



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

XI Междисциплинарный научно-практический
конгресс с международным участием
"Детский церебральный паралич и другие
нарушения движения у детей"

25-27 ноября



Москва
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Александрова Е.О., Иванова Е.С., Чебатура А.Д. ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЕ С ГИПЕРАКТИВНЫМ РЕБЕНКОМ.....	11
Алексеева С.И., Модонова Д.А. КОМПЛЕКСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ТОНКОЙ МОТОРИКИ РУК У ДЕТЕЙ С ДЦП.....	11
Антропова И.М., Садовникова А.В. СИСТЕМНОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ.....	13
Асташкина Ю.В., Дагаева А.Е., Сафронова Н.А. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С МИТОХОНДРИАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ В ДИСТАНЦИОННОМ ФОРМАТЕ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.....	15
Батышева Т.Т., Ковина М.В., Писарева М.В., Письменная Е.В., Петрушанская К.А. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКЗОСКЕЛЕТА.....	16
Белалетдинова Н.Н., Типсина Н.В., Голубкова М.А., Чебатура А.Д. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ МЕТОДОВ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ЦЕФАЛГИЯХ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	17
Белякова С.М., Ключкова Н.Н., Подгорнова С.Ю. НЕГОВОРЯЩИЕ ДЕТИ: МОЗЖЕЧКОВАЯ СТИМУЛЯЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЛЕКСА LEARNING BREAKTHROUGH KIT (BALAMETRICS) В КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА БАЗЕ ГБУЗ «НПЦ ДП» ДЗМ.....	19
Беркутова И.Ю. ПОСТУРАЛЬНЫЙ РЕЖИМ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП.....	20
Бойко Е.А., Иванчук Е.В., Петрова Е.В., Петкевич Н.П., Гунченко М.М.	21
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Болбикова Е.В., Тарасова Н.А., Типсина Н.В., Силина Н.Б., Якименкова Л.В., Уханова А.Н.	22
ВЛИЯНИЕ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА СОЦИАЛИЗАЦИЮ И КОММУНИКАТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ	
Бурмистрова А.И.	23
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВОЙТА-ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	

Гаврилина С.А.	24
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНОЙ ПЕСОЧНИЦЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ	
Галашевская А.А., Почкайло А.С., Водянова О.В.	25
НИЗКАЯ МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Галашевская А.А., Почкайло А.С., Яковлев А.Н.	26
СТАТУС ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ	
Гиленкова С.В., Суворова С.А.	28
КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА НАД ФОНАЦИОННЫМ ВЫДОХОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГАРНИТУРЫ FORBRAIN КАК ЧАСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Голубова Т.Ф., Османов Э.А., Власенко С.В., Османова Е.С., Власенко Ф.С.	29
БИОМЕХАНИЧЕСКИЙ И ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ВЫБОРА ТАКТИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП	
Горохова Д.В.	31
ЛОГОРИТМИКА КАК СРЕДСТВО ПРЕОДОЛЕНИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОВЗ	
Гросс Н.А., Хрекин Д.О., Шарова Т.Л.	33
ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА И АСИММЕТРИИ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Гросс Н.А., Шарова Т.Л.	34
ПЕРСПЕКТИВЫ ДВИГАТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ДЦП ПОСЛЕ КУРСА РЕАБИЛИТАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ GMFCS	
Гудилина О.Н.	36
ДИАГНОСТИКА УРОВНЯ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Гусева Л.Н.	37
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ И ПРОГРАММЫ «ОСНОВЫ БЕЗОПАСНОСТИ ДЕТЕЙ С ОВЗ»	
Давыдов А.Т., Бутко Д.Ю., Даниленко Л.А., Артамонова М.В.	38
ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПРИ НАРУШЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ	
Дегтярева Н.Н., Ионова С.Н.	39
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЕ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ДЦП	

Декопов А.В., Томский А.А., Исагулян Э.Д.	40
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТРАТЕКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БАКЛОФЕНОМ У БОЛЬНЫХ СО СПАСТИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ И ВТОРИЧНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИЕЙ	
Долгова А.А. Сафронова Н.А. Савкуева Т.А.	41
ПРИМЕР РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТКИ С МИКРОДЕЛЕЦИЕЙ УЧАСТКА ДЛИННОГО ПЛЕЧА 2 ХРОМОСОМЫ DE12Q13 В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	
Дубинина И.В., Орлова Г.И., Харитонова П.Ю.	42
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА О ФОРМИРОВАНИИ БАЗОВЫХ НАВЫКОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ КОММУНИКАЦИИ	
Дулимова А.В., Газдиева Х.Ш., Гунченко М.М., Батышева Т.Т.	43
ИТОГ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ С КООРДИНАЦИОННЫМ ЦЕНТРОМ ПО МОНИТОРИНГУ И МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, ДОСТИГШИХ 18 ЛЕТ	
Елисеев М.В., Алексеева С.И.	44
ПАРА-КАРАТЭ В ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ 8–10 ЛЕТ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА	
Ефремова Т.Е., Пискунова С.Г., Приходько Н.Н., Сафонова И.А., Лобанова А.М., Рыжкина Е.И., Колтунова И.Ю., Дикушкина Е.А., Ефремов А.А.	45
АДАПТИВНОЕ ПЛАВАНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	
Жеребцова В.А., Григорьева Е.А.	46
МЕТОДЫ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦП	
Жеребцова В.А., Корнилова И.Ю.	48
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Жеребцова В.А., Кынина Д.Ю.	49
ПРИМЕНЕНИЕ БИМАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ДОМАШНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ГЕМИПЛЕГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Жеребцова В.А., Максименко А.А.	50
СОЧЕТАНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОРТЕЗИРОВАНИЯ С ЭРГОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ ПОДХОДАМИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧНОСТЬЮ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	

Жеребцова В.А., Мирошниченко Е.Н.	51
ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Жеребцова В.А., Сапогова А.И.	52
ОЦЕНКА ГЛОТАНИЯ У РЕБЕНКА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Жеребцова В.А., Ушакова С.Г.	53
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОСТАТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ОТ АППАРАТА «ХИВАМАТ» НА АРТИКУЛЯЦИОННУЮ МУСКУЛАТУРУ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДИЗАРТРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Жеребцова В.А., Чибисов И.В.	54
РОЛЬ ОРТОПЕДА В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЕ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОРТЕЗИРОВАНИЯ	
Жукова Ю.В.	56
ОБСЛЕДОВАНИЕ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ДОШКОЛЬНИКОВ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ	
Жукова Ю.В.	57
ПЕСКОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДОШКОЛЬНИКАМИ С ДЦП КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Зыков В.П., Чебаненко Н.В., Калёнова А.А., Фанкин Н.Ю., Шулешко О.В., Сысолятина М.В., Симоненко К.А.	58
НАСЛЕДСТВЕННАЯ ДИСТОНИЯ-ПЛЮС ПАРКИНСОНИЗМ КАК МАСКА ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Зыков В.П., Чебаненко Н.В., Никуленко А.В., Медная Д.М., Сороченко С.Ю., Букина С.В.	60
СПИНАЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Зыков В.П., Чебаненко Н.В., Никуленко А.В., Рустамова Н.Р.	62
СИНДРОМ ВОЛЬФА – ХИРШХОРНА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	
Иванова Е.С., Типсина Н.В., Гунченко М.М., Чебатурса А.Д., Александрова Е.О.	64
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СЕМЬЕ ПАЦИЕНТОВ СО СТРАХАМИ	
Казакова Е.В., Мякшина Ю.С.	65
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА С ПОМОЩЬЮ БИОИМПЕДАНСНОГО АНАЛИЗА СОСТАВА ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ДЦП	
Кенис В.М., Хусаинов Н.О.	66
ПРИМЕНЕНИЕ ОБУВИ ТИПА «СКВИКЕРЫ» У ДЕТЕЙ С ТРАНЗИТОРНОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ХОДЬБОЙ НА ЦЫПОЧКАХ	
Кнолль Е.А.	67
ВОЙТА-ДИАГНОСТИКА В ЕЖЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА	

Кондратьева Н.Н.	67
ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ И ПРИВЫЧЕК СЕМООБСЛУЖИВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	
Кондратьева Н.Н.	69
ЛОГОРИТМИКА КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	
Корчагина И.С., Орлова Г.И.	70
МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВОЙ И ВТОРОЙ СИГНАЛЬНОЙ СИСТЕМ КАК ОСНОВА РАЗВИТИЯ МЫШЛЕНИЯ И РЕЧИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ	
Кузнецова С.И., Сафронова Н.А.	71
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДОВ: ХИВАМАТ- ТЕРАПИИ И ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ	
Кушнир А.Д., Качмар О.А., Козьявкин В.И., Федчишин Б.Ю., Абликора И.В.	72
ИЗМЕНЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕТОДА ПРОФЕССОРА КОЗЯВКИНА	
Левченкова В.Д., Батышева Т.Т., Титаренко Н.Ю.	73
ОРГАНИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Лежнина В.П.	75
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ERGON У ПАЦИЕНТА С ДЦП	
Лоскутов М.С.	76
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «ГРОССКО»	
Маирова К.А., Красненко М.В., Сафронова Н.А., Савкуева Т.А.	77
УНИКАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ДЕЛЕЦИИ КОРОТКОГО ПЛЕЧА ХРОМОСОМЫ 4 (Р15.3-Р.13), НЕ ВКЛЮЧАЮЩЕЙ КРИТИЧЕСКИЙ РАЙОН СИНДРОМА ВОЛЬФА – ХИРШХОРНА	
Марченкова Л.Ю., Климова С.А., Фетисова Т.Е., Сафронова Н.А.	78
ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ДАЗАРТРИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	
Маслова Н.А., Звонкова Н.Г., Боровик Т.Э., Кузенкова Л.М.	79
ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	

Маслова Н.А., Звонкова Н.Г., Боровик Т.Э., Кузенкова Л.М.	80
ОЦЕНКА РОСТА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Мельникова С.В., Селиванова Е.А., Пшемьская И.А., Батышева Т.Т.	81
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МКФ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	
Морозова Е.В., Жукова Е.В., Барышова А.Н., Петрова К.А., Захарова Л.Н.	83
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП В ДИСТАНЦИОННОМ ФОРМАТЕ	
Муравьев С.А., Муравьев А.Г., Новиков В.И.	84
РАЗРАБОТКА ДЕТСКИХ БИОНИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ОСНОВЕ МОДУЛЬНОГО ПРИНЦИПА	
Муханова А.В.	85
АЛГОРИТМ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Николаенко В.И., Турова М.Л., Петрова О.А., Потапова Н.М., Колченко В.С.	86
МАРШРУТИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОСПИТАННИКОВ ЦЕНТРА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОРТОПЕДО-ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ	
Новиков В.И., Конева Е.С., Климов Ю.А., Канаева М.А., Новиков И.В.	88
ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКИХ АППАРАТАХ – НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ СПАСТИЧЕСКИХ ПАРАЛИЧАХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
Новиков В.И., Конева Е.С., Муравьев С.А., Паршин Г.Н., Морозова П.С.	89
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЗИРОВАННЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ АППАРАТОВ	
Останина И.А., Сидоренко Е.Е., Мигель Д.В., Сидоренко Е.И., Суханова И.В., Ча В.С., Росельо Кесада Н.М.	90
ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А У ДЕТЕЙ С НИСТАГМОМ	
Отинов М.Д., Корсунская Л.Л., Голубова Т.Ф., Савчук Е.А., Кушнир Г.М., Османов Э.А., Власенко С.В., Ларина Н.В.	92
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЛЬФИНОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ СИСТЕМЫ «ИНТЕРФЕЙС МОЗГ – КОМПЬЮТЕР «ЭКЗОКИСТЬ-2» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Писарева И.Б.	94
ПРАВОПОЛУШАРНОЕ РИСОВАНИЕ КАК АРТ-ТЕРАПИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ	
Платонова А.Н., Быкова О.В., Батышева Т.Т.	95
ОТСРОЧЕННАЯ ТЕРАПИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТКИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В СВЯЗИ С НЕЖЕЛАНИЕМ РОДИТЕЛЕЙ ПРИНЯТЬ ДИАГНОЗ	

Пожарищенский К.Э., Барановский Ю.Г., Болотов Д.Д., Филиппов В.С., Филиппов А.П., Михайлова Н.И.	97
ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Прошина Д.И.	98
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ 5–8 ЛЕТ С ОВЗ	
Пшемыская И.А., Плиева А.М., Позднякова Д.С., Дорофеева Е.В.	100
ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ЗАДЕРЖКИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ НА ФОНЕ МЫШЕЧНОЙ ГИПОТОНИИ	
Пшемыская И.А., Плиева А.М., Оськова А.Ю., Пасхина И.Н., Лобанова М.С.	101
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	
Родионова Е.А., Захарова Т.В., Сафронова Н.А.	102
ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (НА ПРИМЕРЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА № 3)	
Сафоничева О.Г., Овчинникова М.А.	103
РОЛЬ МУЗЫКАЛЬНО-РИТМИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Сафронова Н.А., Волкова Л.Н.	104
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ФКУ	
Сахарюк А.П., Фомина А.Г.	106
НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Семенова Е.В.	107
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БРЮГГЕРА У ПАЦИЕНТА С ИДИОПАТИЧЕСКИМ СКОЛИОЗОМ	
Сигутина Н.А.	107
ИЗОБРАЗИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ У ДЕТЕЙ С ВЫРАЖЕННЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ С БОЛЬШИМ СПЕКТРОМ РАЗВИВАЮЩИХ И КОРРЕКЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ	
Слабова Г.А., Лазарина А.Л., Семенященко Л.И., Айнетдинова А.М., Пирвагидова А.Б., Самусева Э.Н., Павлова Ю.С.	109
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	
Слезкина Ю.А.	111
КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С ДЦП	

Смоляк А.М., Турок Г.А.	112
ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАС	
Соколова Н.П., Фетисова А.В., Бакуменко В.И.	114
КОРРЕКЦИЯ КРУПНОЙ МОТОРИКИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ	
Сосина А.В., Харитонов Е.И.	115
ПОТРЕБНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ ПРИ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ	
Струкова О.Г., Морозова Е.В., Жукова Е.В., Барышова А.Н., Петрова К.А.	116
ЭФФЕКТИВНЫЕ МОДЕЛИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ПРОТЕЗОМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
Струкова О.Г., Морозова Е.В., Жукова Е.В., Барышова А.Н., Петрова К.А.	117
ПОВЫШЕНИЕ КОМПЕТЕНЦИИ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ- ИНВАЛИДОВ, ПО ВОПРОСАМ ПОДГОТОВКИ ДЕТЕЙ К ОСОЗНАННОМУ ВЫБОРУ ПРОФЕССИИ И ФОРМИРОВАНИЮ МОТИВАЦИИ НА ТРУДОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	
Струкова О.Г., Морозова Е.В., Жукова Е.В., Барышова А.Н., Петрова К.А.	118
ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ИНВАЛИДНОСТЬЮ С ДЦП	
Тарасова Н.В.	119
СУЩНОСТЬ И ЗНАЧЕНИЕ ИГРЫ В РАЗВИТИИ РЕБЕНКА С ОВЗ	
Тимершин А.Г., Крещенок Д.В.	121
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОЙ БАКЛОФЕНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Тимошкина А.С., Кислякова Е.А., Малькова Т.В.	122
ВАРИАНТЫ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РАЗВИТИЯ РЕЧИ	
Типсина Н.В., Тучак О.Н., Титова Е.Г., Тишкова-Горынина А.В., Маринова В.А., Елизарова А.В.	123
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	
Типсина Н.В., Якименкова Л.В., Уханова А.Н., Чебатура А.Д., Болбикова Е.В.	124
МАТЕРИНСКАЯ ФЕНИЛКЕТОНУРИЯ. ТЕРАТОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПЛОД (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	
Титова С.В.	126
КОНСТРУКТОРЫ КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) И МОТИВАЦИИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ ДВИЖЕНИЙ	

