноза их ребенку, осознается ими как клеймо «изгоев общества». Постоянный стресс, отсутствие поддержки со стороны общества, необходимость вести борьбу за здоровье своего ребенка в одиночку становятся факторами, которые ведут к разобщению членов семьи и ухудшению условий адаптации ребенка инвалида. Одной из основных задач психолога, на наш взгляд, помимо психологической и социальной реабилитации детей инвалидов, является помочь в восстановлении социальной роли «полноправных членов общества» их родителей. Заболевание ребенка, не смотря на то, приобретено оно в процессе жизнедеятельности или является врожденным, воспринимается родителями как сурвое наказание или обман со стороны медицинского персонала. Родители такого ребенка испытывают чувство стыда, бессилия перед ситуацией или отрицания ее самой. Начинают работать психологические защиты личности низшего порядка. Если же в данный период подробно и понятно предложена информация о механизме возникновения и течения заболевания и путях реабилитации ребенка, а также предоставлена возможность общения со специалистом и такими же родителями, то первоначальный стресс постепенно проходит, начинают срабатывать процессы совладания человека с ситуацией. Порядок психологических защит становится более зрелым, родители переходят от отрицания к осознанию проблемы и простраиванию пути ее решения.

Результаты. В процессе работы нашего центра приходится сталкиваться с отсутствием психологического и социального сопровождения родителей детей инвалидов. В результате чего осложняется процесс реабилитации детей, так как члены семьи разобщены либо кто-то из родителей (чаще всего матери) находятся на грани нервного срыва. В процессе работы с такими семьями чаще всего выясняется, что имеют место незрелая самооценка (особенно у мужчин), чувство обиды на своих родителей (бабушки и дедушки), отверженность, взаимные оскорблении старшего и младшего поколений, отсутствие любви, взаимопонимания, поддержки между членами семьи. Эти родовые психологические установки, переданные в процессе взросления родителям ребенка с ОВЗ,

мешают им адекватно отреагировать на возникшие проблемы в их жизни и предпринять правильные шаги к эффективной реабилитации ребенка.

Выводы. Таким образом, появилась необходимость развития центров по психологическому и социальному сопровождению родителей детей инвалидов, с целью улучшения эффективности и своевременности реабилитации детей с ОВЗ.

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР КОРРЕКЦИИ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Шенбергер Е.Б.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Последние годы резко увеличился процент детей с речевой патологией обусловленной нарушениями иннервации органов артикуляции. В настоящее время возросло признание эффективности логопедического массажа специалистами, занимающимися тяжелыми речевыми дефектами, такими как дизартрия. Проблема коррекционно-логопедической помощи детям с неврологической патологией в настоящее время является чрезвычайно актуальной. Необходимость мер по диагностике и коррекции нарушений в развитии детей связана с наличием в стране тревожной демографической ситуации, характеризующейся не только общим снижением рождаемости, но и увеличением доли рождения нездоровых, физиологически незрелых детей.

Цель. Разработать комплекс логопедического массажа в практике коррекции звукопроизношения у детей дошкольного возраста с дизартрическими расстройствами.

Материалы и методы. Диагностика артикуляционного аппарата у детей с дизартрическими расстройствами дошкольного возраста:

- Исследование анатомического строения артикуляционного аппарата,
- Исследование состояния мимической мускулатуры в покое и динамике,
- Исследование состояния тонуса мышц непроизвольной и произвольно артикуляционной моторики: лицевой, губной, язычной мускулатуры,
- Исследование двигательной функции артикуляционного аппарата,
- Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата,
- Состояние звукопроизношения.

Система устранения дизартрии включает в себя уроки с логопедом по постановке звуков, развитие лексического запаса, тренировку дыхания, стимуляцию артикуляции, упражнения для мелкой моторики. Массаж языка и лица при дизартрии используется для активизации работы мышц речевого аппарата. Разминания мускулатуры благотворно влияют на общее нервное самочувствие детей с таким поражением, улучшают артикуляционные навыки.

Результаты. В процессе массажа у детей с дизартрией происходят следующие изменения:

- Уменьшается количество и сила спазмов артикуляционных мышц;
- Улучшается качество речи;
- Нормализуется тонус мышц;
- Нормализуется кровообращение в головном мозге, тканях;
- Дети становятся менее возбудимыми, лучше спят.

Выводы. Применение логопедического массажа позволяет значительно сократить время коррекционной работы, особенно над формированием произносительной стороны

речи. Благодаря использованию логопедического массажа происходит нормализация мышечного тонуса. Только использование логопедического массажа, особенно на начальных стадиях коррекционной работы, может обеспечить положительный эффект. Логопедический массаж оказывает общее положительное воздействие на организм в целом, вызывая благоприятные изменения в нервной и мышечной системах, играющих основную роль в рече-двигательном процессе.

