



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



Всероссийского общества неврологов,  
Института инновационной реабилитации,  
Благотворительного фонда помощи детям,  
больным ДЦП «ШАГ ВМЕСТЕ»,  
Национальной ассоциации экспертов по проблемам  
детского церебрального паралича  
и сопряженных заболеваний

**IV МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

---

**ДЕТСКИЙ  
ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ  
И ДРУГИЕ НАРУШЕНИЯ  
ДВИЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

---

**МАТЕРИАЛЫ  
КОНФЕРЕНЦИИ**

29 - 30 октября 2014 года  
МОСКВА



## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Агаркова Л.Г.</b> ДИНАМИКА НЕЙРОПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ.....	10
<b>Айвазян С.О.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ.....	11
<b>Артыкова М.А.</b> МОРФОЛОГИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ.....	12
<b>Артыкова М.А.</b> СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ.....	13
<b>Ахмадов Т.З.</b> МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП.....	14
<b>Барсукова Н.В., Рябова Е.Н., Турок Г.А., Фёдорова Т.Н.</b> ВОПРОСЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС.....	15
<b>Батышева Т.Т., Шиошвили В.А., Ахадова Л.Я., Позднякова Д.А., Пшемьская И.А., Полухина Н.В.</b> РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ РОДОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ.....	16
<b>Бронников В.А., Русских О.А., Зимина О.А.</b> ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	17
<b>Булекбаева Ш.А., Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А., Тайтубаева Г.К., Тауасханов Б.Б., Гадылбеков Т.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ОЦЕНКА КОРРЕКЦИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВЬЮ И ОРТЕЗАМИ.....	18

<b>Василенко Ф.И., Мельникова Е.А.</b> ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВНУТРИУТРОБНЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ, ИММУННОГО СТАТУСА, АНТИТЕЛ ИЗОТОПОВ IGG, IGE К ОСНОВНОМУ БЕЛКУ МИЕЛИНА НА ПАТОГЕНЕЗ И ТЕЧЕНИЕ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА.....	19
<b>Васильева Л.В., Иванов А.В.</b> КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ.....	20
<b>Васильева Л.В.</b> ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ДЕФИЦИТА СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ В РАМКАХ СЛУЖБЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.....	21
<b>Власенко С.В.</b> ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДИСПОРТ» В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО САНАТОРИЯ.....	22
<b>Власенко С.В., Задонная Н.С.</b> МЕТОД ТРАВЯНЫХ АППЛИКАЦИЙ В КОРРЕКЦИИ СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИЗАРТРИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	24
<b>Власенко С.В., Кушнир Г.М., Мазур Е.Л., Башкова И.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПСИЯМИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ.....	25
<b>Власенко С.В., Кушнир Г.М., Ненько А.М., Мазур Е.Н.</b> АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОТУЛОТОКСИНОМ СПАСТИЧНОСТИ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ДЦП.....	25
<b>Власенко С.В., Макаренко Т.П., Пономаренко Ю.Н., Ненько А.М., Башкова И.А.</b> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕНСИФИКАЦИИ САНАТОРНО- КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЦП.....	27
<b>Власенко С.В., Ненько А.М., Кушнир Г.М.</b> НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ДЦП.....	28

<b>Воронова А.В.</b> ПЕРСИСТЕНЦИЯ ДНК HV6 В КРОВИ И ЛИКВОРЕ В СОЧЕТАНИИ С ИНТРАТЕКАЛЬНЫМ СИНТЕЗОМ. IG-G ПРИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМАХ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ.....	29
<b>Воронова А.В.</b> ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫЕ ВОЗРАСТЗАВИСИМЫЕ ФАМИЛЬНЫЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ.....	30
<b>Галантюк И.Г.</b> ХАРАКТЕРИСТИКА ДВИГАТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ У ДЕТЕЙ ЕВРОПЕОИДОВ И ДЕТЕЙ ХАКАСОВ В АБАКАНЕ.....	31
<b>Голубчикова А.В., Лазуренко С.Б., Мовшович П.М., Чарыкова А.А.</b> АДАПТАЦИОННЫЕ ТЕКСТИЛЬНЫЕ ИЗДЕЛИЯ – СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЯМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	32
<b>Горчаков С.А., Корсунский А.А., Максимова М.Е., Ермолаева Т.П., Лильин Е.Т.</b> ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЦП.....	33
<b>Губина Е.Б., Медведева С.Н., Попков Д.А.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	34
<b>Данилина К.К., Переверзева Д.С., Усман Н.Ю., Коровина Н.Ю., Батышева Т.Т.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА НАЛИЧИЕ СИНДРОМА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ, СЦЕПЛЕННОЙ С ЛОМКОЙ ХРОМОСОМОЙ X.....	35
<b>Дугина Е.А., Лежнина М.Н.</b> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА АКТИВНО-ПАССИВНОЙ МЕХАНОТЕРАПИИ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПОМОЩИ ТРЕНАЖЕРА МОТОmed С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММИРУЕМОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЕЙ МЫШЦ (ФПЭС) И БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ (БОС) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА.....	37

<b>Евтушенко С.К., Попандопуло А.Г., Евтушенко О.С.</b> ИННОВАЦИОННЫЕ BIOTEХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ....	38
<b>Зуева Г.А., Воронова С.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ .....	39
<b>Зуева Г.А., Калабухова Т.Н.</b> НАРУШЕНИЯ ФОНЕМАТИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ .....	40
<b>Каладзе Н.Н., Нувולי А.В., Урсина О.Е.</b> СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	41
<b>Клочкова О.А., Куренков А.Л., Намазова-Баранова Л.С., Мамедъяров А.М.</b> УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОНТРОЛЬ ТОЧНОСТИ ИНЪЕКЦИЙ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	42
<b>Клочкова О.А., Куренков А.Л., Намазова-Баранова Л.С., Мамедъяров А.М.</b> ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ МОТОРИКИ И ФУНКЦИИ РУК ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	43
<b>Козьявкин В.И., Качмар О.А.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ЧЕЛОВЕКООБРАЗНОГО РОБОТА В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ...	44
<b>Козьявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Волошин Т.Б.</b> СИСТЕМА ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (СИНР) В.И.КОЗЬЯВКИНА- НОВЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ.....	48
<b>Козьявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Гордиевич М.С.</b> РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРАКТИВНОСТИ И ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ (СДВГ) ПО МЕТОДУ КОЗЬЯВКИНА .....	46

<b>Колесникова Е.В., Стародубцев А.И., Стародубцев А.А.</b> ПАМЯТЬ И ЕЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ДЦП .....	47
<b>Костырко В.Н., Власенко С.В., Ненько А.М.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПРОТЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЦП ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ .....	49
<b>Кушнир Г.М., Власенко С.В.</b> ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ МНОЖЕСТВЕННЫЕ МОНОНЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА .....	50
<b>Лака А.А., Сампиев М.Т, Балашов С. П., Лягин А.С., Рамлугон К., Шевченко А.А.</b> НАКОПЛЕНИЕ ЙОНОВ МЕТАЛЛА В ТКАНЯХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СКОЛЬЗЯЩЕГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ LSZ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ С СОХРАНЕННЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ РОСТА .....	51
<b>Левченкова В.Д., Семёнова К.А., Рыжкова З.Н., Политова И.Я., Титаренко Н.Ю.</b> РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА .....	52
<b>Лукьянова М.А., Аронскинд Е.В.</b> ОПЫТ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ МЕТОДАМИ КИНЕЗИОТЕРАПИИ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ПРАДЕРА- ВИЛЛИ.....	53
<b>Любичев А.Н.</b> ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ ГБУЗ НСО НРБ № 1, р.п. КОЛЬЦОВО .....	55
<b>Макаренко Т.П., Власенко С.В.</b> ОСОБЕННОСТИ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	59
<b>Мирсаидова Н.А., Мирсаидова Д.Б., Зиямухамедова Н.М.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕЙРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ.....	57

<b>Морошек Е.А., Аронскинд Е.В., Львова О.А., Шершнев В.Н.</b> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ В КОМПЛЕКСЕ С КИНЕЗИОТЕРАПИЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	58
<b>Надеева Н.М., Бронников В.А.</b> ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИИ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА.....	60
<b>Нанкина И.А., Быкова О.В., Шатилова Н.Н., Батышева Т.Т.</b> ОСОБЕННОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	61
<b>Нанкина И.А., Ахадова Л.Я., Шатилова Н.Н., Батышева Т.Т.,</b> ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ВЕРНИКЕ.....	62
<b>Ненько А.М., Бурьянов А.А., Пономаренко Ю.Н., Власенко С.В.,</b> <b>Дерябин А.В., Хащук А.В.</b> ПРЕВЕНТИВНАЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	63
<b>Ненько А.М., Власенко С.В.</b> ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЗАКРЫТОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ФАСЦИОМИОТОМИИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	64
<b>Ненько А.М., Пономаренко Ю.Н., Бурьянов А.А., Дерябин А.В.,</b> <b>Власенко С.В., Хащук А.В.</b> РОЛЬ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ.....	66
<b>Ненько А.М., Шилкина Е.М., Власенко С.В., Пономаренко Ю.Н.</b> ПАРАЛИМПИЙСКОЕ ДВИЖЕНИЕ В СИСТЕМЕ МНОГОЛЕТНЕГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО САНАТОРИЯ.....	67
<b>Нигматуллина М.В., Конова О.М., Дмитриенко Е.Г., Мамедъяров</b> <b>А.М., Кузенкова Л.М.</b> КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ И ПРЕПАРАТОВ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	68

<b>Новиков В.И., Малахов О.А., Новиков И.В.</b> НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРТЕЗИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ДЦП.....	69
<b>Норкин И.А., Рубашкин С.А., Загравкина Т.Ю.</b> ВОЗРАСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	70
<b>Огородова И.И.</b> ВЛИЯНИЕ «ЦЕРЕБРОЛИЗИНА» НА ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ КРОВОТОК ПРИ КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ 3–7 ЛЕТ .....	72
<b>Огородова И.И.</b> КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ «ЦЕРЕБРОЛИЗИНА» В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИ КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ 3–7 ЛЕТ .....	74
<b>Орлова Г.И., Суворова С.А., Батышева Т.Т.</b> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ .....	75
<b>Переверзева Д.С., Данилина К.К., Сорокин А.Б., Батышева Т.Т.</b> РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЕ ПРОТОКОЛА КОМПЛЕКСНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА ПРИ ПОДОЗРЕНИЯХ НА РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА .....	78
<b>Пилина Г.С., Комиссарова Н.В.</b> ПОЛИТЕРАПИЯ АНТИКОНВУЛЬСАНТАМИ СЛОЖНОКУРАБЕЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ .....	79
<b>Полонская Н.М., Индерейкин М.В., Филижанко Т.В., Фу Р.Г., Петров Ю.А.</b> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП .....	80
<b>Польская А.В.</b> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	82

<b>Пшемьская И.А., Полухина Н.В., Слободчикова Н.С., Позднякова Д.А., Батышева Т.Т.</b> ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ И ЭПИЛЕПСИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ .....	83
<b>Пятницына И.А.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО ОБРАЩЕНИЯ К ЛОГОПЕДУ ДЕТЕЙ С ДЦП .....	84
<b>Сидорова Н.В., Здоровенко Е.А., Гончаренко Е.М., Мазяр Н.В.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА КРАЕВОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.....	85
<b>Сиротюк М.В.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ СПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ .....	86
<b>Суворова С.А., Евдокимова И.И., Рак Э.Э., Богомолова О.С.</b> ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ .....	88
<b>Тонконоженко Н.Л., Клиточенко Г.В.</b> ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ГОРОДА ВОЛГОГРАДА .....	89
<b>Транковский С.Е.</b> ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ СПИННОМОЗГОВОЙ ГРЫЖЕЙ.....	90
<b>Трубилина М.М., Атаянц О.К., Павлова Л.Б., Перетягина Е.В., Гончаренко Е.М.</b> СЛУЧАЙ РАННЕГО ДЕБЮТА ЮНОШЕСКОГО ДЕРМАТОМИОЗИТА.....	91
<b>Федотова З.И., Красавина Д.А.</b> КОМБИНАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ БТА (ДИСПОРТ) С ПОДБОРОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО СНАБЖЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ДЦП ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЯХ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ.....	92

<b>Филатова Н.Б., Чочиев Г.М., Королькова О.И., Логинова Е.В., Дороговцева Э.А.</b>	
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПАРЕЗОМ ЭРБА С ПРИМЕНЕНИЕМ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А .....	93
<b>Филатова Н.Б., Чочиев Г.М., Королькова О.И., Логинова Е.В., Дороговцева Э.А.</b>	
ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП В ГБУЗ ВО «НПЦ СПЕЦМЕДПОМОЩИ» .....	94
<b>Челчушев Д.А., Погосян И.А., Дугина Е.А., Хамидуллина О.Н.</b>	
ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП С ПОРАЖЕНИЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....	96
<b>Чочиев Г.М., Филатова Н.Б., Королькова О.И.</b>	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЦП.....	97
<b>Шантарина Е.В., Решетова О.И.</b>	
ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОТОНОВОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА .....	98
<b>Шершнева А.И.</b>	
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП.....	99

## ДИНАМИКА НЕЙРОПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

**Агаркова Л.Г.**

*МБУЗ «Городская детская больница» г. Белгорода*

**Актуальность.** Гидроцефалия – это симптомокомплекс нарушения ликвородинамики, вызванный самыми различными заболеваниями. Диагностика и лечение гидроцефалии у детей является одной из актуальных проблем педиатрии, неврологии, нейрохирургии. Согласно статистическим исследованиям, врожденная гидроцефалия составляет 1–4 случая на 1000 родившихся детей. Прогрессирующее ее течение приводит к тяжелым неврологическим и психическим дефектам, а в дальнейшем – к инвалидизации с утратой трудоспособности.

**Цель исследования:** определить динамику нервно-психического развития у детей раннего возраста, перенесших ВПШ до одного года, и последующее их развитие.

**Материалы и методы:** за период с 2010 по 2013 гг. в областном отделении «Психоневрологическое для детей раннего возраста» МБУЗ «Городская детская больница» г. Белгорода прошли реабилитацию 28 детей, перенесших ВПШ в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. Оценку статико-моторного и психоречевого развития обследуемых детей помимо невролога проводили клинический психолог и логопед. Оценивались двигательная, зрительная, речевая, слуховая и познавательная деятельность, развитие мелкой и крупной моторики, способность воспринимать и усваивать новый материал.

По происхождению гидроцефалия была представлена следующим образом: врожденная – 43,8% (12 человек), постгеморрагическая – 37% (10 детей), поствоспалительная – 19,2% (6 обследуемых).

Контроль за нервно-психическим развитием детей осуществляли через 3–6 месяцев.

**Результаты и обсуждение.** Поскольку гидроцефалия у обследуемой группы детей имеет различный генез, разнообразную клинику патологических проявлений, то оценка результатов у детей первого года жизни представляет большую сложность, т.к. сравнение результатов до и после операции идет в определении соответствия с аналогичными показателями у здоровых детей этого же возраста.

В раннем послеоперационном периоде пациенты первого года жизни имели минимальные улучшения. Спустя 3–6 месяцев выявлено, что у 9 детей показатели НПР стали ниже, чем были до операции. Развитие статико-моторных функций улучшилось у 14 детей

(50%). Результаты оценки двигательной сферы соответствовали возрастной норме у 26% детей. Мелкая моторика и речевое развитие приблизились к норме у 50% обследуемых. У всех детей сохранился зрительный контроль, что позволило им развивать игровые навыки с целью познания окружающего мира.

У детей от 1 года до 3 лет после ВПШ отмечались проблемы в статико-моторном развитии, что приводило к более позднему восстановлению двигательных функций. В речевом плане у детей отмечалась дизартрия в 33% случаев, дислалия у 35% детей, эхолалия у 23% детей, 7% детей не имели отклонений в речевом развитии. Если родители выполняли рекомендации невролога, психолога и логопеда и дома активно поддерживали высокую планку занятий с ребенком в упражнениях по речевому и моторному развитию, результаты были более эффективные. Таким образом, более полное восстановление психоречевого и моторного развития ребенка после ВПШ при реабилитации детей с интервалом в 3–4 месяца отмечалось в течение 1–2 лет после проведения оперативного лечения.

**Выводы:** ранняя реабилитация детей после ВПШ способствует развитию у ребенка высших функций мозга (речь, память, мышление), а также социализации ребенка в обществе и снижению уровня инвалидизации этих детей.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

**Айвазян С.О.**

*Научно-практический центр медицинской помощи детям*

*ДЗ г. Москвы*

*Медицинский центр «Невромед», Москва*

В работе представлен опыт применения современных методов лечения фармакорезистентных эпилепсий у детей. К ним относятся хирургия, кетогенная диета и хроническая стимуляция блуждающего нерва (VNS-терапия).

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 154 пациента, страдающих рефрактерной эпилепсией. В результате проведенного комплексного обследования кандидатами на хирургическое лечение стали 50 пациентов, стимулятор n. Vagus имплантирован 21 пациенту, а кетогенная диета рекомендована 83 пациентам. Продолжительность наблюдения – от 6 месяцев до 8 лет.

**Результаты.** Хирургическое лечение показало самую высокую эффективность: полная ликвидация приступов (100%) наблюдалась у 34 пациентов (68%), сокращение числа приступов >75% отмеча-

лась у 3 (6%), >50% у 4 (8%) и <50% у 9 пациентов (18%). Эффективность кетогенной диеты уступала хирургии: 100% сокращение приступов отмечалось у 16 пациентов (19%), >75% у 11 (13%), >50% у 21 (26%) и <50% у 25 пациентов (34%). В статистическую обработку не включены 10 пациентов, снятых с кетогенной диеты: 3 – в связи с несоблюдением рекомендаций, 7 – в связи с побочными эффектами. VNS-терапия, так же как и кетогенная диета, была менее эффективна в сравнении с хирургическим лечением: 100% эффект отмечался у 4 пациентов (19%), сокращение количества приступов >75% у 3 (14,3%), >50% у 12 (57,2%) и <50% у 2 пациентов (9,5%).

**Выводы.** Наиболее эффективным и радикальным методом лечения рефрактерной эпилепсии является хирургия, при сравнении с кетогенной диетой и VNS-терапией. Суммарная эффективность перечисленных методов лечения в виде сокращения количества приступов более чем на 50% отмечалась у 108 пациентов, что составило 75% от общего количества, а ремиссия констатирована у 54 пациентов (37,5%). Таким образом, применение комплексного подхода в лечении рефрактерной эпилепсии позволяет добиться положительного эффекта в значительном количестве случаев.

## МОРФОЛОГИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ

**Артъкова М.А.**

*Бухарская областная детская психоневрологическая больница  
Республики Узбекистан*

**Актуальность.** Нарушения развития мозга у детей – одна из актуальнейших проблем современной неврологии. Частота врожденной патологии развития центральной нервной системы у новорожденных детей колеблется в пределах 0,74–1,89 случая на 1000 рождений, а в общей структуре всех врожденных пороков патология нервной системы составляет 10–20%.

**Материалы и методы.** У 12 детей с детским церебральным параличом (ДЦП) проведены морфологические и стереоморфометрические исследования головного мозга, методами иммуногистохимии выявляли тирозингидроксилазу в нейронах, в астроцитах – маркерные белки GFAP, S100 и микроглию (FISH-реакция).

**Результаты.** Выявлены существенные изменения морфометрических показателей толщины слоев, плотности астроцитов и нейронов коры лобной доли и гипоталамуса пораженного полушария головного мозга в виде истончения слоев, повышения плотности астро-

цитов. Снижение уровня плотности нейронов и повышения астроцитарного индекса свидетельствуют о преобладании атрофических изменений паренхиматозных клеток и развитии глиоза. Повышение этих показателей при присоединении судорожного синдрома говорит о присоединении вторичных изменений в виде полнокровия сосудов и отека мозговой ткани.

Статистически достоверное снижение экспрессии тирозингидроксилазы и дегенерацию нейронов обнаруживали только у больных с судорожным синдромом. При этом обнаружены явления пролиферации, гипертрофии и усиления экспрессии GFAP и S100. При исследовании микроглии лектинами IB4 и в группе с судорожным синдромом наблюдали статистически значимое увеличение количества трансформирующейся и фагоцитирующей микроглии. Кроме того, было отмечено усиление связывания лектинов с микроглиоцитами, что может свидетельствовать об увеличении гликозилирования мембранных белков микроглии.

**Выводы.** Таким образом, при ДЦП с судорожным синдромом превалируют изменения со стороны микроглии, которые, возможно, являются основой нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера, провоцирующей судорожный синдром.

## СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

**Артыкова М.А.**

*Бухарская областная детская психоневрологическая больница  
республики Узбекистан*

**Актуальность.** Детский церебральный паралич (ДЦП) – прогрессирующее заболевание, связанное с преимущественным нарушением моторного развития, которое приводит к инвалидизации ребенка. Симптоматическая эпилепсия (СЭ) часто сопровождает ДЦП, что осложняет течение заболевания.

**Цель.** Проанализировать в сравнительном аспекте клинико-анамнестические характеристики в двух группах больных с ДЦП в зависимости от наличия и отсутствия (СЭ).

**Материалы и методы.** Нами обследовано 308 детей с ДЦП в возрасте от 1 года до 16 лет и их матерей путём анкетирования. Больные ДЦП в зависимости от наличия или отсутствия симптоматической эпилепсии были разделены на 2 группы. Первая группа – 114 детей с симптоматической эпилепсией (СЭ), вторая группа – 194 ребёнка без симптоматической эпилепсии. При этом была использована схема обследования женщин, родивших детей с ДЦП, предложенная

Омельченко Н.Н. и Левитиной Е.В.

**Результаты.** Основную роль в развития СЭ при ДЦП играют сопутствующие экстрагенитальные болезни и интоксикации матери во время беременности, совокупность всех пре- и интранатальных факторов, а также наследственная отягощенность по эпилепсии.

Детям с ДЦП, в анамнезе которых имелись наследственные и пренатальные факторы, целесообразно назначать препараты ГАМК-эргического действия, а в случаях дебюта СЭ начинать раннюю противосудорожную терапию.

## МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

**Ахмадов Т.З.**

*Чеченский государственный университет,  
г. Грозный*

Несмотря на использование в современных условиях высокоэффективных методов лечения детей с церебральными параличами, большое значение имеет отношение не только самого больного, но и родителей к проводимым лечебно-реабилитационным и психолого-педагогическим мероприятиям. Давно разработаны и широко используются различные методы работы с семьей, где имеется больной ребенок. С родителями проводятся не только индивидуальные беседы, но и лекции, и групповые занятия в формате тренинга. При дифференцированном и долговременном взаимодействии медицинского коллектива лечебно-реабилитационного учреждения с семьей больного решаются задачи, связанные с вовлечением родителей в процесс социальной и педагогической реабилитации больного ребенка, что способствует положительной перестройке семейных отношений и совершенствованию личности самих родителей.

Как известно, одним из факторов, играющих роль в реабилитации, является мотивация не только пациента, но и особенно родителей. Мотивация пациента и его родителей к выздоровлению и активному участию их в реабилитационном процессе создает благоприятную атмосферу и влияет на ход и результаты лечения. В этом аспекте для более эффективного и стабильного контакта медицинского персонала с родителями следует знать отношение родителей к тому или иному методу лечения их больного ребенка.

**Целью** исследования и было изучение мнения родителей о комплексном использовании в клинической практике традиционной китайской медицины (ТКМ). Использованный нами социально-психологический метод изучения мнений – метод опроса и анкети-

рования – позволил осуществить сбор материала и его обработку, сделать выводы и предложения для решения тех или иных исследовательских задач, с учетом репрезентативности выборки.

**Материалы и методы.** Была разработана анкета-опросник, где, кроме формальных вопросов, стояли вопросы, касающиеся динамики (по мнению родителей) нарушений в двигательной, психической и речевой сфере больного ребенка на протяжении всего наблюдения и лечения. Все дети в течение двух-трех лет прошли три или четыре трехнедельных курса лечения методами ТКМ. Предварительно с родителями были проведены семинары по проблеме ДЦП, в т.ч. и о ТКМ, притом с участием специалистов из Китая.

**Результаты.** В результате опроса, преимущество ТКМ перед стандартным лечением ДЦП отметили 201 человек из 225 опрошенных матерей, и они же считали целесообразным и необходимым продолжить лечение с использованием методов и средств ТКМ. Отрицательное отношение выразили те, у которых реабилитация больных детей оказалось неэффективной и сами родители практически не были вовлечены в реабилитационный процесс. Наиболее обстоятельные ответы были получены от родителей с высоким мотивационным потенциалом, активно участвующих в решении реабилитационных целей и задач.

**Выводы.** Таким образом, скоординированная деятельность реабилитационной команды, с привлечением мотивационного компонента у пациентов и родителей, при их активном участии в реабилитационных мероприятиях, способствует эффективности последних.

## ВОПРОСЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС

**Барсукова Н.В., Рябова Е.Н., Турок Г.А., Фёдорова Т.Н.**

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

**Актуальность.** В современном обществе крайне актуальна проблема создания условий для развития, обучения и полноценной жизни людей с расстройствами аутистического спектра. Поскольку термин «аутизм» объединяет гетерогенную группу системных изменений, затрагивающих, помимо ЦНС, другие системы организма, включая желудочно-кишечный тракт, поджелудочную железу и органы малого таза, такие нарушения можно отнести к хроническим заболеваниям ЦНС.

**Цель.** Классификация возможных направлений, методов про-

филактики и коррекции разнообразных нарушений социального функционирования, коммуникации, повторяющегося стереотипного поведения и эмоциональных расстройств у детей с РАС.