Фетисова А.В., Соколова Н.П., Раков Д.В.	127
ПРИМЕНЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ОТ 3 ДО 6 ЛЕТ С ПАТОЛОГИЕЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ	
Филиппова Т.Н., Типсина Н.В.	128
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ (ТКМП) У ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ 5/6 В 2017–2021 ГОДАХ	
Химченко Ю.В.	129
ОПЫТ ГБУСО МО «КЦСОР «ОПТИМИСТ» ПО СОЗДАНИЮ И РАБОТЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ «МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»	
Хрёкин Д.О., Матвеев Ю.А.	131
СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИИ РАВНОВЕСИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Чебаненко Н.В., Зыков В.П., Шулешко О.В., Вихарева Е.В.	132
СПАСТИЧЕСКАЯ ПАРАПЛЕГИЯ ТИП 54 – ГЕНОКОПИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	
Чепурная Л.Ф.	134
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ПОКАЗАТЕЛИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Черлина Н.А.	135
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ФУНКЦИОНИРОВАНИЮ МОЗГА У ДЕТЕЙ С ДЦП ЧЕРЕЗ СЕНСОРНУЮ ИНТЕГРАЦИЮ	
Шенбергер Е.Б.	136
КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧИ	
Шуляк Г.А.	137
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ	
Щербакова Ю.А.	138
РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С РАС И ПОЗИТИВНАЯ МОТИВАЦИЯ	
Щербицкая О.В., Познякова Е.А.	138
СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ НА ДОМУ: ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ БРИГАДЫ В САМАРЕ	

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЕ С ГИПЕРАКТИВНЫМ РЕБЕНКОМ

Александрова Е.О., Иванова Е.С., Чебатура А.Д.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Проблема гиперактивности в настоящее время приобретает особую актуальность, так как число детей с гиперактивностью с каждым годом растет. По статистике, до 30–40% школьников в США и Англии и минимум 20% школьников в России имеют гиперактивное поведение. Феноменология данного явления малоизвестна в широких массах, так как существует тенденция игнорировать или искать другие причины гиперактивности ребенка. Это, в свою очередь, очень влияет на качество жизни ребенка, сказываясь на процессе обучения, взаимодействии со сверстниками и взаимоотношениях в семье. Высококвалифицированная психологическая коррекция и работа с семьей значительно повышает качество жизни ребенка и его семьи, а понимание психологических особенностей детей с гиперактивным поведением дает возможность психологам и педагогам адаптировать образовательный процесс.

Цель. Изучить степень влияния семейной обстановки на уровень гиперактивности ребенка.

Материалы и методы. Выборку исследования составили 27 детей в возрасте от 9 до 10 лет и 27 родителей. Для эмпирического исследования было проведено анкетирование, направленное на выяснение восприятия родителем уровня гиперактивности своего ребенка; количественный и качественный анализ, а именно методика, оценивающая уровень гиперактивности ребенка и проективная методика, отражающая субъективное отношение ребенка с членами своей семьи; статистический анализ. При анализе полученных данных исследования был использован корреляционный анализ по критерию Спирмана.

Результаты. Были выявлены различия между отдельными показателями шкал, отражающие дисфункциональные паттерны взаимодействия в семейной системе у детей с разными степенями проявления гиперактивности. В семьях с ребенком с высоким уровнем гиперактивности нарушение эмоциональных контактов встречается чаще, чем в семьях, где у детей средний или низкий уровень гиперактивности. У детей с нормальным уровнем активности представление родителей оказалось верным на 78%. 83% родителей детей со средним уровнем гиперактивности считают, что у их ребенка низкий уровень гиперактивности. 58% родителей детей с высоким уровнем гиперактивности считают, что у их ребенка низкий уровень гиперактивности.

Выводы. Таким образом, выявлена склонность родителей к игнорированию степени гиперактивности детей, у которых уровень гиперактивности высокий.

КОМПЛЕКСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ТОНКОЙ МОТОРИКИ РУК У ДЕТЕЙ С ДЦП

Алексеева С.И., Моденова Д.А.

ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет», г. Москва

Актуальность. В структуре хронических болезней детского возраста детский церебральный паралич (ДЦП) занимает одно из ведущих мест. По данным Центра

ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России (на 01.12.2020) уровень инвалидности вследствие ДЦП составляет 55% всей детской неврологической инвалидности в РФ [1]. Это заболевание всегда сопровождается расстройством двигательной функции и, в частности, мелкой (тонкой) моторики рук, в результате серьезных изменений в структурах головного мозга. Мелкая моторика рук неразрывно связана с речью ребенка и его интеллектуальными способностями и поэтому часто используется для их развития. Нарушение тонких движений кистей рук и пальцев приводит к потере самостоятельности человека в быту, к трудностям в учебе при освоении навыков письма и усугубляет снижение качества жизни в целом [2]. Формирование и развитие тонкой моторики рук у детей с ДЦП является одним из ключевых элементов реабилитационных мероприятий. Поиск новых форм и методов их развития является важной социально значимой задачей.

Цель. Разработка и апробация программы комплексного использования арт-терапии как самостоятельного метода физической реабилитации в целях развития мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста с диагнозом ДЦП.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 20 детей в возрасте от 5 до 7 лет с диагнозом ДЦП (G80.1 и G80.2). Методом слепой рандомизации все испытуемые были разделены на 2 группы: экспериментальную (ЭГ) и контрольную (КГ), по 10 человек в каждой. КГ занималась по базовой программе реабилитационного центра. ЭГ занималась в течение трех месяцев 2 раза в неделю по 30 минут по экспериментальной программе. Программа из 24 занятий вариативно включала такие средства арт-терапии, как рисование с помощью разных предметов и техник, пластилинография, лепка, аппликация, вырезание, обведение по контуру и др., каждое из которых оказывает свое специфическое воздействие на состояние моторики. Для оценки динамики состояния тонкой моторики были использованы диагностические тесты, описанные в литературе (обследование произвольной моторики пальцев рук, тест «Дорожки», проба на пальцевый гнозис и праксис, функциональный тест с катушкой, проба «Манипуляции с предметами»). На протяжении всего эксперимента в ЭГ проводилось скрытое включенное наблюдение за психоэмоциональным состоянием испытуемых, результаты которого фиксировались в дневнике наблюдений. Статистическая обработка результатов измерений проводилась с помощью программы «Описательная статистика» в Excel. Достоверность различия сравниваемых показателей устанавливалась с помощью t-критерия Стьюдента на уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Проведен сравнительный анализ результатов тестирования состояния моторики рук в ЭГ и КГ до и после эксперимента. Показано, что наблюдается улучшение показателей в обеих группах по всем видам тестов. Однако, их прирост в КГ не является статистически значимым, а имеет лишь характер тенденции к росту. Прирост же всех показателей в ЭГ выше, чем в КГ, и является статистически достоверным по сравнению с исходными данными. Установлено также, что под воздействием программы произошло более существенное и статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение измеренных показателей в ЭГ по сравнению с КГ по всем тестам. Полученные результаты являются свидетельством эффективности экспериментальной программы.

Выводы. 1. Разработана программа комплексного использования средств арт-терапии для развития мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста с ДЦП и проведена ее апробация, результаты которой свидетельствуют об эффективности программы. 2. Показано, что применение арт-терапии как самостоятельного метода физической реабилитации для развития мелкой моторики рук у детей с ДЦП позволяет достичь более высоких результатов по сравнению с традиционными методами.

Список литературы

1. Состояние и динамика инвалидности детского населения РФ. Доклад ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России [Электронный ресурс]. – URL: <https://mintrud.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/Ministry-0-1198-src-1561646332.413.doc>. Дата обращения 12.09.2021.

2. Кафидов И.Н., Алексеева С.И. Адаптивная физическая культура в реабилитации детей с церебральным параличом / И.Н. Кафидов, С.И. Алексеева: Учебное пособие. – М.: МГПУ, 2017. – 88 с.

СИСТЕМНОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Антропова И.М., Садовникова А.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Системное недоразвитие речи – это различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне у детей с ограниченными возможностями здоровья. Недоразвитие речи у детей выражено в различной степени от полного отсутствия речи до незначительных отклонений в развитии.

Результаты. Системное недоразвитие речи является вторичным, зависящим от недоразвития познавательной деятельности и аномального психического развития в целом.

- Тотальное недоразвитие. Общее стойкое отставание в развитии всех функций вследствие раннего органического поражения мозга. Наиболее характерным примером недоразвития является умственная отсталость.

- Умственная отсталость. Симптоматика и механизм речевых расстройств у детей с умственной отсталостью определяются не только наличием общего недоразвития мозговых систем, что обуславливает системное нарушение речи, но и локальной патологии со стороны систем, имеющих непосредственное отношение к речи. У детей, страдающих умственной отсталостью, могут наблюдаться все формы нарушений речи, которые имеют место и у нормальных детей, но эти нарушения являются более многочисленными и тяжелыми, характеризуются своеобразием и носят системный характер. У детей с умственной отсталостью оказываются несформированными все операции речевой деятельности.

- Дефицитарное психическое развитие. Наиболее ярко его представляют нарушения психического развития при недостаточности анализаторных систем – зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата.

- Речь при нарушениях зрения. Речь детей с нарушением зрения характерна своеобразием ее становления, хотя в основе ее формирования лежат те же закономерности, что и в норме. Для детей с нарушением зрения наиболее типичными являются системные ее недоразвития, разнообразные по своей структуре: непонимание смысловой стороны слова, которое детьми не соотносится с чувственным образом предмета; использование слов, усвоенных на чисто вербальной основе; эхоталии; неупотребление развернутых высказываний из-за отсутствия зрительных впечатлений; стойко прослеживается роль наличия врожденного или рано приобретенного зрительного дефекта, значительно усугубляющего речевое недоразвитие.

- Нарушение слуха. Недостатки слуха у ребенка приводят к замедлению в овладении речью, к восприятию речи на слух в искаженном виде. Варианты развития речи у детей с нарушением слуха очень разнообразны и зависят от индивидуальных

психофизических особенностей ребенка и от тех социально-педагогических условий, в которых он находится, воспитывается и обучается. Глухота вызывает вторичные изменения в психическом развитии ребенка – более медленное и протекающее с большим своеобразием развитие речи. Нарушение слуха и речевое недоразвитие влекут за собой изменения в развитии всех познавательных процессов ребенка, в формировании его волевого поведения, эмоций и чувств, характера и других сторон личности.

- **Нарушение опорно-двигательного аппарата.** У детей с церебральным параличом имеет место не только замедленный, но и часто неравномерный темп психического развития с диспропорциональностью в формировании отдельных психических функций, что дает основание говорить о своеобразной дизонтогении психического развития церебрально-органического генеза, которая включает следующие основные варианты: локальный дизонтогенез отдельных высших психических функций (речи, пространственных представлений, различных видов гнозиса, праксиса, внимания, памяти и др.); нарушения умственной работоспособности; нарушения произвольной регуляции психической деятельности; специфическую задержку психического развития, при которой имеет место сочетание представленных выше нарушений со стойко ограниченным запасом знаний и представлений об окружающем и специфическими особенностями мыслительной деятельности, обуславливающими замедленное усвоение нового материала.

- **Искаженное психическое развитие.** Разные варианты сложных сочетаний общего недоразвития, задержанного, ускоренного и поврежденного развития. Ранний детский аутизм – наиболее яркий пример этого типа нарушенного психического развития.

- **Аутизм.** Детский аутизм проявляется в разных формах, при различных уровнях интеллектуального и речевого развития. Неговорящие аутичные дети отличаются: наиболее глубокими аффективными расстройствами; резким снижением психического тонуса; тяжелыми нарушениями произвольной деятельности, целенаправленности; не испытывают потребности в общении с окружающим миром. Очевидна связь речевых нарушений с патологией определенных мозговых структур. В тяжелых случаях ребенок не в состоянии произнести не только слова, но и отдельные звуки речи. При выполнении движений языка, губ и других органов артикуляционного аппарата ему не удается найти их нужную позицию. Причем в этих случаях теми же органами свободно выполняются любые «непроизвольные» движения (дети без затруднений едят, глотают, облизывают испачканные губы и т.п., могут спонтанно вокализовать отдельные звуки, воспринимаемые как речевые). Отклонения в речевом развитии – один из основных признаков синдрома раннего детского аутизма. Проявления речевых нарушений при аутизме чрезвычайно многообразны по характеру и динамике, и в большинстве случаев они обусловлены нарушениями общения. При аутизме ребенок может повторять какие-либо действия или слова по несколько раз. Детям-аутистам может быть трудно играть в игры, требующие воображения, и переходить от отдельных слов-обозначений к связному языку.

Выводы. Таким образом, зная особенности проявления недоразвития речи при различных видах нарушения психического развития, а также этапы доречевого, речевого и психического развития ребенка в норме, мы можем более рационально составить коррекционно-развивающую программу работы с нашими детьми с дальнейшим планированием образовательного маршрута.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С МИТОХОНДРИАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ В ДИСТАНЦИОННОМ ФОРМАТЕ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Асташкина Ю.В., Дагаева А.Е., Сафронова Н.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Атаксия с ранним началом, с окуломоторной апраксией и гипоальбуминемией, обусловленные мутациями в гене APTX. Атаксия – первый симптом данного заболевания, дебютирует обычно в возрасте от 2 до 6 лет и проявляется нарушением походки в сочетании с мозжечковой дизартрией, дискоординацией в конечностях, более выраженная в руках. Апраксия глазодвигательной мускулатуры присоединяется несколько позднее и имеет место у всех больных.

Цель. Оценка эффективности реабилитации пациента с дегенеративным заболеванием нервной системы (атаксия с ранним началом, с окуломоторной апраксией и гипоальбуминемией, обусловленные мутациями в гене APTX), регулярно проходившего курсы реабилитации.

Материалы и методы. Ребенок от III нормальной беременности, от III срочных стремительных(домашних) родов, вес 3150 г. Раннее моторное развитие по возрасту: сидит с 6 мес., ходит с 8 мес. с поддержкой, с 12 мес. – самостоятельно, неустойчиво. С 1 г. 2 мес. мамой отмечена моторная неловкость, нарушение координации. С 2,5 лет появились навязчивые движения в правой руке, к 3 годам – насильственная установка ее, к 3 г. 6 мес. появилась насильственная установка левой руки. По результатам МРТ головного мозга исключены демиелинизация, фокальная корковая дисплазия. По результатам полноэкзомного секвенирования исключены наследственные атаксии, синдром Сегавы. Верифицировано нейродегенеративное заболевание – атаксия с ранним началом, с окуломоторной апраксией и гипоальбуминемией, обусловленные мутациями в гене APTX. Пациентка проходила регулярные курсы реабилитации в НПЦ ДП ДЗМ в дневном стационаре № 3 с положительной динамикой речевых и двигательных навыков. В связи с пандемией covid-19 проводился курс онлайн-реабилитации. Девочка была осмотрена в онлайн-формате мультидисциплинарной бригадой в составе невролога, педиатра, психолога, логопеда и врача ЛФК, проводился комплекс упражнений с инструктором ЛФК, направленный на улучшение амплитуды движений, уменьшение дискоординации, логопедическая коррекция для улучшения артикуляции, грамматического состава речи, занятия с психологом.

Результаты. На фоне проведенного курса отмечено улучшение звукопроизношения, общего эмоционального состояния, некоторых двигательных навыков, но сохранялась выраженная атаксия.