КОРРЕКЦИЯ ДИСГРАФИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Шенбергер Е.Б.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Нарушение письма является наиболее распространенной формой речевой патологии у учащихся младших классов. В настоящее время в отечественной логопедии освещены вопросы симптоматики, механизмов дисграфии, структуры этого речевого расстройства, разработаны как общие методологические подходы, так и направления, содержание и дифференцированные методы коррекции различных видов дисграфии. Однако, до настоящего времени эффективность логопедической работы по коррекции дисграфии недостаточно высока. Нарушение формирования письма препятствует успешности обучения, эффективности школьной адаптации, часто вызывает вторичные психические насложения, отклонения в формировании личности ребенка. Специфическое расстройство письма (дисграфия) влечет за собой и трудности в овладении орфографией, особенно, при усвоении сложных орфографических правил.

Цель. Изучение дисграфии и методов ее устранения у младших школьников.

Материалы и методы. Общие подходы и методы устранения дисграфии у младших школьников, нейропсихологические подходы к устранению дисграфии у младших школьников, логопедические методы устранения дисграфии у младших школьников, психологические методы устранения и предпосылок нарушения письменной речи у младших школьников, медицинские методы устранения дисграфии у младших школьников, нетрадиционные методы устранения дисграфии у младших школьников.

Результаты. Процесс письма – сложноорганизованный и первоначально очень трудный для ребенка вид деятельности. Его успешность во многом зависит от полноценной концентрации внимания, умения контролировать себя в процессе записи, способности сохранять продуктивность в работе благодаря выносливости и устойчивости внимания. Проверив особенности внимания с помощью специальных тестов и наблюдений за процессом письма учащегося, логопед во многих случаях считает необходимым включить в логопедическую работу упражнения на формирование у детей внимания и самоконтроля при письме. Согласно современным тенденциям в психологии и нейропсихологии преобладание какой-либо модальности (аудиальной, визуальной, кинестетической) должно учитываться при организации взаимоотношений с ребенком, способе подачи информации на занятиях. В связи с этим одной из актуальных задач логопедии остается поиск оптимальных путей коррекции дисграфии. Психолингвистический анализ процесса продуцирования письменной речи (А.А. Леонтьев, А.Р. Лuria, Е.Ф. Соботович) позволяет выявить его многоуровневую структуру. В сложном процессе порождения письменной речи выделяется мотивационный, языковой уровень, уровень моторной реализации зрительных образов букв. Каждый из этих уровней осуществляется с участием многих мыслительных операций: анализа, синтеза, сравнения, обобщения, абстрагирования. Формирование процесса письма происходит в структуре учебной деятельности. В школьном возрасте учебная деятельность, являясь ведущей, составляет основу совершенствования устной и развития письменной речи ребенка. Таким

образом, формирование мыслительных операций способствует становлению как учебной деятельности в целом, так и овладению процессом письма.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЭНЕРГОПЛАСТИКИ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ДЦП

Шишенок Ю.В., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. У детей с детским церебральным параличом (ДЦП) отмечаются расстройства артикуляционной моторики, что приводит к нарушению фонетического строя речи. Коррекция двигательных расстройств артикуляционного аппарата – одна из основных задач логопедической работы, требующей использование как классических, так и современных методов и технологий.

Цель. Оценка эффективности применения биоэнергопластики в логопедической работе с детьми с ДЦП.

Материалы и методы. Для исследования эффективности применения биоэнергопластики в логопедической работе были созданы экспериментальная (ЭГ) и контрольная (КГ) группы. В каждую группу были включены по 6 пациентов в возрасте от 4 до 7 лет с диагнозом ДЦП, логопедическим заключением - дизартрия. В ходе логопедического обследования выявлен уровень развития артикуляционной и мимической моторики, звукопроизношения (по методике Н. В. Нищевой), моторики кисти и пальцев рук (по методике Т. Гризик, Л. Тимощук). Оценивались уровни нарушения функций руки по классификации MACS. По результатам логопедического исследования нами были подобраны комплексы артикуляционных упражнений с использованием биоэнергопластики. Применение технологии реализовывалось с пациентами ЭГ в структуре каждого логопедического занятия и включало несколько этапов. Первый этап: знакомство с органами артикуляции. На этом же этапе по показу и инструкции логопеда ребенком выполнялись статические упражнения для щёк, нижней челюсти, губ и языка, сопровождающиеся соответствующими движениями рук. При ограничении подвижности верхних конечностей задания выполнялись более сохранной рукой, поэтапно включая в работу вторую руку. Второй этап: увеличение количества и сложности упражнений, задания на динамику совместно с движениями обеих рук, имитирующими движения речевого аппарата. Третий этап: точные движения рук и артикуляционного аппарата с произнесением соответствующего упражнению звука/ цепочки звуков. После каждого занятия родителю давались рекомендации и задания для закрепления с ребенком полученного результата. На логопедических занятиях с пациентами КГ биоэнергопластика не использовалась, артикуляционная гимнастика выполнялась традиционным способом.

Результаты. У всех пациентов ЭГ наблюдалось улучшение артикуляционной и мимической моторики. У 50 % детей ЭГ отмечалось улучшение звукопроизношения (звук поставлен, автоматизирован на уровне слогов, в начале слов), у 50% - сформирован артикуляционный уклад для дальнейшей постановки звука. У пациентов КГ эти показатели соответствуют 17 % и 83%. У 100% детей ЭГ отмечается улучшение моторики кисти, у пациентов с нарушениями функций руки отмечается уменьшение ее игнорирования, включение в деятельность, качественные улучшения функционирования, перенос двигательного навыка в бытовые ситуации (перенос табуретки двумя руками, удержание книги двумя руками и т.п.). В КГ улучшение моторной функции рук отмечается у 50% пациентов, у 50% изменений не выявлено. У пациентов ЭГ отмечается развитие пространственных представлений, двигательной памяти, улучшение показателей внимания. При оценке рефлексии выявлена заинтересованность детьми выполнения заданий с использованием биоэнергопластики.