**Материалы и методы.** С целью определения особенностей коммуникативного и психоэмоционального развития детей и коррекции нарушений, использовались следующие методы: диагностический игровой сеанс, терапевтический игровой сеанс с учетом этапа речевого развития ребёнка, групповой родительский тренинг с длительным интервьюированием, а также аппаратные методы исследования: ЭЭГ, нейрокартинирование и исследование нейропсихологического статуса детей с РАС.

**Результаты.** В процессе работы с пациентами, имеющими расстройства аутистического спектра, выработаны четыре этапа реабилитации и первичной социализации: в условиях сенсорной комнаты, в условиях лекотеки, в отделении диагностики и консультативной помощи, и, наконец, в условиях группы.

**Вывод.** Итогом проведенной деятельности стало выявление множественных разнообразных коммуникативных, психических и эмоционально-волевых нарушений у детей, требующих постоянной комплексной реабилитации, которая должна осуществляться персонализированно, поэтапно и систематично с постоянным расширением и изменением среды, в которой должен находиться ребенок с расстройствами аутистического спектра.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ РОДОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

**Батышева Т.Т., Шиошвили В.А., Ахадова Л.Я., Позднякова Д.А.,  
Пшемьская И.А., Полухина Н.В.**

*Научно-практический центр детской психоневрологии, г. Москва*

**Актуальность.** Проблема реабилитации детей первого года жизни с последствиями родового повреждения плечевого сплетения в настоящее время представляет интерес как в связи с частотой встречаемости данного заболевания, так и со сложностью восстановления двигательной функции у пациентов данной возрастной группы. Кроме того, общеизвестно, что чем раньше начато лечение, тем выше его эффективность.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 15 человек (8 мальчиков и 7 девочек) в возрасте от 4 мес. до 1 года с тотальным параличом верхней конечности (правой руки – 9 чел., левой – 6 чел.), проходящих стационарное лечение в НППЦ ДП. У всех

больных объем пассивных движений в суставах исследуемой верхней конечности был сохранен.

Пациентам контрольной группы (7 чел.) проводилось традиционное комплексное консервативное лечение. Дети исследуемой группы (8 чел.) дополнительно получали курс по предложенной нами методике сочетанного применения, синхронно проводимых – накожной электростимуляции и пассивной тренировки, – последовательно осуществляемый в 3 этапа: 1 – направленный на суставы (плечевой, локтевой, лучезапястный); 2 – на периферические нервы; 3 – на основные мышечные группы. Длительность каждого этапа составляла 3-3,5 минуты.

При проведении процедур мы использовали электростимуляторы «Амплипульс-5» и «Амплипульс-7». Курс состоял из 8–15 процедур, проводимых ежедневно. Длительность процедуры 9–10 мин. С целью объективной регистрации полученных результатов лечения мы использовали ангулометрическое исследование и данные стимуляционной ЭНМГ.

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

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

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ,  
ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С ДЕТСКИМ  
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

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

*Краевое государственное автономное учреждение  
«Центр комплексной реабилитации инвалидов»,  
г. Пермь*

**Актуальность.** Большое влияние на процессы социально-психологической адаптации ребенка-инвалида оказывает семья. Здоровый психологический климат в семье служит гарантией его гармоничного развития и позволяет в полной мере раскрыть потен-

циальные возможности.

**Материалы и методы.** На базе Центра комплексной реабилитации инвалидов города Перми были обследованы родители, имеющие детей-инвалидов с диагнозом «детский церебральный паралич». Применялись следующие психодиагностические методики: Диагностика отношения к болезни ребенка (ДОБР) – В.Е. Каган, И.П. Журавлева, Гиссенский опросник соматических жалоб.

**Результаты.** Данные обследований показали: экстернальный родительский контроль характерен для 37% родителей, у 15% родителей тревожное отношение к заболеванию ребенка, гипернозогнозия присуща 30% родителей, анозогнозия характерна для 5% родителей, 73% родителей имеют тенденцию недооценки соблюдения необходимых ограничений активности. Более половины родителей (55%) отмечают психосоматические жалобы, ведущее место среди которых занимают боли ревматического характера и общее напряжение, вызванное заболеванием ребенка.

**Выводы.** Комплексная психологическая реабилитация должна включать как работу с детьми, так и с их родителями, для формирования адекватного отношения к заболеванию ребенка, предупреждения и коррекции эмоциональных нарушений, предотвращения психосоматических заболеваний родителей. В центре реабилитации в работе с семьей применяются следующие виды психологической помощи: консультирование и психодиагностика родителей, занятия в комнате психологической разгрузки, где родители обучаются методам взаимодействия и саморегуляции. Проводится школа для родителей, где в активной форме обсуждаются актуальные для родителей вопросы, касающиеся развития детей с ДЦП, занятий с детьми в домашних условиях, нормализации микроклимата в семье, способов саморегуляции. Также родители, посещающие данные школы, могут пообщаться между собой и обсудить похожие проблемы.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У  
ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ОЦЕНКА  
КОРРЕКЦИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВЬЮ И ОРТЕЗАМИ  
Булекбаева Ш.А., Мухаметжанов Б.Ж., Сейсембеков Т.А.,  
Тайтубаева Г.К., Тауасханов Б.Б., Гадылбеков Т.А.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр»,  
г. Астана, Казахстан

**Актуальность.** Сегодня в ортопедических салонах предлагают готовую ортопедическую обувь, которая предназначена для предупреждения нестойких деформаций стопы, но ее активно рекомен-

дуют и для коррекции фиксированных деформаций. В нашем исследовании мы попытались прояснить: при каких патологиях стопы рекомендовать обувь, при каких – ортезы.

**Цель исследования.** Оценка патологии голеностопного отдела с различными видами деформаций и эффективности коррекции с помощью ортопедической обуви и ортезов.

**Материалы и методы.** Исследовали детей в возрасте 4–13 лет: 1 группа – 58 человек, 2 – 44 ребенка. Стопы детей были исследованы на подометре, рассчитывался индекс по Фридланду. Прибором LaserLine измерялись углы голеностопного сустава. Деформации стоп пациентов оценивали на босую ногу, в обуви и в голеностопном ортезе.

**Результаты.** В 1-й группе процент коррекции в обуви составил 29%, во 2-й – 25%. Анализ по видам деформации показывает, что 69% деформаций приходится на вальгусную деформацию, которая сочетается с уплощением свода стопы и эквинусной деформацией, 57% – на эквинусное отклонение стопы, сочетающееся с варусной и вальгусной деформацией. Плоско-вальгусная деформация (41%) характеризуется 3-й степенью плоскостопия.

**Выводы.** Особенностью патологии голеностопного отдела нижних конечностей у детей с церебральным параличом является высокая степень деформации. Использование ортопедической обуви не оказывает должной коррекции на ортопедическую патологию детей, страдающих церебральным параличом. Одной из причин низкой эффективности ортопедической обуви является не соответствие характера патологии и функциональных характеристик обуви. Высокая тяжесть патологий требует адекватных методов коррекции, одним из которых является назначение и ношение индивидуальных голеностопных ортезов.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВНУТРИУТРОБНЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ, ИММУННОГО СТАТУСА, АНТИТЕЛ ИЗОТОПОВ IG G, IG E K ОСНОВНОМУ БЕЛКУ МИЕЛИНА НА ПАТОГЕНЕЗ И ТЕЧЕНИЕ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

**Василенко Ф.И., Мельникова Е.А.**  
*Медицинский центр ЗАО «Клиника»,  
г. Москва*

**Введение.** Патогенез многих демиелинизирующих заболеваний нервной системы зачастую связан с вирусной этиологией. Подтверждением этого служат данные о наличии у больных с такими заболеваниями антигенных детерминант к вирусам кори, красну-

хи, герпеса и другим, связанным с общим белком миелина (ОБМ). Есть основания считать, что и при детском церебральном параличе (ДЦП) вирусная инфекция в перинатальном периоде может приводить к запуску аутоиммунных процессов, приводящих к срыву толерантности ОБМ.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 450 детей с диагнозом ДЦП в возрасте от 6 мес. до 14 лет. Проведено их клиническое обследование, а также на инфекции STARCH-комплекса методами полимеразной цепной реакции и иммуноферментного анализа с определением иммунологического статуса ребенка по выявлению IgG и IgM, моноклональных и к ОБМ антител. Иммуноглобулины определялись методом радиальной диффузии в геле по Манчини. Проводилась компьютерная электроэнцефалография с вызванными потенциалами, магниторезонансная и позитронно-эмиссионная томография.

**Результаты.** У 45% детей верифицирована хроническая персистирующая вирусная инфекция, часто с превращением в хроническую, вялотекущую нейроинфекцию по типу лейкоэнцефалита, кистозно-слипчивого арахноидита. Тяжесть инфекционного процесса, усугубление неврологического дефицита у больных детей, резистентность к медикаментозному лечению и другим реабилитационным мерам коррелировала с выраженностью изменений иммунологических процессов. В случаях неблагоприятного течения ДЦП выявлялось значительное повышение IgG и IgE, антител к ОБМ.

**Заключение.** Именно вирусная инфекция приводит к срыву толерантности ОБМ и отсутствию эффекта от проводимого лечения ДЦП, важнейшее значение в котором имеют патологические иммунологические и аутоиммунные процессы.

## КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ

**Васильева Л.В., Иванов А.В.**

*МБУ «Городской реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Радуга»,  
г. Красноярск*

**Цель.** Организация психолого-педагогической и медико-социальной коррекции развития детей с нарушениями аутистического спектра для содействия их оптимальному развитию и адаптации в обществе.

**Методы.** Создание условий для оптимального психомоторного развития, качественных социальных взаимодействий включает

консультативно-диагностическую помощь психолога, психиатра, логопеда, невролога, социального педагога. При наличии гастроэнтерологических проблем назначается сенсорная диета, при которой строго запрещены к употреблению в пищу глютен, казеин, глутамат натрия, аспартам. При синдроме сенсорной защиты назначается сенсорная суммация, включающая стимуляцию поверхностной и глубокой чувствительности. Профилактическое направление представлено работой сотрудников службы раннего вмешательства и заключается в консультативно-методической поддержке семей и оказании психолого-медико-педагогической помощи ребенку на ранних этапах его развития.

**Ожидаемые результаты.** Создание групп взаимопомощи, проведение родительских школ обеспечит семьи, воспитывающие детей с нарушениями аутистического спектра, знаниями, необходимыми для полноценной социализации. Проведение акций и мероприятий, обеспечивающих психомоторную активность детей, позволит расширить их коммуникативные возможности. Они научатся взаимодействовать со взрослыми и сверстниками, контролировать свои бурные и резкие выражения чувств. Их эмоциональная реакция станет соразмерна стимулу и адекватна ситуации. Телесно-ориентированные игры в рамках сенсорной стимуляции обогатят сенсорный опыт детей.

**Выводы.** Таким образом, оптимальным является системный подход к коррекции (медицинские или социальные меры по отношению к семьям, применяемые для их адаптации к жизни) психического развития ребенка, в котором когнитивные и двигательные методы должны применяться комплексно и с учетом их взаимодополняющего влияния.

## ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ДЕФИЦИТА СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ В РАМКАХ СЛУЖБЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

**Васильева Л.В.**

*МБУ «Городской реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Радуга»,  
г. Красноярск*

**Цель.** Организация психолого-педагогического и медико-социального сопровождения развития детей в возрасте от рождения до 3 лет включительно, в том числе с ограниченными возможностями здоровья и особыми образовательными потребностями, для содействия их оптимальному развитию и адаптации в обществе, а также

всем членам семей, воспитывающих этих детей.

**Методы.** Консультативно-диагностическая помощь психолога, психиатра, специалиста по ранней коммуникации, педиатра развития, невролога, социального педагога включает проведение по показаниям скрининг-обследования состояния здоровья ребенка и направление к соответствующим специалистам для уточнения диагноза; специалистами проводится нормативно-ориентированная оценка соматического и нервно-психического развития ребенка на основе анамнестических данных, клинического обследования. При последующем динамическом наблюдении за ребенком и оценке эффективности проводимых мероприятий корректируется реабилитационная программа.

**Ожидаемые результаты.** Консультативно-методическая поддержка обеспечит семьи, воспитывающие детей с коммуникативными нарушениями, знаниями, необходимыми для полноценной социализации. Информационная и социально-психологическая поддержка ребенка и его семьи позволит на ранних этапах и с максимальной эффективностью обеспечить активное включение членов семьи ребенка в осуществление процесса раннего вмешательства. Оказание абилитационной помощи детям в возрасте от рождения до 3 лет включительно с выявленными отклонениями в развитии и состоянии здоровья будет способствовать их оптимальному развитию и адаптации в обществе.

**Выводы.** Таким образом, на раннем этапе происходит выявление детей с коммуникативными нарушениями, нуждающихся в помощи на основе взаимодействия с учреждениями системы здравоохранения, социальной защиты и образования.

## ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДИСПОРТ» В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО САНАТОРИЯ

**Власенко С.В.**

*Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий  
Министерства обороны России  
г. Евпатория*

**Актуальность.** Ботулинотерапия является наиболее оптимальным методом терапии спастичности в комплексной терапии двигательных расстройств у больных ДЦП.

**Целью данного исследования** стало доказательство эффективности применения препарата «Диспорт» в терапии двигательных расстройств у больных ДЦП.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 1246 больных ДЦП, которым был введен препарат «Диспорт». Наблюдение за данными пациентами проходило в течение десятилетнего периода. Больные получали различные курсы реабилитации в условиях санатория. Без применения этапного гипсования курс лечения составлял не менее 24 дней. С использованием различных нейроортопедических методик – не менее 60 суток.

**Результаты.** Использование «Диспорта» в условиях Евпаторийского детского клинического санатория было начато с 2000 года. В нашей клинике мы применяем «Диспорт» с двухлетнего возраста, сочетаем инъекции препарата со всеми видами санаторно-курортного лечения, этапным гипсованием, а также проводим и после хирургических вмешательств. Разработаны дифференцированные подходы к локальному снижению мышечной спастичности в зависимости от возрастных этапов формирования физиологических локомоций и преимущественного влияния отдельных мышц на патологию движения.

Фиксируется постоянный рост пациентов, приверженных данной терапии, получающих препарат на протяжении не менее 5–6 лет жизни. При анализе данных по хирургической активности во всех группах было определено, что средний возраст начала хирургического лечения у больных, получавших диспортотерапию, составил  $10,67 \pm 0,38$  лет, тогда как у пациентов, которым на проводились инъекции препарата, первые операции проводились в среднем уже к  $5,48 \pm 0,64$  годам (достоверность отличий между показателями  $p < 0,01$ ), а повторные вмешательства осуществлялись в 86,89% случаев.

#### **Выводы**

1. Снижение спастичности мышц у больных со спастическими формами ДЦП является обязательным лечебным мероприятием, входящим в комплексы реабилитации.
2. «Диспорт» является препаратом, позволяющим дифференцированно снижать мышечную спастичность на длительный срок, без выраженных побочных эффектов, и имеющим достаточную доказательную базу применения в детской неврологической практике.
3. Регулярное применение ботулотоксина позволяет добиться лучших клинических показателей и, соответственно, двигательного развития ребенка, способствует профилактике развития контрактур в конечностях.

## МЕТОД ТРАВЯНЫХ АППЛИКАЦИЙ В КОРРЕКЦИИ СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИЗАРТРИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**Власенко С.В., Задонная Н.С.**

*Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий  
Министерства обороны России,  
г. Евпатория*

**Актуальность.** Наиболее распространенной формой речевых расстройств у больных ДЦП является дизартрия, способствующая тяжелой инвалидизации детей, затрудняющая социальную адаптацию ребенка. В логопедической практике используются различные методики воздействия на периферический мышечный аппарат с целью снижения спастичности, улучшения трофики, микроциркуляции.

**Целью данной работы** было изучение эффективности метода травяных аппликаций в комплексе логопедической реабилитации.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 60 человек со спастическими формами церебрального паралича.

**Результаты и их обсуждение.** У всех детей при логопедическом осмотре совместно с неврологом были выявлены изменения тонуса мышц мимической и артикуляционной мускулатуры в виде спастичности, снижение объема произвольных движений и амплитуды, координаторные расстройства, снижение скорости переключения движений артикуляционных мышц, длительный латентный период включения в движение. На протяжении всего периода пребывания ребенка в санатории проводились логопедические занятия. Непосредственно перед занятием накладывались травяные аппликации с последующим логопедическим массажем. Одномоментная аппликация на область продолжается до 20 секунд, при длительности процедуры 15 минут. Курс лечения 15 сеансов ежедневно.

В результате проведенного комплексного санаторно-курортного лечения положительная динамика достигнута у всех больных. В логопедическом статусе достоверно определено уменьшение тонического напряжения языка, он приобрел более уплощенную форму, возрос объем активных движений. Активизировались губные движения – «трубочка», «улыбка», улучшилось произношение звуков, слогов, слов. У всех детей увеличилось стремление к общению. В контрольной группе (16 человек), проходивших курс криотерапии, у 4 детей возникла парадоксальная реакция в виде усиления спастичности мышц. Так как площадь воздействия была ограничена, эффект от занятий был менее значителен. В некоторых случаях реакция ребенка на холод была отрицательна и затрудняла контакт с логопедом.

**Выводы.** Подтверждена эффективность метода травяных аппликаций в коррекции спастической формы дизартрии у детей с ДЦП, так как снижение тонуса и уменьшение напряжения мышц артикуляционного аппарата, а также увеличение объема произвольных движений, улучшение их качества и точности создает основу для формирования новых речевых возможностей ребенка.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ  
С ЭПИЛЕПСИЯМИ В УСЛОВИЯХ  
САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ

**Власенко С.В., Кушнир Г.М., Мазур Е.Л., Башкова И.А.**

*Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий  
Министерства обороны России, г. Евпатория  
Государственное учреждение «Крымский государственный  
медицинский университет имени С.И. Георгиевского»,  
кафедра нервных болезней с курсом неврологии ФПО  
Городская детская клиническая больница,  
г. Евпатория*

**Актуальность.** Современное развитие медицины, понимание механизмов развития того или иного заболевания, совершенствование методов лечения и их доступность для больных, а также осознание обществом недопустимости в ограничении развития ребенка создают условия, когда на санаторно-курортный этап лечения приезжают больные с патологией, ранее являвшейся абсолютно противопоказанной. Поэтому перед врачами возникают новые задачи по формированию тактики ведения таких больных, чтобы не спровоцировать прогрессирования заболевания, и, по возможности, добиться положительной динамики.

**Целью данного исследования** стало изучение по данным архивных историй структуры эпилепсий, поступивших на курорт больных, причины развития эпилептических припадков, тактики ведения больных с данной патологией.

**Материал и методы.** Нами проведен анализ 364 историй болезни детей с эпилепсиями или развившимися припадками. Все пациенты принимали противосудорожную терапию в возрастных дозировках. Санаторно-курортное лечение проходило в щадящем режиме. При этом электропроцедуры не назначались. В течение всего периода пребывания в санатории повторные припадки фиксировались у 8 детей, что составило 17,39% от всех больных. Они возникали только в группе принимавших несколько препаратов, окончательного подбора препаратов достигнуто не было. Таким образом, нахождение

больных данной группы на курорте с проведением всего комплекса санаторно-курортного лечения является не противопоказанным при соблюдении режима отдыха и приема процедур, адекватном подборе противосудорожной терапии.

**Выводы.** Курация детей с эпилепсиями в условиях курорта имеет свои особенности. Лечение возможно при наличии адекватной противосудорожной терапии и должно проводиться в щадящем режиме. Если препарат эффективен, необходимости в увеличении дозы на время нахождения в условиях санатория нет. При отсутствии окончательного подбора препарата специалистами и продолжающихся припадках следует воздержаться от посещения курорта.

#### АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОТУЛОТОКСИНОМ СПАСТИЧНОСТИ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ДЦП

**Власенко С.В., Кушнир Г.М., Ненько А.М., Мазур Е.Н.**

*Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий*

*Министерства обороны России, г. Евпатория*

*Государственное учреждение «Крымский государственный  
медицинский университет имени С.И. Георгиевского», кафедра  
нервных болезней с курсом неврологии ФПО*

*Городская детская клиническая больница,  
г. Евпатория*

**Актуальность.** Терапия мышечной спастичности с помощью ботулотоксина у больных детским церебральным параличом (ДЦП) является классическим методом лечения во многих странах мира. Однако актуальными остаются вопросы низкой результативности после применения данных препаратов.

**Целью данного исследования** стало изучение причин отсутствия или незначительной эффективности токсина ботулизма типа А у больных с ДЦП для улучшения результатов их восстановительного лечения.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 87 больных ДЦП с формой «спастическая диплегия». Средний возраст пациентов составил  $8 \pm 3,9$  лет. Было выполнено морфологическое исследование участка длинной приводящей мышцы бедра.

**Результаты и их обсуждение.** По данным проведенного анализа резистентных к терапии ботулотоксином случаев при лечении спастичности у больных ДЦП, можно предположить лишь незначительное количество пациентов с истинным неадекватным иммунным ответом на инъекцию. Доминирующая роль принадлежит

технически неграмотному проведению инъекций, использованию препарата при наличии контрактур. В случаях отсутствия эффекта от терапии ботулотоксином при соблюдении всех правил выполнения инъекций, отсутствии иммунорезистентности у пациентов, перерождение мышечной ткани, по-видимому, является основной причиной неадекватной реакции на введение препарата.

**Выводы.** При решении вопроса о проведении инъекции необходимо учитывать несколько факторов: неврологический статус ребенка с изучением преобладающего влияния того или иного патологического тонического рефлекса, наличия ортопедического синдрома, степени ограничения активных и пассивных движений в исследуемых сегментах конечностей. Распределение дозы препарата должно быть на небольшое количество мышц, с достаточной высокой дозировкой ботулотоксина. Технически инъекция должна проводиться иглой, длина которой позволит проникнуть глубоко в мышечный массив. Обязательным перед инъекцией является проведение электромиографического исследования с целью определения выраженности явлений перерождения мышц.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕНСИФИКАЦИИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЦП

**Власенко С.В., Макаренко Т.П., Пономаренко Ю.Н.,  
Ненько А.М., Башкова И.А.**

*Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий  
Министерства обороны России,  
г. Евпатория*

**Актуальность.** Основной задачей на этапе специализированного санаторно-курортного лечения является улучшение двигательных возможностей ребенка и решение ряда узких вопросов специалистами различных профилей медицины с применением разнообразных видов массажей, лечебной физкультуры, лазеротерапии, игло-рефлексотерапии, физиотерапевтического лечения.

**Цель исследования.** Изучение особенностей санаторно-курортного лечения больных ДЦП на современном этапе.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 933 ребенка, проходивших санаторно-курортное лечение в условиях санатория.

**Результаты и их обсуждение.** Средняя продолжительность курсового санаторно-курортного лечения детей в специализированном отделении за 2013 год составила  $20,89 \pm 1,79$  дней. Согласно статистическим данным, практически каждый четвертый ребенок с диагно-

зом ДЦП перенес интеркурентное заболевание за период нахождения в санатории.

В структуре интеркурентной заболеваемости преобладают респираторные вирусные инфекции. Максимальное число заболевших приходится на возраст от 2 до 5 лет, с постепенным уменьшением количества заболевших с увеличением возраста. Развитие заболеваний происходит преимущественно на 3-4 процедуре после начала лечения. Развитие заболевания требовало остановки курса реабилитации. В среднем длительность заболевания составила  $8,25 \pm 0,04$  дня. Таким образом, практически 40% от всего срока пребывания ребенок лечился от интеркурентной патологии. Запланированная программа восстановительного лечения не была выполнена.

**Выводы.** У больных ДЦП нарушена адаптация организма, что приводит к срывам гомеостаза, развитию интеркурентного заболевания или обострению хронических процессов в бронхолегочной системе. Таким образом, проблема оптимального соотношения интенсивности санаторно-курортного лечения и терапевтического статуса больных с поражением центральной нервной системы является до настоящего времени актуальной и требует дальнейшего рассмотрения.

## НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ДЦП

**Власенко С.В., Ненько А.М., Кушнир Г.М.**

*Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий*

*Министерства обороны России, г. Евпатория*

*Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», кафедра нервных болезней с курсом неврологии ФПО*

**Актуальность.** Применявшаяся до настоящего времени стратегия реабилитации двигательных функций у больных ДЦП была основана на данных клинического неврологического и ортопедического осмотров, данных ЭМГ-исследований. Однако результаты лечения не всегда соответствовали ожидаемым, что, по-видимому, было связано с невозможностью полноценно оценить реабилитационные возможности ребенка.

**Цель настоящего исследования:** разработка и внедрение диагностического и лечебного алгоритма двигательных нарушений у больных ДЦП.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 272 ребенка с ДЦП, форма «спастическая диплегия».

**Результаты.** На основании комплексного неврологического, ортопедического и ряда инструментальных методов исследований (ультразвукового и электромиографического) все больные были распределены на клиничко-реабилитационные группы. Первую группу составили больные ДЦП, у которых патологические изменения в мышцах были минимальными. Отсутствие контрактур в сегментах конечностей являлось показанием к проведению сугубо санаторно-курортных методов лечения с введением препарата «Диспорт» по разработанной в санатории методике.

Наличие соединительнотканного перерождения мышцы при сохранности ее поперечнополосатой исчерченности и ограниченной активных движений, превышающих 50% от физиологического, являлось показанием к проведению этапного гипсования с ботулинотерапией (вторая реабилитационная группа). Выраженные контрактуры являлись показанием к хирургическому лечению, направленному на их устранение (третья группа). Хирургическое лечение в условиях грубого мышечного перерождения проводится с методом селективной фасциомиотомии (авторское право «Метод закрытой селективной фасциомиотомии» № 15546 от 02.02.2006, информационный лист о нововведении в системе МОЗ Украины № 190 – К., 2006. – 5 с.).