Вывод. Своевременная, последовательная и непрерывная реабилитация пациентов, в том числе в онлайн-формате, даже при неблагоприятной эпидемиологической обстановке является необходимым условием для минимизации выраженности двигательного и интеллектуального дефицита при нейродегенеративной патологии.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКЗОСКЕЛЕТА

Батышева Т.Т.¹, Ковина М.В.², Писарева М.В.², Письменная Е.В.³, Петрушанская К.А.⁴

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

²ГБУЗ Ярославской области «Областная детская клиническая больница», г. Ярославль

³Институт проблем экологии и эволюции имени А.Н. Сёверцова РАН, г. Москва

⁴ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

Актуальность. Для ходьбы детей с гемипаретической формой ДЦП характерно снижение скорости, изменение временной структуры шага вследствие перефазировки опорной фазы и сокращения переносной фазы, уменьшение статической и динамической устойчивости, редукция амплитуды движений во всех суставах нижних конечностей, эквинусное положение в голеностопном суставе, снижение опорной и толчковой функций нижних конечностей. В настоящее время применяется ряд методов для реабилитации детей с этой формой ДЦП, причем как традиционные – массаж, лечебная физкультура, метод динамической проприоцептивной коррекции, так и инновационные методы, такие как роботизированная механотерапия посредством комплекса «Локомат», электрическая стимуляция мышц при ходьбе, опорная стимуляция посредством аппарата «Корвит». Однако, электрическая стимуляция и роботизированная механотерапия могут применяться у детей старше 7 лет. Между тем, у детей раннего возраста стоит задача не восстановления нарушенных двигательных функций, а первичное формирование этих функций и их дальнейшее адекватное развитие, т.е. абилитации. Одним из наиболее эффективных методов абилитации детей раннего возраста с гемипаретической формой ДЦП является тренировка в экзоскелете.

Цель. Показать эффективность абилитации детей раннего возраста с гемипаретической формой ДЦП посредством тренировки в экзоскелете.

Материалы и методы. С этой целью было разработано впервые в мире инновационное роботизированное оборудование – экзоскелет. Данный экзоскелет позволяет выполнять функции ходьбы на месте, вперед и вбок приставными шагами. Ходьба в экзоскелете осуществляется в индивидуальной ортопедической обуви ребенка с постановкой пятки на поверхность опоры и выполнением переката с пятки на носок. Исследования были проведены в отделении патологии речи и нейрореабилитации ГБУЗ Ярославской области «Областная детская клиническая больница». Под наблюдением были 4 ребенка в возрасте от 2 до 6 лет ростом от 73 до 108 см в основной группе и 10 детей в группе контроля. Дети основной группы получали 10-дневный курс тренировки в экзоскелете длительностью от 15 до 25 минут, а также физиотерапию, массаж и лечебную физкультуру. У детей контрольной группы использовались только традиционные методики реабилитации. Оценка двигательных навыков проводилась по шкале GMFM-88. Спастичность мышц оценивалась по шкале Ashworth. Походку изучали с использованием Шкалы клинического наблюдения ходьбы (Observational Gait Scale) I, II, III – уровень.

Результаты. Рассмотрены непосредственные и отдаленные результаты абилитации с применением экзоскелета на конкретном примере. Пациент Егор С. Возраст 2 года. Диагноз – ДЦП, левосторонний гемипарез. По шкале GMFCS – II

уровень. На момент начала исследований – самостоятельной ходьбы нет, передвигается с поддержкой за руки или с ходунками. Патологический паттерн ходьбы – циркумдукция. У ребенка наблюдается сгибание коленного сустава за счет сочетания hamstring- и triceps-синдромов. Нет постановки пятки на опору. Эквиновальгусная установка левой стопы. Отмечается резкое снижение скорости ходьбы (0,65 км/ч) за счет уменьшения длины двойного шага (0,34 м) и темпа ходьбы (63 шаг/мин). Уже после первого занятия у ребенка снизился мышечный тонус в икроножной мышце, увеличилась опора на левую стопу, уменьшилась наружная ротация бедра слева. После пятого сеанса ребенок начал делать первые самостоятельные шаги. Пятка начинала опускаться, ребенок мог опираться на нее, расширяя площадь опоры, увеличивая устойчивость. К десятому занятию ребенок мог самостоятельно ходить в течение 40 с вперед и с разворотом на 180°, делать 10 шагов на коленях вперед без опоры на руки, сгибать левую ногу в коленном (КС) и тазобедренном (ТБС) суставах в полном объеме. После курса реабилитации ребенок впервые стал самостоятельно садиться через правый бок, впервые стал пересаживаться из положения сидя на низкую скамейку. После десятого сеанса у ребенка также улучшилась функция верхней конечности: мальчик тянется левой рукой к игрушке, поднимает ее выше плеча. После курса тренировки ребенок ходит самостоятельно на короткие расстояния в пределах помещения, повысилась скорость ходьбы в два раза (1,3 км/ч) в основном за счет увеличения темпа передвижения – с 63 до 113 шаг/мин. Уменьшились патологические установки – уменьшилась выраженность сгибательно-приводящей установки левого бедра и эквиновальгус левой стопы. Уменьшилась выраженность циркумдукции за счет уменьшения длины и ширины шага. Через два месяца после окончания курса тренировки ребенок уже может самостоятельно ходить, при этом сохраняется приобретенный после курса реабилитации паттерн ходьбы, уменьшается ротация бедра, отмечается отчетливый перекал с пятки на носок. Улучшается также движения в левой кисти, при ходьбе ребенок ходит и манипулирует левой кистью.

Выводы. Экзоскелет у детей раннего возраста улучшает статику и локомоции, дает возможность формировать походку в более ранние сроки, чем в контрольной группе. Способствует выработке физиологического паттерна ходьбы. Снижает интенсивность патологических синергий. У всех детей уменьшается асимметрия мышечного тонуса.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ МЕТОДОВ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ЦЕФАЛГИЯХ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

Белалетдинова Н.Н., Типсина Н.В., Голубкова М.А., Чебатура А.Д.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Цефалгия является одной из актуальных проблем в педиатрии и неврологии. По данным научных исследований, частота встречаемости головной боли возрастает от 3–8% среди дошкольников до 57–82% у детей старшего возраста. В связи с высокой значимостью вопроса, ВОЗ с 2004 года проводит программу «Облегчение бремени», направленную на улучшение качества медицинской помощи при головной боли. Симптом цефалгии чаще всего наблюдается у детей с диагнозом: головная боль напряжения (18–25%), реже при мигрени (3–12%), черепно-мозговой травме, сосудистой патологии, опухолях, воспалительных процессах и токсико-химическом влиянии. Своевременное выявление и непрерывное ведение детей с этой патологией, сочетание

лекарственной и нелекарственной медицины уменьшает тяжесть течения и улучшает прогноз данных заболеваний.

Цель. Изучение эффективности применения сочетанных методов рефлексотерапии при цефалгиях у детей и подростков.

Материалы и методы. В исследовании, проведенном с января по декабрь 2020 года, приняли участие 23 пациента (14 девочек и 9 мальчиков) в возрасте 8–16 лет (средний возраст $12,5 \pm 1,5$) с диагнозом: головная боль напряжения (ГБН). В рамках комплексной реабилитации проводились сочетанные методы рефлексотерапии: классическая корпоральная иглотерапия, аурикулопунктура, микроиглотерапия, точечный массаж, поверхностная акупунктура роликовым массажером и многоигольчатым молоточком, цуботерапия, лазеропунктура, вакуумная акупунктура. Выбор методов, способ воздействия и составление акупунктурных рецептов зависели от возраста ребенка, варианта ГБН и сопутствующей патологии. При эпизодической ГБН применялось локально-сегментарное воздействие, основанное на использовании общих, специфических, сегментарных и локальных точек. Параллельно проводилось воздействие на зоны в проекции очагов патологической импульсации – миофасциальные триггерные пункты в перикраниальной и экстракраниальной мускулатуре. При наличии хронической ГБН эффективно использование традиционного китайского подхода при составлении акупунктурных рецептов. Рефлексотерапия в данном варианте течения была направлена преимущественно на стимуляцию дистальных корпоральных точек общего и психотропного действия, а также аурикулярных точек. Всем пациентам было проведено по 2-3 курса лечения с интервалом 3-4 месяца. Курс лечения состоял из 8–12 сеансов ежедневно или через день. В период с апреля по июль 2020 года дети получали реабилитацию дистанционно методами точечного самомассажа, поверхностного роликового и вакуумного массажа рефлексогенных зон.

Результаты. Пациенты исследуемой группы имели положительные результаты в виде улучшения психоэмоционального состояния, нормализации сна, уменьшения астенизации, тревожности, уменьшилась выраженность вегетативных нарушений, улучшения когнитивных функций. У 20 (86%) пациентов уменьшились продолжительность и частота приступов головной боли.

Выводы. Актуальность применения методов рефлексотерапии у детей и подростков с цефалгиями, в частности, с диагнозом: головная боль напряжения, обусловлена психотропным, анальгетическим и миорелаксирующим эффектом. Непрерывное курсовое лечение сочетанными методами рефлексотерапии в комплексной реабилитации данных пациентов целесообразно и эффективно.

Список литературы

1. Е.М. Шепилова, Н.Н. Заваденко, Ю.Е. Нестеровский. Головные боли напряжения у детей и подростков. Коморбидность с эмоциональными и поведенческими расстройствами / Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 119. – № 5. – С. 1–7.
2. В.И. Александров. Рефлексотерапия заболеваний нервной системы у детей: Учебное пособие. – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2015.
3. Н.Н. Заваденко, Ю.З. Нестеровский, Г.Ш. Хондкарян, Е.М. Шепилова, А.А. Холин. Первичные головные боли у детей и подростков: Учебно-методическое пособие. – М.: ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ России, 2015.
4. М.Ф. Исмагилов, Р.А. Якупов, А.А. Якупова. Головная боль напряжения. – Казань: Медицина, 2001. – С. 90–103.
5. Л.Г. Агасаров. Руководство по рефлексотерапии. – М.: Арнебия, 2001. – С. 232–235.
6. И.З. Самосюк, В.П. Лысенюк. Акупунктура. – Киев, М.: Украинская энциклопедия, 1994. – С. 427–434.

7. Hermine Tenk. Praktikum der chinesischen Akupunktur und Punktmassage für die Kinderheilkunde. Wien-München-Bern 1988 p. 117–120.

8. А.В. Сергеев. Мигрень и головная боль напряжения у детей, основные подходы к эффективной терапии / Вопросы современной педиатрии. – 2012. – № 11. – С. 64–69.

9. А.В. Сергеев. Головная боль напряжения: современное состояние проблемы / Российский медицинский журнал. – 2014. – № 22. – С. 15–23.

НЕГОВОРЯЩИЕ ДЕТИ: МОЗЖЕЧКОВАЯ СТИМУЛЯЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЛЕКСА LEARNING BREAKTHROUGH KIT (BALAMETRICS) В КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА БАЗЕ ГБУЗ «НПЦ ДП» ДМЗ

Белякова С.М., Клочкова Н.Н., Подгорнова С.Ю.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Среди множества проблем, находящихся на стыке клинических дисциплин, специальной психологии и педагогики, проблема нарушения речи занимает основное и главное место. Отмечается нарастание количества детей, которые с возрастом имеют тяжелые нарушения речи и требуют длительной реабилитации по запуску речи. Одним из новых эффективных методов коррекции различных нарушений в речевом и интеллектуальном развитии является мозжечковая стимуляция. Мозжечковая стимуляция – это серия коррекционно-развивающих и реабилитационных методик, направленных на стимуляцию работы участков ствола головного мозга и мозжечка, активно участвующих в формировании речи. Анатомо-функциональное строение мозжечка сложное и имеет специфику развития в онтогенезе в норме и при различных нарушениях развития у детей. Нарушения мозжечковой системы в онтогенезе человека приводят к серьезным патологиям детского развития. Доктор Ф. Белгау разработал комплекс специальных упражнений с балансировочной доской, разновесными мешочками, мячами на веревках и другим несложным оборудованием.

Цель. Озвучить и вынести на обсуждение использование метода мозжечковой стимуляции в логопедической работе с неговорящими детьми.

Материалы и методы. На базе НПЦ ДП была разработана логопедическая программа мозжечковой стимуляции с применением оборудования LEARNING BREAKTHROUGH KIT (Balametrics). Специалисты 2-го психоневрологического отделения коррекционно-логопедической службы с января 2021 года по сентябрь 2021 года проработали комплексные занятия по запуску речи у неговорящих детей дошкольного возраста. Логопеды на индивидуальных занятиях использовали методики Громовой О.Е., «Сольфеджио для малышей» Толмачевой М.С. и адаптировали данный материал для занятий на комплексе Balametrics.

Результаты. Положительная динамика в речевом развитии ребенка появляется уже на 5–7 занятии. На балансирах (LBK) у детей задействуются одновременно несколько систем: вестибулярная, моторная, сенсорная, проприоцептивная, глазодвигательная, кинестетическая, аудиальная. Занятия мозжечковой стимуляцией позволяют усилить эффект других занятий с логопедами и дефектологами.

Выводы. Мозжечковой стимуляцией – эффективный метод стимуляции развития, который можно использовать с неговорящими детьми для запуска речи. Комплекс логопедических индивидуальных занятий плюс мозжечковая стимуляция с

логопедом на баламетриксе дают выраженную положительную динамику в реабилитации детей дошкольного возраста, стимулируют и запускают речь у неговорящих детей.

ПОСТУРАЛЬНЫЙ РЕЖИМ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Беркутова И.Ю.

ФГБУ «Федеральный научный центр физической культуры и спорта» (ФГБУ ФНЦ ВНИИФК), г. Москва

Актуальность. Постуральный режим или регулярный контроль за позой детей с двигательными нарушениями является важной составной частью общей реабилитационной программы. Формирующиеся у детей вторичные ортопедические осложнения (контрактуры, деформации, вывихи и подвывихи суставов) далеко не всегда являются неотъемлемой составляющей самого заболевания, а возникают от продолжительного нахождения ребенка в нестабильных и несимметричных позах, некорректного использования технических средств реабилитации (ТСР), несвоевременной вертикализации [1, 2]

Цель. Проанализировать соблюдение постурального режима и степень информированности семей о важности этого компонента в реабилитационной программе.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 15 семей, в которых растут дети с диагнозом ДЦП. Возраст детей 4–8 лет, 4–5 уровень по шкале крупной моторики (GMFCS). В ходе структурированного интервью мы выявили, что 87% семей не используют правильное позиционирование ребенка во время домашних рутин и занятий, так как никогда не слышали о необходимости такого подхода. 9% получали подобные рекомендации, но не уделяют этому вопросу должного внимания. И только 4% семей полностью информированы и внимательно контролируют позы ребенка. Когда мы провели анализ используемых ТСР, стало понятно, что и здесь информированность родителей недостаточная, так как большинство (12 семей) используют неподходящую для ребенка технику. Три семьи правильно эксплуатируют имеющиеся ТСР (кресло-коляска и вертикализатор). Всем детям, принимавшим участие в исследовании, показана вертикализация, но только 5 семей имеют дома вертикализатор, из них в двух семьях используют его регулярно.

Результаты. Полученные результаты говорят о крайне недостаточном внимании специалистов и родителей к вопросам профилактики вторичных ортопедических нарушений у детей с ДЦП, что неизбежно приводит к необходимости дополнительных лечебных и реабилитационных мероприятий.

Выводы. Повышение компетентности специалистов и родителей в вопросах профилактики вторичных ортопедических осложнений должно стать обязательным компонентом различных обучающих программ, конференций и семинаров.

Список литературы

1. Ключкова Е.В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. – М.: Теревинф, 2014. – 288 с. – ISBN 978-5-4212-0191-5 Klochkova E.V. Introduction to physical therapy: rehabilitation of children with cerebral palsy and other motor disorders of a neurological nature. – М.: Terevinf, 2014. – 288 p.

2. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е.В. Семёнова, Е.В. Ключкова, А.Е. Коршикова-Морозова, А.В. Трухачёва, Е.Ю. Заблоцкис. – М.: Лепта Книга, 2018. – 584 с. –

(Серия «Азбука милосердия»: метод. и справ. пособия.) ISBN 978-5-91173-531-9
Rehabilitation of children with cerebral palsy: an overview of modern approaches to help
rehabilitation centers / E.V. Semenova, E.V. Klochkova, A.E. Korshikova-Morozova, A.V.
Trukhacheva, E.Yu. Zablotskis. – М.: Lepta Book, 2018. – 584 p. – (Series "Abc of Mercy":
method. and help. benefits.)

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Бойко Е.А., Иванчук Е.В., Петрова Е.В., Петкевич Н.П., Гунченко М.М.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Невротические расстройства (неврозы) – группа нервно-психических функциональных расстройств, обусловленных стрессовой ситуацией или психологической травмой (Фесенко Ю.А., Гарбузов В.И., 2020). Клинические проявления неврозов у детей и подростков носят разнообразный характер, включают в себя эмоциональные и телесные расстройства. Невротические расстройства диагностируются у 15–25% детей, чаще у мальчиков. Важно отметить, что первые признаки заболевания (невротические реакции) встречаются у детей младшего дошкольного возраста. Раннее вмешательство и комплексный коррекционный подход позволяют предотвратить развитие невроза.

Цель. Описание клинического случая.

Материалы и методы. В отделение Дневного стационара № 1 ГБУЗ НПЦ ДП поступил мальчик 4 лет с диагнозом «Невротические реакции. Синдром гипервозбудимости». Основные жалобы мамы: поведенческий негативизм, высокая импульсивность, сиблинговые конфликты (младший брат – 1,5 года), ночные кошмары, страхи. Раннее развитие протекало с темповой задержкой. Во время консультации медицинского психолога мальчик легко вступает в речевой контакт, поведение ребёнка адекватно ситуации обследования, эмоциональный фон ровный. По результатам диагностики, развитие когнитивных функций соответствует возрастной норме. Обращают на себя внимание коммуникация матери с ребенком: расплывчатые, амбивалентные инструкции, сложные по структуре, длинные предложения. Мать не выдерживает негативных эмоций ребенка, заметно раздражается, повышает голос. Особенности внутрисемейного взаимодействия: отсутствие четких правил, системы поощрений и наказаний, непоследовательность и несогласованность родительских действий, сиблинговые конфликты, в которых родители принимают сторону младшего ребёнка.

Результаты. Нами сформулированы гипотезы проблемного поведения ребёнка: 1) особенности нервной системы: незрелость лобных отделов головного мозга, истощаемость, гипервозбудимость определяют неустойчивый эмоциональный фон ребенка, невнимательность, импульсивность; 2) недостаточное развитие речи затрудняет полноценную вербальную коммуникацию ребенка с окружающими, определяет трудности вербального выражения эмоций; 3) несбалансированная диада «мать – дитя», недостаточный эмоциональный контакт ребенка с родителями, особенности внутрисемейных отношений влияют на проблемное поведение ребенка, страхи, ночные кошмары, сиблинговые конфликты.

Психокоррекционная программа состояла из трех направлений: работа с ребенком, работа с матерью, работа с семейной системой (в частности, с родительской подсистемой). Психокоррекционная работа с ребенком проводилась параллельно с логопедическими занятиями, нейрометаболической терапией по

назначению невролога и включала в себя следующие этапы: 1) отреагирование чувства страха (арт-терапия; сюжетно-ролевые игры; игры в прятки, жмурки); 2) снижение психоэмоционального напряжения, релаксация (игры на основе нервно-мышечной релаксации); 3) комплекс нейropsychологических упражнений по методу замещающего онтогенеза для снижения возбудимости, стабилизации уровня психической активности.

Психологическая работа с матерью: 1) восстановление эмоционального контакта с ребенком (методики «Материнский кокон», «Материнский гипноз»); 2) обучение матери контейнированию негативных эмоций ребёнка; 3) обучение матери прямым коммуникациям, составлению инструкций для ребенка в соответствии с уровнем его психического развития. Психологическая работа с семьей: 1) информирование по вопросам развития ребенка; 2) обозначение психологических особенностей детей в зависимости от порядка рождения, рекомендации по воспитанию каждого sibлинга в контексте этой темы; 3) обсуждение семейных установок и создание «Свода правил семьи» для взрослых и детей; 4) работа с родительской подсистемой (семейные роли, разграничение обязанностей, стили воспитания, приведение этих стилей к общей стратегии воспитания); 5) гармонизация отношений ребенка с отцом. При выписке отмечена положительная динамика: поведение мальчика улучшилось, психоэмоциональное состояние родителей и ребенка стабилизировалось, повысилась родительская компетентность.

Выводы. Комплексная психологическая работа с ребёнком, родителями и семейной системой в целом благоприятно отражается на лечении невротических расстройств в детском возрасте.

ВЛИЯНИЕ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА СОЦИАЛИЗАЦИЮ И КОММУНИКАТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Болбикова Е.В., Тарасова Н.А., Типсина Н.В., Силина Н.Б., Якименкова Л.В., Уханова А.Н.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность заключается в том, что с каждым годом становится всё больше детей с расстройством аутистического спектра, многие специалисты рассказывают о различных аспектах положительного воздействия физических упражнений на эмоциональную и сенсорную регуляцию детей, а также на регуляцию двигательной активности и навыки социального взаимодействия. Занятия физическими упражнениями необходимы всем, а особенно детям с аутистическими расстройствами. Они помогают успокоиться, улучшают сон, заряжают энергией, стабилизируют состояние организма, расширяют возможности и делают сильнее. Но, к сожалению, не все взрослые занимаются физическими упражнениями и недооценивают их влияние на организм в целом.

Цель. Определение эффективности влияния адаптивной физической культуры на коммуникативные способности детей с аутизмом.

Материалы и методы. На протяжении одного года мы проводили работу по изучению различных методик обучения детей с расстройством аутистического спектра. В нашем центре всех детей обязательно консультирует врач ЛФК совместно с лечащими врачами и заведующим отделением, в течении первых 30 минут происходит наблюдение за поведением ребёнка и определяется тактика физической реабилитации. Таким образом происходит разделение детей на 2 группы: 1) дети, занимающиеся групповыми занятиями и 2) дети, занимающиеся индивидуально. В

групповых и индивидуальных занятиях мы использовали полосу препятствий, которую периодически усложняли, ребенку необходимо было повторять такие упражнения как: «марш с высоко поднятыми коленями», прыжки лягушкой, прыжки на двух и одной ноге, прыжки двумя ногами на препятствие, ходьба по палочке «ёлочкой», ходьба приставным шагом с высоко поднятыми коленями, бег, ползание по-пластунски, ходьба гусиным шагом, ползание на четвереньках, перекачивание. Также очень эффективны были упражнения с мячом: ловить, бросать, передавать, катить, кидать в кольцо, подкидывать и ловить мяч с хлопками спереди и сзади, передача мяча внутренней поверхностью стопы.

Результаты. Постепенно дети успокаивались, мы привлекали их внимание с помощью мячей, батута, показывали ряд упражнений и вместе с ребёнком начинали их повторять, после нескольких повторений дети пытались самостоятельно выполнить упражнения, подражая инструктору. Обычно к пятому занятию большая часть детей осваивались и самостоятельно повторяли несложные комбинации упражнений.

Выводы. Полученные результаты физической реабилитационной работы и динамическое наблюдение за детьми позволяют нам сделать вывод об эффективности выбранных нами методик и способов влияния адаптивной физической культуры на социализацию и коммуникативные способности у детей с аутизмом, которые в дальнейшем позволяют детям, осваивая новые навыки, лучше вливаться в детский коллектив.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВОЙТА-ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Бурмистрова А.И.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. На сегодняшний день дефекты нервной трубки плода являются одними из самых распространенных пороков развития у детей. Одним из самых опасных последствий пороков развития центральной нервной системы является гидроцефалия, сопровождающаяся нарушением оттока спинномозговой жидкости. Особенно угрожаемы по развитию гидроцефалии недоношенные дети, которые благодаря развитию оборудования и технологий выхаживания все чаще выживают даже с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. В дальнейшем подавляющее большинство таких детей будут нуждаться в реабилитационных мероприятиях в связи с задержкой двигательного и психоречевого развития. Одной из наиболее эффективных методик лечения таких детей является Войта-терапия, которая позволяет, во-первых, уменьшить или, в некоторых случаях, полностью ликвидировать моторный дефицит, и во-вторых, благотворно влияет на отток ликвора из желудочков головного мозга.

Цель. Продемонстрировать на отдельно взятом примере целесообразность применения Войта-терапии в лечении детей с гидроцефалией.

Материалы и методы. Ребенку А. 3 года, родившемуся на 26 неделе с весом 780 г и ростом 30 см, с оценкой по шкале Апгар 5/6 баллов, был выставлен диагноз «Внутрижелудочковое кровоизлияние 2–4 степени». Ребенок находился на ИВЛ до 9-го дня жизни. Была диагностирована постгеморрагическая окклюзионная гидроцефалия. В течение первого года жизни ребенок перенес семь нейрохирургических операций, включающих в себя стентирование 4-го желудочка,

установку вентрикулоатриального шунта, многократную ревизию вентрикулоатриального шунта и замену его на вентрикулоперитонеальный.

После стабилизации состояния ребенок неоднократно получал курсы массажа и физиотерапии, без выраженного эффекта. На момент консультации врача ЛФК ребенку исполнилось три года. Из осмотра: в положении на спине асимметрия положения головы и корпуса, корпус нестабилен, верхние и нижние конечности выпрямлены, манипулятивная функция не сформирована; в положении на животе также выраженная асимметрия корпуса и положения головы, опора на локти не сформирована, ребенок предпринимал единичные кратковременные попытки удержания головы. Мышечный тонус повышен, больше в руках. Ребенок самостоятельно изредка переворачивался на бок. На момент осмотра двигательное развитие ребенка соответствовало 1,5–2 месяцам. Было принято решение о начале проведения Войта-терапии.

Результаты. После 2-го занятия наступили заметные изменения в положении корпуса и головы: лежа на спине корпус стал более стабильным, исчезла асимметрия положения головы и туловища, ребенок стал группироваться при тракции за руки. После 3-го занятия ребенок самостоятельно перевернулся со спины на живот. После 5-го занятия ребенок смог самостоятельно сесть в W-позицию с опорой на прямые руки. После 7-го занятия ребенок предпринимал первые самостоятельные попытки двигаться вперед в паттерне примитивного ползания. Заметно улучшилась манипулятивная функция: ребенок начал пробовать брать предметы, отпускать их, переключать из руки в руку.

Выводы. Таким образом, данный клинический случай успешного проведения Войта-терапии у глубоко недоношенного ребенка с экстремально низкой массой тела при рождении и внутрижелудочковым кровоизлиянием, ставшим впоследствии причиной постгеморрагической окклюзионной гидроцефалии, подтверждает идею о важности и целесообразности применения Войта-терапии у детей с гидроцефалией.

Список литературы

1. Vojta V. Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter, Frühdiagnose und Frühtherapie. 5th edn. Stuttgart: Ferdinand Enke, 1988.
2. Vojta V, Bauer H. Besteht eine Beeinflussung der Liquorzirkulation durch krankengymnastische Behandlung (Reflexlokomotion nach Vojta) In: Hydrocephalus im frühen Kindesalter. ed. Voth D. Stuttgart: Ferdinand Enke, 1983: 366–370.
3. Vojta V., Peters A. – Das Vojta-Prinzip, 3. Auflage, Springer, 2007.
4. Orth H. – Das Kind in der Vojta-Therapie, 2. Auflage, Urban&Fischer, München, 2011.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНОЙ ПЕСОЧНИЦЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Гаврилина С.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Развитие речевых навыков – основная задача развития ребенка и одна из самых трудных. В настоящее время количество детей с задержкой речевого развития (ЗРР) растет. Очень важно как можно раньше начинать оказывать коррекционную помощь. В реабилитации детей с ЗРР часто используют метод песочной терапии. Манипуляции с песком позитивно влияют на эмоциональное состояние ребенка. Развивая тонкую ручную моторику у ребенка, мы стимулируем развитие его речи. Сегодня в коррекционной работе с детьми с ЗРР активно

используется интерактивная песочница. Это уникальный игровой комплекс, оснащенный корпусом для песка, компьютером и проектором. Интерактивная песочница содержит множество игр со звуковым сопровождением, направленных на развитие памяти, внимания, мышления и мелкой моторики рук.

Цель. Оценить инновационный метод использования интерактивной песочницы в реабилитации детей, имеющих задержку речевого развития.

Материалы и методы. Интерактивная песочница – это мультимедийное оборудование, позволяющее перенести песочную терапию на новый уровень. Учитывая, что познавательные способности ребенка связаны с органами чувств, игры с песком – один из эффективных методов их развития. В одной игровой локации воздействие идет сразу на три анализатора: тактильный, зрительный и слуховой. Дети с задержкой речи любят игры на восприятие цвета, фигур. Задание собрать фигуру из частей вызывает положительные эмоции, что создает позитивный настрой ребенка на дальнейшее сотрудничество. Можно поиграть на разных уровнях в песке: чем глубже ребенок копает, тем ближе цветовая гамма к воде, и наоборот, возвышенности превращаются в горы. Песочная игра сопровождается звуками природы – журчанием воды, пением птиц.

Результаты. В результате занятий с использованием интерактивной песочницы наблюдается положительная динамика в развитии мелкой моторики, в развитии функции внимания, в зрительном восприятии. Также можно отметить повышение контроля своих эмоций. Значительно улучшились коммуникативные навыки.

Выводы. Занятия с детьми, имеющими задержку речевого развития, показали, что игры в интерактивной песочнице мотивируют детей на совместную деятельность с педагогом, направленную на их дальнейшее развитие. Использование интерактивной песочницы в реабилитации детей с ЗРР позволяет успешно совмещать в игровом процессе обучение и развитие.

НИЗКАЯ МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Галашевская А.А.¹, Почкайло А.С.¹, Водянова О.В.^{1,2}

¹ ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

² УЗ «Минская областная детская клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) является наиболее распространенным заболеванием у детей, которое может осложняться развитием остеопороза и ассоциированных с ним переломов. Низкая минеральная плотность костной ткани (МПК) может выступать в качестве неинвазивного информативного предиктора переломов. Выявление и оценка факторов риска развития низкой МПК необходимы как для прогнозирования развития остеопороза и связанных с ним переломов, так и для определения контингента лиц, нуждающихся в дополнительном обследовании (в том числе в проведении остеоденситометрии) и назначении лечебно-профилактических мероприятий [1].

Цель. Оценить и представить частоту выявления низкой МПК и остеопороза у детей с ДЦП.

Материалы и методы. Исследование проводилось с 2019 по 2021 год в республиканском центре детского остеопороза, функционирующем на базе УЗ

«Минская областная детская клиническая больница». Обследовано 72 пациента с ДЦП в возрасте от 5 до 18 лет. Медиана возраста обследованных детей составила 10,1 (8,1; 13,7) лет. Проведена оценка МПК методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии по педиатрическим программам исследования: всего тела без включения костей черепа (total body less head (TBLH)) – у 68 пациентов, поясничного отдела позвоночника (L1-L4) – у 72 пациентов. Согласно рекомендациям Международного общества клинической денситометрии (ISCD), показатели МПК при $Z\text{-score} \leq -2,0$ стандартных отклонений (SD) расценивались как «низкая МПК» для данного пола и возраста ребенка [2].