Выводы. Использование биоэнергопластики с детьми с ДЦП способствует реализации задач коррекционно-логопедической работы, повышает эффективность реабилитации. Полученные нами результаты подтверждают целесообразность применения технологии в структуре логопедических занятий, позволяют предположить ее высокую эффективность в логотерапии с детьми, имеющие другие диагнозы и заключения. Данное предположение требует дальнейшего изучения и апробации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАЗОВЫХ НАБОРОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Шошмин А.В., Кожушко Л.А.

*ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург
(Сотрудничающий Центр ВОЗ по семейству международных классификаций в
Российской Федерации: Международной классификации функционирования, ограничений
жизнедеятельности и здоровья) (CC WHO FIC ICF Russia)*

Актуальность. Диагностика состояния здоровья и оценка функционирования человека лежат в основе клинической практики. Основу классификаций болезней составляет Международная классификация болезней (МКБ). Для оценки функционирования ВОЗ разработала в 2001 году согласованную с МКБ классификацию - Международную классификацию функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ). МКФ, являясь комплексной классификацией всех аспектов инвалидности и факторов окружающей среды, непрерывно развивается и сегодня включает более 1,6 тыс. различных терминов. Значительный объем классификации существенно затрудняет ее практическое применение. На практике чаще применяют сокращенные варианты классификации с набором определенных информативных признаков (оптимального симптомокомплекса) для конкретных нозологических форм заболеваний – базовые наборы МКФ (БН МКФ). Они являются основой комплексной оценки и описания всех аспектов функционирования пациента. Базовый набор МКФ содержит краткий список категорий МКФ, которые считаются релевантными для описания людей с данным состоянием здоровья (например, ДЦП) или в контексте, связанным со здоровьем (например, в профессиональной реабилитации). Каждый БН МКФ имеет сокращенную версию, которая является минимальным стандартом и обычно используется для статистики инвалидности. Обычно, БН МКФ используют в соответствии с реабилитационным циклом. Реабилитационный цикл является универсальной схемой для структурирования задач реабилитации и управления реабилитацией начиная с определения проблемы, целей и методов реабилитации и заканчивая оценкой результата вмешательства. Цикл включает в себя четыре ключевых элемента: оценка, назначение, вмешательство и оценка результатов. Для каждого элемента разработаны типовые формы документации на основе МКФ. Эти формы облегчают документацию и планирование реабилитации. Формы включают в себя анкеты для обследования пациентов и доступны в Интернете на английском языке (www.icf-casestudies.org), категориальный профиль МКФ, таблицу вмешательства МКФ и оценку результатов. На практике используются наиболее значимые категории МКФ по выше описанным правилам.

Целью работы является апробация БН МКФ в России и разработка методических рекомендаций по их использованию для реабилитации детей-инвалидов с церебральным параличом.

Материалы и методы. Анализ литературы, комплексное обследование детей, интервьюирование родителей, анализ результатов исследования.

Результаты. Разработаны методические рекомендации по использованию базового набора МКФ на примере детей-инвалидов с церебральным параличом. Описаны общий алгоритм проведения реабилитационных и абилитационных мероприятий, при формировании и реализации ИПРА основанные на инструментах МКФ для детей с церебральным параличом, включая вопросы проведения реабилитационно-абилитационной экспертной диагностики, определение потребности в реабилитационных или абилитационных мероприятиях, оценку результатов реабилитации детей-инвалидов с церебральным параличом, использование базового набора МКФ в реабилитационных организациях. Разработан рекомендуемый перечень инструментов оценки, распределение ответственности по специалистам.

Выводы. Использование БН МКФ как в МСЭ, так и по всем направлениям реабилитации/абилитации детей с церебральным параличом значительно упрощает реабилитационно-экспертную диагностику, постановку цели реабилитации, обоснование потребности в реабилитационных мероприятиях, выбор мероприятий воздействия и оценку эффективности реабилитации. Применение межведомственной технологии реабилитации детей с церебральным параличом начиная с постановки диагноза, освидетельствования, разработки ИПРА и дальнейшее проведение реабилитационных мероприятий с использованием инструментов МКФ позволяет объединить разные ведомства для решения одной задачи – реабилитации ребенка и провести ее с максимальным эффектом основываясь на объективных показателях. Оценка результатов реабилитации позволяет объективизировать результаты работ специалистов. Использование БН МКФ позволяет комплексно подойти к оценке функций и структур организма, активности ребенка и его участию в общественной жизни, оценке влияния факторов внешней среды на его жизнедеятельность.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РОДИТЕЛЕЙ И ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА- ИНВАЛИДА

Шуляк Г.А., Серов А.В.