**Выводы.** Разработанные и внедренные в практику реабилитации методы восстановительного лечения двигательных нарушений у больных ДЦП являются высокоэффективными, позволяют достигать выраженного положительного эффекта в развитии ребенка, его социальной адаптации.

## ПЕРСИСТЕНЦИЯ ДНК HV6 В КРОВИ И ЛИКВОРЕ В СОЧЕТАНИИ С ИНТРАТЕКАЛЬНЫМ СИНТЕЗОМ. IG-G ПРИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМАХ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

**Воронова А.В.**

*Крымское республиканское учреждение «Детская клиническая  
больница»,  
г. Симферополь*

**Актуальность.** В республике Крым в последние 5 лет отмечен рост фармакорезистентных форм эпилепсии и эпилептических синдромов у младенцев и детей, что способствовало возникновению у многих больных эпилептической энцефалопатии (ЭЭ) с расстройством поведения и психики.

**Цель.** Разработать терапию труднокурабельных и резистентных форм эпилепсии у детей с целью предотвращения ЭЭ.

**Материалы и методы.** Клинически и соматически обследованы 40 детей в возрасте от 6 мес. до 10 лет (16 девочек, 24 мальчика) с симптоматической первичной и вторичной генерализованной формой эпилепсии (от 10 до 100 приступов в сутки). По данным МРТ (1,5 Тесла), у 64,5% больных выявлено: фокальная корковая дисплазия, микро- и пахигирия, атрофия гиппокампа, гипоплазия мозга, лисэнцефалия. На фоновой ЭЭГ у всех больных зафиксирована спайк-волновая активность, а у 11 детей на ЭЭГ выявлен электрический эпилептический статус сна.

У 85% больных провоцирующим фактором приступов была гипертермия, обусловленная ОРВИ, ОРЗ. Методом ПЦР у 32 детей (82%) в крови и сочетанно в ликворе у 9 детей (22,2%) выявлен НV6. У 21 больного исследована проницаемость ГЭБ бромкрезоловым методом на аппарате Gibas Interga 400+ (Roche diagnostic, Швейцария) и у 15 больных (70.2 %) выявлен повышенный интратекальный синтез Ig G ( $0.28 \pm 0.05$  г/л при норме  $0.14 \pm 0.02$  г/л, P.

#### ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫЕ ВОЗРАСТЗАВИСИМЫЕ ФАМИЛЬНЫЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

**Воронова А.В.**

*Крымское республиканское учреждение «Детская клиническая больница»,  
г. Симферополь*

**Актуальность.** За последние 5 лет в Республике Крым, наряду с ростом и распространением общеизвестных эпилепсий и эпилептических синдромов, зарегистрировано увеличение труднокурабельных возрастзависимых семейных форм эпилепсии.

**Цель.** Из общего количества зарегистрированных детей с эпилепсией и эпилептическими синдромами выделить семейные возрастзависимые эпилептические синдромы, которые изначально позиционированы труднокурабельными и не поддающимися стандартным схемам лечения.

**Материалы и методы.** Из 1100 детей, наблюдаемых с эпилепсией и эпилептическими синдромами, выделены семейные эпилептические синдромы от 3-х месяцев до 9 лет: Отахара – 7, Веста – 18, Коппола-Дулака – 2, Тассинари – 5, Драве – 7, Дуузе – 9, Леннокса-Гасто – 21, Ландау-Клеффнера – 7. Каждый из этих синдромов проявлялся характерной неврологической клиникой (вздрагивания, кивки, «перемежающая» кривошея, миоклонически-астатические, атонико-астатические приступы, внезапные пропуслы) и типич-

ным паттерном на ЭЭГ и видеомониторинге (гипсаритмия, вспышка-подавление, эпилептический электрический статус сна).

Каждому ребенку проводилось тщательное соматическое обследование и МРТ головного мозга, где у большинства 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 с выделением формы эпилептического синдрома всем больным было назначено адекватное лечение начиная с 3-й линии противоэпилептических препаратов, включая кортикостероиды и иммуноглобулины.

**Выводы.** Выделение клинических и электроэнцефалографических паттернов в сочетании с данными МРТ головного мозга на ранних этапах изначально резистентных семейных форм эпилепсии у младенцев и детей дает возможность адекватного назначения терапии из 3-й линии противоэпилептических препаратов согласно международным и региональным протоколам.

**Результат.** Ранняя диагностика труднокурабельных возрастзависимых семейных эпилептических синдромов у детей способствует адекватному выбору современных противоэпилептических препаратов с целью предотвращения резистентности и возникновения эпилептической энцефалопатии.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ДВИГАТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ У ДЕТЕЙ ЕВРОПЕОИДОВ И ДЕТЕЙ ХАКАСОВ В АБАКАНЕ

**Галантюк И.Г.**

*ГБУЗ РХ «Абаканская межрайонная детская клиническая  
больница»,  
г. Абакан*

**Актуальность темы.** Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает более 50% в структуре неврологической заболеваемости у детей, а его распространенность достигает в различных регионах страны 5,6–8,9 случая на 1000 населения. В позднем резидуальном периоде ДЦП формируются патологические двигательные стереотипы, деформации конечностей, контрактуры. В основе этих клинических проявлений лежат патологические тонические мышечные реакции, нарушения координации произвольных движений. Отсутствуют данные об особенностях двигательных нарушений при ДЦП

в этнической группе детей хакасов.

**Цель.** Выявить особенности двигательной активности с учетом этнического фактора у детей-европеоидов и детей-хакасов.

**Материалы и методы.** Нами обследованы 107 детей с установленным диагнозом «детский церебральный паралич» обоего пола, русскоязычные (европеоиды) и представители коренной национальности (хакасы). Европеоидов было 62 ребенка, хакасов – 45 детей. В работе использовались методы исследования: клинический неврологический осмотр, оценка по шкале GMFCS, статистический метод с использованием критерия  $\chi^2$ .

**Результаты исследования.** Для клинической оценки двигательного развития ребенка, с акцентом на функцию во время сидения, стояния и ходьбы мы использовали шкалу глобальных моторных функций GMFCS с оценкой нарушений по пяти уровням. В результате исследования установлено, что у детей хакасов степень двигательных нарушений статистически значимо ( $p < 0,05$ ) чаще соответствовала первому уровню (легкая степень).

**Выводы.** Таким образом, по данным нашего исследования, у детей-хакасов с ДЦП двигательные нарушения оказались менее выражены, чем у детей-европеоидов.

## АДАПТАЦИОННЫЕ ТЕКСТИЛЬНЫЕ ИЗДЕЛИЯ – СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

**Голубчикова А.В., Лазуренко С.Б., Мовшович П.М.,  
Чарыкова А.А.**

*ФГБОУ ВПО «МГУТУ имени К.Г. Разумовского», г. Москва*

*ФГБНУ «НЦЗД», г. Москва*

Эффективным средством социально-психологической адаптации к условиям жизни в обществе детей с патологией опорно-двигательного аппарата (ОДА) могут стать адаптационные текстильные изделия. Они способствуют реализации процесса восстановительного лечения, обучения, развития психических возможностей ребенка с ограничением жизнедеятельности за счет обеспечения необходимых условий для повышения уровня их самостоятельности. При определении вида и технического решения такого изделия для ребенка с болезнями ОДА необходимо учитывать характер нарушения жизнедеятельности, возраст, морфо-конституциональные особенности строения тела, особые образовательные потребности и потенциальные возможности развития.

Анализ этих данных позволяет осуществить проектирование

адаптационного текстильного изделия по одному из следующих направлений: 1) повседневная эргономичная и эстетичная одежда, учитывающая удобство одевания ребенка в соответствии с индивидуальными особенностями строения и функционирования тела; 2) изделия с обучающими и развивающими функциями, содержащие элементы, стимулирующие познавательную активность и оказывающие положительное воздействие на эмоциональную сферу; 3) изделия, способствующие формированию навыка постурального контроля тела, фиксирующие правильное его положение с помощью специальных закрепляющих элементов; 4) послеоперационная одежда «распашного» характера, обеспечивающая удобное, без травматизации, использование, с разъемами и функциональными отверстиями для доступа к местам расположения на теле медицинских устройств.

Определить концептуальный подход к проектированию адаптивных текстильных изделий для детей с патологией ОДА и оптимальные условия функционирования системы «особый ребенок – адаптационная одежда – среда» удалось в результате анализа сведений, полученных путем консультаций медицинских работников, социологического опроса родителей и комплексного медико-социального обследования более 250 детей с различными патологиями ОДА, проходивших лечение в ФГБНУ НЦЗД. Согласно данным исследования, адаптационные текстильные изделия могут быть отнесены к категории эффективных инструментов социализации детей с патологией ОДА и развития их психологического потенциала

#### ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЦП

**Горчаков С.А., Корсунский А.А., Максимова М.Е.,  
Ермолаева Т.П., Лильин Е.Т.**

*Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского,  
г. Москва*

**Актуальность.** Причинами черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у детей с ДЦП были: автотравмы, падения с высоты собственного роста, с велосипеда, качелей и другие причины. Клиническое течение характеризовалось наслоением неврологической симптоматики, полученной в результате травмы, на проявления основного заболевания. Для уточнения диагноза учитывались форма ДЦП, анализ анамнестических данных, механизм, характер травмы, проводилось дополнительное нейровизуализационное и электрофизиологическое обследование.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 17 больных (10 мальчиков и 7 девочек) с различными формами ДЦП в

возрасте от 6 до 14 лет с диагнозами: сотрясение головного мозга (11 человек) и ушибы головного мозга легкой (4 человека) или средней (2 человека) степени тяжести.

**Результаты.** Ведущими причинами в структуре травмы были бытовые. Проведенное лечение включало в себя дегидратационную, седативную, противосудорожную (при необходимости) терапию, сосудистую и ноотропную терапию с пятых суток заболевания. В тяжелых случаях к лечению добавляли внутривенное или внутримышечное введение антигипоксантов, антиоксидантов, витаминов группы В. Пациенты с диагнозом «ушиб головного мозга» получили курс лечебной гимнастики, массажа, физиотерапевтических процедур (электрофорез с сосудистыми препаратами, магнитотерапия, электросон). Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение невролога по месту жительства.

Однако, следует отметить, что у 82% пациентов (14 человек) с ЧМТ, полученной в результате падения, возникали неврозоподобные нарушения, фобии, связанные с возможными повторениями случившегося и его непредсказуемыми последствиями. Аналогичные проблемы возникали и у родителей, что приводило к крайне нежелательной гиперопеке этих детей.

**Выводы.** Таким образом, в заключение важно подчеркнуть, что с целью устранения негативных последствий психологической травмы у детей с ДЦП и их родителей, наряду с медикаментозной коррекцией необходимо вмешательство квалифицированного психолога.

## РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**Губина Е.Б., Медведева С.Н., Попков Д.А.**

*Государственное бюджетное учреждение «Курганская областная детская клиническая больница»*

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова*

**Введение.** Современная концепция оперативного ортопедического лечения детей с ДЦП подразумевает выполнение многоуровневых вмешательств (single-event multilevel orthopaedic surgery) и последующей ранней интенсивной реабилитации.

**Цель** нашего исследования – изучение результатов одномоментных многоуровневых ортопедических вмешательств у пациентов с ДЦП в период 8–12 месяцев после операции.

**Материалы и методы.** Изучены результаты оперативного ортопедического лечения у 81 пациента ( $11,3 \pm 1,7$  лет). Помимо клинических и рентгенологических методов исследования, производился анализ ходьбы по критериям Edinburgh Gait Assesement. Изменения двигательной активности были исследованы по шкале Gillette.

**Результаты.** В нашей серии выполнено 119 оперативных вмешательств, включавших в общей сложности 547 хирургических элементов, в среднем 4,6 на операцию. Ранняя мобилизация суставов, вертикализация пациентов начинались в хирургическом стационаре. Основной этап по развитию новых двигательных навыков, восстановлению и увеличению амплитуды движений, адаптации ортопедических изделий и приспособлений, увеличению мышечной силы приходился на период 4–10 недель после операции во время госпитализации в областную детскую больницу. Анализ ходьбы показал улучшение большинства параметров опорной и неопорной фазы шага у пациентов, способных к самостоятельному передвижению. Согласно шкале Gillette, произошло увеличение функциональных двигательных способностей в 49 случаях.

**Заключение.** Выполнение многоуровневых одномоментных ортопедических операций у пациентов с ДЦП подразумевает вмешательства на сухожильно-мышечном аппарате конечностей и/или костях двух и более анатомических областей во время одной хирургической сессии, либо операции на конечностях выполняются с коротким перерывом в течение одной госпитализации, сопровождающейся впоследствии единым реабилитационным периодом. Данный подход требует применения адаптированных методов оперативного вмешательства, адекватных методов контроля болевого синдрома и спастичности в послеоперационном периоде с целью раннего начала реабилитационных мероприятий, а также мультидисциплинарного подхода на протяжении всего реабилитационного периода.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА НАЛИЧИЕ СИНДРОМА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ, СЦЕПЛЕННОЙ С ЛОМКОЙ ХРОМОСОМОЙ X

**Данилина К.К., Переверзева Д.С., Усман Н.Ю., Коровина Н.Ю.**  
Научно-практический центр детской психоневрологии, г. Москва  
Московский городской психолого-педагогический университет,  
г. Москва

**Актуальность.** Синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X (FRAXA) – наследственное заболевание, харак-

теризующееся нарушением когнитивного развития, поведенческими, эмоционально-личностными и коммуникативными расстройствами. От 15 до 30% детей с этим синдромом удовлетворяют критериям для постановки диагноза «аутизм», а 90% имеют расстройства аутистического спектра (РАС). Частота встречаемости среди лиц мужского пола составляет от 1:4000 до 1:2500. Скрининговое исследование проводилось на базе НПЦ ДПН и ЦЛПиДО «Наш дом» г. Москвы. Цель скрининга: выявить детей с FRAXA среди детей с РАС неясной этиологии и описать профиль их когнитивного и адаптивного развития.

**Материалы и методы.** В скрининге приняли участие 73 ребенка в возрасте от 7 до 16 лет, 55 мальчиков и 18 девочек. Скрининг включал в себя генетическое исследование: анализ слюны на определение количества CGG-повторов в промоторе гена FMR1 и психологическое исследование: шкала адаптивного поведения Вайнленд, психолого-образовательный тест (PEP-3), план диагностического обследования при аутизме (ADOS), социально-коммуникативный опросник (SCQ).

**Результаты:** у 5 детей (4 мальчика и 1 девочка) анализ генетического материала (слюны) выявил увеличение количества CGG-повторов в промоторе гена FMR1  $>200$ , что соответствует полной мутации и приводит к постановке диагноза FRAXA. Показатели уровня адаптации у детей с FRAXA соответствуют низкому уровню адаптации, глубокий дефицит адаптации не отмечен. У детей с FRAXA значения по всем шкалам (коммуникация, повседневные навыки и социализация) оказались выше, чем у детей с РАС. По данным PEP-3 при выраженной задержке когнитивного развития у пациентов с FRAXA на первый план выступают трудности зрительно-моторной координации.

В 70% случаев балл по SCQ превышал пороговые значения, указывающие на симптоматику, характерную для РАС в группе детей с FRAXA. Однако, по методике ADOS выявляются различия в профиле аутистической симптоматики. Так, для пациентов из группы РАС в большей степени характерны нарушение социального взаимодействия и трудности организации игровой деятельности, а для пациентов с FRAXA на первый план выступают нарушения общения.

**Выводы.** По результатам скрининга частота встречаемости FRAXA составляет 6%, что соответствует литературным данным. Для пациентов с FRAXA характерен определенный профиль аутистической симптоматики. Адаптивные возможности пациентов с FRAXA выше, и они в целом имеют более благоприятный прогноз в сфере адаптивного функционирования по сравнению с детьми с РАС неясной этиологии.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА  
АКТИВНО-ПАССИВНОЙ МЕХАНОТЕРАПИИ ВЕРХНИХ  
И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПОМОЩИ ТРЕНАЖЕРА  
MOTOmed С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММИРУЕМОЙ  
ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЕЙ МЫШЦ (ФПЭС) И БИОЛОГИЧЕ-  
СКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ (БОС) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ  
С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО  
ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Дугина Е.А., Лежнина М.Н.

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

**Актуальность.** В настоящее время болезни нервной системы являются одной из главных причин детской инвалидности, ведущее место среди которых занимает детский церебральный паралич (ДЦП). Одной из часто встречающихся форм ДЦП является гемипаретическая форма.

**Цель исследования.** Изучить эффективность реабилитации, включающую занятия на механотерапевтическом тренажере MOTOmed с функциональной программируемой электростимуляцией мышц (ФПЭС) и биологической обратной связью (БОС) у детей с гемипаретической формой детского церебрального паралича.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на базе отделения восстановительного лечения научно-практического центра «Бонум». Под наблюдением находились 25 детей с гемипаретической формой ДЦП в возрасте от 6 до 11 лет. Дети соответствовали 3 или 4 степени шкалы GMFCS и 2 или 3 уровню шкалы MACS. Обследование проводилось до и после одного курса лечения. Для оценки результатов использовались неврологический осмотр, шкала Эшуорта (Modified Ashworth scale), метод гониометрии, оценка скорости и симметричности работы верхних и нижних конечностей на механотерапевтическом тренажере MOTOmed с ФПЭС и БОС.

**Результаты.** После проведенного курса реабилитации на механотерапевтическом тренажере MOTOmed для верхних и нижних конечностей уже на 14-й день отмечено увеличение объема движений в локтевом (36%), коленном суставах (40%) пораженных конечностей, увеличение скорости движения (80%), улучшение показателей симметричности (56%), снижение спастичности мышц по шкале Эшуорта на 1,1 балла ( $p < 0,05$ ) (88%).

**Выводы.** Таким образом, занятия на механотерапевтическом тренажере MOTOmed с ФПЭС и БОС позволяют добиться значительных

результатов после проведения одного курса реабилитации, что в значительной мере улучшает качество жизни детей данной группы.

## ИННОВАЦИОННЫЕ БИОТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**Евтушенко С.К., Попандопуло А.Г., Евтушенко О.С.**

*Институт неотложной и восстановительной хирургии*

*им. В.К. Гусака*

*НАМН Украины*

*Донецкий межрегиональный детский клинический центр*

*нейрореабилитации*

**Актуальность.** В большинстве стран мира в структуре заболеваемости церебральный паралич – основное инвалидизирующее заболевание нервной системы у детей. Достигнуты определенные успехи в социальной реабилитации подобных детей. Вместе с тем, возможности медицинской реабилитации далеко не исчерпаны.

**Цель.** Разработать и применить новые биотехнологии по введению аутологичных мультипотентных мезенхимальных стволовых клеток детям с тяжелыми формами церебрального паралича.

**Материалы и методы.** Отобрано 12 детей (из 32 кандидатов) с церебральным параличом, двойной гемиплегической формой (7 мальчиков и 5 девочек в возрасте от 1 года до 7 лет), родившихся с малым весом в состоянии интра- и постнатальной гипоксией не более 2-х часов со степенью тяжести по шкале GMFCS от 4-х до 6-ти баллов, без признаков аномалий развития мозга по данным МРТ и соматически не ослабленных.

Выделение клеточного материала проводилось по методике градиентного центрифугирования. Клетки идентифицировали согласно рекомендации ISCT (2006). Использовалась аутологичная культура мезенхимальных стромальных клеток, полученных под местной анестезией из губчатого костного мозга пациента. Проводилось фенотипирование аутологичных стволовых клеток (CD-14, CD-34, CD-73, CD-90+CD-45). Суспензию клеток вводили в/в капельно (в зависимости от веса ребенка) от 20 до 50 млн, с повторением через 2–3 недели (от 3 до 5 введений). Катамнез составил от 1 до 2 лет.

**Результат.** Состояние без изменений и ухудшения отмечены у 5 детей, у 4 детей четкое улучшение моторики, у 3 увеличение моторики, функции речи и когнитивных функций, что подтверждено международной шкалой GMFCS (преимущественно 2–3 балла).

**Выводы.** Метод трансплантации мезенхимальных стволовых аутологичных клеток при лечении детей с церебральным параличом

оценивается как положительный. Применение инновационных биотехнологий – новая глава в медицинской реабилитации детей с церебральным параличом.

## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

**Зуева Г.А., Воронова С.А.**

*ГБУЗ «Клиническая детская больница № 2»,*

*г. Тверь*

**Цель исследования.** Изучить особенности эмоциональных нарушений у детей с детским церебральным параличом и методы их психологической коррекции.

**Материалы и методы.** Обследованы 75 детей с ДЦП (50 мальчиков, 25 девочек) в возрасте от 1 до 18 лет, использование психологических тестов по определению уровня памяти, внимания, мышления, эмоциональной сферы.

**Результаты.** У 79,2% детей с ДЦП зарегистрированы нарушения эмоциональных процессов: тяжелые неврозоподобные нарушения (19,4%), психопатоподобные нарушения на фоне органического поражения ЦНС (12,8%), эмоциональные расстройства в связи с наличием физического дефекта (36,1%), с воспитанием по типу гиперопеки (74,2%), ранней социальной и психической депривацией (28,1%).

Основное направление психологической коррекции эмоциональных нарушений – это смягчение эмоционального дискомфорта, повышение активности и самостоятельности детей, устранение вторичных личностных реакций, таких как агрессивность, повышенная возбудимость, тревожная мнительность и др. (И.И. Мамайчук). Игровая психокоррекция в форме сюжетно-ролевой игры применялась при работе с детьми с потенциально сохранным интеллектом, а также с выраженными межличностными конфликтами и с нарушением поведения.

Для детей с ограниченным вследствие физической и психической неполноценности социальным опытом использовались игры-драматизации на темы знакомых сказок с применением куклотерапии. Сказка активизирует воображение ребенка, развивает у него умение представлять игровые коллизии, в которые попадают персонажи. Большое значение в коррекции эмоциональных расстройств у детей с ДЦП имеет психорегулирующая тренировка (Мамайчук, 1997). Занятия проводятся через день, поэтапно, с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка, с небольшой (до пяти человек) группой детей.

**Выводы.** При патопсихологической диагностике больных ДЦП

обнаруживаются характерные изменения эмоциональной сферы. С целью коррекции данных изменений необходимо психологическое сопровождение данной группы больных детей.

## НАРУШЕНИЯ ФОНЕМАТИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

**Зуева Г.А., Калабухова Т.Н.**

*ГБУЗ «Клиническая детская больница № 2»,*

*г. Тверь*

**Актуальность.** Тема раннего развития детей очень популярна, и проблема развития речи продолжает оставаться наиболее актуальной и требует самого серьезного отношения. В раннем возрасте различные нарушения развития по своим внешним проявлениям еще не дифференцированы, часто имеют схожие проявления. Но нарушение развития речи в той или иной степени сопровождается любой дефект.

**Цель исследования.** Оценить особенности речевого развития у детей с резидуальной энцефалопатией в возрасте 2–5 лет, находящихся на лечении в неврологическом отделении.

**Материалы и методы.** Обследованы 47 детей с резидуальной энцефалопатией (32 мальчика, 15 девочек) в возрасте от 2 до 5 лет, с использованием логопедических тестов по определению уровня фонематической системы.

**Результаты.** У 93% детей выявлены недостаточности слухоречевого ритма и нарушения динамического праксиса. Ребенок тяжело переключается с одного звука на другой, ему трудно сливать звуки, слоги, формировать фразу. Выявлен низкий уровень фонематического восприятия в виде нечеткого различия на слух фонемы в собственной и чужой речи (38%); недостаточности слухоречевого ритма и динамического праксиса (67%); допускания многочисленных ошибок при передаче ритмического рисунка на уровне слова (37%); плохая подготовленность к элементарным формам звукового анализа и синтеза (82%).

Всем детям проведен специальный логопедический курс занятий: развитие способности восприятия неречевых и речевых звуков; развитие ориентировочно-поисковой реакции на звук; формирование широкого диапазона звуковых сигналов, интонационных характеристик речи и их фиксация в памяти ребенка; развитие процессов запоминания и узнавания в вербальной, образной, двигательной памяти; формирование функций анализа и синтеза в ходе работы над слогом, словом, предложением. У детей появились попытки вслушиваться в речь, что свидетельствует об улучшении слухового воспри-

ятия, развились основы звуковых ориентировок, стало доступным выделение слов из речевого потока. Улучшилось произвольное внимание и понимание обращенной речи.

**Выводы.** Своевременная диагностика и раннее начало коррекционной работы помогают в становлении фонематического восприятия у детей с неврологической патологией.

## СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**Каладзе Н.Н., Нувולי А.В., Урсина О.Е.**

*ГУ «Крымский государственный медицинский университет  
имени С.И. Георгиевского», кафедра педиатрии с курсом  
физиотерапии ФПО,  
г. Симферополь*

**Актуальность.** Для детского населения, больного ДЦП, проблема формирования костной ткани является крайне актуальной.

**Целью** нашего исследования явилось изучение состояния костной ткани (СКТ) у детей, больных ДЦП, в зависимости от формы заболевания, двигательных нарушений и мышечного тонуса.

**Материалы и методы.** Клинические исследования проведены у 148 детей, больных ДЦП, находившихся на санаторно-курортном этапе реабилитации в детских санаториях г. Евпатории, в возрасте от 7 до 16 лет. Клиническое обследование включало осмотр ребенка специалистами, оценку уровня моторных нарушений (по GMFCS), оценку состояния мышечного тонуса (Modified Ashworth Scale), исследование СКТ методом ультразвуковой денситометрии (аппарат Achilles+) с определением SOS, м/с; BUA, Дб/МГц; STF, %. Снижение показателей STF от (-1 SD) до (-2,5 SD) расценивается как остеопения (Опе), ниже (-2,5 SD), как остеопороз (ОП). Контрольную группу (КГ) составили 28 здоровых детей.