Результаты. Снижение МПК выявлено у 15% ($n=10/68$) детей при обследовании всего тела и у 53% ($n=38/72$) – при обследовании поясничного отдела позвоночника. Значения $Z\text{-score}$ варьировали от -5,0 до -2,0 SD, отмечалось наиболее выраженное снижение в L1-L4. Среди детей с низкой МПК было 55% мальчиков и 45% девочек; 50% детей получали антиконвульсанты, еще у 18% отмечен прием антиконвульсантов в анамнезе; у 61% детей имелась недостаточность питания различной степени выраженности ($Z\text{-score}$ ИМТ/возраст от -2,11 до -6,59 SDS); 84% детей имели тяжелые двигательные нарушения (IV-V уровни по GMFCS). При сборе анамнеза установлено, что у 26% ($n=10/38$) детей, имеющих низкую МПК, отмечались переломы в анамнезе. Чаще наблюдались переломы костей нижних конечностей. На основании анализа анамнеза переломов и показателей МПК у 10% ($n=7/72$) детей верифицирован вторичный остеопороз. Данным пациентам были даны рекомендации по лечению выявленных нарушений и последующему динамическому наблюдению.

Выводы. В результате проведенного нами исследования у детей с ДЦП установлена значимо более высокая частота регистрации низкой МПК в поясничном отделе позвоночника, достигающая 53%. Вторичный остеопороз верифицирован у 10% детей с ДЦП.

Список литературы

1. Галашевская, А.А. Факторы риска и диагностика остеопороза у детей с детским церебральным параличом / А.А. Галашевская, А.С. Почкайло // – Педиатрия. Восточная Европа. – 2020. – Педиатрия. Восточная Европа. – Т. 8. – № 4. – С. 556–268.
2. 2019 ISCD Official Positions – Pediatric [Electronic resource]. – Mode of access: <https://iscd.org/learn/official-positions/pediatric-positions/>. – Date of access: 29.08.2021.

СТАТУС ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ

Галашевская А.А.¹, Почкайло А.С.¹, Яковлев А.Н.²

¹ ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

² УЗ «Минский городской центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Дети с детским церебральным параличом (ДЦП) представляют собой разнородную популяцию и нередко имеют коморбидные состояния, включая дефицит витамина D. Развитие дефицита витамина D у детей с ДЦП связано с нарушениями питания, недостаточной инсоляцией и при наличии сопутствующей эпилепсии – приемом антиконвульсантов. В некоторых исследованиях было

показано, что при снижении способности к самостоятельному передвижению у детей с ДЦП чаще выявляется дефицит витамина D [1]. В качестве наиболее информативного маркера обеспеченности организма витамином D в современной клинической практике используется определение в крови одного из промежуточных метаболитов витамина D – 25-гидроксивитамина D (25(OH)D).

Цель. Оценить статус обеспеченности витамином D у детей с ДЦП в зависимости от способности к самостоятельному передвижению.

Материалы и методы. В республиканском центре детского остеопороза, функционирующем на базе УЗ «Минская областная детская клиническая больница», с 2019 по 2021 год обследовано 90 детей с ДЦП в возрасте от 2 до 18 лет. Медиана возраста пациентов составила 9,0 (6,1; 13,0) лет. По способности к самостоятельному передвижению с использованием системы классификации больших моторных функций (GMFCS) дети были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту: 1 группа (n=36, 40%) – дети с I–III уровнями по GMFCS, 2 группа (n=54, 60%) – дети с IV–V уровнями по GMFCS. Анализ содержания 25(OH)D в сыворотке крови выполнен в клинко-диагностической лаборатории УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска методом электрохемилюминесценции. В соответствии с международными рекомендациями «Practical guidelines for supplementation of Vitamin D and treatment of deficits in Central Europe» (2013) [2]: дефицит витамина D определяли при уровне 25(OH)D менее 20 нг/мл, субоптимальный статус (недостаточность) – 20–30 нг/мл, оптимальный (адекватный) статус – 30–50 нг/мл, высокий уровень – 50–100 нг/мл.

Результаты. Показатели 25(OH)D в обследованной когорте пациентов находились в диапазоне 2,30–76,60 нг/мл. Медиана уровня 25(OH)D у всех обследованных пациентов составила 16,43 (12,08; 22,91) нг/мл, в 1 группе – 18,05 (13,00; 27,57) нг/мл, во 2 группе – 15,85 (11,27; 17,67) нг/мл. Между группами не было выявлено статистически значимых различий в уровнях 25(OH)D (U=747,5; p=0,064). В 1 группе дефицит витамина D выявлен у 30/36 (83%) детей, недостаточность – у 5/36 (14%), оптимальный статус – у 1/36 (3%); во 2 группе дефицит витамина D – у 29/54 (54%), недостаточность – у 14/54 (26%), оптимальный статус – у 7/54 (13%), высокий уровень витамина D – у 4/54 (7%) пациентов. Таким образом, распространенность дефицита и недостаточности витамина D у детей в 1 группе составила 97%, во 2 группе – 80%. При этом на основании анализа данных анамнеза нами установлено, что медикаментозная дотация препаратами витамина D во 2 группе проводилась чаще, чем в 1 группе детей (в 1 группе только у 5/36 (14%) детей, во 2 группе – у 20/54 (37%)), что, по-видимому, повлияло на частоту выявления дефицита и недостаточности 25(OH)D в исследуемых группах.

Выводы. Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о высокой распространенности дефицита и недостаточности витамина D среди детей с ДЦП и необходимости оптимизации мероприятий по профилактике дефицита витамина D у этой когорты пациентов, включая обязательную саплементацию витамином D.

Список литературы

1. Akpinar, P. Vitamin D status of children with cerebral palsy: Should vitamin D levels be checked in children with cerebral palsy? / P. Akpinar // North Clin Istanbul. – 2018. – Vol. 5, № 4. – P. 341–347.
2. Practical guidelines for the supplementation of vitamin D and the treatment of deficits in Central Europe – recommended vitamin D intakes in the general population and groups at risk of vitamin D deficiency / P. Pludowski [et al.] // Endokrynol Pol. – 2013. – Vol. 64, № 4. – P. 319–327.

КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА НАД ФОНАЦИОННЫМ ВЫДОХОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГАРНИТУРЫ FORBRAIN КАК ЧАСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Гиленкова С.В., Суворова С.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Особую группу в логопедической работе составляют дети с ДЦП. Актуальность проблемы реабилитации этих детей обусловлена большой распространенностью перинатального поражения ЦНС как возможной причины развития ДЦП и высокими показателями инвалидизации. Логопед, являясь частью мультидисциплинарной реабилитационной команды, проводит коррекционную работу с такими детьми. У детей с ДЦП дыхательные нарушения соответствуют тяжести общего двигательного поражения. Отмечается короткий вдох. Фонационный выдох в сравнении с нормой укорочен почти в два раза. Характерен длительный латентный период между вдохом и началом речи. Фраза произносится с перерывом на дополнительный вдох. Голос ослабленный, хриплый. Таким образом, детям с ДЦП требуется целенаправленная коррекционная работа по формированию речевого дыхания.

Цель. Изучение эффективности применения гарнитуры Forbrain в коррекции речевого дыхания на этапе работы по развитию фонационного выдоха как части комплексной реабилитации детей с ДЦП.

Материалы и методы. Большое значение для реабилитации детей с ДЦП имеет коррекция дыхательной и фонационной функций, их координированного взаимодействия. Формирование фонационного выдоха у детей с ДЦП имеет принципиальное значение для коррекции звучащей плавной речи – целостного непрерывного артикулирования интонационно-логически завершенного отрезка высказывания в процессе одного непрерывного выдоха. В коррекционной работе используются приемы развития речевого дыхания, описанные Беляковой Л.И., Гончаровой Н.Н., Шишковой Т.Г. (2004), Беляковой Л.И., Дьяковой Е.А. (1998) и др. На помощь в реабилитации больных приходят современные технологии. Высокая эффективность коррекционной работы наблюдается у детей при использовании современных аппаратных методов, в частности, гарнитуры Forbrain.

Forbrain – минигарнитура для костного звукопроведения. Эти наушники передают звук, используя костную проводимость и запатентованный динамический фильтр, который изменяет частотное звучание и модуляции. Благодаря этому мозг лучше обрабатывает сенсорную информацию, происходит активная сенсорная тренировка. Гарнитура стимулирует мозговую деятельность и активизирует участки мозга, которые отвечают за речевое развитие. В работе с такими детьми использование этого метода помогает параллельно развивать ритмику речи, просодику, интонацию, речевое дыхание, улучшает фонематический слух. Работа над фонационным выдохом начинается с длительного звучания гласных. Постепенно наращивается количество гласных звуков, произносимых на одном выдохе в следующем порядке: А – О – У – И (эталон гласных звуков).

Используя гарнитуру Forbrain, ребенок слышит свой голос, длительность (выдох) и качество его звучания, что является дополнительной стимуляцией слухового внимания, слухо-двигательной памяти, слухового и кинетического контроля и развития интонационного слуха. Важно при этом использование диафрагмального дыхания (под контролем легкой игрушки, положенной на область диафрагмы), использование нижнего резонатора, ощущение «открытой глотки» и расслабленной нижней челюсти. По мере закрепления навыка фонационного

дыхания, у детей с ДЦП тренируется и голосообразование. На этом этапе Forbrain помогает формировать рациональное голосоупотребление и голосоподачу. При произнесении на длительном выдохе гласных и согласных звуков ребенок слышит свой голос и одновременно отрабатывает его характеристики. Упражнения на фонационный выдох с использованием гарнитуры отрабатываются в виде звуковых дыхательных игр на каждом коррекционном занятии.

Результаты. Применение гарнитуры Forbrain у детей с ДЦП при работе над фонационным выдохом сокращает время, улучшает качество и результаты коррекционного воздействия. Результатами такой работы в нашем центре являются крепкий эмоциональный контакт на занятии специалиста и ребенка; повышенная мотивация детей к занятиям; быстрое решение поставленных коррекционных задач у каждого конкретного ребенка. Гарнитура Forbrain применяется в комплексе с классическими логопедическими технологиями и является эффективным дополнительным средством для улучшения коррекционного воздействия и реабилитации детей ДЦП.

БИОМЕХАНИЧЕСКИЙ И ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ВЫБОРА ТАКТИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП

Голубова Т.Ф.², Османов Э.А.², Власенко С.В.¹, Османова Е.С.², Власенко Ф.С.¹

¹ *Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Медицинской академии (структурное подразделение) ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, республика Крым*

² *ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, республика Крым*

Актуальность. Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом преобладают в клинической картине заболевания. Поэтому поиск оптимальных диагностических методик, позволяющих объективно оценить состояние двигательных систем и на основе полученных данных сформировать программу реабилитации, является актуальным до настоящего времени [1, 2, 3, 4, 5].

Целью настоящего исследования стало изучение клинико-функциональных особенностей ходьбы у больных ДЦП, форма спастическая диплегия, выбор тактики терапии на основе полученных данных.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 18 детей с ДЦП, форма спастическая диплегия. Контрольную группу составили 11 здоровых детей. Средний возраст пациентов составил 11±1,6 лет. Всем включенным в исследование проводилось обследование. Моторные функции изучались по шкале клинического наблюдения ходьбы. Биомеханика ходьбы изучалась на аппаратно-программном комплексе «Видеоанализ – 3D Биософт», Россия. Запись исследования локомоций осуществлялась по методике, разработанной специалистами ООО «Научно-медицинская фирма Биософт».

Результаты. В формировании патологического двигательного стереотипа у больных ДЦП, формой спастическая диплегия принимают участие несколько патологических факторов. Нередуцированные патологические тонические рефлекс формируют сгибательную, при активности лабиринтного тонического рефлекса, или разгибательную (шейный симметричный тонический рефлекс) патологическую синергию нижних конечностей. Однако, клинически не всегда удается определить

группу мышц с преобладающей активностью, терапевтическое воздействие на которые позволило бы изменить патологический двигательный стереотип.

Согласно данным, полученным при наблюдении за ходьбой пациентов с ДЦП, можно констатировать факт грубого нарушения физиологии ходьбы. Практически все пациенты передвигались с помощью приспособлений с приведенными и ротированными внутрь бедрами, сгибанием в коленных суставах с опорой на передние отделы стоп, без переката. Результаты тестирования пациентов по шкале клинического наблюдения ходьбы показали низкий уровень общей устойчивости, удержания равновесия только с помощью рук или вспомогательных средств, а также неустойчивость при изменении положения тела. Походка характеризовалась нарушениями в начале движений с наличием «пропульсий» и «ретропульсий», низким темпом ходьбы, неустойчивостью при ходьбе, использованием вспомогательных средств.

Полученные характеристики позволяют подтвердить особенности ходьбы – снижение устойчивости во время локомоции, патологическую перестройку фазы опоры, связанную с нарушенной регуляцией нервно-мышечного аппарата, нарушением координации движений, патологической установкой суставов, дефицитом мышечной функции. Выделение данных синдромов позволяет целенаправленно воздействовать на определенные мышечные группы с целью повышения эффективности проводимых реабилитационных мероприятий. Полученные данные исследования, проводимого на комплексе биомеханики, позволяют объективно оценить выраженность патологических нарушений, детализировать изменения в структуре шага и оценить эффективность проведенного лечения.

Электромиографические показатели характеризуют состояние мышцы в процессе ходьбы, ее активность во все периоды совершения шагового движения. Совокупность клинического и инструментального методов обследований позволяет выработать программу реабилитационных мероприятий и воздействовать на мышцы, определяющие патологический двигательный стереотип, что может значительно повысить эффективность реабилитационных мероприятий в целом. Детальная оценка активности каждой мышцы в отдельности и в совокупности активности мышечных групп во время ходьбы особенно важны при решении вопроса о применении различных инвазивных методов: ботулинотерапии, малоинвазивных хирургических вмешательств.

Воздействие данных методов направленно на снижение патологической активности мышц, увеличение объема пассивных и активных движений за счет активации антагонистов. Поэтому выбор тактики терапии является важной задачей, так как необоснованное снижение активности мышц может приводить к ухудшению двигательных возможностей пациента. Немаловажным является вопрос и выбора места приложения традиционных электростимулирующих методов лечения. При проведении электростимуляции мышц, активность которых является доминирующей в формировании патологии движения, будет способствовать закреплению двигательного стереотипа, ускорению развития ограничений движений в суставах конечностей, развитию контрактур и деформаций, требующих применения оперативного лечения.

Выводы. Таким образом, детальная оценка передвижения ребенка, больного ДЦП, требует тщательного клинического осмотра с изучением степени активности патологических тонических рефлексов, мышечной силы антагонистов, объема ограничений движений в суставах конечностей с использованием традиционных шкал оценки показателей. Обязательным дополнением к оценке двигательного статуса ребенка является исследования на аппаратно-программном комплексе. Данные, полученные с помощью цифрового анализа двигательной активности,

позволяют оценить в цифровых показателях всю совокупность патологических данных при выполнении шаговых движений с учетом активности конкретных мышц. Отсутствие данного комплекса исследований делает невозможным проведение реабилитационных мероприятий, направленных на развитие двигательных возможностей больного, выбор тактики лечения, может приводить к отрицательным эффектам.