*ФГБУ Детский психоневрологический санаторий «Теремок» Минздрава России,
г. Зеленоградск, Калининградская область*

Актуальность. Семья является первичным и главным социальным окружением ребенка. Появление в семье ребенка с каким-либо серьезным заболеванием меняет весь образ жизни семьи. Структура семьи, качество досуга, даже способы коммуникации между членами семьи меняются. Один из немаловажных аспектов: отсутствие у ребенка возможности полноценной реализации и проработке эмоционального переживания в контексте игры со сверстниками. Таким образом, мать или лицо постоянно осуществляющее функции заботы и воспитания за ребенком, вынуждены брать на себя большую, по сравнению с родителем здорового ребенка, функцию контейнирования негативных эмоций ребенка. При этом, ребенок, имеющий трудности поведения (как следствия психоневрологических нарушений), расходует большее количество эмоциональных ресурсов родителей.

Цель. Анализ эмоционального состояния и особенностей отношения к болезни ребенка у родителей, воспитывающих детей-инвалидов.

Материалы и методы. Тест Люшера для диагностики эмоционального состояния, методика Диагностика отношения к болезни ребенка.

Результаты. Эмоциональное состояние матерей, воспитывающих детей, имеющих психоневрологический профиль заболеваний, можно охарактеризовать как неудовлетворительное: лишь 25% матерей (3 из 12) имеют условно «нормальное» эмоциональное состояние. Остальные 75% матерей, из числа опрошенных, имеют те или иные негативные эмоциональные состояния: изоляция от других, сокрытие беспокойства, истощения, ощущение пустоты, вытеснение негативных эмоций. В контексте анализа отношения матерей к болезни ребенка, можно подчеркнуть следующие параметры: стремление к вытеснению тревоги о состоянии ребенка (у 50%), гипонозогнозия (у 50%), интернальность восприятия причин болезни (у 50%), игнорирование режима активности (100%).

Выводы. Воспитание ребенка- инвалида априори накладывает отпечаток на динамику эмоционального состояния родителей. Мать, как лицо напрямую осуществляющее заботу о ребенке, наиболее подвержена эмоциональному истощению и выгоранию. Данное влияние особенно актуально, учитывая особенности отношения матерей к болезни ребенка. В описанном нами исследовании, мы получили, что мать склонна к самообвинению в описании причин болезни, к игнорированию режима и рекомендаций, к вытеснению тревоги о состоянии ребенка. При этом, матери находятся в неблагоприятном эмоциональном состоянии.

ИНСУЛЬТ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ

Щедеркина И.О., Кессель А.Е., Кузьмина Е.В., Хачатуров Ю.А.,
Петряйкина Е.Е., Валиева С.И.

*ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Центр по лечению цереброваскулярной
патологии у детей и подростков, г. Москва*

Актуальность. Инсульт входит в 10 основных причин смертности для лиц в возрасте от 1 до 44 лет. В рамках Международного исследования инсультов у детей (International Pediatric Stroke Study (IPSS) соотношение частоты возникновения ишемического (ИИ) и геморрагического инсульта (ГИ) составило 67% и 33% соответственно. IPSS отметило тенденцию к увеличению частоты выявления ИИ, которая частично объяснялась повышением качества МРТ-диагностики.

Цель. Отработка алгоритма обследования пациентов с подозрением и подтвержденным ИИ у детей.

Материалы и методы. В исследование были включены дети и подростки, проходившие лечение на базе ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» и пациенты, направленные на дообследование из других лечебных учреждений г. Москвы, с апреля 2014 (начало функционирования Центра) до декабря 2018г с подтвержденным ИИ. Всего в анализ вошло 207 пациентов. Методы: анамнестический, клинический, лабораторный, радиологический.

Результаты. За основу деления пациентов на категории по факторам риска была взята категоризация IPSS: 1-артериопатии (подтвержденные данными МРТ); 2-кардиологические заболевания; 3- хронические системные состояния; 4-протромботические состояния; 5-острые системные состояния; 6-хронические заболевания головы и шеи; 7- острые заболевания головы и шеи. По данным нашего Центра дети с ИИ распределились по группам риска следующим образом: артериопатии - 20,3%, кардиологические заболевания -6,5%, хронические системные болезни -19%, протромботические состояния -22,7%, острые системные состояния -4,2%, хронические болезни головы и шеи -8,6%, острые заболевания головы и шеи -8,6%; 10% было отнесено к криптогенным. Лабораторные тесты при поступлении включали: клинический анализ