**Результаты.** В процессе исследования у 47 (31,8%) детей с ДЦП выявлена Опе, а у 25 (16,8%) детей – ОП. Абсолютные значения показателей СКТ в общей группе детей с ДЦП (SOS – 1527,71±2,31 м/с, BUA – 88,48±1,23 Дб/МГц и STF – 67,03±1,21%), были достоверно ниже ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$ , соответственно), чем показатели детей КГ. У детей с двойной гемиплегией (ДГ) ОП выявлен в 18 (64,3%) случаях, при спастической диплегии (СД) – у 5 (9,7%) и спастической гемиплегии (СГ) – у 2 (2,9%), а показатели УЗ-денситометрии при ДГ достоверно ниже, чем показатели КГ, при СД и СГ. При двигательных нарушениях, соответствующих IV и V уровню GMFCS, ОП выявлен у 11 (73,3%) детей, III GMFCS – у 14 (13,5%), а показатели денситометрии при IV и V уровне

GMFCS достоверно снижены в сравнении с КГ, I, II, III уровнем GMFCS. При оценке мышечного тонуса в 3-4 балла по Ашворсу, ОП выявлен у 21 (35%) ребенка, а абсолютные значения денситометрии были достоверно ниже, чем показатели при 0-2 баллах по Ашворсу.

**Выводы.** Таким образом, у детей с ДЦП, при ДГ, выраженных двигательных нарушениях и высоком мышечном тонусе отмечаются достоверно сниженные показатели денситометрии и большее число детей с ОП, чем среди здоровых. Отмечено, что у детей с ДЦП формирование костной массы критически нарушено. Они составляют группу риска по развитию остеопороза и требуют постоянного денситометрического контроля и проведения соответствующих лечебно-профилактических мероприятий.

### УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОНТРОЛЬ ТОЧНОСТИ ИНЪЕКЦИЙ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

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

*ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН,  
г. Москва*

**Актуальность.** Инъекции ботулинического токсина типа А (БТА) в мышцы рук, особенно у детей, требуют высокой точности расчёта дозы препарата и локализации целевых мышц во избежание развития побочных эффектов: слабости прилежащих мышц и повреждения важных анатомических структур.

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность инъекций БТА под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) в мышцы рук у пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП).

**Пациенты и методы.** 133 пациентам в возрасте от 2 до 17 лет включительно были проведены 229 инъекционных сессий препарата БТА в 359 мышц верхних и 361 мышцу нижних конечностей под контролем УЗИ (аппарат Signa HDx 1,5T (General Electric, США; линейный датчик частотой 10 МГц). По показаниям пациентам проводилась ингаляционная анестезия севофлураном на момент инъекции. Всем пациентам проводилась оценка тонуса и спастичности в инъецируемых мышцах с использованием шкал Эшворта и Тардье, мышечной силы – с использованием шкалы MRC перед инъекцией и через 1 и 3 месяца после процедуры. После ботулинотерапии все пациенты проходили физическую реабилитацию в течение двух недель.

**Результаты.** Клинически значимое снижение мышечного тонуса и спастичности наблюдалось у всех пациентов (на 1-3 уровня по шкале

Эшворта), начиная с первых дней после инъекции БТА, и достигало максимума к концу 1 месяца. Избыточная слабость в целевых мышцах развилась у 9 (6,7%) детей (у 5 – в мышцах нижних конечностей, у 4 – в сгибателях пальцев кисти) и купировалась самостоятельно к концу второй недели реабилитации. Клинически значимого снижения мышечной силы в соседних с целевыми мышцами не наблюдалось ни в одном из случаев, также не было развития генерализованной мышечной слабости ни у одного из пациентов. Не отмечалось повреждения крупных кровеносных сосудов или нервов при инъекциях БТА.

**Выводы.** Ультразвуковой контроль инъекций БТА является доступным и безопасным методом, повышающим точность попадания препарата в целевые мышцы, и позволяет осуществлять профилактику травматизации прилежащих анатомических структур, что особенно важно для небольших и изменённых мышц у пациентов с ДЦП.

#### ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ МОТОРИКИ И ФУНКЦИИ РУК ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

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

*ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН,  
г. Москва*

**Актуальность.** Прогнозирование общего моторного развития и формирования двигательного дефицита – важный аспект планирования реабилитационных мероприятий при детском церебральном параличе (ДЦП).

**Цель.** Определить прогностическое значение характера повреждения головного мозга (по данным МРТ) в формировании общей моторики и функции рук у пациентов с ДЦП.

**Пациенты и методы.** 135 детям в возрасте от 7 месяцев до 18 лет со спастическими формами ДЦП проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга на аппарате Signa HDx 1,5T (General Electric, США). Результаты МРТ сопоставлены с результатами оценки уровня общего моторного развития по шкале GMFCS и класса двуручной деятельности по шкале MACS. Дети были разделены на группы с одно- и двусторонними двигательными нарушениями (41 и 94 пациента, соответственно). Изменения структуры головного мозга классифицированы на: повреждение перивентрикулярного белого вещества (выраженные – протяжённостью >50% белого вещества, умеренные – до 50%), повреждение подкоркового серого вещества, повреждение/атрофия коры, последствия внутри-

желудочкового кровоизлияния (ВЖК), аномалии развития мозга.

**Результаты.** 11 детей отнесены к I классу по GMFCS, ко II – 44, к III – 35, к IV – 32, к V – 13 пациентов. Дети с МР-признаками перенесённого ВЖК либо умеренного повреждения белого вещества имели наименьший двигательный дефицит (GMFCS I-II). Пороки развития головного мозга сопровождались худшими показателями по GMFCS и встречались с одинаковой частотой при нарушениях моторики рук различных классов по MACS. Повреждения подкоркового серого вещества встречались с одинаковой частотой у детей со всеми классами GMFCS. Также для детей с МР-признаками перенесённого ВЖК была характерна лучшая функция рук, чем для детей с повреждениями перивентрикулярного белого вещества и коры. Повреждения белого вещества, пороки развития в большей степени влияли на общее моторное развитие, а не на функцию рук.

**Выводы.** Полученные результаты могут быть использованы как МР-критерии прогнозирования моторного развития и степени дефицита двуручной деятельности при ДЦП.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЧЕЛОВЕКООБРАЗНОГО РОБОТА В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ

**Козьякин В.И., Качмар О.А.**

*Международная клиника восстановительного лечения, Трускавец,  
Украина*

Быстрое развитие робототехники открывает новые горизонты в различных сферах деятельности человека. В последнее время изучается возможность использования человекообразных социальных роботов в реабилитации.

Для того, чтобы заинтересовать детей с церебральным параличом мы попробовали применить человекоподобного робота, который действует как тренер, мотивируя и поощряя детей.

В работе применялся человекоподобный робот "КинеТрон", собранный сотрудниками ИТ отдела Международной клиники восстановительного лечения с коммерчески доступного робототехнического комплекта Bioloid Premium Kit. Робот имеет высоту 40 см и весит 1.7 кг.

Разработаны девять сценариев поведения робота - три для начала занятия, три, чтобы поощрять пациентов в середине тренировки и три для финальной части. Приведем описание одного из двигательных сценариев. Начинается музыка, робот встает, выходит к пациенту, машет рукой и говорит: "Привет, я реабилитационный робот КинеТрон, а как зовут тебя?" После ответа ребенка, он говорит: "Приятно познакомиться" и приветственно кланяется. Он предлагает вместе проводить заня-

тия, говорит, что он будет внимательно смотреть и садится на корточки.

Оценка применения реабилитационного работа проводилась на группе из шести детей с церебральными параличами, в возрасте от 4 до 9 лет. Реабилитационный робот применялся при 5 -7 тренировочных сессий продолжительностью 20 мин. Во время занятий инструктор запускал определенный сценарий поведения робота нажимая на кнопку пульта дистанционного управления.

После курса лечения пациентов и родителей расспрашивали об их мнении по применению работа. Всем детям понравились занятия с реабилитационным роботом. Дети хотели, чтобы он присутствовал также на других лечебных процедурах.

Пилотное исследование указывает на положительную перспективу применения человекообразных роботов в тренировке двигательных функций у детей с церебральным параличом. Это позволит мотивировать ребенка и поощрить его к активному участию в реабилитационных процедурах.

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

**Козьявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Волошин Т.Б.**

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

**Актуальность:** Проблема реабилитации детей с аутизмом в настоящее время является одной из приоритетных в психиатрии и неврологии. Опыт реабилитации пациентов с расстройствами аутистического спектра в Международной клинике восстановительного лечения говорит о необходимости комплексного интенсивного подхода к терапии данного заболевания.

**Цель:** оценить эффективность реабилитации по системе СИНР у детей с аутизмом.

**Материалы и методы:** Были обследованы 28 детей в возрасте от 3 до 18 лет с диагнозом «детский аутизм» (F84.0), у которых имелась коморбидная неврологическая патология (от пирамидной недостаточности до пара- и тетраплегий). Всем пациентам проводилась реабилитация в МКВЛ на протяжении двух недель по системе СИНР. Оценка результатов проводилась с помощью анкетирования родителей, которое проводилось дважды- до и после двухнедельного курса реабилитации по системе СИНР.

Для оценки эффективности реабилитации детей с аутизмом в Международной клинике восстановительного лечения исполь-

зовался стандартизированный инструментарий, а именно шкала для оценки эффективности лечения аутизма- Autism Treatment Evaluation Checklist (АТЕС). Выбор данной шкалы обусловлен тем, что она предназначена для оценки эффективности практически любого метода лечения ребенка с аутизмом.

**Результаты:** До начала реабилитации по системе СИНР средний балл по шкале АТЕС составил  $64,75 \pm 9,23$  балла, что свидетельствует о наличии у детей отчетливых нарушений коммуникации, речевых функций, социализации, поведенческого реагирования. После завершения курса реабилитации этот показатель уменьшился до  $56,5 \pm 6,7$  балла, то есть имеет место положительная динамика оцениваемых показателей. В целом улучшение психоэмоционального состояния наблюдалось у 90% детей. Наибольшие изменения были отмечены в речевой сфере (16,5 балла до и 14,5 балла после курса), социализации (15,1 балла до и 12,5 балла) и поведении (20,1 балла до и 17,4 балла).

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

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ  
ГИПЕРАКТИВНОСТИ И ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ (СДВГ)  
ПО МЕТОДУ КОЗЯВКИНА

**Козьявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Гордиевич М.С.**

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

**Актуальность.** Одной из медико-социальных проблем, которая на сегодня имеет государственный уровень значимости, является необходимость улучшения здоровья детей с нарушениями развития, в том числе психического, а также повышение качества жизни семей, где рождается и воспитывается такой ребенок. Известно, что лечение детей с СДВГ считается одной из главных проблем современной детской психиатрии.

**Цель:** оценить эффективность реабилитации по системе СИНР у детей с СДВГ. Материалы и методы. Обследовано 14 детей в возрасте от 6 до 11 лет с СДВГ (F90.0, F90.1 согласно МКБ-10), которые проходили курс реабилитации в МКВЛ с помощью СИНР. Всем де-

тям, наряду со стандартным обследованием до и после курса реабилитации, было проведено психодиагностическое исследование, направленное на оценку состояния основных когнитивных функций (внимания, памяти, умственной работоспособности). С этой целью использовались набор нейропсихологических тестов «Лурия - 90», адаптированных к детскому возрасту, и тест Тулуз-Пьерона.

**Результаты.** У всех детей с СДВГ имелись различные расстройства внимания, памяти и умственной работоспособности. Преобладали нарушения произвольного внимания в виде сужения его объемов и недостаточности функций концентрации, распределения и переключения в сочетании с недостаточностью (истощаемостью) уровня умственной работоспособности. Дисфункции вербальной памяти включали сужение ее объемов, снижение прочности запоминания, нарушения селективности мнестических процессов. После курса реабилитации с помощью СИНР улучшались такие показатели как объемы произвольного внимания, функции концентрации, распределения и переключения. Также возросли показатели объемов вербальной памяти ( $4,05 \pm 1,16$  слов до лечения и  $5,44 \pm 1,29$  после лечения,  $p < 0,05$ ). У всех пациентов наблюдалось отчетливое улучшение уровня умственной работоспособности, что находило свое выражение в увеличении объемов обрабатываемой информации и уменьшении числа совершаемых ошибок, т.е. в улучшении качества умственной деятельности.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения СИНР для коррекции различных когнитивных расстройств при СДВГ. Эти данные открывают новые перспективы в контексте коррекции эмоциональных, когнитивных, коммуникативных и поведенческих нарушений, наблюдаемых в рамках различных клинических вариантов СДВГ.

## ПАМЯТЬ И ЕЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ДЦП

**Колесникова Е.В., Стародубцев А.И., Стародубцев А.А.**

*ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский  
университет,  
г. Ставрополь*

**Актуальность.** Нарушение памяти у детей с ДЦП – одна из важнейших форм когнитивных нарушений. Эта форма когнитивных нарушений отмечается у 60–75% больных с ДЦП. Зрительно-перцептивные расстройства отмечаются у 60–70% больных ДЦП, зрительно-пространственной координации – у 90%, кратковременной слуховой памяти – у 47–67%. Отмечаются значительные колебания

нарушений краткосрочной и долгосрочной памяти у больных с различными формами ДЦП.

**Цель исследования.** Выявление степени выраженности нарушений памяти у детей дошкольного возраста, страдающих ДЦП, в зависимости от возраста и тяжести двигательных нарушений.

**Материалы и методы.** Обследованы 112 детей дошкольного возраста, страдающих диплегической и гемиплегической формами ДЦП. Диагностический комплекс включал в себя клинико-неврологические, нейрофизиологические, нейровизуализационные, нейропсихологического тестирования, статистический анализ.

**Результаты.** Среди 112 обследованных детей дошкольного возраста, страдающих ДЦП, мужского пола оказалось 60 (53,6%) пациентов, женского – 52 (48,4%). Диплегическая форма ДЦП выявлена у 88 (78,6%) больных, гемипаретическая – у 24 (21,4%). По степени выраженности двигательных нарушений больные распределялись следующим образом: легкие двигательные нарушения (4 балла) установлены у 18 (16,0%) детей, умеренные (3 балла) – у 74 (66,1%), выраженные (2 и < балла) – у 20 (17,9%).

Нарушение памяти при ДЦП у детей дошкольного возраста встречаются очень часто – у 91,1% пациентов, тогда как другие авторы указывают на более низкий процент встречаемости нарушения памяти (60–75%), что обусловлено, вероятно, общим обзором больных детей с ДЦП различного возраста. По степени выраженности нарушений памяти (краткосрочной и долгосрочной) в возрастном аспекте легкие нарушения чаще всего отмечались в четвертой возрастной группе; умеренные и выраженные нарушения – в первой и второй возрастных группах.

Анализируя связь нарушений памяти со степенью выраженности двигательных нарушений, установлено, что легкие и умеренные нарушения памяти достоверно чаще отмечались у детей с легкими и умеренными двигательными нарушениями, тогда как выраженные нарушения – с выраженными двигательными нарушениями. Таким образом, двигательные нарушения, как ведущий дефект при ДЦП, оказывают негативное влияние на развитие познавательных процессов у детей, а потому когнитивные нарушения при этой патологии находятся в особенно тесной взаимосвязи с двигательными расстройствами.

**Выводы.** Легкие нарушения памяти (краткосрочной и долгосрочной) достоверно чаще отмечались у больных в четвертой возрастной группы, умеренные и выраженные – в первой и второй возрастных группах. Легкие и умеренные нарушения краткосрочной и долгосрочной памяти достоверно чаще отмечались у больных с умеренными двигательными нарушениями.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПРОТЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЦП ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ

**Костырко В.Н., Власенко С.В., Ненько А.М.**

*Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий  
Министерства обороны России,  
г. Евпатория*

**Актуальность.** Анестезиологическое обеспечение хирургического лечения больных детским церебральным параличом (ДЦП) представляет собой значительную проблему, так как стандартизованные подходы к проведению анестезии зачастую приводят к декомпенсации всей системы центральной регуляции кардио-церебрального обеспечения жизнедеятельности, срыву компенсаторных механизмов, что проявляется гипертонно-гидроцефальным, эпилептическим синдромами, мышечной дистонией, различными вариантами сосудистой дисциркуляции.

**Целью исследования** стало изучение эффективности использования дипрофола в проведении анестезии у больных ДЦП.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 56 больных ДЦП с формой «спастическая диплегия» в возрасте от 10 до 14 лет (средний возраст составил 11,8 лет), которым проводились различные операции по устранению контрактур. Оценивались качество наступления аналгезии, быстрота снижения патологического мышечного тонуса, исчезновение патологических рефлексов с нижних конечностей; необходимость повторного введения препаратов выше стандартных расчетных доз, быстрота восстановления сознания, адекватного контакта, необходимость применения симптоматической терапии, направленной на купирование возникающих побочных реакций со стороны нервной, сердечно-сосудистой систем, а также необходимость в интенсивном мониторинге.

**Результаты.** Всем больным применялась общая многокомпонентная анестезия с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией легких. При использовании дипрофола было характерно быстрое наступление сна и аналгезии, не требовалось в течение операции повторного введения данного препарата выше расчетных доз, так как глубина анестезии была достаточной. Все показатели жизненно важных функций были в пределах нормы, необходимость в дополнительной медикаментозной коррекции не возникала. Следует отметить быстрое снижение патологического мышечного тонуса на первых минутах операции, раннее пробуждение, быстрое восстановление сознания.

**Выводы.** Применение дипрофола способствовало проведению адекватного обезболивания, не сопровождалось побочными эф-

фактами, хорошо переносилось больными, не вызывало нарастания явлений декомпенсации со стороны нервной системы. В фармако-экономическом аспекте использование дипрофола является наиболее выгодным в сравнении с препаратами аналогичного действия, которые выпускаются за рубежом.

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ МНОЖЕСТВЕННЫЕ МОНОНЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

**Кушнир Г.М., Власенко С.В.**

*Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий  
Министерства обороны России,  
г. Евпатория*

**Актуальность.** Хирургическое лечение больных со спастическими формами детского церебрального паралича (ДЦП) является классическим методом, позволяющим эффективно устранить контрактуры и деформации конечностей. Однако не своевременно проведенные вмешательства могут приводить к тяжелым неврологическим осложнениям.

**Целью исследования** стало изучение причин развития мононейропатии после проведенных операций у больных ДЦП.

**Материал и методы.** Проанализировано 17 историй болезни больных ДЦП с двойной гемиплегией, у которых сформировалась «поза тройного сгибания», которым были проведены операции в условиях санатория.

**Результаты.** Для всех больных было характерным тяжелое течение заболевания – дети самостоятельно не передвигались. У 5 пациентов (29,4%) послеоперационный период сопровождался развитием асимметричных дистальных периферических парезов нижних конечностей. Данное осложнение было диагностировано в течение первой недели после операции при смене гипсовых повязок. Все клинические проявления мононейропатий на фоне лечения редуцировались в течение 6–8 месяцев, что значительно увеличило длительность восстановительного периода.

**Выводы.** При формировании долгосрочной программы реабилитации детей с тяжелыми формами ДЦП необходимо учитывать риск развития таких осложнений, как поли- и мононейропатии. Следует указать, что и сам процесс реабилитации должен протекать с учетом выявленных изменений.

Хирургическое лечение должно носить щадящий характер и определяться степенью выраженности контрактуры. В каждом кон-

кретном случае консилиумом врачей важно установить ведущую контрактуру, которая формирует патологический стереотип движений, и устранить ее в первую очередь. Необходимо, чтобы хирургические вмешательства сопровождались периодом консервативной подготовки нервно-мышечного аппарата к последующим агрессивным методам воздействия.

**НАКОПЛЕНИЕ ИОНОВ МЕТАЛЛА В ТКАНЯХ ПРИ  
ПРИМЕНЕНИИ СКОЛЬЗЯЩЕГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ LSZ В ХИ-  
РУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ  
С СОХРАНЕННЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ РОСТА**

**Лака А.А., Сампиев М.Т., Балашов С. П., Лягин А.С., Рамлугон К.,  
Шевченко А.А.**

*Российский университет дружбы народов, кафедра Травматологии  
и ортопедии  
г. Москва*

Частота идиопатического сколиоза с деформацией, устранение которой требует хирургического вмешательства (деформаций свыше 40 - 50°) в популяции составляет 2 - 4 %. Продолжение роста позвоночника у детей представляет большую проблему в хирургии сколиоза, особенно у детей с тяжелыми прогрессирующими формами. В 2006 году профессорами кафедры травматологии и ортопедии РУДН - Лака А.А, Сампиевым М.Т. и Загородним Н.В. была предложена оригинальная концепция коррекции сколиоза дорсальной системой сочетающей в себе высокие корригирующие свойства и свойство само-удлинения по мере роста позвоночника ребенка, получившей название LSZ. Данная конструкция позволяет проводить хирургическую коррекцию сколиоза в более раннем возрасте (6 лет). По мере совершенствования конструкций существует несколько «поколений»: LSZ-2(S), LSZ-2(D), LSZ-4(D), LSZ-4(S) и т.д. Одной из основных проблем скользящих/растущих систем является наличие пар трения, что ведет к выбросу ионов металлов в ткани, окружающие конструкцию в частности и в организм больного в целом

Цель исследования: В основу данной работы положено исследование уровня содержания ионов металла в крови и тканях больного, выделяющихся при трении элементов эндокорректора в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, а так же оценка их влияние на организм, при хирургическом лечении сколиоза. Определить параметры допустимого содержания ионов металла в крови и тканях для профилактики и лечения металлоза.

Материалы и методы: В работе использованы данные, получен-

ные при лабораторном изучении биологических сред больных в дооперационном, ближайшем послеоперационном и в отдаленном послеоперационном периодах. А также результаты исследования мягких тканей после имплантации металлоконструкций в различные сроки, что позволяет определить темп накопления продуктов трения в тканях. Лабораторное исследование крови проводилось методами масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой и атомно-эмиссионной спектрометрии с индуктивно связанной плазмой на аппаратах квадрупольный масс-спектрометр, гистологической исследование мягких тканей.

Результаты и обсуждения: При исследовании биологических сред (кровь) пациентов получены следующие данные: ионы Ti в норме 27,59 мкг/кг, через сутки после операции 35.50 мкг/кг, 1 год -66.00 мкг/кг, 5 лет-79.50 мкг/кг, 6 лет- 103.00 мкг/кг, 7лет-155 мкг/кг, 8 лет-90.00мкг/кг, 10 лет-60,00 мкг/кг. Полученные показатели, свидетельствующие о том, что накопление ионов металла в крови происходят с нарастающей интенсивностью до момента формирования фиброзной капсулы вокруг конструкции. В последующем интенсивность накопления падает. На основании полученных данных можно сделать следующие выводы: определить параметры допустимого содержания ионов металлов в крови и тканях, с целью профилактики и лечения металлоза. Предложить тактику этапности хирургического лечения сколиоза у больных с сохраненным потенциалом роста, позволяющую определить оптимальные сроки первичного хирургического вмешательства и сроки ревизионных операций для перевода скользящей системы в стабильную. Также данное исследование и полученные результаты исследования крови на металлоз, дают нам повод задуматься, что при создании систем, возможно, есть необходимость в использовании других сплавов или нанесение покрытий препятствующих выбросу ионов металла в кровь и мягкие ткани пациента.

#### РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

**Левченкова В.Д., Семёнова К.А., Рыжкова З.Н., Политова И.Я.,  
Титаренко Н.Ю.**

*ФГБУ НИЦЗД РАМН, г. Москва*

*ГУЗ НИЦ детской психоневрологии, г. Москва*

**Актуальность.** Среди детей, инвалидов с детства по неврологическому профилю, значительную часть составляют больные, страдающие детским церебральным параличом (ДЦП), количество которых не имеет тенденции к снижению, поэтому актуальность

своевременной ранней диагностики и проведения восстановительного лечения этого заболевания не вызывает сомнений не только в чисто медицинском, но и социальном аспекте.

**Цель** проведённой работы – выявление ранних клинических признаков формирования ДЦП на первом году жизни у находящихся под наблюдением с рождения 250 доношенных детей.

**В результате** ретроспективной оценки условий внутриутробного развития и рождения обследованных детей были выявлены наиболее часто встречающиеся неблагоприятные факторы, оказывающие отрицательное влияние на формирование и функцию центральной нервной системы, к которым отнесены хронические заболевания матерей (32%), перенесённые во время беременности острые инфекции (26%), слабость родовой деятельности (76%), длительный безводный период (46%), интранатальная асфиксия (78%), применение акушерских пособий (32%).

Ранними прогностически неблагоприятными признаками формирования ДЦП являлись: тяжёлое состояние ребёнка в периоде новорождённости, особенно при сочетании слабо выраженных или отсутствующих врождённых рефлексов, грубое нарушение функций черепно-мозговых нервов, сохраняющаяся до 2–4 месяцев жизни эмбриональная поза, нарастающее влияние лабиринтного и шейных тонических рефлексов на мышцы туловища и конечностей в первом полугодии жизни и позже, значительная задержка психического и предречевого развития.

**Выводы.** Выявленные симптомы необходимо учитывать педиатрам и неврологам при диспансеризации детей первого года жизни и при наличии признаков заболевания срочно рекомендовать весь комплекс восстановительного лечения.