Список литературы

1. Физическая реабилитация при сколиотических повреждениях позвоночника у детей, болеющих детским церебральным параличом / В.Г. Калоерова, Ю.А. Гришун, О.М. Корчак, Е.А. Булкина // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2013. – № 7. – С. 19–22.
2. Петрунина С.В. Особенности коррекции двигательных действий у людей с различной патологией в функциях опорно-двигательного аппарата / С.В. Петрунина, С.М. Хабарова, И.А. Кирюхина // Международный научно-исследовательский журнал Research Journal of International Studies. – 2013. – № 5-3. – С. 37–39.
3. Биомеханические характеристики ходьбы у детей с врожденными расстройствами локомоций / С.Д. Коршунов, К.В. Давлетьярова, Л.В. Капилевич // Вестник Томского государственного университета. – 2014. – № 387. – С. 203–207.
4. Исследование структуры ходьбы больных детским церебральным параличом / К.А. Петрушанская, А.С. Витензон // Российский журнал биомеханики. – 2005. – Том 9. – № 3: 56–69.
5. Анатомическое строение и биомеханические характеристики мышц и суставов нижней конечности / А.В. Воронов. – М.: Физкультура, образование и наука, 2003. – 203 с.

ЛОГОРИТМИКА КАК СРЕДСТВО ПРЕОДОЛЕНИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОВЗ

Горохова Д.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. В последние годы значительно увеличилось число детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Для детей с ОВЗ характерны запаздывание развития речи и низкая речевая активность. Следует отметить, что у таких детей часто снижена работоспособность на занятиях, они быстро утомляются, часто отвлекаются и в результате плохо усваивают предложенный материал. У многих наблюдается повышенная возбудимость, двигательная расторможенность или, наоборот, вялость и апатия. Все это часто выражается в неустойчивости эмоционально-волевой сферы. Преодолевать все названные нарушения помогает логопедическая ритмика (логоритмика) – одна из форм активной терапии, предполагающая формирование и коррекцию двигательной сферы с использованием текста и музыки. Логоритмика – это система упражнений, заданий, игр на основе сочетания музыки, движения, слова, направленная на решение коррекционных, образовательных и оздоровительных задач. Все виды логоритмических упражнений и игр предлагаются детям в сочетании с ритмической основой: под музыку, под счёт, словесное и стихотворное сопровождение.

Цель. Коррекция и профилактика имеющихся отклонений в речевом развитии ребёнка посредством сочетания слова и движения. Логоритмические занятия направлены на формирование артикуляционного аппарата; на развитие общей и

мелкой моторики; на регуляцию мышечного тонуса; укрепление дыхательной системы; на развитие слухового внимания и памяти, эмоций, мимики лица.

Материалы и методы. При разработке логоритмического занятия учитывается главный принцип достижения эффективности в работе – индивидуальный подход к каждому ребёнку, а также его возрастные психофизиологические и речевые возможности. При подборе игр обязательно учитываем, чтобы правила были понятны и доступны детям с ОВЗ. Необходимо обеспечивать углубленное и всестороннее коррекционно-развивающее обучение детей с ОВЗ, а именно, проводить элементы логоритмики в течение дня: утренняя гимнастика с речёвками и звукоподражаниями; проговаривание потешек, чистоговорок во время режимных процессов (умывания, одевания на прогулку, подготовки ко сну, пробуждения); логоритмические игры на занятиях (физминутки); подвижные игры с пением (на прогулке); игры малой подвижности (в группе). В коррекционном обучении и воспитании детей с ОВЗ на логоритмических занятиях используются следующие методы:

- наглядно-зрительные (показ педагогом образца двигательных элементов); использование наглядных пособий (картинки, фотографии); применение зрительных ориентиров при преодолении пространства;

- наглядно-слуховые – звуковая регуляция движений (для регуляции движений могут служить звуки музыкальных инструментов, стихотворения в форме четверостиший);

- тактильно-мышечные – применение при двигательной деятельности различных пособий (при ходьбе на пути ставятся ворота-дуги, чтобы их перешагнуть, нужно высоко поднять ногу) [5].

Результаты. Для более успешного проведения занятий выполняем психолого-педагогические условия: создание благоприятной психологической атмосферы, постоянное привлечение внимания детей и пробуждение у них интереса к выполнению упражнений. Доброжелательное, внимательное отношение к каждому ребёнку – это залог успешной работы. В результате использования логоритмики у детей с ОВЗ прослеживается положительная динамика речевого развития. У детей пополняется словарь, развивается связная речь, фонетическое восприятие. Практика показывает, что регулярные занятия логоритмикой способствуют нормализации речи детей с ОВЗ вне зависимости от вида речевого нарушения, формируют положительный эмоциональный настрой, учат общению со сверстниками.

Выводы. Таким образом, непосредственная образовательная деятельность по логоритмике построена так, что задачи обучения, воспитания и коррекции решаются на произвольном уровне, сопровождаются ярким положительным эмоциональным фоном, что позволяет педагогу организовать целостный воспитательно-коррекционный процесс. Использование занятий по логоритмике позволяет скорректировать нарушенные речевые функции у детей с ограниченными возможностями здоровья. При стабильном посещении занятий с использованием логоритмики дети становятся более раскрепощёнными, преодолевают робость в общении, накапливают опыт коммуникации со сверстниками и взрослыми, что благоприятно влияет на работу детей.

Список литературы

1. Бабушкина Р.Л., Кислякова О.М. Логопедическая ритмика: Методика работы с дошкольниками, страдающими общим недоразвитием речи / Под ред. Г.А. Волковой. – СПб.: КАРО, 2005. – 176 с.

2. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика: учебник для вузов: рек. м-вом образования РФ. – М.: Владос, 2003. – 272 с.

3. Волкова Н.А. Специфические приемы логоритмики в работе с детьми (в том числе детей с ОВЗ) первой ступени образования в условиях внедрения ФГОС ДО // Молодой ученый. – 2016. – № 7.6 (111.6). – С. 55–57.

4. Картушина М.Ю. Конспекты логоритмических занятий с детьми 5–6 лет. – М.: Сфера, 2008. – 208 с.

5. Шашкина Г.Р. Логопедическая ритмика для дошкольников с нарушениями речи: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Г.Р. Шашкина. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 192 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА И АСИММЕТРИИ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ДЦП

Гросс Н.А., Хрекин Д.О., Шарова Т.Л.

ФГБУ «Федеральный научный центр физической культуры и спорта» (ФГБУ ФНЦ ВНИИФК), г. Москва

Актуальность. У детей с ДЦП при принятии вертикального положения наблюдались нарушения иннервации мышечного тонуса, непроизвольные содружественные движения, автоматизмы порочных поз и т.д., что не позволяет им осваивать движения и положения, свойственные их возрасту [1, 2]. У ряда детей тело смещалось вперед, что рефлекторно смещает проекцию общего центра тяжести на переднюю часть стопы и приводит к сильному напряжению мышц спины, икроножных мышц и мышц голеностопного сустава. В таком положении их тазобедренные суставы находятся в неустойчивом равновесии, и они должны поддерживать себя непрерывной работой мышц спины, особенно в поясничном отделе. При смещении влево напрягались боковые мышцы и мышцы спины слева, при смещении вправо – напрягались мышцы, расположенные на правой стороне спины. Поэтому одним из основных признаков нарушения статокINETической устойчивости является асимметрия мышечного напряжения при наличии повышенного тонуса, атетозах и мозжечковых нарушениях, что является следствием патологии развития тонических и установочных рефлексов, в результате чего порочные положения туловища и конечностей сохраняются длительное время, формируя содружественные движения [3, 4].

Цель Определения мышечного тонуса и асимметрии тела у детей с ДЦП, с целью дальнейшей коррекции и регуляции мышечной деятельности.

Материалы и методы. Исследования мышечного тонуса проводились в положении стоя у 45 детей с ДЦП в возрасте от 3 до 14 лет. Исследования проводились с помощью компьютерной диагностики системы MES 9000 EMG, где рассматривалась электромиография мышечной активности и асимметрия в процентном дисбалансе левой и правой сторон. Измерялось напряжение симметричных мышц лица, спины, задней и передней поверхности ног.

Результаты. Мышечное напряжение наблюдается у всех детей, а асимметрия в отдельных сегментах тела. Но наибольшее мышечное напряжение (77%) приходится на мышцы лица, что является выражением не только общего психического напряжения, но и всего организма в целом, что определяет уровень возбудимости, от которого в значительной степени зависит характер ответных реакций на различные раздражения. Асимметрия мышечного напряжения наблюдается в трапецевидной и широчайшей мышцах спины у 68% детей, причем левосторонней асимметрии больше (39%), чем правосторонней (28%). Симметричное напряжение мышц тела наблюдается только у 23% детей.

Наибольшее напряжение и правосторонняя асимметрия наблюдаются на задней поверхности голени у 46% детей, что затрудняет не только активные движения ребенка, но также и организацию движения на сегментарном уровне.

Выводы. 1. При двигательных нарушениях, асимметрия и чрезмерное мышечное напряжение сильно влияют на положение отдельных частей тела и на осанку ребенка в целом. 2. Удержание вертикальной позы при стоянии у детей с ДЦП достигается ценой мышечных усилий, превосходящих норму в среднем на 33% от максимальных. Изменяется не только величина активности мышц, но и распределение этой активности между различными сегментами тела при разных сочетаниях, изменении угла наклона таза и физиологических кривизн позвоночника (лордоз, кифоз). Все это создает неустойчивое положение тела при принятии вертикального положения. 3. Активная двигательная реабилитация позволяет снизить мышечное напряжение и нивелировать асимметрию детей с ДЦП в период их роста и развития.

Список литературы

1. Ванюков В.Н. Сократительная функция скелетных мышц при различной двигательной активности: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / В.Н. Ванюков. – М., 1992. – 18 с.
2. Челноков А.А. Морфо-функциональные особенности скелетных мышц в онтогенезе человека / NovalInfo.Ru – 2017. – № 61. – С. 1–6.
3. Вахтанова, Г.М. Функциональные особенности нейромоторного аппарата в онтогенезе человека: Дисс. ... канд. биол. наук / Г.М. Вахтанова. – Ярославль, 2002. – 123 с.
4. Гросс Н.А., Шарова Т.Л. Оценка двигательных возможностей детей с ДЦП при выполнении упражнений из разных исходных положений / Научно-теоретический журнал «Ученые записки университета им. Лесгафта». – Сб., 2016. – С. 64–70.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДВИГАТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ДЦП ПОСЛЕ КУРСА РЕАБИЛИТАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ GMFCS

Гросс Н.А., Шарова Т.Л.

ФГБУ «Федеральный научный центр физической культуры и спорта» (ФГБУ ФНЦ ВНИИФК), г. Москва

Актуальность. Проблема двигательных нарушений у детей с ДЦП должна решаться с использованием активных физических упражнений, значимость которых еще недостаточно оценивается родителями и специалистами [1, 2]. При этом оценка показателей, характеризующих динамику развития двигательных навыков, является важной частью процесса реабилитации, позволяющей судить о его эффективности [3].

Цель. Оценка перспективы двигательного развития детей с ДЦП после курса реабилитации в зависимости от уровня GMFCS.

Материалы и методы. В работе использовался метод экспертной оценки тестовых упражнений, проводимый инструкторами по АФК до и после курса из 16 занятий активными физическими упражнениями у 45 детей с диагнозом ДЦП в возрасте от 3 до 17 лет. В часовом занятии использовались активные физические упражнения, выполняемые на тренажерных устройствах, в том числе на Тренажере Гросса. Тестовые упражнения для детей подбирались индивидуально в соответствии с их возможностями. Всего был использован 21 вариант тестовых упражнений.

Результаты. У всех детей наблюдалось улучшение двигательных возможностей, при этом количество освоенных упражнений в каждом из уровней GMFCS не было одинаковым и составляло для первого уровня – 4 упражнения, для второго – 9, для третьего – 7, для четвертого – 16, для пятого – 11. Большее количество упражнений, освоенных детьми 4-го и 5-го уровней, связано с направленностью на качественное выполнение упражнений, и в меньшей степени на увеличение их количества. У детей с третьего по пятый уровни выявилась необходимость осваивать базовые элементы движения, способствующие формированию отдельных поз сидя и стоя, удержанию головы в прямом положении, коррекции шаговых движений, которые в дальнейшем послужат основой формирования целостного двигательного навыка.

Тестовые упражнения, отражающие психоэмоциональное состояние организма детей-инвалидов, показали, что улучшение контакта с инструктором наблюдалось в 6,2% случаев; улучшение эмоционального восприятия занятий ЛФК – в 5,3% случаев, адаптация организма к физической нагрузке и улучшение выносливости – в 11,5% случаев. Дети пятого, самого сложного уровня по GMFCS, смогли освоить 13 упражнений с нулевого диапазона до попытки выполнить с помощью инструктора; 5 упражнений – с попытки выполнить самостоятельно до уровня выполнения с помощью инструктора, 11 упражнений – с выполнения с помощью инструктора до попытки самостоятельного выполнения. Несмотря на сильно ограниченный двигательный режим, дети с 3-го по 5-й уровень были способны осваивать новые упражнения, что свидетельствовало о наличии больших потенциальных возможностей для успешного развития необходимых двигательных навыков, тем самым улучшая качество жизни себе и своей семье.

Выводы. 1. Дети с двигательными нарушениями обладают большими потенциальными возможностями организма для занятий активными физическими упражнениями, что создает хорошую перспективу в развитии двигательных навыков при регулярных индивидуальных занятиях. 2. Метод педагогической оценки тестовых упражнений является достаточно информативным для использования в практике занятий с детьми-инвалидами.

Список литературы

1. Оценка двигательных возможностей детей с ДЦП при выполнении упражнений из разных исходных положений / Н.А. Гросс, И.Ю. Беркутова, Т.Л. Шарова, Г.В. Буканова, Н.И. Зеленова // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2016. – № 4 (134). – С. 64–70.

2. Пути решения проблем реабилитации детей с двигательными нарушениями средствами физической культуры / Н.А. Гросс, Т.Л. Шарова, И.Ю. Беркутова, Е.А. Горбунова, В.А. Клендар, Г.В. Буканова, Е.В. Сынова, А.В. Молоканов // Вестник спортивной науки. – 2018. – № 5. – С. 58–64.

3. Влияние активных физических упражнений на развитие двигательных навыков детей-инвалидов / Н.А. Гросс, Т.Л. Шарова, А.В. Молоканов // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2021. – № 3 (193). – С. 86–93.

ДИАГНОСТИКА УРОВНЯ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Гудилина О.Н.

ФГАУ НМИЦ здоровья детей Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Проблема диагностики интеллекта у детей с выраженными нарушениями движения и речи актуальна и сейчас. Степень нарушения движения и речи и уровень интеллекта не связаны между собой, так что мы не можем говорить о том, что дети с V уровнем ограничения моторных функций по GMFSC все имеют снижение интеллекта [1].

Материалы и методы. Следовательно, необходимо подобрать и адаптировать существующие методики диагностики интеллекта к возможностям и ограничениям ребенка. Одной из наиболее адаптированных методик диагностики интеллекта детей с тяжелыми двигательными нарушениями являются прогрессивные матрицы Равена, ребенок может глазами (морганием) или выстукиванием нужного номера ответить на вопрос. Для таких детей важен параметр отсутствия временного лимита, часто один тест может занимать более 2,5 часов. Для проверки вербального интеллекта можно использовать вербальные субтесты Векслера с наличием вариантов ответа. Необходимо подобрать четыре варианта ответа: правильный, наиболее близкий, наиболее далекий и промежуточный вариант.