крови, стандартную коагулограмму (ПТИ, МНО, АЧТВ, ТВ, фибриноген), биохимический анализ крови, уровень глюкозы, кислотно-щелочное состояние. При подозрении на ИИ/ТИА всем проводилось КТ головного мозга, затем МРТ головного мозга с ангиографией и МР-перфузией. При первичном КТ диагноз ИИ был подтвержден в 37,1% случаев против 62,9% негативных результатов, при МРТ в 86% случаев ИИ подтвержден/ или включен в дифференциальный диагноз. В зависимости от основного этиологического фактора, алгоритм дальнейшей диагностики определялся индивидуально. Биохимический анализ крови включал: показатели уровня холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов, липопротеина(а), аполипопротеина В и А1, С-реактивного белка, антистрептолизина О, ревматоидный фактор. Расширенная коагулограмма: Д-димер, гомоцистеин, антитромбин III, волчаночный антикоагулянт, протеин С, протеин S. В зависимости от возраста пациентам проводится тест на антифосфолипидный синдром: антитела (АТ) к бета 2 гликопротеину (IgG, IgM), АТ к кардиолипину (IgG, IgM), АТ к двуспиральной ДНК, АТ к ядерным антигенам (ANA, IgG, 25 антигенов: ds DNA, гистоны, Sm, RNP, Sm/RNP, SSA/Ro60kD, SSA/Ro 52kD, SSB, Scl-70, Ku, PM-Scl 100, Mi-2, Jo-1, PL-7, PL-12, SRP, рибосомы, CENP-A/B, PCNA, sp100, gp210, M2, M2/nPDC и f-актин, антинейтрофильные АТ (ANCA) к МПО, PR3, АТ к GBM IgG. При наличии инфекционных симптомов или указание на предшествующую инфекцию проводится ПЦР на вирусы. С 2018г на базе Центра проводится КТ- ангиография, улучшившая диагностику артериопатий и микроаномалий строения сосудов. Всего проведено 35 исследований. Основные направления диагностики и сроки проведения тестов определялись ведущим этиологическим фактором, анамнезом, возрастом пациентов, давностью перенесенного ИИ. По полному протоколу обследованы только 72 ребенка в 2018г.

Выводы. Полиэтиологичность характерна для ИИ/ТИА у детей и подростков, что требует продолжения диагностического поиска даже при выявлении одного из факторов, с учетом возраста и анамнеза, для исключения всех возможных причин ИИ/ТИА и для снижения риска рецидива инсульта. Стандартизованный протокол обследования в различные периоды инсульта улучшит диагностику и поможет в разработке вторичной профилактики. Предварительные данные нашего наблюдения показали неспецифичность отдельных лабораторных показателей в различные периоды ИИ, а также их изменение с возрастом. КТ-ангиография является «золотым» стандартом диагностики артериопатий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИГРЫ БОЧЧА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Щербицкая О.В., Познякова Е.А., Махаева Е.М., Синицына Н.В.

ГБУ Самарской области «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Самара, Самарская область

Актуальность. Бочча является новым развивающимся видом спорта для детей с различными формами церебрального паралича и нарушениями движения другой этиологии, активно воздействует на физическое развитие и состояние организма игроков, способствует их интеллектуальному развитию, улучшению эмоционального состояния и социальному взаимодействию. Регулярные занятия бочча развивают у детей ловкость, выносливость, координацию движений, память и внимание. Впервые бочча была включена в программу VII Паралимпийских летних игр в 1984 году, с 2004 – начала активно развиваться в России не только как спорт высших достижений, но и как массовый вид спорта для всех слоев населения.

Цель. Оценить эффективность тренировок по бочча в реабилитации детей с церебральным параличом и другими нарушениями движения.

Материалы и методы. В исследование включены 17 детей с ограниченными возможностями здоровья от 7 до 14 лет, посещающих спортивную секцию бочча в условиях реабилитационного центра в 2018-2019 гг: 7 пациентов относятся к категории BC1 (II- III уровень функциональных возможностей по шкалам GMFCS, MACS), 6 детей – к BC2 (GMFCS, MACS II- III), 1 ребенок с тяжелой формой церебрального паралича – к BC3 (уровень функциональных возможностей по шкалам GMFCS, MACS - IV), 3 человека со значительными локомоторными нарушениями – к BC4 (GMFCS, MACS - IV). Из всех детей – 11 пациентам (65%) требовалась помощь ассистента во время тренировок. Занятия по бочча проводились в течение курса реабилитации, дополняли стандартный набор медицинских и психолого-педагогических услуг и продолжались еженедельно в спортивной секции центра в течение 9 месяцев; каждый ребенок в среднем получил по 35 тренировок. Оценка выраженности нарушений проводилась в соответствии с международными модифицированными шкалами: клинической оценки зеркальных движений рук (L.Holmstrom, О.А. Клочкива) и равновесия Берга (Berg Balance Scale).

Результаты. Наилучшие результаты были выявлены в группе детей категории BC2 – итоговый показатель динамической оценки в баллах увеличился на 11%, в группе BC1 – на 9%; у детей, относящихся к BC3 и BC4 – на 7,5%, что связано со значительно более тяжелым поражением двигательных функций у детей данных групп. В целом у всех детей (17-100%) отмечалось улучшение равновесия и координации, увеличилась мышечная сила, амплитуда и синхронность движений, нормализовался тонус и появились новые двигательные навыки.

Выводы. Включение спортивной игры бочча в реабилитационный процесс детей с двигательными нарушениями дает положительные результаты, способствует восстановлению нарушенных локомоторных функций, хорошо сочетается с другими реабилитационными методами, мотивирует ребенка к правильной двигательной активности и формированию нового двигательного стереотипа. Данный проект имеет большую практическую значимость, так как позволяет детям с нарушениями движения не только заниматься спортом, но и сохранять непрерывность реабилитационного процесса.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ МИОПАТИИ

Щукина И.Г.¹, Калмыкова Г.В.²

¹ БУЗ ВО «Детская Клиническая Больница №2, отделение медицинской реабилитации», г. Воронеж, Воронежская область

² Кафедра нервных болезней и восстановительной медицины медицинского института НИУ БелГУ, Россия, г. Белгород, Белгородская область

Актуальность. Активное внедрение современных методов молекулярно-генетической диагностики позволяет все чаще диагностировать редкие наследственные заболевания у пациентов, наблюдающихся длительное время неврологом с ведущим симптомом мышечной гипотонии («синдром вялого ребенка»).