## ОПЫТ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ МЕТОДАМИ КИНЕЗИОТЕРАПИИ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ

**Лукьянова М.А., Аронскинд Е.В.**

*МЦ «Здоровое детство»,*

*г. Екатеринбург*

**Актуальность.** Синдром Прадера-Вилли – редкая генетическая аномалия, вызванная поломкой 15-й хромосомы, унаследованной от отца (кариотип 46 XX или XY, 15q-11-13). Синдром впервые описан в 1956 г. Частота встречаемости по разным источникам – 1 : 10 000–25 000 живорождённых младенцев. Неврологическими маркерами заболевания являются грубая диффузная мышечная гипотония, вялое сосание, за-

держка статико-моторного и психоречевого развития, что обуславливает необходимость проведения реабилитационных мероприятий.

В настоящее время специфические способы лечения данного синдрома не разработаны. Однако ряд лечебных мероприятий способен повысить качество жизни детей с синдромом Прадера-Вилли. Разработка схем наблюдения и сопровождения детей является необходимым условием качественной помощи больным с синдромом Прадера-Вилли. Литературных данных о результатах ранней физической реабилитации детей с синдромом Прадера-Вилли на сегодняшний день нет.

**Цель исследования.** Оценить эффективность методов кинезиотерапии у ребенка с генетическим заболеванием (синдром Прадера-Вилли).

**Материалы и методы.** Ребенок Г. с возраста 5,5 мес. наблюдался и проходил повторные курсы реабилитации в МЦ «Здоровое детство». Диагноз синдром Прадера-Вилли подтвержден генетическим анализом. Из анамнеза известно, что ребенок рожден от 3-й беременности (1 беременность завершилась рождением здоровой дочери, 2 беременность – регресс), 2-х срочных оперативных родов в заднем виде затылочного предлежания. Показанием к оперативному родоразрешению послужил возраст матери – 36 лет. Во время беременности отмечалось слабое шевеление плода. По шкале Апгар оценен на 7-8 баллов. Масса при рождении 2680 г, рост 52 см. После рождения отмечалось вялое сосание, грубая диффузная мышечная гипотония. Активное сосание появилось только на 15 сутки жизни.

**Результаты.** Ребенок получил 5 курсов реабилитации по 10 дней каждый. Каждый курс состоял из общего тонизирующего массажа и кинезиотерапии, подобранной исходя из моторного статуса ребенка к моменту очередного курса реабилитации.

Первый курс реабилитации был проведен в возрасте 5 месяцев и включал в себя Войта-терапию и общий тонизирующий массаж. В первый день реабилитации обращали на себя внимание грубая диффузная мышечная гипотония, слабое удержание головы в позиции лежа на животе, попытки заваливания на бочок. На 10 день лечения значительно повысилась общая двигательная активность ребенка, наметилась тенденция к улучшению мышечного тонуса, ребенок стал совершать частые попытки поворота со спины на живот.

К возрасту 6,5 мес. появилась уверенная опора на предплечья с высоким удержанием головы, уверенный поворот со спины на живот в обе стороны, появились попытки присаживания из наклонного положения. Прогрессу в двигательном статусе ребенка способствовали занятия Войта-терапией в домашних условиях с частотой 3 раза в день.

Второй курс реабилитации в возрасте 7 месяцев включал в себя занятия Бобат-терапией с элементами Войта-терапии и повторный курс общего тонизирующего массажа. В результате ребенок стал совершать попытки вставания на четвереньки. На фоне продолжения занятий кинезиотерапией мамой в домашних условиях к возрасту 9 месяцев он научился сидеть без поддержки с ровной спиной, стал совершать частые попытки ползания на четвереньках, появился пинцетный захват, активизировалось речевое развитие ребенка.

Третий курс в объеме предыдущего в возрасте 10 месяцев способствовал появлению самостоятельного присаживания из положения лёжа на спине. Четвертый курс лечения в возрасте 1 года 2 месяцев включал в себя Бобат-терапию, общий тонизирующий массаж и тейпирование спины и нижних конечностей. Результатом явилось освоение ходьбы вдоль опоры и с поддержкой за обе ручки. Последний курс реабилитации был проведен в возрасте 1 года 4 месяцев (PNF-терапия, общий тонизирующий массаж, тейпирование спины и нижних конечностей). В результате ребенок научился стоять без поддержки.

**Выводы.** Учитывая хороший отклик ребенка на кинезиотерапию в виде улучшения мышечного тонуса, увеличения мышечной силы и появления новых моторных навыков, сопровождение ребенка с синдромом Прадера-Вилли необходимо дополнить методами кинезиотерапии. Ранняя физическая реабилитация детей с синдромом Прадера-Вилли способствует нивелированию задержек в статико-моторном развитии, опосредованно влияет на эмоциональный и когнитивный статус детей. При подборе методик кинезиотерапии необходимо соблюдать принцип этапности и преемственности.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

ГБУЗ НСО НРБ № 1, р.п. КОЛЬЦОВО

**Любичев А.Н.**

ГБУЗ НСО НРБ № 1, НСО,

*р.п. Кольцово*

**Актуальность.** ДЦП является сложным заболеванием ЦНС и определяет разнообразие сочетаний двигательных и сенсорных расстройств, а также лежит в основе нарушений когнитивных функций, что необходимо учитывать при обосновании восстановительного лечения и социальной реабилитации больных. Инвалидность является одной из основных характеристик, интегральным показателем состояния здоровья населения. Ведущее место среди заболеваний, приводящих к инвалидности с детства, занимают различные патологии нервной системы.

**Цель.** Оценить работу реабилитационных коек в составе детского отделения ГБУЗ НСО НРБ № 1.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное исследование историй болезни пациентов, прошедших курс реабилитации в условиях стационара ГБУЗ НСО НРБ № 1, проанализировано 262 истории болезни. Работа построена в соответствии с порядком № 1763 от 30.05.2013 г. Обследование больных проводили с использованием общеклинических лабораторных и функциональных методов, в реабилитации используется более 20 различных методик.

**Результаты исследования.** В период с открытия реабилитационный курс получили 262 ребенка: от 3 до 7 лет и от 1 до 3 лет – по 114 человек, детей до года – 2 человека, от 8 до 14 лет – 29 и старше 14 лет – 3 человека. Структура заболеваемости ДЦП – 70%, органическое поражение ЦНС – 12,8%, другие виды поражения ЦНС – 17,2%. Первичный курс реабилитации получили 190 детей, повторно – 72. Постоянно улучшаются, дорабатываются и расширяются методики реабилитации. Имеются положительные отклики со стороны родителей. Отмечается большая заинтересованность в повторных курсах реабилитации.

**Выводы.** Необходимо продолжить развитие направления реабилитации в г. Новосибирске и НСО для повышения уровня жизни и дальнейшей социализации детей с различными патологиями ЦНС.

## ОСОБЕННОСТИ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**Макаренко Т.П., Власенко С.В.**

*Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий  
Министерства обороны России,  
г. Евпатория*

**Актуальность.** В структуре соматической патологии, наиболее часто встречающейся у больных ДЦП, заболевания органов дыхания занимают ведущее место. Обострение патологических бронхитов может приводить к развитию бронхообструкции. Однако выбор необходимых и эффективных методов устранения данного состояния имеет свои особенности у больных ДЦП, что, прежде всего, связано с наличием псевдобульбарного синдрома.

**Цель исследования:** выработка эффективной схемы оказания неотложной помощи больным ДЦП с псевдобульбарным синдромом при развитии у них бронхообструкции.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 25 больных ДЦП, у которых развилась бронхообструкция.

**Результаты.** В группе детей ДЦП способ введения с помощью ингалятора бронхолитиков и ингаляционных кортикостероидов оказался малоэффективным. Дети со сниженным интеллектом не в состоянии выполнять команду «вдох», закрывать рот и смыкать губы, что затрудняло возможность оценить количество и дозу препарата, эффективность его действия. Введение препаратов внутривенно капельно значительно осложнялось тяжелым неврологическим статусом детей (гиперкинезы, патологический мышечный тонус).

Добиться положительной клинической динамики в данной группе не удавалось на протяжении нескольких часов, что значительно усложняло дальнейшую тактику лечебных мероприятий и потребовало перевода детей в палату интенсивной терапии, где и был купирован приступ. Поэтому для снятия приступа был использован ультразвуковой ингалятор (небулайзер). Приступ бронхообструкции купировался в течение 8–10 минут.

**Выводы.** У детей, больных детским церебральным параличом, развивающиеся явления бронхообструкции требуют от врача, оказывающего неотложную медицинскую помощь, знаний особенностей неврологического статуса ребенка – наличия псевдобульбарного синдрома. Использование ультразвукового ингалятора-небулайзера позволило быстро и эффективно ликвидировать явления бронхообструкции у больных ДЦП. В отличие от контрольной группы больных ДЦП, приступ у которых носил затяжной характер и потребовал перевода детей в палату интенсивной терапии.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕЙРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

**Мирсаидова Н.А., Мирсаидова Д.Б., Зиямухамедова Н.М.**

*Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
г. Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** Нейропатия – достаточно часто встречающееся состояние, которое возникает при воздействии различных факторов и сопровождается дистрофическими или дегенеративными повреждениями нервов.

**Цель исследования** – изучить эффективность применения электростимуляции у детей с посттравматическими нейропатиями малоберцового и большеберцового нервов.

**Материал и методы исследования.** Нами исследованы 32 ребенка с посттравматическими нейропатиями. У 20 из них имелись повреждения малоберцового, у 7 – большеберцового и у 5 – сочетанное поражение малоберцового и большеберцового нервов. Всем детям

проведено тщательное клинико-неврологическое, а также электро-нейромиографическое (ЭНМГ) исследование.

**Результаты и обсуждение.** На 7–12 день электростимуляции ЭНМГ-признаки регенерации аксонов отмечены у 92% больных, в то время как клиническое улучшение в эти сроки имело место лишь у 50% больных. Даже при практически полном поражении нерва ЭНМГ-признаки реиннервации миофибрилл обычно удавалось зарегистрировать к 35–44 дню лечения. Клинически после завершения курса ПЭНС у больных отмечалось восстановление и повышение чувствительности в зоне иннервации поврежденного нерва, появление и увеличение объема активных движений с силой мышечных сокращений до 3–5 баллов.

**Выводы.** Полученные результаты исследования показывают эффективность ПЭНС у детей с посттравматическими полинейропатиями и позволяют считать электростимуляцию важным звеном в схеме комплексной терапии при данной патологии, что позволяет уменьшить количество инвалидизации детей.

#### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ В КОМПЛЕКСЕ С КИНЕЗИОТЕРАПИЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**Морошек Е.А., Аронскинд Е.В., Львова О.А., Шершнев В.Н.**

*Реабилитационный центр «Здоровое детство», г. Екатеринбург  
ГОУВПО «УГМА» МЗ и СР России, кафедра неврологии детского  
возраста и неонатологии,  
г. Екатеринбург*

**Актуальность.** В основе метода микрополяризации лежит направленное воздействие (интрацеребрально или транскраниально) на выбранные структурные образования мозга малым постоянным током (Г.В. Гальдинов, 1971). Клинический эффект микрополяризации определяется направленным влиянием на состояние морфофункциональных связей различных корковых и сегментарных проекций с другими мозговыми образованиями, которые объединяются в системы, обеспечивающие поддержание и регуляцию самых разнообразных функций организма.

Ряд исследований показывает клиническую эффективность микрополяризации для лечения детей с ДЦП (А.М. Шелякин, И.Г. Преображенская, О.В. Богданов, 2008). Наибольший клинический интерес для нас представляет гиперкинетическая форма или гиперкинетический синдром при спастических формах ДЦП, как форма наименее поддающаяся лечению консервативными методами.

**Цель.** Оценить эффективность метода транскраниальной и

трансвертебральной микрополяризации в комплексе с кинезиотерапией для лечения детей со спастическим тетрапарезом в сочетании с гиперкинетическим синдромом при ДЦП.

**Материалы и методы.** Под наблюдением состояли 32 пациента с синдромом «детский церебральный паралич, спастический тетрапарез с гиперкинетическим синдромом», уровень моторного развития по системе GMFCS – II, в возрасте с 3 до 7 лет. Оценка проводилась до начала лечения и после двухнедельного курса медицинской нейро-реабилитации.

Для объективизации результатов проводимого лечения использовали клиничко-анамнестический метод, модифицированную шкалу Эшурта (Modified Ashworth scale) для оценки спастичности мышечного тонуса, оценка функции кисти по возможности захвата различных предметов C. Sollerman, оценка объема активных и пассивных движений методом гониометрии, фото-контроль написания текста или рисование трех фигур (круг, квадрат, треугольник) и ЭЭГ.

Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от получаемого лечения: группа 1 (n=15) – дети, получавшие медицинскую реабилитацию, включающую кинезиотерапию в нейро-ортопедическом костюме EVA 2 часа ежедневно и сеанс точечного массажа; группа 2 (n=17) – дети, получавшие лечение методом кинезиотерапии в нейро-ортопедическом костюме EVA 2 часа ежедневно, точечный массаж и транскраниальную и трансвертебральную микрополяризацию одновременно. Все полученные данные были статистически обработаны с использованием критерия z и степени его достоверности.

**Результаты.** В результате проводимого лечения в обеих группах отмечается улучшение в двигательной сфере: у 87% (n=13) больных 1 группы, у 95% (n=16) 2 группы. А именно, улучшение двигательных навыков (71 и 83% больных, соответственно), снижение выраженности гиперкинезов и появление возможности их произвольно-го контроля (65 и 81%, соответственно),  $p < 0,05$ .

Снижение спастичности на 1 балл по шкале Эшурта было одинаково в обеих группах. Со стороны биоэлектрической активности головного мозга во второй группе отмечается уменьшение представительности дельта-ритма и ЭЭГ-картина становится более организованной с выраженными зональными различиями и уменьшением патологических форм биопотенциалов, в первой группе выраженных изменений на ЭЭГ выявлено не было. Ни у одного пациента двух исследуемых групп не было проявления побочного действия от проводимого лечения.

**Выводы.** Использование микрополяризации в комплексе с кинезиотерапией показало увеличение эффективности проводимого лечения. Отсутствие побочных явлений, негативных изменений на

ЭЭГ позволяет широко применять микрополяризацию у детей с детским церебральным параличом. В настоящее время исследование по изучению данной темы продолжается.

ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИИ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ  
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ  
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

**Надеева Н.М., Бронников В.А.**

*КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов»,  
г. Пермь*

В КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов» для детей с ограниченными возможностями г. Перми проходят курс реабилитации дети в возрасте от 0 до 18 лет. Основную часть реабилитируемых составляют дети с диагнозом «детский церебральный паралич» (ДЦП). Речевые нарушения занимают большое место в клинике ДЦП (65–85%). Преобладающим речевым нарушением при ДЦП являются различные формы дизартрии. Направления коррекционной работы с данной категорией детей следующие.

**Развитие общей моторики.** Детей нужно учить замечать, что мышечные напряжения причиняют им физический дискомфорт. Необходимо обучать этому ребёнка сначала с помощью комплекса специальных упражнений: Игровые упражнения с активными движениями рук, в том числе с воображаемыми предметами. «Театр зверей» и «Бытовые сценки». Ребёнок учится подражая.

**Развитие артикуляционной моторики.** Для улучшения иннервации лицевой мускулатуры и артикуляционного аппарата обязательно рекомендуется массаж мимической мускулатуры и артикуляционного аппарата, массаж языка, небо-глоточного затвора и гортани, артикуляционная гимнастика.

**Развитие правильного речевого выдоха** – игровые упражнения и игры для развития правильного речевого дыхания, гигиеническая гимнастика с дыхательными упражнениями, тренировка выдоха на фоне произнесения гласных, согласных звуков, слогов.

В процессе систематических занятий осуществляется постепенная нормализация правильного речевого дыхания, формирование способности к произвольному переключению органов артикуляции с одного движения на другое в заданном темпе.

По результатам наблюдений, из 183 детей со сложными речевыми дефектами, (в т.ч. дизартрия), при прохождении комплексной медико-социальной реабилитации 156 детей достигли положительных результатов, что составило 85,2% от общего числа детей,

получавших комплексную медико-социальную реабилитацию. Исследования в этой области планируется продолжить, обобщить для поиска новых путей форм и методов работы логопедов КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов», для детей с ограниченными возможностями здоровья.

## ОСОБЕННОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Нанкина И.А., Быкова О.В., Шатилова Н.Н., Батышева Т.Т.**  
*НПЦ детской психоневрологии Департамента Здравоохранения г. Москва*

**Актуальность.** Частота встречаемости острых демиелинизирующих эпизодов в детской популяции составляет 0,66–1,66 на 1000000 здоровых детей. Данное состояние может быть представлено острым диссеминированным энцефаломиелитом, клинически изолированным синдромом, оптикомиелитом или являться эпизодом обострения при рассеянном склерозе. Дифференциальная диагностика проводится с широким кругом заболеваний, включающих: инфекционные, сосудистые и аутоиммунные заболевания, неопластические процессы, наследственно-метаболические и дегенеративные заболевания, В12-дефицитную анемию.

На основании приказа Департамента здравоохранения города Москвы № 5 от 10.02.2007 г. «Об организации специализированного кабинета для лечения детей и подростков, страдающих рассеянным склерозом, в ДПНБ № 18» на базе поликлинического отделения НПЦ детской психоневрологии (ДПНБ № 18) г. Москвы функционирует кабинет по лечению детей и подростков с рассеянным склерозом и другими демиелинизирующими заболеваниями.

**Материалы и методы.** С 2007 по 2013 год специалистами кабинета выявлено 79 новых случаев рассеянного склероза в возрасте до 18 лет. У 11 пациентов диагностирован ОРЭМ. Наблюдался один пациент с диагнозом «оптикомиелит Девика». 205 пациентов с диагнозом «клинически изолированный синдром» переведены во взрослую сеть. У 814 пациентов была диагностирована другая патология.

На консультацию направлялись пациенты с уже установленным диагнозом «рассеянный склероз», «демиелинизирующее заболевание ЦНС», «энцефаломиелит», «демиелинизирующая полинейропатия», «оптический неврит»; имеющие жалобы на преходящее нарушение зрения, пароксизмальные состояния, диплопию, чувствительные расстройства, нарушение речи, нарушение походки, острую задержку мочеиспускания, нарушение глотания.

В 62% случаев основанием для направления на консультацию служили не клинические симптомы, а очаговые изменения на МРТ. Среди заболеваний, с которыми приходилось дифференцировать рассеянный склероз, встречались случаи очень редкой патологии: болезнь Рандю-Ослера-Вебера, изолированный васкулит ЦНС, мегалэнцефалическая лейкоэнцефалопатия с субкортикальными кистами (болезнь Van der Кнаар), лейкоэнцефалопатия с поражением ствола, спинного мозга и лактатом при МР-спектроскопии, волчаночный энцефалит.

Для уточнения диагноза пациенты проходили амбулаторное обследование, включающее МРТ, осмотр окулиста, вызванные потенциалы. При необходимости, проводились дополнительные лабораторные тесты, включающие анализ ликвора на выявление олигоклональных IgG, определение антител к боррелиям, содержание лактата крови и ликвора, анализ биологических сред на выявление антител к вирусам и их ДНК, коагулограмма, определение СРБ и антитела к ДНК, антител к аквапорину IV, генетическое исследование. Из дополнительных инструментальных методов применялись: МР-ангиография, МР-спектроскопия, ЭНМГ, ЭЭГ, аудиометрия.

**Выводы.** Таким образом, спектр заболеваний, манифестирующих в детском и подростковом возрасте очаговыми неврологическими симптомами и патологией белого вещества, обширен и требует использования современных диагностических методик и разносторонних знаний врача не только в области неврологии, но и в смежных специальностях.

## ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ВЕРНИКЕ

**Нанкина И.А., Ахадова Л.Я., Шатилова Н.Н., Батышева Т.Т.,**  
*Научно - практический центр детской психоневрологии Департамента  
Здравоохранения города Москвы,*

### **Актуальность.**

Энцефалопатия Вернике – потенциально обратимое серьезное нейрометаболическое заболевание, вызванное дефицитом витамина В1 (тиамина) с возможным смертельным исходом. Распространённость с популяции 0,8-2,8 % (Zuccoli G, Pipitone N.6 2009).

**Пациенты и методы.** Клиническим материалом послужило наблюдение больной Б., 17,5 лет с энцефалопатией Вернике.

Ранний анамнез без особенностей. В августе 2013г в возрасте 16 лет у девочки подросто в течение нескольких дней появился и нараст нистагм, на 7 сутки состояние ухудшилось – отмечалась многократная рвота, шаткость при ходьбе, кровоизлияние в склеры. Госпитализиро-

вана в офтальмологическое отделение городской больницы, где проводились исследования: Vis OD=0,2; Vis OS=0,1-1,0; ДЗН: бледно-розовый, границы ступеваны, макулярная область отечна, по ходу сосудистых аркад геморрагии, справа парамакулярно преретинальное кровоизлияние; в биохимическом анализе крови двадцатикратное повышение трансаминаз; МРТ головного мозга и шейного отдела спинного мозга - патологии не выявлено. На фоне проводимой дезинтоксикационной, сосудистой, витаминотерапии отмечалась положительная динамика в виде повышения остроты зрения до Vis OD=0,3; Vis OS=0,5, уменьшилась атаксия, сохранился нистагм. При осмотре через год у пациентки сохранялся грубый ротаторный разнонаправленный вертикальный и горизонтальный нистагм, мешающий концентрацией взора и ограничивающий возможности обучения. Девочка не посещала школу и находилась на домашнем обучении. Также отмечалась легкая туловищная атаксия. Острота зрения Vis OD=0,7; Vis OS=0,9. Из анамнеза жизни при активном опросе известно: с 12 лет пациентка стала периодически придерживаться длительных диет для снижения веса. Периоды диет, во время которых максимальное снижение веса доходило до 30 кг и чередовались с периодами бесконтрольного питания и обратного набора веса. Осенью 2012 г перенесла кишечную инфекцию, после которой длительно сохранялся субфебрилитет. С июня 2013 г придерживаясь жестких ограничений в питании и сбросила около 12 кг.

**Учитывая данные анамнеза:** нарушение полноценного питания, острое развитие глагодвигательных нарушений и атаксии, их характер, наличие геморрагического компонента на глазном дне, неполный регресс симптомов; поставлен диагноз «Энцефалопатия Вернике».

**Выводы:** Бесконтрольное снижение веса может являться причиной различных стойких патологических состояний не только со стороны органов ЖКТ, но и со стороны нервной системы. Поздняя диагностика данного состояния приводит к пожизненному сохранению остаточного неврологического дефицита, существенно снижая качество жизни.

ПРЕВЕНТИВНАЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ У ДЕТЕЙ  
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ  
Ненько А.М., Бурьянов А.А., Пономаренко Ю.Н., Власенко С.В.,  
Дерябин А.В., Хащук А.В.

*Центральный детский клинический санаторий МО РФ,  
г. Евпатория*

**Актуальность.** Контрактуры тазобедренных суставов у детей с церебральным параличом (ЦП) дошкольного возраста являются одной из причин развития нестабильности (децентрации, подвывихи

и вывихи) тазобедренных суставов.

**Цель.** Разработать и применить малоинвазивные профилактические операции нестабильности тазобедренных суставов у детей с ЦП.

**Материал и методы.** Изучены результаты малоинвазивного ортопедо-хирургического лечения контрактур тазобедренных суставов у 47 детей с ЦП в возрасте 4–6 лет. У всех оперированных детей была спастическая диплегия тяжелой степени. Характер контрактур был типичным: сгибательно-приводящие и сгибательно-приводящие и внутренне-ротационные. В санатории разработана система прогнозирования развития нестабильности тазобедренных суставов с ЦП.

47 детям в санатории применялись на раннем этапе прогнозирования хирургические вмешательства только на сухожильно-мышечном аппарате больного – дозированное субперимускулярное удлинение приводящих мышц бедра и прямого мускула бедра; субперитендиальное удлинение сухожилий субспинальной группы и нежной мышцы; дезинсерция приводящих и сгибателей бедра, селективная невротомия двигательных порций передней веточки запирающих нервов. Оперативные вмешательства при раннем хирургическом лечении менее травматичны. Так, операции, выполненные в один этап, были достаточно эффективными и профилактическими. Они способствовали правильному развитию тазобедренных суставов. В этом преимущество раннего хирургического лечения детей с ЦП в возрасте 4–6 лет.

**Вывод.** Раннее хирургическое лечение детей с контрактурами тазобедренных суставов при церебральном параличе позволило повысить эффективность медицинской и социальной реабилитации больных детей с ЦП. Согласно нашим исследованиям интегральный показатель степени нарушений у оперированных детей в возрасте 4–6 лет был на 58–72% ниже, чем при консервативном лечении 50 больных детей с аналогичной патологией и возраста. Превентивная хирургия у детей с ЦП, лечащихся в санатории, – здоровое направление, путь к процессу и переосмыслению принципов классической детской ортопедии.

#### ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЗАКРЫТОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ФАСЦИОМИОТОМИИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**Ненько А.М., Власенко С.В.**

*Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий Министрства обороны России  
г. Евпатория*

**Актуальность.** У больных со спастическими формами детского церебрального паралича (ДЦП) в возрастном периоде от 4 лет ре-

абилитологи сталкиваются с глубоким нарушением двигательных функций, развитием как первичных, так и вторичных деформаций. В нашей санатории применяются различные виды операций. Одной из них является метод закрытой селективной фасциомиотомии (патент № 15546) специально разработанным скальпелем (патент № S200501736).

**Цель исследования.** Изучение эффективности применения метода хирургического лечения двигательных нарушений на основе пятилетнего катамнестического наблюдения.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 24 больных ДЦП (12 человек со спастической диплегией, 8 больных – тетрапарез, 4 – гиперкинетическая форма). Средний возраст составил 6,5 лет. У всех пациентов выявлялись различные патологические синдромы (аддукторный – у 11 человек (45,83%), ректус – у 8 больных (33,33%), гамстринг – у 5 пациентов (20,83%), трицепс – у 9 детей (37,5%)), в том числе перекос таза – у 5 больных (20,83%), сколиоз – у 7 (29,17%) человек.