Результаты. Клинический случай. Михаил, 10 лет 5 месяцев (2015 год). GMFSC – 5 уровень, тяжелый тетрапарез, анатрия. Ребенок самостоятельно не передвигается, манипулятивная функция рук значительно ограничена. Экспрессивная речь – вокализации. Импрессивная речь развита на достаточно высоком уровне. Инструкцию понимает, удерживает. Отвечает на вопросы кивком и поворотом головы. Проявляет высокий интерес к заданиям. Запас знаний и представлений об окружающем мире снижен в связи с выраженными двигательными нарушениями. Арифметические операции в пределах 20 (число выстукивал кулаком по столу), знает таблицу умножения. Читает предложения, может ответить на вопросы по прочитанному кивком головы. Зрительная память на уровне возрастной нормы. Внимание устойчивое. Доступно сравнение и обобщение (классификация, четвертый лишний). Для диагностики интеллекта была использована методика «Стандартные прогрессивные матрицы Равена». По результатам этой методики коэффициент невербального интеллекта, независимого от запаса знаний и представлений, – 108 баллов (38 сырых баллов по тесту), что соответствует норме интеллектуального развития. В лонгитуде 2021 года – обучается в 7-м классе по общеобразовательной программе, программу усваивает, освоил айтрекер, при помощи него может общаться с окружающими.

Выводы. Своевременная и адекватная диагностика интеллекта может значительно улучшить качество жизни и реабилитационный потенциал детей с выраженными нарушениями движения и речи.

Список литературы

Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М., 2001.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ И ПРОГРАММЫ «ОСНОВЫ БЕЗОПАСНОСТИ ДЕТЕЙ С ОВЗ»

Гусева Л.Н.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Экологические проблемы и ухудшение среды жизни человека являются общими проблемами населения Земли. Бережное отношение к природе должно быть нормой поведения людей любого возраста. Ребенку надо с ранних лет внушать, что любить природу значит творить добро, заставляя задумываться над тем, что можно сделать, чтобы наш Дом стал еще краше и безопаснее.

Цель. Поведение маленького ребенка в природе часто бывает сложным и противоречивым. Имея самые добрые намерения, дети иногда совершают отрицательные поступки. Познавая окружающий мир, могут сорвать ядовитые растения и попробовать их на вкус, взять в руки и сильно сжать какое-нибудь насекомое, маленькое животное, а это может привести к травме как малыша, так и животного. Поэтому мы должны не только дать детям знания о природе, воспитать бережное отношение к ней, но и учить ориентироваться в окружающей природной среде и обеспечивать свое безопасное проживание с разными соседями – животными и растениями.

Материалы и методы. Формируя гуманное отношение к природе, мы должны донести до ребенка, что человек и природа взаимосвязаны, поэтому забота о природе – есть забота о человеке и о его будущем. В течение нескольких занятий дети рисуют экологические плакаты, принимают активное участие в благоустройстве и озеленении территории больницы (посадка цветов, плодовых деревьев). Мы используем разные формы обучения: 1) целевые прогулки в природу, 2) эколого-оздоровительные акции, 3) экологические праздники и досуги, 4) игровые обучающие ситуации.

На занятиях по ознакомлению детей с дикими и домашними животными, в процессе которых решается задача формирования умений общаться с ними, дети узнают, что можно и что нельзя делать при контакте с животными на улице и дома. Дети учатся общаться не только с животными, живущими в помещении, но и с кошками, собаками, которые встречаются на улице. Наблюдая за животными, дети замечают их разные состояния: страх, боль, голод. Дети сопереживают, сочувствуют, и главное – стараются оказать им помощь, но при этом не должны забывать об опасности: не надо бросаться их гладить, не трогать руками. Они должны знать, что животное может укусить и оцарапать, что игры с животными могут привести к травмам.

Одновременно учим детей быть осторожными при встрече с неизвестными ягодами и грибами, не пробовать их на вкус и не рвать. Большое внимание уделяется формированию навыков личной гигиены, дети активно вовлекаются в работу по поддержанию чистоты и порядка в палате, игровой комнате, на участке. Педагоги проводят активную пропаганду здорового образа жизни среди детей и их родителей.

Выводы. Таким образом, решая задачи по экологическому воспитанию детей с ОВЗ, мы одновременно решаем задачи программы «Основы безопасности жизнедеятельности».

Список литературы

1. Алексеева Е. Экология здоровья / Дошкольное воспитание. – 2004. – № 7.
2. Николаева С. Роль педагогической технологии в формировании экологической культуры детей и взрослых / Дошкольное воспитание. – 2001. – № 6.

3. Зенина Т. Взаимосвязь экологического воспитания и программы «Основы безопасности детей» / Дошкольное воспитание. – 1999. – № 7.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПРИ НАРУШЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ

Давыдов А.Т., Бутко Д.Ю., Даниленко Л.А., Артамонова М.В.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет МЗ РФ», г. Санкт-Петербург

Актуальность. Диагностика и реабилитация пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) при нарушении психических функций является актуальной задачей реабилитации.

Цель. Оценить особенности диагностики и реабилитации ДЦП у пациентов с нарушением психических функций.

Материалы и методы. Обследована группа пациентов с ДЦП при нарушении психических функций в количестве 110 человек с использованием базового набора международной классификации функционирования (МКФ). Диагностически у всех пациентов с ДЦП определяли 5 степеней нарушений психических функций: отсутствие нарушений; легкие нарушения; умеренные нарушения; тяжелые нарушения; абсолютные нарушения. В норме отсутствие нарушений психических функций средне-статистически задавалось в диапазоне от 0 до 4%, легкие нарушения от 5 до 24%, умеренные нарушения от 25 до 49%, тяжелые нарушения от 50 до 95% и абсолютные нарушения от 96 до 100%. Реабилитационные мероприятия включали: психологическое консультирование, психологическую коррекцию, психологический тренинг, психологическую профилактику, медикаментозное лечение, динамическое наблюдение и функциональную терапию.

Результаты. Определено, что нарушений психических функций не выявлено у 9,9%, легкие нарушения у 30,1%, умеренные нарушения у 36,4%, тяжелые у 23,6% пациентов с ДЦП. Абсолютных нарушений психических функций не выявлено. При легких и умеренных нарушениях психических функций проводилось психологическое консультирование, психологическая коррекция, психологический тренинг и психологическая профилактика. В результате их проведения у 66,5% пациентов было отмечено достоверное улучшение функции темперамента и личности, функции экстраверсии, интроверсии; функции мотивации, умственных функций; функции поддержки и смены внимания, разделения внимания, способности уделять внимание; функции адекватности, регулирования и диапазона эмоций, функции аффекта, напряженности, беспокойства, радости, горя и функции сглаживания аффекта.

При тяжелых нарушениях психических функций проводилось медикаментозное лечение, динамическое наблюдение и функциональная терапия. В результате их проведения у 23,6% пациентов было отмечено достоверное улучшение функции интеллектуального роста, функции восприятия; базовых познавательных функций; познавательных функций высокого уровня, функций абстрагирования и организации мышления; функций сложного межличностного взаимодействия; функций базисного межличностного взаимодействия, формирования и завершения отношений, функции контроля своего и поведения при взаимодействиях.

Выводы. Использование базового набора МКФ для диагностики ДЦП у пациентов с нарушением психических функций достоверно улучшает реабилитационную и экспертную диагностику, постановку цели реабилитации, а

также повышает эффективность реабилитационных мероприятий у пациентов с ДЦП и нарушением психических функций.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ДЦП

Дегтярева Н.Н., Ионова С.Н.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Дыхание представляет собой основу звучащей речи. От нормального развития речевого дыхания ребенка раннего возраста, страдающего ДЦП, зависит формирование связной речи, правильное звукопроизношение, способность поддерживать нормальную громкость речи, ее плавность и ритм, интонационную выразительность. Уделяя должное внимание постановке правильного речевого дыхания малыша в раннем возрасте, можно избежать многих речевых нарушений в будущем.

Чтобы ребенок правильно и четко говорил, владел голосом, интонацией, нужно, в первую очередь, научить его правильно дышать. Носовое дыхание способствует тренировке дыхательной мускулатуры, препятствует образованию аденоидов, предупреждает переохлаждение, улучшает работоспособность, происходит насыщение головного мозга кислородом. Основной отличительной особенностью физиологического дыхания у детей с речевой патологией является поверхностное дыхание, неустойчивый ритм, который легко нарушается при физических и эмоциональных нагрузках, недостаточный объем вдыхаемого воздуха перед началом речи, укороченный и нерационально используемый речевой выдох, произнесение отдельных слов как на вдохе, так и на выдохе.

Нарушение дыхания почти всегда имеет место у детей раннего возраста с детским церебральным параличом. Часто это связано с функциональной задержкой созревания дыхательной системы. Для таких детей характерна большая частота дыхания, недостаточная его глубина, укороченный речевой выдох, наблюдаются нарушения координации между фонацией, дыханием и артикуляцией. Различают три типа дыхания: верхнереберный, грудной, грудобрюшной (диафрагмально-реберный).

У детей по мере физического развития формируется грудобрюшной тип дыхания. Для формирования правильного речевого дыхания необходимо достаточно развитое физиологическое дыхание. При этом решаются следующие задачи: 1) знакомство с органами дыхания; 2) формирование диафрагмального типа дыхания; 3) совершенствование функции дыхания (выработка глубокого вдоха и сильного длительного выдоха). Для развития звуковой системы языка недостаточно тренировать только органы артикуляции. Необходимо формировать навыки правильного речевого дыхания, которое отличается от физиологического.

В процессе речи части фраз или целые фразы произносятся на одном выдохе, именно поэтому выдох должен быть длиннее вдоха. Добор воздуха осуществляется через рот. Паузы между отрезками речи, которые мы делаем при вдохе, не должны быть продолжительными, ведь тогда речь будет несвязной и отрывистой, что значительно снижает ее разборчивость. Детям раннего возраста с нарушениями речи, страдающими ДЦП, для развития грудобрюшного типа дыхания требуется активизация диафрагмальной мышцы с помощью специальных физических коррекционных упражнений. Для развития речевого дыхания рекомендуется применять игровые упражнения.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТРАТЕКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БАКЛОФЕНОМ У БОЛЬНЫХ СО СПАСТИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ И ВТОРИЧНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИЕЙ

Декопов А.В., Томский А.А., Исагулян Э.Д.

ФГАУ НМИЦ нейрохирургии им. Бурденко Минздрава РФ, г. Москва

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

Материалы и методы. Изучены результаты интратекальной терапии баклофеном в двух группах пациентов: со спинальной спастичностью (42 больных) и детским церебральным параличом (54 пациента). Всем больным после проведения баклофенового скрининг-теста производилась имплантация системы для хронической интратекальной инфузии баклофена. Уровень мышечного тонуса оценивался по шкале Эшворта, мышечная дистония по шкале BFM, локомоторный статус был изучен по шкале Arens и GMFM88. Оценка производилась до операции, через 3, 6 и 12 месяцев после операции и далее каждый год. Срок катмнестического наблюдения составил от 3 до 10 лет.

Результаты. Хроническая интратекальная терапия баклофеном приводит к достоверному снижению мышечного тонуса в нижних конечностях в обеих группах ($p < 0,001$). В первой группе динамика мышечного тонуса оказалась достоверно большей, чем во второй группе (2,77 балла и 1,79 балла, соответственно, $p < 0,0031$). Динамика мышечного тонуса в верхних конечностях оказалась достоверно ниже, чем в нижних конечностях ($p < 0,0022$). У больных с вторичной мышечной дистонией отмечалась слабая положительная динамика по шкале BFM: от 68 ± 19 баллов перед операцией до 63 ± 15 баллов в катмнезе. В большинстве случаев в отдаленном периоде наблюдения требовалось увеличение суточной дозы баклофена для поддержания клинического эффекта. У 10 больных (11%) в катмнезе развилась вторичная резистентность к интратекальной терапии, причем двое больных были из первой группы, а 8 больных – из второй. Факт развития вторичной лекарственной резистентности к интратекальной терапии подчеркивается и в других работах [1, 2]. Осложнения были отмечены у 12 больных (12,5%), в 6 случаях – миграция катетера, в 2 случаях – дисфункция помпы, в 4 случаях – инфекционные осложнения, потребовавшие удаления системы. По данным литературы, количество осложнений хронической интратекальной терапии колеблется в пределах 10–25% [3].

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

Список литературы

1. Charlene Butler* EdD, Suzann Campbell PhD, Evidence of the effects of intrathecal baclofen for spastic and dystonic cerebral palsy, *Developmental Medicine & Child Neurology* 2000, 42: 634–645.

2. Amanda McIntyre, Rachel Mays, Examining the effectiveness of intrathecal baclofen on spasticity in individuals with chronic spinal cord injury: A systematic review, J Spinal Cord Med. January, 2014; 37(1): 11–18.

3. James M. Hitt, Oscar A. de Leon-Casasola, Complications of intrathecal drug delivery systems, Regional Anesthesia & Pain Management 2011 Oct;15(4).

ПРИМЕР РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТКИ С МИКРОДЕЛЕЦИЕЙ УЧАСТКА ДЛИННОГО ПЛЕЧА 2 ХРОМОСОМЫ DE12Q13 В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Долгова А.А., Сафронова Н.А., Савкуева Т.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Делеция представляет собой хромосомный дисбаланс в геноме человека, приводящий к различным дисморфизмам, психоневрологическим заболеваниям и задержке нервно-психического развития. Данная патология встречается менее чем у 1% населения (Iyer & Girirajan, 2015).

Материалы и методы. Клинический случай. Девочка 7 лет, поступила в психиатрическое отделение № 12 ГБУЗ НПЦ ДП с жалобами на значительное отставание в психоречевом развитии, нарушение мелкой моторики, трудности самообслуживания. Из анамнеза: от 1-й беременности на фоне токсикоза в 1-м триместре, срочных родов, экстренным кесаревым сечением, с отхождением зеленых околоплодных вод, асфиксией плода, вес 3050 г, Апгар – 6/7 баллов. В течение трех суток ИВЛ, далее две недели находилась в отделении патологии новорождённых с диагнозом: Внутриутробная пневмония, гипоксически-ишемическая энцефалопатия. Моторное развитие с отставанием: голову держит с 6-7 месяцев, сидит, переворачивается – с 10 месяцев, ходит с 1 года 8 месяцев. Речь не формировалась, в настоящий момент издает единичные звуки. В 7 месяцев проведен хромосомный микроматричный анализ, по результатам которого выставлен хромосомный синдром de12q13 (микроделеция участка длинного плеча 2 хромосомы (на уровне NPH1)). Определить, возникла ли данная делеция de nova или унаследована, не удалось, так как родители отказались от дальнейшего генетического обследования. Объективно выявляются стигмы дизэмбриогенеза: антимонголоидный разрез глаз, аркообразное небо, прогения, отвисшая нижняя губа, низкая линия роста волос, гипоплазия ушных раковин, гирсутизм. Выявлены врожденные пороки развития: дефект межпредсердной перегородки, агенезия мозолистого тела. В психической сфере выявлена умственная отсталость умеренной степени (по Векслеру – 47 баллов), системное недоразвитие речи 1-й степени, снижение концентрации внимания, отвлекаемость, утомляемость. Ранее отмечались расстройства поведения в виде гипердинамического синдрома. Выражена моторная неловкость, явления диспраксии.

Результаты. Проведённый курс реабилитации, включавший в себя логопедическую и психолого-педагогическую коррекцию, Хивамат-терапию и медикаментозное лечение, привёл к улучшению мелкой моторики и навыков самообслуживания: начала лучше удерживать ложку и пить из кружки.

Выводы. Приведенный случай демонстрирует типичную клиническую картину, соответствующую фенотипу хромосомного синдрома de12q13. Своевременная диагностика позволяет выявить и вовремя начать реабилитацию для минимизации выраженности интеллектуального дефицита и улучшения моторики, координации при данной патологии. Детям, имеющим задержку психомоторного и речевого

развития в сочетании с явлениями дисморфизма, обязательно проведение генетического обследования и семейного консультирования.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА О ФОРМИРОВАНИИ БАЗОВЫХ НАВЫКОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ КОММУНИКАЦИИ

Дубинина И.В., Орлова Г.И., Харитонов П.Ю.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Из года в год во всем мире стало появляться все больше детей, страдающих расстройствами аутистического спектра (РАС). Большинство родителей детей с РАС одним из значимых нарушений в развитии своего ребенка, а иногда и единственным, считают нарушение или отсутствие речи. При этом в меньшей степени обращают внимание на то, что у детей не сформированы базовые навыки, которые должны предшествовать появлению речи. В данном исследовании мы рассматриваем речь как средство коммуникации.