Цель. Определить критерии дифференциальной диагностики некоторых орфанных заболеваний в неврологии с целью своевременной постановки диагноза, предотвращение осложнений и улучшения качества жизни ребенка.

Материалы и методы. Нами наблюдался пациент Т., 10 лет, впервые обратившийся в отделение медицинской реабилитации с жалобами на общую моторную неловкость, слабость в руках, невозможность сжать кисть в кулак, крайне плохую переносимость

любых физических нагрузок, не может бегать, прыгать, боли в поясничном отделе позвоночника.

Результаты. Из анамнеза: пробанд 2-й ребенок в семье, от 2 беременности, протекавшей на фоне фетоплацентарной недостаточности, анемии у матери, с угрозой прерывания в сроке 4 недель гестации. Роды в сроке гестации 39-40 недель, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, слабость родовой деятельности со стимуляцией, безводный промежуток более 8 часов, сразу не закричал, только после оказания реанимационных мероприятий. Оценка по Апгар 5/7 баллов. Вес 3600. В отделении новорожденных выставлен диагноз: синдром угнетения ЦНС, врожденный двусторонний вывих бедра, врожденный птоз. С рождения обращали внимание на невозможность разжать пальцы рук обеих кистей, невозможность разжать веки- первые трое суток (в дальнейшем диагностирован левосторонний полуптоз). Моторное развитие с задержкой: сидит с 1 года, самостоятельно пошел с 1,5 лет. Речевое- по возрасту. Неоднократно получал курсы лечения у невролога с диагнозами: «синдром вялого ребенка», «синдром диффузной мышечной гипотонии». С 7 лет - сколиоз грудопоясничного отдела позвоночника. С 9 лет присоединилась одышка на фоне любой физической активности. Наследственный анамнез отягощен: у отца, старшей сестры предположительно пояснично- конечностная мышечная дистрофия. При клиническом осмотре выявлен левосторонний птоз до середины зрачка, снижение силы в разгибателях пальцев рук до 1-2 баллов, контрактуры дистальных и проксимальных фаланг, снижение силы в сгибателях бедер до 3-4 баллов, в других группах мышц – 5 баллов. Сухожильные рефлексы бицепсов, ахилловы – живые, D=S, карпорадиальные и коленные не вызываются. При обследовании выявлены изменения в биохимическом анализе крови: АлАт55 Е/л (N 7,0-40), АсАт 65 Е/л (N 7,0-40), ЛДГ 778 (норма 230-460), КФК 839 (норма 24-170,). МРТ мышц бедер: признаки тотального жирового замещения больших ягодичных мышц, мышц заднего компартмента правого и левого бедра, частичной жировой дистрофии прямой и латеральной широкой мышц правого и левого бедра. МРТ мышц верхнего плечевого пояса: признаки уменьшения объема дельтовидных мышц за счет отсутствия визуализации задних пучков, частичной жировой дистрофии длинной головки трехглавой мышцы плеча справа и слева. Молекулярно-генетическое исследование (ФГБНУ «Медико-генетический центр», Москва): в 39 экзоне гена RYR1 выявлена нуклеотидная замена в гетерозиготном состоянии, описана в международной базе по мутациям человека HGMD как патогенная. Мутации в гене RYR1 ассоциированы с несколькими фенотипами (болезнь центрального стержня, синдром Кинга-Денбороха с аутосомно-рецессивным и аутосомно-доминантным типами наследования). Учитывая вышеописанное совместно с врачом генетиком был выставлен клинический диагноз врожденная миопатия.

Выводы. Данный клинический случай характеризует особенности клиники и динамики развития врожденной миопатии. Факт отсроченной диагностики заболевания, несмотря на то, что клинические признаки заболевания отмечались у ребенка уже на первом году жизни, свидетельствует о необходимости повышения знаний врачей первичного звена об орфанных заболеваниях и необходимости улучшения диагностической базы и ее доступности. С учетом международных рекомендаций ребенок нуждается в пожизненном диспансерном наблюдении и реабилитации с участием междисциплинарной бригады специалистов, включая невролога, ортопеда, пульмонолога, окулиста, физиотерапевта, психолога.

О ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ И СОПРЯЖЕННЫЕ ПСИХОНВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

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

Актуальность. Ведущее место в структуре первичной детской инвалидности занимают болезни нервной системы, психические расстройства и аномалии развития. Среди заболеваний нервной системы основной причиной детской инвалидности является детский церебральный паралич. Общеизвестны принципы реабилитации при ДЦП. Это раннее начало, непрерывность, преемственность, комплексность, индивидуальный подход. Эффективность реабилитационных мероприятий обусловлена соблюдением этих принципов не только специалистами, но и пациентами при участии семьи. Чем раньше начата реабилитация, тем лучше может быть результат. Раннее начало зависит как от родителей, так и от специалистов, наблюдающих ребёнка. Четкое выполнение врачебных рекомендаций и реабилитационных мероприятий существенно повышает эффективность восстановления. В связи с этим становится актуальным вопрос приверженности к терапии. Под приверженностью к терапии понимают соответствие поведения пациента, рекомендациям врача, включая прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни.