**Результаты.** При использовании данного метода мы ставили перед собой цель повысить эффективность реабилитации и воздействовать на мышцы, определяющие ведущую деформацию. После проведенных операций были полностью устранены контрактуры, что позволило добиться значительной положительной динамики в двигательном статусе больных. Следует отметить, что одним из преимуществ данного метода является использование его у пациентов с наиболее тяжелыми формами заболевания.

После проведенных томий восстановление движений происходит значительно быстрее, так как нет необходимости в длительном периоде иммобилизации, перевязке ран. Практически на месяц раньше (в сравнении с обычным хирургическим лечением) больной начинает курсы реабилитационных мероприятий, что значительно повышает эффективность всего лечения в целом.

Катамнестические наблюдения на протяжении 5 лет показали сохранение достигнутых эффектов у 22 больных (91,67%), при условии соблюдения рекомендаций по профилактике рецидивирования патологических двигательных синергий.

**Выводы.** Данные катамнестических наблюдений убедительно доказывают эффективность разработанного метода устранения порочных положений конечностей.

РОЛЬ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ  
С ПОРАЖЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ  
ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

**Ненько А.М., Пономаренко Ю.Н., Бурьянов А.А., Дерябин А.В.,  
Бласенко С.В., Хащук А.В.**

*Центральный детский клинический санаторий МО РФ,  
г. Евпатория*

**Актуальность.** Контрактуры и деформации верхней конечности у детей с церебральным параличом (ЦП) встречаются в 30–47% случаев и являются одной из наиболее распространенных причин детской инвалидности.

**Цель.** Определить значение хирургического лечения поражения руки в медико-социальной реабилитации больных детей.

**Материал и методы.** Изучены результаты хирургического лечения поражений верхней конечности у 854 детей с ЦП в возрасте от 4-х до 18-ти лет за период с 1966 по 2013 год. Характер контрактур был типичным. Тяжелая степень была у 236 (27,6%), средняя – у 560 (65,6%) и легкая – у 58 (6,8%). Всем 854 больным детям было проведено хирургическое лечение, выполнено 3424 операции. Применялись 79 видов хирургических операций.

Оценка результатов хирургического лечения проводилась в баллах: хорошие были у 42,3%, удовлетворительные у 50,9%, неудовлетворительные у 6,9%. У оперированных больных детей был широкий выбор профессий. Среди них имеются архитекторы, агрономы, библиотекари, врачи, вязальщицы, воспитатели, инженеры, экономисты, медицинские и счетно-канцелярские работники, слесари-сборщики, мастера пошива одежды, фотографы и фотолаборанты, переплетчики, учителя, поэты, товароведы, юристы. Среди работающих, занятых умственным трудом, было 38,6%, квалифицированным ручным – 52%, надомным – 9,4%.

**Вывод.** Проведенное хирургическое лечение способствовало улучшению манипулятивной функции кисти, расширению двигательных локомоций, психической деятельности и профессиональной адаптации. Через 4–6 лет после проведенного хирургического лечения у них сформировалась иерархия мотиваций, активизировались функции сознательных мотивов, появилась потребность к активной деятельности, что позволило многим из них стать членами мирового сообщества. Интегральный показатель степени медико-социальной реабилитации и социальной адаптации у оперированных больных детей был на 76,2% выше, чем у детей, лечившихся консервативными комплексными санаторно-курортными методами.

ПАРАЛИМПИЙСКОЕ ДВИЖЕНИЕ В СИСТЕМЕ  
МНОГОЛЕТНЕГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ  
В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО САНАТОРИЯ

**Ненько А.М., Шилкина Е.М., Власенко С.В., Пономаренко Ю.Н.**

*Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий  
Министерства обороны России, г. Евпатория  
Белорусский Государственный университет культуры и искусств,  
кафедра хореографии,  
г. Минск, респ. Беларусь*

**Актуальность.** Паралимпийское движение среди детей-инвалидов с детским церебральным параличом, активно развиваясь в последние десятилетия, охватывая все регионы России, имеет огромное значение для двигательного развития и социализации данного контингента больных. В санатории с 80-х годов прошлого века накоплен опыт развития одного из паралимпийских направлений.

**Цель исследования.** Оценка эффективности традиционных подходов в медицинской реабилитации больных ДЦП, формирующих реабилитационный потенциал спортивных достижений.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением в санатории находились 224 больных различными формами ДЦП, ежегодно проходивших курсы санаторно-курортного лечения. Комплексная реабилитация проводилась ежегодно, в том числе с этапным гипсованием, хирургической коррекцией, с учетом их занятий профессиональным спортом.

**Результаты.** В санатории с 80-х годов прошлого века впервые были созданы теоретические и методологические основы сочетания комплексного санаторно-курортного лечения и тренировки спортсменов, занимающихся спортивными танцами. Результаты многолетней реабилитации больных ДЦП показывают высокую эффективность существующей методологии. Указанное направление в настоящее время признано как паралимпийское в 12 странах мира.

Доказано, что интенсивный режим тренировок требует специализированной системы восстановительного лечения. Такое оптимальное сочетание возможно получить только при мультидисциплинарном участии специалистов: неврологов, ортопедов, психологов, врачей лечебной физкультуры, спортивных тренеров. Ежегодное наблюдение, своевременное оказание специализированной медицинской помощи, в том числе нейроортопедического лечения, позволяет избегать ортопедических осложнений, расширять двигательные возможности больных ДЦП, добиваться высоких спортивных показателей. Изучение катамнестических данных показывает, что больные

дети-спортсмены, регулярно находившиеся на санаторно-курортном лечении и реабилитации, стабильно занимают призовые места на различных соревнованиях, в том числе и на международном уровне.

**Выводы.** Современное развитие реабилитологии в санатории создает условия активного участия детей-инвалидов с ДЦП в паралимпийском движении. База и многолетний опыт Евпаторийского санатория является оптимальной для развития данного направления реабилитации, что создает предпосылки для создания специализированного центра по подготовке детей-инвалидов вследствие ДЦП для участия в паралимпийских соревнованиях различного уровня.

## КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ И ПРЕПАРАТОВ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**Нигматуллина М.В., Конова О.М., Дмитриенко Е.Г.,  
Мамедъяров А.М., Кузенкова Л.М.**

*ФГБУ «НЦЗД» РАМН, г. Москва*

За счет снижения показателей перинатальной смертности возросло число случаев неврологических нарушений, регистрируемых у детей, прежде всего детского церебрального паралича (ДЦП). У 80% детей с ДЦП расстройства движения являются результатом спастичности мышц в сочетании со снижением силы мышц-антагонистов.

**Целью** работы явилось научное обоснование эффективности применения у детей со спастическими формами ДЦП электромиостимуляции (ЭМС) в комплексе с ботулинотерапией препаратом «Диспорт».

**Материалы и методы.** Обследованы в динамике 60 детей в возрасте от 3 до 16 лет с ДЦП. 40 пациентам основной группы со 2-го дня после введения препарата «Диспорт» в спастичные мышцы применяли ЭМС ослабленных мышц-антагонистов спастичным. 20 детям группы сравнения проводилось только введение препарата «Диспорт», без последующего применения физиотерапии. Для оценки эффективности до и после курса лечения сравнивались клинические данные с оценкой неврологического статуса по шкале Ashworth, для количественного анализа состояния мышечного тонуса использовалась электромиография (ЭМГ) и гониометрия.

**Результаты.** В основной группе заметная положительная динамика наблюдалась уже к 5-6 процедуре в виде улучшения рисунка ходьбы, мелкой моторики. К концу курса объем движений в суставах верхних и нижних конечностей увеличивался на  $35,4 \pm 5,8$  градусов, патологический мышечный тонус снижался на  $1,8 \pm 0,4$  балла по шкале Ashworth,

динамика ЭМГ в мышцах верхних конечностей составляла от 26,3±2,4 мкВ до 55,0±4,1 мкВ, на нижних конечностях от 17,5±2,1 мкВ до 44,5±3,9 мкВ. Неблагоприятных эффектов не наблюдалось ни в одном случае.

В группе сравнения положительная динамика имела ту же направленность, но была менее выражена: объем движений в суставах верхних и нижних конечностей увеличивался на 21,0±5,1 градуса, патологический мышечный тонус снижался на 1,1±0,7 балла по шкале Ashworth, динамика ЭМГ в мышцах верхних конечностей составляла от 27,1±2,9 мкВ до 43,8±3,9 мкВ, на нижних конечностях от 16,5±2,7 мкВ до 32,4±3,3 мкВ.

**Выводы.** Таким образом, включение ЭМС в комплексную реабилитацию детей со спастическими формами ДЦП позволяет повысить ее эффективность за счет увеличения объема движений, мышечной силы и координации движений, что позволяет достичь значительной коррекции двигательных функций.

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРТЕЗИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ДЦП

**Новиков В.И., Малахов О.А., Новиков И.В.**

ООО «Протезно-ортопедическое малое предприятие «ОРТЕЗ»,  
г. Москва

ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, г. Москва

**Актуальность.** Ортезирование детей с последствиями ДЦП прочно вошло в практику комплексной реабилитации. Это подтверждается утвержденными методическими рекомендациями № 41. При этом в последние годы постоянно возрастало количество назначаемых ортезов максимальной готовности иностранного производства. В связи с вводимыми в последнее время санкциями возможна ситуация, при которой будут резко ограничены поставки зарубежных ортезов, материалов для их изготовления. Поэтому актуально устранение угрозы, которая может затронуть десятки тысяч больных детей.

**Цель работы.** Анализ отечественных разработок, выявление перспективных импортозамещающих ортезов во взаимосвязи с патологическими проявлениями ДЦП, применение новых отечественных ортезов и оценка результатов ортезирования.

**Материалы и методы.** Пациентами являлись дети с последствиями ДЦП, разбитые по группам разного уровня и степени поражения. Больным проведено ортезирование импортозамещающими ортезами на основе композиционных материалов. Дети наблюдались до, в процессе ортезирования и в отдаленном периоде.

**Результаты.** Анализ информационных источников выявил лишь несколько новых отечественных разработок ортезов. Применение

композиционных материалов встречается в единичных случаях. При этом используются реактопласты, что не позволяет проводить доформовку гильз по мере изменения медицинских требований. Применяемые листовые термопласты обладают хорошим внешним видом, но создают потливость, тяжелы, недостаточно прочны.

Термопластичные композиты широко использует только ООО «ПРОП МП «ОРТЕЗ». К инновационным импортозамещающим ортезам для детей с последствиями ДЦП, у которых требуется коррекция положения тазобедренных суставов, следует отнести аппарат ортопедический по патенту № 2388435. Другая конструкция аппарата предназначена для ортезирования дистальных отделов нижних конечностей (патент № 2320299). Интерес представляет реклинатор, имеющий ряд преимуществ перед зарубежными аналогами (патент № 2589323), а также корсет ортопедический (патент № 2466696), корсет-вертикализатор (патент № 2332965).

Патентообладатель указанных выше ортезов – ООО «ПРОП МП «ОРТЕЗ». Проведено ортезирование не менее чем ста больных каждым из выше приведенных ортезов. Отмечена их повышенная функциональность, легкость, воздухопроницаемость, гигиеничность. Результаты ортезирования положительные.

#### **Выводы.**

1. Импортозамещение в области ортезирования является насущной задачей, влияющей на безопасность страны и имеется ряд инновационных ортезов, требующих широкого применения в России.
2. С целью расширения номенклатуры инновационных импортозамещающих ортезов следует разработать проекты и включить их в различные программы.

### **ВОЗРАСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

**Норкин И.А., Рубашкин С.А., Затравкина Т.Ю.**

*ФГБУ «Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» Министерства здравоохранения РФ,  
г. Саратов*

**Цель исследования.** Изучить особенности строения тазобедренных суставов у детей с детским церебральным параличом различных возрастных групп.

**Материалы и методы.** Проведено клиническое и рентгенологическое обследование 75 пациентов, находившихся на лечении в детском травматолого-ортопедическом отделении ФГБУ «СарНИИ-

ТО». Все пациенты были в возрасте от 2 до 18 лет, 41 мальчик и 34 девочки. Спастический тип нарушения мышечного тонуса отмечается у 88% пациентов, гиперкинетический тип – у 7%, смешанный тип – у 4%, атонический тип – у 2%; 30 детей страдают ДЦП в форме тетрапареза, 27 – в форме гемипареза и 18 – в форме нижнего спастического парапареза. Было выделено 4 возрастные группы: от 1 до 3 лет, от 4 до 7 лет, от 8 до 12 лет и старше 12 лет.

В соответствии с классификацией Gross Motor Function Classification System (Palisano R.J. et al., 1997) проводилась оценка степени функциональных ограничений. Также клинически оценивались постуральные нарушения (деформации стоп, контрактуры других суставов нижних конечностей). По рентгенограммам тазобедренных суставов в фасной проекции и с внутренней ротацией нижних конечностей производилась оценка следующих параметров: ацетабулярного индекса (АИ), шеечно-диафизарного угла (ШДУ), угла Виберга (УВ), угла вертикального наклона входа в вертлужную впадину (УВНВВп), миграционно-го индекса (индекса Реймерса, МИ).

**Результаты и обсуждение.** При оценке клинических показателей наибольшее число пациентов отнесены к 2 и 3 классам по GMFCS. При оценке рентгенологических характеристик выявлены следующие закономерности: у пациентов 1 класса по GMFCS сохраняется возрастная ретенция ШДУ и АИ, МИ не превышает 25%, отсутствуют сгибательные и приводящие контрактуры тазобедренных суставов, а постуральные нарушения вызваны деформациями стоп.

У пациентов 2 класса при умеренных двигательных ограничениях увеличиваются средние показатели ШДУ и АИ (148° и 23°, соответственно), МИ возрастает до 35%, присоединяются контрактуры тазобедренных суставов.

У пациентов 3 класса по GMFCS отсутствует возрастная ретенция ШДУ, АИ значительно повышен относительно возрастной нормы. МИ возрастает до 50%, отмечается выраженное уменьшение угла Виберга. Постуральные нарушения проявляются сочетанием сгибательных и приводящих контрактур тазобедренных суставов, коленных суставов и деформаций стоп.

Все указанные показатели прогрессируют в 4 группе пациентов (4 класс по GMFCS). МИ увеличивается до 60–75%, однако вывих бедра отсутствуют. В 5 группе выраженные изменения всех компонентов тазобедренных суставов встречаются начиная с 4 лет. По мере роста пациента нестабильность прогрессирует вплоть до развития вывиха головки бедренной кости.

Клинически присутствуют фиксированные контрактуры тазобе-

дренных и коленных суставов, ограничение отведения бедра до 25°, трудности перианальной гигиены, болевой синдром, нарушения сна. Таким образом, по мере роста усугубляются двигательных нарушений, прогрессирует развитие нестабильности тазобедренных суставов, причем у пациентов 3–5 классов по GMFCS сохраняется «инфантильный» тип строения тазобедренных суставов, который в сочетании с миогенными контрактурами углубляет двигательный дефицит.

ВЛИЯНИЕ «ЦЕРЕБРОЛИЗИНА» НА ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ  
КРОВОТОК ПРИ КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ  
У ДЕТЕЙ 3–7 ЛЕТ

**Огородова И.И.**

*МБУЗ Городская детская поликлиника № 1,  
г. Краснодар*

**Актуальность.** Коррекция речевых расстройств по сей день остаётся актуальной проблемой неврологии. Социальный аспект состоит в том, что дети с выраженными нарушениями речи и других высших психических функций не могут успешно учиться, усваивать школьную программу. Лечение таких детей необходимо для предотвращения будущей академической неуспеваемости, отстранения от общества.

**Цель.** Целью работы явилось исследование изменений церебральной гемодинамики у детей 3–7 лет, страдающих речевыми расстройствами, на фоне лечения с применением полипептидного препарата «Церебролизин» в амбулаторных условиях. Проведя транскраниальное дуплексное сканирование до лечения и через месяц после окончания курса, отмечено, что включение данного препарата в схему лечения не только улучшает качество речи и способствует регрессу неврологической симптоматики, но и положительно влияет на церебральную гемодинамику. Применение «Церебролизина» улучшало качественные и количественные показатели артериального и венозного кровотока, способствовало восстановлению цереброваскулярной реактивности.

**Материалы и методы.** Наблюдение проводилось в течение 2013–2014 годов. Транскраниальное дуплексное сканирование проведено 84 детям в возрасте от 3 до 7 лет с нарушением речевого развития. Общее количество выбранных пациентов по случайному принципу разделили на две группы: первая – 41 ребёнок, вторая – 43 ребёнка.

С детьми первой группы проводились занятия с логопедом. Вторая группа, помимо занятий с логопедом, получала инъекции «Церебролизина» в течение 20 дней. Исследование проводилось дважды, до лечения и спустя 1 месяц, на аппаратах Philips HD3, датчики С 4-2, С 5-2, Унисон 2-03, датчики СА 621, РА 230. При интерпретации данных использованы оценочные таблицы

Национального руководства по лучевой диагностике и терапии.

**Результаты.** Основные УЗ-паттерны, выявленные за весь период наблюдения: мозаичная асимметрия индекса резистентности (RI, resistance index), внутрибассейновая асимметрия, диффузное повышение RI, снижение линейных скоростей кровотока в каротидном бассейне, снижение линейных скоростей кровотока в вертебробазиллярном бассейне, асимметрия кровотока, изменённая цереброваскулярная реактивность – вазодилататорный и вазоконстрикторный тесты, повышение скорости венозного оттока по базальным венам, вене Галена, увеличение ширины третьего желудочка, глубины залегания затылочных рогов боковых желудочков. Эти показатели в процессе лечения претерпевали изменения.

Ультразвуковые синдромы		До лечения		После лечения	
		Абс.	%	Абс.	%
Мозаичная асимметрия RI	Группа контроля **	29	70	27	66
	Группа «Церебролизина»*	31	72	12	28
Внутрибассейновая асимметрия	Группа контроля **	15	37	12	29
	Группа «Церебролизина»*	21	51	7	16
Диффузное повышение RI	Группа контроля**	5	11	3	7,3
	Группа «Церебролизина»*	7	17	0	0
Снижение ЛСК в каротидном бассейне	Группа контроля **	16	39	11	27
	Группа «Церебролизина»**	14	33	4	9,3
Снижение ЛСК в вертебро-базиллярном бассейне	Группа контроля **	13	32	13	32
	Группа «Церебролизина»**	12	28	5	12
ЦВР, вазодилататорный тест	Группа контроля **	7	17	6	15
	Группа «Церебролизина»*	6	14	0	0
ЦВР, вазоконстрикторный тест	Группа контроля**	23	56	20	49
	Группа «Церебролизина»*	27	63	3	7
ЛСК базальных вен	Группа контроля**	25	61	24	58
	Группа «Церебролизина»*	20	46	7	16
Ширина третьего желудочка >5 мм	Группа контроля **	8	19	8	19
	Группа «Церебролизина»*	9	21	5	12
Глубина залегания затылочных рогов боковых желудочков > 16мм	Группа контроля **	28	68	28	68
	Группа «Церебролизина»*	30	70	19	44

\* – Различия по сравнению с исходными показателями статистически достоверны ( $p < 0,05$ ).

\*\* – Различия по сравнению с исходными показателями не достигли уровня статистической значимости ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, оценивая ультразвуковые критерии, выявлено, что вводя в схему лечения «Церебролизин», мы получили улучшение гемодинамики у большего количества пациентов в виде нормализации сосудистого сопротивления и цереброваскулярной реактивности, восстановления внутрибассейновой симметрии кровотока. Значимого влияния на линейные скорости кровотока, по результатам исследования, «Церебролизин» не оказывал.

**Выводы.** В проведённом исследовании показана возможность эффективного инструментального контроля лечения пациентов с нарушением речевых функций. При этом выявлено следующее: у детей, получавших «Церебролизин», быстрее компенсировались сосудистые дистонии, нормализовались показатели цереброваскулярной реактивности.

### КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ «ЦЕРЕБРОЛИЗИНА» В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИ КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ 3–7 ЛЕТ

**Огородова И.И.**

*МБУЗ Городская детская поликлиника № 1,  
г. Краснодар*

**Актуальность.** Нарушение речи и других высших психических функций являются одной из наиболее часто встречающихся форм патологии среди детей дошкольного возраста – 20–25%. Актуальность проблемы состоит в том, что сохранение речевых нарушений в подростковом и взрослом возрастах ограничивает социальную адаптацию и профессиональный выбор пациентов.

**Цель.** Исследование эффективности применения полипептидного препарата «Церебролизин» в амбулаторных условиях у детей, страдающих речевыми нарушениями.

**Материалы и методы.** Наблюдение проводилось в течение 2013–2014 годов. Группа исследования составила 84 ребёнка от 3 до 7 лет. Из них, следуя логопедической классификации: общее недоразвитие речи второго уровня – 10 человек (11,9%), общее недоразвитие речи третьего уровня – 74 человека (88,1%). В группе преобладали мальчики – 53 (63%), девочки – 31 (37%). 65 детей (77%) имели синдромы гиперактивности и дефицита внимания, астенический синдром, эмоционально-волевые нарушения, недифференцированность движений пальцев рук и артикуляционных движений.

Выбранных пациентов по случайному принципу разделили на две группы: первая – 41 ребёнок, вторая – 43 ребёнка. Дети первой подгруппы проводили занятия с логопедом. Вторая подгруппа, по-

мимо занятий с логопедом, получала инъекции «Церебролизина» в течение 20 дней. Контроль лечения осуществлялся путем оценки неврологического статуса, логопедического статуса, оценки тонкой моторики тестом на диспраксию-дизгнозию.

**Результаты исследования и обсуждение.** В результате лечения имело место улучшение показателей психоречевого развития как у детей первой, так и второй группы. Отмечалась коррекция звукопроизношения, автоматизация звуков, расширился словарный запас, улучшилась лексика, грамматика, компенсировались психоневрологические нарушения. На фоне лечения «Церебролизин» показатели психоречевого развития улучшились у 39 детей из 2 подгруппы, что составило 81,5% (в группе сравнения аналогичный показатель составил 46,6% – 19 детей).

Помимо психоречевого развития, имела место положительная динамика при выполнении заданий по мелкой моторике. В группе детей, которые получали «Церебролизин», процент выполняемых заданий увеличился на 23%, а в группе сравнения – на 11%. Редукция клинических признаков синдрома дефицита внимания и гиперактивности в группе детей, получавших «Церебролизин», также проходила с более быстрыми темпами.

Таким образом, характеризуя динамику неврологического и логопедического статуса у детей двух групп во время исследования, необходимо отметить, что пациенты, в чей план лечения входил «Церебролизин», показывали более стабильные результаты в восстановлении речевой функции (звукопроизношение, лексика, грамматика), компенсации неврологической симптоматики.

**Выводы.** В проведенном исследовании показана возможность эффективного амбулаторного лечения пациентов с нарушением речевой функции. При этом выявлено следующее: применение «Церебролизина» способствует регрессу неврологической симптоматики, ускоряет темпы речевого развития и улучшает качество речи.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО  
СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ В УСЛОВИЯХ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ  
**Орлова Г.И., Суворова С.А., Батышева Т.Т.**

*НПЦ детской психоневрологии Департамента Здоровоохранения,  
г. Москва*

Как правило, ребенка с подозрением на расстройства аутистического спектра должны обследовать детский психиатр, психолог, специальный педагог и логопед. В то же время, одной из основных

причин первичного обращения родителей таких детей к специалистам являются нарушения речевого развития. Таким образом, чаще именно логопед проводит первичную диагностику развития ребенка и задает направление семье для необходимых дальнейших действий.

Как известно, при аутизме речь страдает в первую очередь и восстанавливается постепенно и поэтапно. Ребенок с аутизмом, независимо от срока появления и уровня развития речи, не использует ее как средство общения. В то же время, у него может развиваться экспрессивная речь с эхолалией, искаженным интонированием, нарушениями голоса, инверсией местоимений. При этом речевые проблемы могут варьировать от мутизма до нарушений коммуникативной функции формально сохранной речи с большим словарным запасом и развернутыми высказываниями.

Работа логопеда у детей с аутизмом направлена на преодоление артикуляционной апраксии, развитие слухового внимания, фонематического, речевого слуха. Проводятся дыхательные, голосовые упражнения, осуществляется постановка звуков, их автоматизация, расширение словарного запаса, развитие способности к составлению предложений по картинкам, их сериям, работа над связным текстом, состоящим из бесед, пересказа, «проигрывания», драматизации разных тем, воспроизведение стихотворной речи и др.

В работе логопед обращает внимание на визуальный контакт, особенности комплекса оживления, узнавание близких, формирование привязанности к ним, реакцию на нового человека, контакт с детьми, отношение к физическому контакту, реакцию на словесные обращения, отсутствие отклика на имя, избирательность ответных реакций на речь, отсутствие адекватного жеста, поведение в одиночестве, отношение к окружающему.

Основное внимание следует уделить обследованию понимания речи и ее коммуникативного использования. В первую очередь, в спонтанной ситуации обследуется состояние импрессивной речи. Изучается понимание ребенком высказываний, содержащих аффективно значимые для него слова. Затем проверяется понимание словесных инструкций. Направленное обследование понимания речи включает в себя задания на понимание названий предметов; действий; качеств предметов; понятий, выражающих пространственные отношения.

Одновременно с пониманием исследуется собственная речь. Во время наблюдения за спонтанным поведением ребенка фиксируются различные вокализации и звуки внегортанного происхождения. Также следует обращать внимание на наличие спонтанного подра-

жания различным звукам, словам; выражение требований или отказа; фиксируются эхолалии; отмечаются собственные спонтанные высказывания ребенка.

Логопед, участвуя в психолого-педагогическом сопровождении ребенка с аутизмом, осуществляет эмоционально-смысловой комментарий как необходимый элемент занятий, что позволяет добиться включенности ребенка в реальность, осознания происходящего вокруг, понимания им речи.

Целесообразно вести работу по развитию речи у детей с аутизмом от жеста к слову. На этом этапе в процессе манипуляции с предметом развивается не только тактильное, но и мышечное, кинестетическое, зрительное, слуховое восприятие, закрепляется связь предметов с их словесным обозначением. Для закрепления комплекса «глаз–рука» и развития мелких мышц кисти в дальнейшем проводится ряд специальных игр с предметами, обязательно с речевым сопровождением в виде потешек, четверостиший, песен, что позволяет использовать не только прямую, но и обратную афферентацию в речевые, моторные центры головного мозга.

Развитие понимания речи – это осознание происходящего вокруг и, следовательно, понимание речи с помощью эмоционально-смыслового комментария, который должен быть обязательно привязан к опыту ребенка, вносить смысл в активность ребенка, расставить положительные «эмоциональные акценты» в окружающем (фиксировать приятные ощущения и сглаживать, по возможности, неприятные), прояснять причинно-следственные связи, суть явлений, передавать смысл житейских событий, давать представление о человеческих эмоциях, быть не слишком простым и односложным. Для этого используются случайные впечатления, бытовые, игровые, учебные ситуации, эпизоды, предметное и сюжетное рисование, короткие прозаические рассказы и сказки.

Развитие возможности активно пользоваться речью – это ратормаживание речи в процессе постоянного воспроизведения в игре или на занятиях; закрепление имеющихся слов, закрепление вновь появившихся слов и фраз, привязывая их по смыслу к ситуации, обыгрывая, отвечая на них, создавая впечатление реального диалога, развитие способности к пересказу, обучение глобальному чтению, дальнейшее развитие понимания речи, фонетической стороны речи, возможности пользоваться грамматически правильной активной речью, закрепляет навыки глобального чтения, обучает послоговому чтению, письму и счету.

Присутствие мамы на занятии может быть необходимо ребенку.

Вначале, например, он может сидеть на коленях у мамы, что дает ему ощущение безопасности. По мере укрепления эмоционального контакта с ребенком роль мамы на занятии уменьшается, она может сидеть рядом с ребенком. В ситуации развития ребенка с серьезными нарушениями эмоционального развития должны быть активно задействованы все его близкие. Необходимость активного участия всех членов семьи, родных в воспитании такого ребенка связана с особыми трудностями формирования у него разнообразных форм контакта.

Современный мировой опыт показывает, что ранняя диагностика и дальнейшая длительная комплексная адекватная медико-психолого-педагогическая коррекция дают возможность многим детям с аутизмом обучаться в школе.

#### РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЕ ПРОТОКОЛА КОМПЛЕКСНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА ПРИ ПОДОЗРЕНИЯХ НА РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

**Переверзева Д.С., Данилина К.К., Сорокин А.Б., Батышева Т.Т.**

*Научно-практический центр детской психоневрологии, г. Москва*

*Московский городской психолого-педагогический университет,*

*г. Москва*

Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой группу нарушений развития, которые объединяет наличие качественных нарушений социального взаимодействия, вербальной и невербальной коммуникации, стереотипных паттернов поведения, своеобразие интересов и активности.

В последние годы отмечается существенный рост количества детей, имеющих проблемы, характерные для РАС. Согласно последним исследованиям, проведенным Центром по контролю и профилактике заболеваемости США (CDC, 2013 г.) частота встречаемости РАС достигла 1 : 68 человек. Причины такого невероятного подъема заболеваемости неизвестны, однако, это делает крайне актуальной задачу ранней диагностики и организации помощи семьям детей с такими заболеваниями.

Трудности адаптации при РАС определяются комплексом причин, к которым в первую очередь относятся базовые нарушения коммуникации, социального обмена, эмоциональной и когнитивной сферы. Это приводит к формированию особого вектора развития, связанного с изолированным, дезинтегративным формированием психических функций, трудностям применения и использования даже хорошо усвоенных навыков. Настоящая работа посвящена

разработке и внедрению *комплексного протокола психологического обследования ребенка* при подозрении на РАС.

Скрининговые методы: Социально-коммуникативный опросник (SCQ), опросник на определение тяжести аутистических расстройств (CARS), Модифицированная анкета для определения риска аутизма у детей раннего возраста (M-CHAT).

Общий диагностический протокол для определения риска РАС: Интервью для диагностики аутизма (ADIR); План диагностического обследования при аутизме (ADOS).

Анализ наследственного характера заболевания: генограмма семьи.

Когнитивное развитие: Батарей тестов Кауфманов (CABC-II); Психолого-образовательный профиль (PEP-3), тест Векслера – детский вариант (WISC).

Развитие социальной сферы: шкала адаптивного поведения Вайнеленд. Работа поддержана грантом РФФИ 14-06-31284.

## ПОЛИТЕРАПИЯ АНТИКОНВУЛЬСАНТАМИ СЛОЖНОКУРАБЕЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

**Пилина Г.С., Комиссарова Н.В.**

*ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»,  
г. Ижевск*

Известно, что монотерапия эпилептических приступов неэффективна примерно у 40% пациентов. Это вызывает необходимость поиска эффективной комбинации двумя и более антиконвульсантами для контроля приступов.

**Цель** исследования – изучение эффективности различных комбинаций антиконвульсантов в терапии сложнокурательной эпилепсии у детей.

**Методы.** Пациенты с частыми приступами в возрасте до 18 лет. Политерапия приступов следующими комбинациями антиконвульсантов: карбамазепин и вальпроевая кислота (n=6), ламотриджин и вальпроевая кислота (n=10), ламотриджин и топирамат (n=12), топирамат и вальпроевая кислота (n=12), топирамат и левитирацетам (n=8). Политерапия начата после неэффективного лечения одним антиконвульсантом в течение 6 месяцев. Эффективность комбинации антиконвульсантов оценивалась через 6 месяцев.

**Результаты.** В исследовании участвовали 48 детей: 20 мальчиков, 28 девочек, средний возраст  $9,7 \pm 3,2$  мес., с различными типами приступов: генерализованными тонико-клоническими (n=8), генерализованными миоклоническими (n=12), абсансами (n=4), парциальными (n=24). Эффективность политерапии в различных ком-

бинациях отмечалась во всех случаях в виде уменьшения частоты приступов. Полное купирование приступов наблюдалось: при комбинации вальпроевой кислоты и карбамазепина у 33% (2/6) пациентов, ламотриджина и вальпроевой кислоты у 60% (6/10) пациентов, ламотриджина и топирамата у 58% (7/12), топирамата и вальпроевой кислоты у 83% (10/12) и при сочетании топирамата и левитирацетама в 100% (8/8).

Побочные эффекты в виде тремора и ожирения отмечались в 5 случаях при комбинации вальпроевой кислоты с ламотриджином или карбамазепином.

**Заключение.** Полученные результаты исследования показали высокую эффективность политерапии сложнокурабельных эпилептических приступов у детей комбинацией топирамата и левитирацетама, а также топирамата и вальпроевой кислоты.

#### ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП

**Полонская Н.М., Индерейкин М.В., Филижанко Т.В., Фу Р.Г., Петров Ю.А.**

*НПЦ медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы ДЗ г. Москвы*

**Актуальность.** Дети и семьи детей, страдающих детским церебральным параличом, с тяжелой степенью двигательных нарушений (GMFCS, 4–5 уровень) в большинстве случаев имеют низкий уровень качества жизни. Применение оптимальных методов борьбы со спастичностью и вторичными контрактурами конечностей важны для улучшения двигательного статуса пациентов данной группы. Сопутствующие состояния (симптоматическая эпилепсия, нарушения зрительного анализатора, белково-энергетическая недостаточность и др.) диктуют необходимость проведения лечения данных пациентов в условиях специализированного многопрофильного стационара.

**Цель:** обобщить опыт использования ботулинотерапии, функционального нейрохирургического и хирургического ортопедического лечения детей с тяжелыми формами ДЦП в условиях НПЦ медицинской помощи детям.

**Материалы и методы.** Ботулинотерапия (БТ) применялась 20 пациентам со спастическими формами ДЦП (средний возраст 5,5 лет), имеющим тяжелые двигательные нарушения, (GMFCS, 4–5 уро-

вень). Инъекции препарата ботулотоксина А («Ботокс», «Аллерган») проводились в мышцы верхних и нижних конечностей (преимущественно проксимальные группы мышц), в ряде случаев использовался УЗИ-контроль. Общая доза на массу тела на одну процедуру составляла от 8,5 до 18 ЕД/кг (средняя 12,5 ЕД/кг).

Селективная дорзальная ризотомия (СДРТ) на поясничном уровне с интраоперационным миографическим контролем была проведена 22 пациентам (средний возраст 7,5 лет), GMFCS, 5 уровень, 80% из них использовали ранее ботулинотерапию, которая имела недостаточный или кратковременный эффект. Определялись цели антиспастического лечения – увеличение объема активных и пассивных движений в крупных суставах верхних и нижних конечностей (100% случаев), облегчение ухода (100%), снижение болевого синдрома (35%), улучшение переносимости методов физической реабилитации (60%), приобретение новых двигательных навыков (35%).

Проводилась оценка мышечного тонуса до и после лечения. Ортопедическое хирургическое лечение проводилось 52 пациентам (средний возраст 8,5 лет, GMFCS, 3–5 уровень), 70% пациентов были проведены сухожильно-мышечные пластики (преимущественно множественные многоуровневые теномиотомии), 30% – костно-пластические операции (корректирующие остеотомии, реконструктивные операции на тазобедренных суставах, коррекция деформаций стоп). Выбор метода лечения определялся при проведении совместного консилиума с участием невролога, нейрохирурга, ортопеда и врача ЛФК.

**Результаты и обсуждение.** БТ использовалась в большинстве случаев в качестве первого этапа лечения для оценки влияния антиспастической терапии на качество жизни пациентов. Снижение мышечного тонуса в отдельных мышечных группах было достигнуто у 95% пациентов, у этих пациентов было отмечено облегчение ухода, увеличение объема пассивных движений, у 45% отмечалось улучшение переносимости методов физической реабилитации, у 20% приобретение новых двигательных навыков. СДРТ чаще применялась на втором этапе, у пациентов с большей тяжестью двигательных нарушений.

Как результат операции, снижение мышечного тонуса у таких больных преимущественно отмечалось в проксимальных мышечных группах нижних конечностей (до 2-3 баллов по шкале Ашфорт), наибольший эффект отмечался в сфере снижения боли, облегчения ношения ортопедических изделий и облегчения ухода. Ортопедическое хирургическое лечение проводилось у детей в более старшей возрастной группе, учитывался психический статус ребенка и готовность родителей активно участвовать в реабилитационном процессе

с раннего восстановительного периода после проведения операции.

Положительный эффект лечения отмечался в более отдаленные сроки, носил более стойкий характер, но часто зависел от качества проводимого восстановительного лечения в постоперационном периоде. БТ в качестве дополнительного метода в ряде случаев использовалась в качестве подготовки к оперативному ортопедо-хирургическому лечению и как способ снижения мышечного тонуса в верхних конечностях при проведении СДРТ на уровне поясничного утолщения.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

**Польская А.В.**

*МБУЗ «Городская детская больница» г. Белгорода*

**Актуальность.** В Белгородской области в структуре детской инвалидности одно из первых мест занимают болезни нервной системы, из которых до 40% составляет детский церебральный паралич. С развитием перинатологии, родовспоможения, выхаживанием младенцев с низкой и экстремально низкой массой тела, развитием экстракорпорального оплодотворения и появлением в связи с этим на свет двоен и троен, в большинстве случаев недоношенных, повышается риск развития двигательных нарушений у рожденных детей. В раннем детском возрасте врачам и родителям нужно приложить максимум усилий, чтобы реабилитировать ребенка. Это связано с высоким восстановительным потенциалом развивающегося мозга, его «пластичностью», когда выполнение каких-то утраченных или нарушенных функций могут взять на себя здоровые отделы.

**Материалы и методы.** В Белгородской области стационарная специализированная помощь детям с двигательными и психоречевыми нарушениями в возрасте от 3 месяцев до 3 лет 11 месяцев осуществляется в областном отделении «Психоневрологическое для детей раннего возраста» МБУЗ «Городская детская больница» г. Белгорода, функционирующем с 1990 г. В отделении к детям как первого года жизни с имеющимися двигательными нарушениями, так и к детям с выставленным диагнозом «детский церебральный паралич» осуществляется мультидисциплинарный подход.

Медикаментозная терапия нейропротективными, сосудистыми, метаболическими препаратами сочетается с массажем, индивидуальной лечебной физкультурой, физиотерапией, а также с логопедической коррекцией и занятиями с клиническим психологом. На повторные курсы лечения пациенты поступают через каждые 3 месяца. В перерывах между курсами стационарного лечения дети по-

лучают нейрометаболическую терапию амбулаторно.

**Результаты.** В результате анализа многолетней работы отделения, использования стратегии раннего начала и долгосрочного характера лечения, при согласованной работе специалистов различного профиля, комплексности и этапности проводимого лечения установлено, что к 2–3-летнему возрасту отставание в статико-моторном и психоречевом развитии постепенно компенсируется у абсолютного большинства пролеченных детей с выставленным диагнозом «детский церебральный паралич». Доказана прямая зависимость результатов реабилитации ребенка от возраста, в котором она начата.

**Выводы.** Раннее восстановительное лечение детей от рождения, индивидуальный подход, привлечение родителей, обучение их методикам восстановительного лечения в домашних условиях, комплексность и этапность лечения способствуют предотвращению детской психоневрологической инвалидности, дальнейшей социализации детей в обществе и соответствуют перспективным направлениям развития здравоохранения.

#### ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ И ЭПИЛЕПСИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Пшемьская И.А., Полухина Н.В., Слободчикова Н.С.,  
Позднякова Д.А., Батышева Т.Т.**

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

**Актуальность.** ДЦП занимает ведущее место среди инвалидизирующих заболеваний и составляет 1,7–5 случаев на 1000 человек. (O/Shea 2008г, Галым А.Г., Достаева Б.С. 2012 г.). Риск развития эпилепсии и эпилептических синдромов у детей с ДЦП составляет от 15 до 90% (Белоусова Е.Д. 2004, Елецкова Л.В. 2009 г.). Для детей с ДЦП характерно развитие симптоматических форм эпилепсии, но не исключает и возникновение идиопатических форм. Чаще эпилепсия встречается при спастических формах, особенно при спастическом тетрапарезе (до 60%). До 50% случаев эпилепсии при ДЦП является фармакорезистентными (Малиновская О.Н. 2004 г.). Возникновение эпилептических приступов значительно снижает реабилитационный потенциал пациентов, затрудняет или прекращает восстановительную терапию, что ухудшает прогноз.

**Материалы и методы.** В 2012 году пролечены 17 пациентов в возрасте до года, с диагнозом «симптоматическая эпилепсия» (4,5% от пролеченных больных), в 2013 году – 17 детей (3,9%), за 7 месяцев

2014 – 18 детей (5,43%). Детям проводился комплекс реабилитационной терапии. Объем лечения зависел от полноты медикаментозного контроля над приступами и наличия побочных эффектов. Пациентам проводился ЭЭГ-контроль, УЗИ органов брюшной полости, исследование уровня печеночных ферментов и свертывающей системы.

**Результаты.** При впервые выявленной эпилепсии на фоне подбора противоэпилептической терапии объем восстановительной терапии был минимален, но не прекращался. При достижении ремиссии или при значительном сокращении приступов, на фоне адекватной терапии и под контролем ЭЭГ, объем терапии расширился, включая физиотерапевтические методики. Ухудшение ЭЭГ-показателей отмечалось у 2 детей, без клинического проявления приступов. Еще у 2 детей прекращение реабилитации было связано с выраженной анемией, ниже 80 г/л (возраст до 3 месяцев, на фоне неадекватной дозы вальпроатов).

**Выводы.** Наличие эпилептических приступов не является абсолютным противопоказанием для проведения восстановительной терапии, но требует тщательного подбора методик реабилитации на фоне адекватной антиэпилептической терапии, динамического контроля ЭЭГ, системы кроветворения и функции печени.

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО ОБРАЩЕНИЯ К ЛОГОПЕДУ ДЕТЕЙ С ДЦП Пятницына И.А.

*МБУЗ «Городская детская больница» г. Белгорода*

**Актуальность.** В основе возникновения ДЦП лежит нарушение онтогенетического развития головного мозга вследствие повреждающего воздействия различных патологических факторов в пренатальном, неонатальном и постнатальном периодах. Вследствие этого у детей с ДЦП наблюдаются различные речевые нарушения, которые можно выявить уже на ранних этапах.

По данным различных авторов, речевые расстройства в клинике ДЦП составляют от 70 до 87% (Е.М. Мастюкова, 1973 г. и др.). Поэтому является важным не только раннее выявление данного заболевания и начало реабилитации детей с ДЦП медикаментозной терапией и физиотерапией, но и раннее выявление речевых расстройств и работа с детьми, имеющими такие расстройства. Бытует мнение у многих врачей, что детей до 3-х лет посылать на консультацию к логопеду не стоит (мол, и так «заговорит»). Соответственно, и логопеды работу с детьми до 3-х лет проводят слишком мало. Что, по моим наблюдениям, совершенно неверно: ведь чем раньше выявить рече-

вое нарушение и начать занятия, тем эффективней будет результат.

**Материалы и методы.** На базе МБУЗ «Городская детская больница» г. Белгорода с 1990-х годов существует психоневрологическое отделение для детей раннего возраста, где логопед, наряду с врачами-неврологами, осуществляет раннюю диагностику и коррекцию речевых нарушений у детей. Из всех пациентов, которых я беру на занятия в отделении, 70% составляют дети до 3-х лет. Из них почти 80% составляют дети с органическими поражениями ЦНС, а из этого количества 50% составляют дети с различными формами ДЦП. Занятия с логопедом в отделении проводятся в индивидуальной форме. Для этого на каждого ребёнка составляется индивидуальный план с учетом основного заболевания и речевых нарушений. На занятиях присутствует мать, которая далее по предложенному плану продолжает заниматься с ребенком с учетом результатов, полученных на занятиях.

**Результаты и обсуждение.** В результате, почти 90% детей с различными формами ДЦП, прошедших занятия в отделении с логопедом, выписываются с улучшениями: у «молчунов» появляются осознанные звукоподражания или звукокомплексы, а иногда и первые слова; некоторые плохо говорящие дети более четко произносят слова простой слоговой структуры; в активном словаре появляются новые слова и даже простые фразы из двух слов или слово + звукоподражание. У детей возрастает подвижность артикуляционного аппарата и улучшается мелкая моторика рук. Но необходимо отметить, что все занятия с логопедом проводятся на фоне лечения ребёнка в отделении медикаментозными средствами и сеансами физиотерапии.

**Выводы.** Ранняя диагностика и ранняя реабилитация ребёнка с органическими поражениями ЦНС, имеющим речевые расстройства, дает хорошие результаты, если во время лечения ребёнок посещает занятия с логопедом.

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА КРАЕВОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

**Сидорова Н.В., Здоровенко Е.А., Гончаренко Е.М., Мазяр Н.В.**

*ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница»,  
г. Краснодар*

**Актуальность.** Современная медицина накопила огромные объемы информации о происхождении, течении и лечении заболеваний. Многие Интернет-ресурсы предоставляют данного рода инфор-

мацию, иногда не соответствующую общепринятым медицинским стандартам, а иногда и противоречащую им.

**Цель:** создать с помощью Интернет-технологий на сайте больницы наиболее востребованные специализированные виртуальные кабинеты для предоставления информации по актуальным вопросам выбранных направлений, информационному взаимодействию между краевым ЛПУ и пациентами и между краевым ЛПУ и врачами территориальных ЛПУ, создания единого подхода к тактике лечения и наблюдения пациентов с определенными нозологическими формами.

**Материалы и методы.** Первым создан виртуальный кабинет по наблюдению за детьми с нервно-мышечными заболеваниями. Структура кабинета состоит из нескольких вкладок: информация для пациентов, где содержатся рекомендации по организации режима, физической нагрузке, методах коррекции дефектов и возможностях медицинской помощи как в крае, так и в стране; информация для врачей, содержащая алгоритм действий при подозрении на данное заболевание, рекомендации по наблюдению и лечению данного контингента пациентов.

Кроме того, учитывая тяжесть данного заболевания и сопряженный с этим повышенный градус социальной напряженности членов семьи больного ребенка, в структуру кабинета включен вкладыш «душеполезные беседы», которую ведет священнослужитель одного из соборов города Краснодара. Для обратной связи и решения неотложных вопросов в кабинете существует адрес электронной почты. В настоящее время готовы к внедрению еще два кабинета: аллергологического и гастроэнтерологического профиля. Дополнительно к работе виртуальных кабинетов разрабатывается форум.

**Выводы.** Использование Интернет-технологий – перспективное и целесообразное дополнительное направление в санитарно-просветительском и профилактическом разделе медицины.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ СПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

**Сиротюк М.В.**

*Крымский государственный медицинский Университет  
им. С.И. Георгиевского,  
г. Симферополь*

**Актуальность.** Одними из методов нейроортопедического лечения спастических контрактур при детском церебральном параличе

являются ботулинотерапия и разнообразные оперативные вмешательства. Но вместе с тем существует риск быстрого развития обратных контрактур, что ухудшает двигательный стереотип ребенка с церебральным параличом и подрывает веру родителей и самого ребенка в возможность улучшения состояния.

**Цель работы:** определить возможность прогнозирования течения спастического синдрома при детском церебральном параличе на основании электромиографического анализа патофункционального состояния периферического мотонейрона.

**Материалы и методы.** Обследованы 194 ребенка со спастической диплегией детского церебрального паралича средней и тяжелой степени в возрасте от 3 до 14 лет. Всем детям проведена электромиограмма (ЭМГ) на аппарате «Нейромиан». Запись проводилась с мышц-агонистов и мышц-антагонистов верхних и нижних конечностей с расчетом следующих показателей: биоактивность мышцы (повышенный, пониженный), тип ЭМГ (I, I-II, II), наличие гиперсинхронизации с расчетом среднего биопотенциала, биопотенциал мышцы покоя и последействия, коэффициент реципроктности, коэффициент адекватности, наличие спонтанной активности и ее характеристика (потенциал фибрилляции, потенциал фасцикуляции).

**Результаты.** Согласно проведенной комплексной оценке ЭМГ с авторским расчетом результатов, получены следующие виды патофункционального состояния периферического мотонейрона, которые можно подразделить на «изолированные» и «сочетанные».

«Изолированные» представлены 5 видами: перевозбуждение, «ложная норма», нейротрофический синдром, нарушение сегментарной перекодировки, миотонический синдром. «Сочетанные» составили 3 вида: нейротрофический синдром и нарушение сегментарной перекодировки, нарушение сегментарной перекодировки и нейротрофический синдром (в зависимости от первичности расстройства), миотонический синдром с нейротрофическим синдромом.

Исследования ЭМГ в динамике с определяемыми видами патофункционального состояния периферического мотонейрона детям со спастическими формами церебрального паралича отображают трансформацию этих видов, что указывает на возможность прогнозирования течения спастического синдрома при детском церебральном параличе. Это, в свою очередь, может прогнозировать эффективность проведения ботулинотерапии и хирургических методов лечения детского церебрального паралича, что снизит риск быстрого развития рецидивов спастических контрактур в суставах нижних конечностей и ухудшение стереотипа ходьбы ребенка со спастиче-

скими формами церебрального паралича.

**Выводы:**

1. детям со спастическими формами церебрального паралича перед проведением ботулинотерапии и хирургических методов лечения спастических контрактур необходимо проведение ЭМГ с расчетом видов патофункционального состояния периферического мотонейрона;
2. динамическое исследование патофункционального состояния периферического мотонейрона позволяет прогнозировать течение спастического синдрома при детском церебральном параличе.

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ  
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ,  
СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА  
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Суворова С.А., Евдокимова И.И., Рак Э.Э., Богомолова О.С.**

*Филиал «Центр медицинской реабилитации детей-инвалидов с поражением ЦНС и опорно-двигательного аппарата»*

*УЗ «Могилевская областная детская больница»,*

*г. Могилев, Республика Беларусь*

Наиболее часто ортопедические проявления нервных болезней служат причиной нарушения жизнедеятельности ребёнка, вызывают стойкую дезадаптацию в обществе и служат причиной детской инвалидности.

Нейроортопедические деформации являются вторичными, степень их выраженности и форма зависят от локализации и глубины поражения нервно-мышечного аппарата. Условно, по механизму формирования, их можно разделить на ортопедические нарушения при заболеваниях, сопровождающихся изменением мышечного тонуса (по гипертоническому и гипотоническому типу), силы мышц и трофики.

С преимущественным повышением мышечного тонуса протекают такие заболевания, как ДЦП, последствия раннего органического поражения ЦНС, врождённые аномалии развития головного мозга, последствия энцефалитов, последствия ЧМТ, экстрапирамидные нарушения различного генеза. С понижением мышечного тонуса протекают травмы периферической нервной системы (как наиболее частый пример у детей – акушерский паралич), опухоли, травматические поражения спинного мозга, полиневриты. Снижением мышечной силы сопровождаются миопатии, амиотрофии. Преиму-

щественно трофическими нарушениями обусловлены ортопедические проявления при синдроме Вебера-Треноме, гемигипотрофиях, мышечных дистрофиях.