Выделяют некоторые факторы, влияющие на приверженность:

1. Социально-экономические факторы (стоимость, доступность помощи),
2. Факторы, связанные с персоналом и системой здравоохранения (авторитет доктора в глазах пациента, квалификация персонала, качество и уровень оказания медицинской помощи),
3. Факторы, связанные с пациентом (наличие расстройства в эмоциональной сфере пациента, сопутствующая патология, недостаток информации),
4. Факторы, связанные с самим процессом реабилитации: побочные эффекты, результативность и удобство процедур, новизна методик.

Материалы и методы. СПб ГКУЗ «ГЦВЛДПН» - является этапным звеном в общей системе помощи детям с церебральными, психоневрологическими нарушениями, не относясь к учреждениям объединения «Детская психиатрия». У 70% детей Центра отмечаются нарушения психического и физического развития. Ежегодно Центр обеспечивает медицинской реабилитацией до 1400 детей, в т.ч. с ДЦП до 400. На медико-психологическом отделении работа осуществляется командой специалистов включающей: психиатра, психотерапевта, невролога, педиатра, офтальмолога, медицинских психологов, нейропсихолога, логопедов, дефектолога, а так же среднего медицинского персонала. Таким образом, в реабилитации мы имеем и ребенка, и родителя обладающего своими индивидуальными особенностями и особенностями формирования детско-родительских взаимоотношений.

Результаты. Мероприятия, направленные на повышение приверженности к терапии, начинаются с первой встречи специалиста с родителями и ребенком и состоят из прохождения последовательных этапов, с формированием комплексной междисциплинарной помощи: 1. Коррекция ожиданий родителей, 2. Информирование о заболевании и мотивации родителей на участие, 3. Определение ресурсных возможностей ребенка и предоставление ИПР, 4. Организационные мероприятия, 5. Участие родителей в динамическом наблюдении, 6. Эмоциональная поддержка, 7. Проведение совместных мастер-классов.

По нашим наблюдениям родители быстрее включались в процесс реабилитации. Имели меньше пропусков процедур и занятий. Практически отсутствовали конфликтные ситуации с персоналом. Объективно повышалась уверенность в себе как родителя. Такие родители ставили адекватные цели реабилитации, относились к реабилитации детей, как к творческому процессу, получали удовлетворение от него. Они выражали активное

желание заниматься дальше. Эффективность реабилитации чаще всего оценивалась как улучшение в 55% случаев и значительное улучшение в 21% случаев.

АНЕСТЕЗИЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Исследования, проводимые детям в отделении рентгенодиагностики, зачастую требуют анестезиологической помощи для получения качественного изображения. Современные методы седации и анестезии должны быть безопасными, комфортными и экономически выгодными.

Цель. Сравнительная оценка современных методов седации и анестезии в отделении рентгенодиагностики у детей с неврологической патологией.

Материалы и методы. Обследовано 2280 детей с неврологической, нейромышечной патологией, задержкой моторного и психоречевого развития, которым требовалось проведение магнитно-резонансной томографии. Обследование занимало не более 60 минут. Пациенты были разделены на группы по методу анестезиологического пособия. В качестве анестезиологического пособия применялась ингаляционная анестезия Севофлураном или комбинация ингаляционной анестезии с внутривенным введением Пропофола. Для седации использовались препараты, для которых возможен как парентеральный, так и интраназальный путь введения. Для оценки основных параметров дыхательной и сердечно-сосудистой системы пациенты были разделены на подгруппы по возрасту: от 1 месяца до 1 года, от 1 года 1 дня до 3 лет, от 3 лет 1 дня до 7 лет, от 7 лет до 18 лет. Оценка параметров проводилась на следующих этапах: исходное состояние до начала проведения анестезиологического пособия, на этапе индукции, в процессе поддержания анестезии, в процессе пробуждения пациента и в ближайший посленаркозный период. Скорость пробуждения оценивалась по шкале Aldrete. Комфортность анестезии для самого пациента оценивалась по его реакции на наложение лицевой маски в момент индукции, а также наличие или отсутствие синдрома посленаркозной ажитации в период пробуждения. В группе пациентов, которым проводилась седация, качество анестезиологического пособия оценивалось по способности пациента сохранять неподвижность на протяжении всего обследования и отсутствию двигательных артефактов на снимках томографа при условии стабильного состояния всех параметров дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

Результаты. Проведена сравнительная оценка применяемых в отделении рентгенодиагностики методов анестезиологического пособия. Отмечены преимущества и недостатки каждого из них с точки зрения как анестезиолога, так и пациента. Обследования, проводимые в отделении рентгенодиагностики, несмотря на их неинвазивность и нетравматичность, зачастую ассоциируются у пациентов с выраженным дискомфортом и стрессом, поэтому получение качественных изображений невозможно без анестезиологической помощи. На сегодняшний день существует и успешно применяется широкий спектр методов седации и анестезии, направленных на обеспечение не только безопасности, но и комфорта пациентов. «Золотым стандартом» оказания анестезиологической помощи в условиях рентгенологического отделения остается ингаляционная анестезия Севофлураном, которая имеет ряд преимуществ перед другими методами анестезии, в том числе возможность постановки внутривенного катетера после

засыпания ребёнка. Однако, применение его связано с синдромом посленаркозной ажитации, который, в случае его возникновения, доставляет выраженный дискомфорт пациентам, а их родители оценивают качество анестезии в целом как неудовлетворительное. Также, для пациентов, страдающих нервно-мышечными заболеваниями, применение его противопоказано. В таких случаях возможно применение внутривенной анестезии Пропофолом, однако, такой метод требует постановки периферического венозного катетера в сознании, что для ребёнка является болезненной процедурой, сопряжённой с сильным стрессом и дискомфортом. Оптимальной альтернативой ингаляционной анестезии является седация препаратом Дексмедетомидин. На территории Российской Федерации этот препарат не рекомендован пациентам до 18 лет в связи с отсутствием достаточного количества данных по применению данного препарата у детей. Однако в зарубежных публикациях многие авторы приводят данные о применении Дексмедетомидина у детей в возрасте от 1 месяца. Данная методика может стать ближайшей перспективой и современной альтернативой другим методам анестезии в отделении рентгенодиагностики.

Выводы. В отделении рентгенодиагностики применяются различные методы анестезиологического пособия, обеспечивающих безопасность пациентов и качество проводимого исследования. Другими важным аспектом в выборе анестезии является комфорт пациентов и спокойствие их родителей, а также экономическая выгода для медицинского учреждения. На сегодняшний существуют различные современные методы, которые позволяют сочетать в себе указанные качества, каждый из которых имеет свои показания.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСА МЯГКИХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ГЛОБАЛЬНЫХ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ДЕТЕЙ С ДЦП

Янушкевич Р.Г., Фархутдинова Г.В.

*Реабилитационный центр «Школа Мягкой Реабилитации», г. Москва
Кафедра реабилитации РГУФК (ГЦОЛИФК), г. Москва*

Актуальность. В настоящее время основным методом реабилитации детей с ДЦП, направленным на формирование глобальных моторных функций, остается ЛФК. Одним из базовых принципов этого метода, необходимых для достижения поставленных задач, является сотрудничество и активное участие пациента в занятии. Этот принцип не может соблюдаться у детей с множественными нарушениями ментального или физического развития. Тем актуальнее становится проблема изучения мягких методов реабилитации (пассивных и игровых) для детей, страдающих ДЦП. Под мягкими методами реабилитации в настоящее время принято понимать методы, не наносящие ребёнку физической боли. Мягкая реабилитация проходит в атмосфере безопасности и максимально возможного комфорта для ребёнка, использует и поощряет стремление ребёнка к игре и самостоятельному движению, к познанию себя. Мягкая реабилитация учитывает психологию самого пациента и его родителей.

Материалы и методы. В исследовании к пациентам со спастическим тетрапарезом был применен комплекс мягких методов реабилитации, состоящий из последовательной комбинации двух методов: Анат Баниэль Метода (АБМ) и метода сенсорной интеграции. В основе метода АБМ лежит процесс обучения пациента с целью повышения его функциональных характеристик, с помощью специально разработанного комплекса движений. АБМ подкреплен нейронаукой о пластичности головного мозга, и может применяться без активного участия пациента. В процессе исследования не ставилась цель научить ребенка какому-либо определенному действию, вместо этого задача

реабилитолога сводилась к повышению ежедневной произвольной физической активности пациента. Центральной идеей, основанной на теории сенсорной интеграции (СИ), является стимуляция сенсорных систем, направленная на то, чтобы ребенок спонтанно формировал адаптивные ответы, интегрирующие различные виды ощущений. В процессе исследования, особое внимание уделялось сенсорному восприятию мышц-разгибателей детей с ДЦП. Это позволяет сформировать у ребенка представление о том, где находятся эти мышцы, как их активировать и к какому конкретному действию это может привести. Оценка эффективности применяемого комплекса методов производилась путем трехкратного тестирования глобальных моторных функций детей по GMFM-66: в начале исследования, через 7-8 месяцев и 11-12 месяцев после начала исследования.

Результаты. Первичные результаты исследования показали, что использование применяемого комплекса мягких методов реабилитации детей с ДЦП приводит к существенному (выше среднестатистического) росту показателя развития глобальных моторных функций, отраженном результатами теста GMFM-66. Также необходимо отметить, что достижение значимых результатов стало возможно в более короткие сроки за счет того, что дети не испытывали боли, страха и дискомфорта. Пациенты не сопротивлялись лечению, а, напротив, принимали в нем посильное участие. Кроме того, указанный комплекс методов мягкой реабилитации способствовал не только физическому, но психическому, интеллектуальному и речевому развитию детей, что не нашло отражения в результатах тестирования, но было отмечено и родителями, и другими специалистами.

Выводы. Результаты проведенного исследования позволяют сделать выводы о целесообразности применения комплекса мягких методов реабилитации, особенно при тяжелых формах ДЦП.