Выделение ведущих механизмов в формировании контрактур и деформаций скелета необходимо для дифференцированного назначения основных методов реабилитационного лечения: медикаментозное лечение, включающее назначение средств, снижающих мышечный тонус (в т.ч. препарат ботулотоксина типа А), улучшающих проведение нервных импульсов в синапсах, уменьшающих гиперкинезы, нормализующих течение обменных процессов в нервной ткани, ноотропных препаратов; консервативное ортопедическое лечение (этапное гипсование и ношение ортопедических аппаратов), кинезотерапия с использованием нейрофизиологических методик и тренажеров, гидрокинезотерапия, использование костюмов proprioceptивной коррекции, физиотерапия, с использованием современных комбинированных аппаратов, рефлексотерапия (в т.ч. фармакопунктура, КВЧ-терапия, лазеропунктура), дифференцированный массаж, мануальная терапия, ритмопластика, эрготерапия, игротерапия.

Наш 15-летний опыт работы доказывает высокую эффективность дифференцированного, патогенетически обусловленного подхода к реабилитации детей с нейроортопедической патологией.

## ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ГОРОДА ВОЛГОГРАДА

**Тонконоженко Н.Л., Клиточенко Г.В.**

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
г. Волгоград*

**Цель:** изучить зависимость распространенности и степени выраженности судорожного синдрома у детей раннего возраста от проживания в различных районах Волгограда.

**Материалы и методы.** Проведен анализ обращения и лечения в МУЗ ДКБ № 8 детей раннего возраста (1–18 месяцев) из разных районов Волгограда с судорожными состояниями. В исследование были включены 80 впервые обратившихся детей без отягощенного анамнеза и наследственной предрасположенности к эпилепсии. Проводилось также электроэнцефалографическое обследование. Распределение детей по районам города выглядело так: Дзержинский район – 16 человек; Центральный – 3; Ворошиловский – 5; Советский – 6; Краснооктябрьский – 6; Красноармейский – 23; Киров-

ский – 4; Тракторозаводский – 14 человек.

**Результаты.** Исследование показало, что патологические изменения выражались в большинстве случаев в виде высокоамплитудных всплесков медленных волн. Эти показатели были наиболее выражены у детей, проживающих в Тракторозаводском районе. На втором месте по выраженности пароксизмальной активности оказались дети из Красноармейского и Дзержинского районов. Дети из Краснооктябрьского, Центрального, Советского и Кировского районов показали значительно менее выраженную максимальную амплитуду медленных ритмов.

**Выводы.** Наибольшее количество детей с впервые выявленным судорожным синдромом проживает в Красноармейском районе. На втором месте оказываются Тракторозаводский и Дзержинский районы. Исследование ЭЭГ подтвердило большую степень выраженности патологических изменений пароксизмального характера у этих детей. Таким образом, наибольшую выраженность судорожные состояния имеют у детей раннего возраста в районах, характеризующихся деятельностью металлургической и химической промышленности. Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и Правительства Волгоградской области в рамках проекта проведения научных исследований, проект № 14-16-34010.

## ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ СПИННОМОЗГОВОЙ ГРЫЖЕЙ

**Транковский С.Е.**

*ФГБУ «Центральная детская клиническая больница ФМБА России,  
г. Москва*

**Актуальность.** Среди врожденных пороков развития центральной нервной системы спинномозговые грыжи (СМГ) составляют 65%, или 1–4,2 случая на 1000 новорожденных (Шодиев А.Ш., Мамадалиев А.М. 2000 г.). При тяжёлых пороках спинного мозга нижний вялый парез сохраняется в течение всей жизни, что делает сложным или невозможным самостоятельное передвижение пациента.

**Материалы и методы.** В отделении ортопедии ЦДКБ ФМБА России в 2013–2014 годах наблюдались 7 детей с СМГ в возрасте от 5 месяцев до 16 лет. В клинической картине у всех детей отмечался нижний вялый парапарез в различной степени выраженности, от лёгкого пареза до тяжёлой плегии, гидроцефалия, нарушение функции тазовых органов.

**Результаты.** Ортопедическая патология проявлялась в паралитической деформации стоп, чаще эквинусной и эквино-варусной,

контрактурами коленных суставов и патологией тазобедренных суставов. Патология тазобедренных суставов представлена вывихами и подвывихами разной тяжести в сочетании с приводящими сгибающими или разгибающими контрактурами. Целью ортопедического лечения данных больных было устранение контрактур, восстановление анатомического взаимоотношения в тазобедренных суставах, а также устранение деформации стоп.

У детей раннего возраста предпочтение отдаётся консервативным методам лечения, вытяжение и этапное гипсование. Этапное гипсование позволяет одновременно устранять патологию тазобедренных суставов, коленных суставов и деформацию стоп. Хирургическое лечение патологии тазобедренных суставов проводилось у детей старше двух лет. Прооперированы 4 пациента (6 суставов). Показания к операции на стопах выставлялись при деформации стоп, не позволяющей пользоваться ортезами и ортопедической обувью, не поддающейся коррекции в гипсовых повязках. Прооперированы 4 пациента (6 стоп).

**Заключение.** Последовательное ортопедическое лечение, сочетание консервативного и хирургического лечения пациентов с СМГ позволяет подготовить пациентов к ортезированию, что в дальнейшем даёт возможность самостоятельного передвижения.

#### СЛУЧАЙ РАННЕГО ДЕБЮТА ЮНОШЕСКОГО ДЕРМАТОМИОЗИТА

**Трубилина М.М., Атаянц О.К., Павлова Л.Б., Перетягина Е.В.,  
Гончаренко Е.М.**

*ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница»*

**Актуальность.** Распространённость ювенильного дерматомиозита (ЮДМ) – 3,2 на 1000000 детей до 17 лет. Заболевание дебютирует в любом возрасте, но чаще всего начало приходится на возраст 4–10 лет. Чаще болеют девочки.

**Цель:** представить собственный опыт наблюдения за ребенком с ранним дебютом юношеского дерматомиозита.

**Материалы и методы.** Ребенок Василина М., 2012 г.р. Обратились на амбулаторный прием в детскую краевую больницу в 1 год 11 месяцев с подозрением на миопатию. Предъявлялись жалобы на быструю утомляемость, слабость, больше в ногах.

При осмотре обратили на себя внимание сохранность сухожильных рефлексов при мышечной слабости и выраженные изменения на коже. При расспросе выяснено, что в декабре 2013 впервые появилось шелушение кожи в области межфаланговых суставов обеих ки-

стей. На фоне местной терапии Адвантаном состояние улучшилось. В апреле, после проведенной накануне вакцинации АКДС, появились жалобы на слабость в ногах: трудно встать с кровати, присесть на горшок. Обследована в коммерческой клинике. При рентгенографии коленных суставов и электромиографии грубых отклонений от нормы не выявлено. Выставлен диагноз «миопатия неуточненная».

В июне самостоятельно обратились в краевую больницу в связи с ухудшением состояния в виде нарастания мышечной слабости. При осмотре – состояние ребенка тяжелое по заболеванию, самочувствие страдает за счет миалгий, кожные покровы бледно-розовые, капилляриты, ливедо (подмышечные впадины), с-м Готтрона положительный (кисти). При биохимическом исследовании крови: АСТ 80 ед/л, КФК 432,0 ед/л, ЛДГ 797,0 ед/л, лактат 5,3 ммоль/л.

С подозрением на дерматомиозит госпитализирована для дальнейшего обследования в кардиоревматологическое отделение ДККБ, где установлен диагноз «юношеский дерматомиозит, первичная, идиопатическая форма, подострое течение, активность 2 степени (капилляриты, лиловая эритема, телеангиэктазии, миопатический синдром, положительный с-м Готтрона, артралгии), ФН1 ст.».

**Выводы.** Несмотря на то, что чаще дебют юношеского дерматомиозита встречается от 4 до 10 лет, имеют место случаи раннего дебюта.

## КОМБИНАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ БТА (ДИСПОРТ) С ПОДБОРОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО СНАБЖЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ДЦП ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЯХ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

**Федотова З.И., Красавина Д.А.**

*ФГБУ НЦЭПР институт им. Г.А. Альбрехта, Санкт-Петербург*

**Актуальность.** У детей с ДЦП отмечается значительный процент поражения тазобедренных суставов в связи с имеющейся спастикой. Наиболее остро встает вопрос вертикализации и реабилитации таких детей, в связи с прогрессированием патологии тазобедренных суставов. Показания к различным видам ортезирования в зависимости от степени поражения тазобедренных суставов у детей с ДЦП в литературе отсутствуют.

**Цель.** Создание оптимального алгоритма ортезирования детей с ДЦП с учетом степени тяжести поражения тазобедренных суставов.

**Материалы и методы.** На базе института Альбрехта начата работа с исследования группы из 10 детей от 7 до 17 лет с легкой и средней формой ДЦП (уровень 1-3 по шкале GMFS). Всем детям была выполнена рентгенологическая оценка тяжести состояния тазобе-

дренных суставов (индекс миграции Edsberg) и интерференционная электромиография до начала ботулинотерапии. В качестве контроля использовалась гониометрия и видеоанализ ходьбы до и после введения БТА и ортезирования.

**Результаты.** У всех пациентов выявлено увеличение объема движений по данным гониометрии после введения ботулотоксина в мышцы-мишени. Видеоанализ ходьбы после введения ботулотоксина без применения ортопедического снабжения выявил улучшения всего в 3 случаях из 10, и в ортопедическом снабжении до применения ботулотоксина также в 3 случаях из 10. Видеоанализ ходьбы в ортопедическом снабжении после введения ботулотоксина выявил улучшения во всех случаях.

**Выводы.**

1. Для улучшения паттерна ходьбы необходимо совместное использование ботулинотерапии и ортезирования.
2. Увеличение объема движения в суставах не всегда сопровождается улучшением паттерна ходьбы.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПАРЕЗОМ ЭРБА С ПРИМЕНЕНИЕМ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А

**Филатова Н.Б., Чочиев Г.М., Королькова О.И., Логинова Е.В., Дороговцева Э.А.**

*ГБУЗ ВО «НПЦ спецмедпомощи»,*

*г. Владимир*

**Актуальность проблемы.** Одной из основных причин развития пареза Эрба является травма плечевого сплетения вследствие акушерских манипуляций, оказываемых при запрокидывании рук плода (ягодичное или ножное предлежание) и затрудненном выведении плечиков и головки (крупный плод). До сегодняшнего дня остается актуальным поиск адекватного метода снижения спастичности и коррекции патологических установок при парезе Эрба, позволяющего формировать у ребенка навыки самообслуживания (прием пищи, одевание, причесывание), письма и рисования. Одним из перспективных методов является введение ботулинического токсина типа А в триггерные точки мышц-антагонистов паралитичных мышц.

**Цель исследования:** оценка эффективности применения ботулотоксина в комплексной реабилитации детей раннего возраста с парезом Эрба.

**Материал и методы.** С 2007 года препарат ботулотоксин применен у 18 больных с парезом Эрба. Мальчиков – 7, девочек – 11,

возраст 1–4 года (в среднем – 1,6 года). Левостороннее поражение имело у 5 больных, правостороннее – у 13 больных. Комплексная реабилитация включала введение ботулотоксина типа А, медикаментозное лечение, массаж, ЛФК, физиолечение, ортезирование, укладки. Инъекции ботулотоксина (фирма «Аллерган») проводились по общепринятой методике из расчета 1-2 ед/кг веса в триггерные точки спастичных мышц-мишеней, формирующих патологические установки. При приводящей и внутривертлбовой установке плеча – в дельтовидную, большую грудную, широчайшую, большую круглую мышцы. При сгибательно-пронаторной установке предплечья – в двуглавую мышцу, круглый пронатор.

**Результаты.** Объем активных, пассивных движений в плечевом и локтевом суставах оценивались ортопедом, неврологом по Mallet. Увеличение амплитуды пассивных движений в суставах отмечалось на 3–5 день после процедуры. Функция плечевого сустава возросла с 15 до 19 баллов. За период наблюдения в стационаре (21 день) отведение в плечевом суставе возросло в среднем с 75° до 110° (с лопаткой). Наружная ротация увеличилась с 10° до 25°. Все пациенты отмечают субъективное улучшение, выражающееся в ощущении «свободы» и увеличения объема движений в суставах пораженной конечности.

**Заключение.** Применение инъекций ботулотоксина в триггерные точки мышц, формирующих патологические установки, является перспективным направлением в ранней реабилитации у детей с парезом Эрба, так как предупреждает формирование фиксированных контрактур.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С  
ДЦП в ГБУЗ ВО «НПЦ СПЕЦМЕДПОМОЩИ»

**Филатова Н.Б., Чочиев Г.М., Королькова О.И., Логинова Е.В.,  
Дороговцева Э.А.**

*ГБУЗ ВО «НПЦ спецмедпомощи»,*

*г. Владимир*

**Актуальность.** Общепризнано, что только ранняя диагностика, раннее комплексное консервативное лечение, своевременное применение мер ортопедической коррекции позволяют добиться максимального восстановления умственной и двигательной деятельности, коррекции сенсорных, вегетативных, речевых нарушений у детей с ДЦП. Во Владимирской области заболеваемость ДЦП составила за последние 5 лет 2,6 на 1000 живых новорожденных. Комплексная реабилитация детей Владимирской области с ДЦП в ГУЗ ВО «НПЦ

спецмедпомощи» включает консервативное и оперативное лечение.

**Материалы и методы.** С 1969 года проанализировано свыше 7000 случаев заболевания ДЦП. Из них с легкой степенью поражения – 21,1%, со средней – 51,6%, с тяжелой степенью – 27,3%, из которых 75% – инвалиды детства.

Ежегодно в центре получают лечение около 600 человек из Владимирской области. Доля детей раннего возраста составляет 28%. Ребёнок при поступлении обследуется неврологом, ортопедом, психиатром, педиатром, физиотерапевтом, врачом ЛФК, логопедом, психологом и, в случае необходимости, другими специалистами (офтальмологом, оториноларингологом, врачом функциональной диагностики). Консервативное лечение больных ДЦП включает медикаментозную терапию, массаж, лечебную физкультуру, лечебное плавание, разнообразные виды физиотерапевтического лечения, логопедические занятия, занятия с психологом.

С 2004 года для снижения спастичности и коррекции патологических установок успешно применяется ботулинотерапия. Для коррекции позы и ходьбы применяются рефлекторно-нагрузочные костюмы «Адели», «Гравитон», «Атлант». Вопросы оперативной тактики лечения решаются на специализированном хирургическом совете с участием ортопедов и неврологов. Более чем 400 больным проведено свыше 1000 операций, в среднем 2,5 операции у каждого больного, в том числе сухожильно-мышечные пластики с применением мини-инвазивных технологий типа фибротомий, миотомий.

**Результаты.** В результате комплексного лечения достигнуто значительное улучшение у 10,1% – эти дети стали ходить самостоятельно либо с канадскими палочками. С улучшением выписаны 79,5% детей, что выразилось в расширении объема двигательных навыков, сферы самообслуживания, стабилизации психического фона, в целом – улучшения качества жизни данной группы больных.

На основе катamnестических данных установлено, что 32% инвалидов детства смогли трудоустроиться, 12% получили высшее образование. Около 23% создали свои семьи, 18% имеют детей. Актуальной задачей является оснащение отделения современным реабилитационным оборудованием в соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» для проведения эффективной реабилитации с применением гидрокинезотерапии, роботизированной механотерапии, тренажеров с биологической обратной связью с целью улучшения качества жизни пациентов с ДЦП.

## ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП С ПОРАЖЕНИЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Челчушев Д.А., Погосян И.А., Дугина Е.А., Хамидуллина О.Н.**

*ГБУЗ СО ДКБВЛ Научно-практический центр «Бонум»,  
г. Екатеринбург*

**Актуальность.** Более 70% детей с ДЦП страдают спастическими нарушениями, и тактика комплексного лечения до настоящего времени не унифицирована.

**Цель.** Обосновать эффективность комплексного лечения спастических форм ДЦП с поражением нижних конечностей в соответствии с возрастом, характером деформации и степенью тяжести.

**Материал и методы.** Проводилось лечение 19 детям со спастическими формами в возрасте от 2 до 7 лет. Выделены следующие группы: 1 группа – дети со спастической диплегией (11 детей) в возрасте от 2 до 7 лет, 2 группа – дети с гемипаретическими формами (8 детей) в возрасте от 4 до 7 лет. На момент первичного осмотра имели некорректированные деформации всех сегментов нижних конечностей.

Пациенты были осмотрены неврологом, педиатром, офтальмологом, всем проводились рентгенография т/б суставов, электронейромиография (ЭНМГ) до лечения и в динамике (через 6 месяцев после лечения). По показаниям, проведены ботулинотерапия (БТ-А), механотерапия на аппарате ARTROMOT, «АКОРД» (аппаратно-программный комплекс с функциональной программируемой электростимуляцией), этапная гипсовая коррекция с использованием методики I. Poncet с последующими курсами физиотерапевтического лечения.

**Результаты.** В 1 группе лечение начиналось с исправления деформации стоп короткими циркулярными повязками до в/3 голени. В среднем через 4-5 этапов наложения гипсовых повязок была достигнута коррекция основных элементов деформации стоп.

Во 2 группе проводилась инъекция БТ-А на всех сегментах нижних конечностей с использованием через 5-6 недель коротких гипсовых повязок до в/3 голени. В данной группе лечение было дополнено аппаратами ARTROMOT и «АКОРД». Всем детям проводились курсы физиотерапевтического лечения (парафинотерапия, массаж, иглорефлексотерапия, гипербарическая оксигенация, медицинское кинезиотейпирование) с интервалом в 3 месяца.

Наибольший срок катамнестического наблюдения первых пациентов составляет 2 года 6 месяцев. Своевременное применение БТ-

А, этапных гипсовых коррекций (в том числе с учетом принципа методики I. Ponceti), аппарата механотерапии ARTROMOT, комплекса «АКОРД» позволяет достигать стойких клинических результатов. Оценивалась опорность стопы, амплитуда пассивных и активных движений, а также ангулометрические параметры на рентгенограммах стоп (большеберцово-таранного, таранно-пяточного, таранно-плюсневого углов), которые определяют положительную динамику.

**Заключение.** Таким образом, лечение спастических форм ДЦП требует комплексного подхода в соответствии с возрастом, характера деформации и ее тяжести. Преимущество методов консервативного лечения позволяет избежать неоправданных и преждевременных вмешательств и уменьшить вероятность рецидивов.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЦП

**Чочиев Г.М., Филатова Н.Б., Королькова О.И.**

Детская областная больница,  
г. Владимир

Общеизвестно, что хирургическое лечение ортопедических проявлений при детском церебральном параличе в большом числе случаев требует многоэтапных последовательных или/и одномоментных оперативных вмешательств.

**Цель исследования.** Определить некоторые закономерности и факторы, влияющие на этапность и эффективность оперативного лечения больных ДЦП.

**Материалы и методы.** Проведен статистический анализ результатов хирургического лечения 248 больных ДЦП в возрасте 3–17 лет (в среднем 10 лет 2 мес.) в отдаленные сроки 10–33 года. Мальчиков было 59,3%, девочек – 40,7%. По формам заболевания больные распределились следующим образом: спастическая диплегия – 79%, гемипарез – 15%, тетрапарез – 6%. По степени тяжести: с легкой – 71 больной (28,6%), средней – 130 больных (52,3%), с тяжелой – 47 больных (19,1%).

Методическим подходом в выборе топике вмешательств являлось выделение ведущей деформации и первоочередное ее устранение. В случаях многоуровневых контрактур и деформаций проводилось одномоментное их устранение. Анализ примененных методик показал тенденцию перехода от тено- и миотомий к пластическим и транспозиционным вариантам данных методик, в основном у больных с тяжелой степенью выраженности и при резком нарушении функции мышц-антагонистов.

Всего выполнено 750 оперативных вмешательств: устранение ректус-синдрома дистально или проксимально – 163, аддукторопластика/томия – 159, проксимальная или дистальная деротационная остеотомия бедра – 34, устранение хамстринг-синдрома – 137, ахилло-/гастрокнемиопластика – 126, операции на мышцах-антагонистах – 24, коррекция в аппарате Илизарова – 76, другие – 31.

**Результаты.** 64 больным, оперированным в раннем возрасте (до 7 лет) в 22,1% случаев в дальнейшем требовались другие оперативные вмешательства. У 182 больных, оперированных в более старшем возрасте (в среднем 10,9 лет) это число составило 25,3%. Из 126 больных (ср. возраст 7,9 лет), первоначально оперированных по поводу моноконтрактур, последующие операции на других уровнях потребовались в 27% случаев против 21,6% у больных с первичной операцией на нескольких уровнях (122 больных, средний возраст 10,3 года). Из 47 больных с тяжелой степенью заболевания 16 (34%) потребовалось многоэтапное лечение, в то время как из 201 больного с более легким течением повторно оперированы 44 (21,9%).

**Заключение.** Важнейшим фактором, влияющим на многоэтапность оперативного лечения, является степень тяжести основного заболевания (ДЦП). Больные с тяжелой степенью ДЦП требуют большего числа одномоментных и многоэтапных операций. Раннее оперативное лечение и стремление одновременно устранять несколько контрактур и деформаций не вызывают значительного снижения числа последующих вмешательств.

С целью снижения кратности операций и предотвращения каскада операций у больных с легкой и средней степенью тяжести паралича возможно проведение операций в более позднем возрасте сразу на нескольких уровнях.

## ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОТОНОВОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

**Шантарина Е.В., Решетова О.И.**

*АУ СОН ТО «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «РОДНИК»,  
г. Тюмень*

**Актуальность.** Поиск новых методов лечения для уменьшения спастичности мышц у детей, больных ДЦП, для более успешной реабилитации и улучшения качества жизни не перестает быть актуальным.

**Цель:** сравнить эффективность методик физиотерапевтического лечения, применяемых для снижения мышечного тонуса у больных с диплегической формой ДЦП.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 46 детей со спастической диплегией в возрасте от 7 до 12 лет. Оценка спастичности по пятиуровневой шкале глобальных моторных функций (GMFCS) составляла II–IV уровень. В первую (основную) группу вошли 26 детей, получавших ВТТ в сочетании с сапропелем и ЛФК. Во вторую группу (группа сравнения – 20 детей) вошли дети, получавшие БИМП-форез 2% раствора глутаминовой кислоты субокципитально и 2% раствора сульфата магния на поясничную область от аппарата «АМО-АТОС – Э». Всем детям до и после лечения проводилось исследование мышечного тонуса по 6-балльной шкале Эшворта, проводился аддукторный тест, Harmstring-тест и трицепс-тест, исследовался избирательный двигательный контроль и видеоанализ походки. Также изучались дневники родительских наблюдений.

**Результаты.** После 5-6 процедур ВТТ отмечалось уменьшение спастичности на 2 балла. Гониометрические показатели возрастали на 15–20°. Причем после сеансов ВТТ эффект снижения мышечного тонуса не ощущался как общая слабость. В группе сравнения гониометрические показатели улучшались не более чем на 10°, спастичность – не более чем на 1 балл.

**Выводы.** Метод высокотонусовой терапии достаточно эффективен для лечения диплегической формы детского церебрального паралича и может применяться как самостоятельно, так и в комплексе с другими видами лечения.

## КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП

**Шершнева А.И.**

*МБУЗ «Городская детская больница» г. Белгорода*

**Актуальность.** Гармоничное развитие ребенка на сегодняшний день – актуальная общечеловеческая проблема. Наиболее значимыми для последующей жизни ребенка с ДЦП в социальном плане являются когнитивные расстройства, задержка и отставание психоречевого развития, умственная отсталость различной степени выраженности, а также специфические отклонения в психическом развитии. Особенности психических отклонений в большей мере зависят от локализации мозгового поражения.

**Цель.** Изучение уровня и структуры умственной недостаточности у детей с церебральными параличами.

**Материалы и методы.** В областном отделении «Психоневрологическое для детей раннего возраста» МБУЗ «Городская детская больница» г. Белгорода диагностику психического развития начинаю с наблюдения за ребенком, обращаю внимание на его двигательную

активность, разнообразие действий, спонтанную игровую и речевую активность, на особенности его отношения к присутствию взрослых, и затем предъявляю ребенку различные зрительные, слуховые и тактильные раздражители, выявляю уровень сформированности соответствующих реакций и их соответствие нормативам.

В своей работе использую разработанные и апробированные в НПЦ ПНИ (директор – д.м.н. И.А. Скворцов) формализованные карты психологического обследования и динамического наблюдения за крупной и мелкой моторикой, экспрессивной и импрессивной речью, полимодальным восприятием, социальным и интеллектуальным развитием, игровой деятельностью у детей различных возрастов.

**Результаты.** В 2010–2013 гг. в отделении обследованы и пролечены 345 детей с детским церебральным параличом. Из них недостаточность высших психических функций по типу психического недоразвития или задержки психоречевого развития отмечена в 60,7% случаев, причем в возрасте от 1 года до 3 лет – 70%. При спастических формах ДЦП интеллектуально-речевая недостаточность выявлена в 68% случаев; при спастико-гиперкинетических формах – в 72%; при атонически-астатической форме – в 47% случаев; при гемипарезах – у 22% обследуемых детей.

**Выводы.** Актуальность изучения уровня и структуры умственной недостаточности у детей с церебральными параличами объясняется необходимостью разработки адекватных лечебно-коррекционных мероприятий для этого контингента больных и уточнения прогноза заболевания, который в значительной степени зависит от сохранности интеллекта. Своевременная диагностика умственной отсталости в раннем возрасте очень важна в плане активного обучения и воспитания ребенка, профилактики тяжелой инвалидности и социальной дезадаптации.