Цель. Изучить представления родителей детей с РАС о базовых навыках, предшествующих коммуникации и как они оценивают сформированность этих навыков у собственных детей. Обратить внимание родителей на те навыки, которые необходимо целенаправленно формировать у своих детей для развития коммуникации.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 18 родителей детей от 3 до 6 лет с диагнозом РАС. Было проведено анкетирование и интервьюирование родителей детей с РАС, которые находились на реабилитации в ГБУЗ НПЦ ДП в период лето – осень 2021 года. Навыки, которые включены в опросный лист, взяты из «Коммуникативного дома» (Руководство для людей, работающих с детьми, имеющими трудности в коммуникации, United Nations Children's Fund, New York). По мнению авторов, это те базовые навыки, которые необходимы для возникновения коммуникации.

Результаты. Опрошенные родители указывали, что основная трудность в развитии их ребенка – отсутствие речи (39%), проблемы с коммуникацией (17%) и 33% указали отсутствие речи и проблемы с коммуникацией. На вопрос, что предшествует умению говорить, указали: 50% – понимание речи, 17% – желание общаться, 11% – зрительный контакт, подражание и умение слушать. При оценке базовых навыков у своих детей, 69% опрошенных родителей считают сформированным навык смотреть в глаза, 56% – сформирован навык подражания, 50% – принимают приглашение от взрослых поиграть или пообщаться, 39% – развито внимание и умеют показывать жесты, 33% – есть навык собственной коммуникации, 28% – сформировано понимание и слушание, 22% – умеет играть, 11% – соблюдают очередность. Особенно хотелось отметить, что родители завышают оценки сформированности навыков своих детей. Все опрошенные родители посещали игровую комнату со своими детьми, поэтому мы, наблюдая за поведением детей, общаясь с ними, могли оценить каждый навык. После проведенного опроса в игровой комнате был размещен плакат «Коммуникативного дома», чтобы наглядно показать родителям, какие базовые навыки должны быть сформированы перед тем, как ребенок научится общаться. Проведена беседа с родителями о том, как эти навыки влияют на умение говорить и насколько важно создавать специальные условия, позволяющие целенаправленно их формировать, а также о роли родителей, которые находятся большую часть времени со своими

детьми и могут развивать и закреплять навыки в повседневной жизни и в игре, как основном виде деятельности для дошкольников.

Выводы. Наше исследование показало, что родители сосредоточены в основном на том, чтобы вызвать речь у своих детей, и в меньшей степени уделяют внимание формированию базовых навыков. А при оценке навыков у своих детей завышают степень их сформированности. Поэтому просвещение родителей является неотъемлемой частью реабилитационного процесса.

ИТОГ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ С КООРДИНАЦИОННЫМ ЦЕНТРОМ ПО МОНИТОРИНГУ И МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, ДОСТИГШИХ 18 ЛЕТ

Дулимова А.В., Газдиева Х.Ш., Гунченко М.М., Батышева Т.Т.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Проблема детского церебрального паралича (ДЦП) актуальна в связи с ростом заболеваемости во всем мире и высокой степенью инвалидизации больных. В настоящее время изучение ДЦП связано с реабилитационным направлением.

Цель. Обеспечить преемственность между двумя центрами по комплексной реабилитации пациентов, страдающих детским церебральным параличом.

Материалы и методы. В рамках совместной работы консультативного поликлинического отделения ГБУЗ НПЦ ДП и Координационного центра медицинской реабилитации ДЗ г. Москвы (КЦМР ДЗМ), от ГБУЗ НПЦ ДП были переданы в КЦМР ДЗМ медицинские документы 23 пациентов, наблюдавшихся в консультативной поликлинике с мая по сентябрь 2021 года, из которых 9 чел. (40%) – девочки, 14 чел. (60%) – мальчики, со следующими формами ДЦП: 12 чел. (52%) – спастической диплегией (G 80.1); 3 чел. (13%) – детской гемиплегией (G 80.2); 3 чел. (13%) – атаксической формой (G 80.4); 3 чел. (13%) – дискинетической формой (G 80.3); 2 чел. (9%) – двойной гемиплегией (G 80.0), со следующими сопутствующими патологиями: эпилепсия в стадии ремиссии, нарушение осанки, эквино-плоскостопие, умственная отсталость, органическое расстройство личности и многие другие соматические патологии.

Результаты. В соответствии с Регламентом взаимодействия Департамента здравоохранения г. Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и подведомственных им учреждений, при проведении комплексной реабилитации инвалидов из числа взрослого населения города Москвы, утвержденным приказом Департамента здравоохранения г. Москвы и Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы № 1117/1432 от 26.12.2019:

- всем пациентам проведена социальная диагностика, по результатам которой определены формы предоставления реабилитационных услуг, согласованы сроки их предоставления, принимающие реабилитационные центры ДТСЗН;

- все пациенты внесены в Реестр лиц с ДЦП Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы;

- за каждым пациентом закреплен куратор – социальный менеджер ГБУ г. Москвы «Московский городской центр реабилитации» ДТСЗН.

Выводы. Преемственность позволяет решить проблемы социализации и улучшения качества жизни пациентов с ДЦП, достигших 18 лет, путем своевременного мониторинга и маршрутизации.

ПАРА-КАРАТЭ В ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ 8–10 ЛЕТ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Елисеев М.В., Алексеева С.И.

ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет», г. Москва

Актуальность. Современный адаптивный спорт занял прочные позиции в комплексной реабилитации и социальной адаптации детей с ограничениями здоровья и жизнедеятельности. Пара-каратэ относится к адаптивным видам спорта, им могут заниматься инвалиды практически всех нозологических групп и любого возраста. Применяемые в тренировках пара-каратистов методы и средства могут быть эффективно использованы для формирования у занимающихся навыков рационального управления движениями, достижения их согласованности, развития координационных способностей.

Цель. Разработка и апробация программы учебно-тренировочных занятий пара-каратистов 8–10 лет с нарушением интеллекта, включающих специальные упражнения ката, направленные на развитие двигательной координации.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие десять пара-каратистов от 8 до 10 лет с нарушением интеллекта (F 70-71), которое проявляется в ограничении интеллектуального функционирования, в поведении, социальных и практических адаптивных навыках. Занятия проводились в течение одного года. Методом слепой рандомизации участники были разделены на две группы по пять человек в каждой – контрольную (КГ) и экспериментальную (ЭГ). Контрольная группа тренировалась по традиционной системе, принятой в пара-каратэ. Экспериментальная группа в течение года тренировалась по специальной экспериментальной программе, направленной на развитие двигательной координации. Тестирование навыков двигательной координации проводилось с помощью четырех тестов (пяти тестов с учетом второго теста для двух ног):

1. Развороты на 180° в стойке дзенкуцу-дачи с блоком гедан-барай в течение 30 секунд.
2. Тест «Цапля» на правой и левой ноге, колено левой развёрнуто в сторону, стопа прижата к колену опорной ноги.
3. Проба Ромберга на двух ногах «пятка-носок» с закрытыми глазами.
4. Выполнение программы ката с оценкой по десятибалльной системе.

Статистическая обработка результатов измерений проводилась с помощью программы «Описательная статистика» в Excel. Достоверность различия сравниваемых показателей устанавливалась с помощью t-критерия Стьюдента на уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Результаты исследования показали, что во всех тестах наблюдалось улучшение измеряемых показателей в обеих группах. Наибольшее и статистически значимое улучшение наблюдалось по тестам 2 и 3. В тестах 1 и 4 изменения показателей носили характер тенденции к улучшению и указывали направление тренда. Сравнение контрольной и экспериментальной групп свидетельствует о статистически достоверном различии результатов 2 и 3 тестов в пользу экспериментальной группы, которая демонстрирует значительно больший и статистически значимый ($p < 0,05$) прирост измеряемых показателей. Полученные результаты являются свидетельством эффективности экспериментальной программы.

Выводы. Разработана программа учебно-тренировочных занятий пара-каратистов 8–10 лет с нарушением интеллекта, включающая специальные упражнения ката, направленные на развитие двигательной координации. Проведена

апробация программы, результаты которой достоверно свидетельствуют о ее эффективности. Построение программы тренировок пара-каратистов с включением специальных упражнений может значительно улучшить их двигательную координацию, которая имеет большое значение в успешном освоении спортивных навыков и в достижении высоких спортивных результатов.

АДАПТИВНОЕ ПЛАВАНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Ефремова Т.Е.¹, Пискунова С.Г.¹, Приходько Н.Н.¹, Сафонова И.А.², Лобанова А.М.¹, Рыжкина Е.И.¹, Колтунова И.Ю.¹, Дикушкина Е.А.¹, Ефремов А.А.²

¹ ГБУ РО ОДКБ, г. Ростов-на-Дону, Ростовская область

² ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Ростовская область

Актуальность. На сегодняшний день в России более 10 миллионов инвалидов, среди них значительная часть – дети с различными нарушениями. 30 марта 2008 года вступил в силу Федеральный закон «О физической культуре и спорте в Российской Федерации», в котором указано, что развитие адаптивной физической культуры и спорта людей с инвалидностью является государственным приоритетом и важной составной частью государственной политики. В Ростовской области впервые вопрос необходимости разносторонней первичной социализации детей с ОВЗ, с конкретными предложениями, был масштабно рассмотрен в рамках форума «Особенное детство – обычная жизнь». При поддержке московских коллег, возглавляемых главным детским специалистом по медицинской реабилитации МЗ РФ Батышевой Татьяной Тимофеевной, была сформирована группа детей с ОВЗ, которые получили возможность заниматься адаптивным плаванием.

Цель. Изучение эффективности применения адаптивного плавания в комплексной реабилитации и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 100 пациентов в возрастной группе 3–17 лет (средний возраст 10,0±1,5) с ограниченными возможностями здоровья, проходившие курс адаптивного плавания в течение 2019–2021 годов. Исследование проводилось в двух группах: контрольная группа – 100 человека (50 мальчиков, 50 девочек), дети до получения адаптивного плавания, и исследовательская группа – 100 человек (50 мальчиков, 50 девочек), дети после получения курса адаптивного плавания. В исследовании использовались следующие методы и методики: обследование невролога с определением неврологического статуса и динамическим клиническим наблюдением; обследование психолога с помощью экспериментально-психологического исследования и последующей ежедневной психокоррекцией; полуструктурированное интервью с родителями, направленное на уточнение сведений о социально-психологическом статусе пациента, обстоятельствах жизни, болезни; оценка состояния пациента с применением ряда оценочных шкал; анализ медицинской документации (история болезни, медицинская карта).

Результаты. В результате применения адаптивного плавания в комплексной реабилитации и социализации у детей с ограниченными возможностями здоровья выявлено улучшение двигательных, координаторных функций, повышение выносливости пациентов, отмечалась стабилизация психоэмоционального состояния, уменьшение частоты перенесенных ОРВИ.

Выводы. Применение занятий адаптивным спортом в комплексной реабилитации и социализации достаточно эффективно при ведении детей с ограниченными возможностями здоровья. Положительная динамика от проведенных мероприятий по адаптивному плаванию наблюдается в двигательной и координаторной сферах. Отмечается стабилизация психоэмоциональной сферы детей и подростков с ОВЗ, уменьшение частоты перенесенных ОРВИ.

Список литературы

1. Перспектива развития адаптивного спорта в современной России. О.Н. Никифорова, Д.Е. Никифоров. Социальная педагогика, психология и биология.
2. Евсеев С.П. Адаптивный спорт / С.П. Евсеев, Ю.А. Бриский, А.В. Передерий. – М.: Сов. спорт, 2010. – 316 с.
3. Евсеев С.П. Мировое Паралимпийское движение и социальные процессы / Адаптивная физическая культура. – 2006. – № 4. – С. 3–6.
4. Евсеева О.Э. Государственная программа «Доступная среда» в действии. Повышение квалификации специалистов по работе с инвалидами / О.Э. Евсеева // Адаптивная физическая культура. – 2012. – № 1 (49). – С. 57.
5. Министерство спорта Российской Федерации. Методические рекомендации по развитию адаптивной физической культуры и спорта в субъектах Российской Федерации и на территории муниципальных образований с учетом лучших положительных практик субъектов Российской Федерации и международного опыта.
6. Бегидова, Т.П. Комплексная реабилитация инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья средствами адаптивной физической культуры и спорта: монография. – 2-е изд. испр. и перераб. / Т.П. Бегидова. – Воронеж: Воронежский государственный педагогический университет, 2016. – 232 с.

МЕТОДЫ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦП

Жеребцова В.А., Григорьева Е.А.

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

Актуальность. Церебральный паралич (ЦП) продолжает оставаться самой распространенной причиной инвалидности у детей. В Тульской области в реестре на диспансерном наблюдении состоит 719 детей с ЦП, каждый из которых получает лечебно-консультативную помощь в ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии», г. Тула, большинство из них – регулярные курсы реабилитационно-восстановительного лечения.

Материалы и методы. В определении оптимального плана реабилитационных вмешательств пациенту с ЦП принимает участие мультидисциплинарная команда специалистов в составе неврологов, реабилитологов, педиатров, психиатров, ортопедов, психологов, логопедов и др. Для каждого направления реабилитации предусмотрено формирование актуальной SMART-цели с последующим подбором методов, направленных на их достижение. Медицинская реабилитация в Центре детской психоневрологии проводится по следующим направлениям:

– физическая реабилитация с применением кинезиотерапии, в том числе с использованием тренажеров и подвесов, занятия с использованием роботизированных комплексов «Локомат», «Пабло», «Мотомед», тренировка ходьбы с функциональной программируемой электростимуляцией, обучение ходьбе с

использованием технических средств (ходунков, костылей, тростей), гидрокинезиотерапия в бассейне, бимануальные тренировки для верхних конечностей и терапия с ограничением движения и др.;

- коррекция спастичности с использованием многоуровневых инъекций ботулинического токсина типа А под ультразвуковым контролем. При генерализованной спастичности применяются пероральные антиспастические препараты. Серийное «гипсование» полимерными материалами применяется как самостоятельный метод или в сочетании с ботулинотерапией. При необходимости изготавливаются ортезы из низкотемпературного пластика;

- оценка нутритивного статуса и его коррекция, оптимизация процесса кормления, коррекция дисфагии, проводится видеофлюороскопическое обследование акта глотания. Педиатрами осуществляется оценка соматического статуса детей с ЦП с использованием центильных таблиц в зависимости от уровня функционирования. При выявлении отклонений формируется индивидуальная программа, включающая нутритивную поддержку;

- альтернативная и аугментативная коммуникация с оценкой исходного уровня развития коммуникативных навыков ребенка с помощью «Матрицы коммуникации» с последующим формированием индивидуальной программы развития альтернативной коммуникации с использованием специализированных устройств: системы «Айтрекер» – управление компьютером при помощи взгляда и коммуникационной системы «НейроЧат» на основе технологии интерфейса «мозг – компьютер»;

- подбор, адаптация и обучение использованию технических средств реабилитации;

- домашние программы реабилитации. Важной задачей является непрерывность реабилитационного процесса, в том числе в домашних условиях. С этой целью в период реабилитации в Центре детской психоневрологии совместно с семьей ребенка определяются SMART-цели, проводится мотивирующее интервью с дальнейшим формированием программы домашней реабилитации с возможностью включения ее в ежедневные активности ребенка и его семьи. Для коррекции разработанной программы используются дистанционные консультации с помощью телекоммуникационных каналов связи.

Все представленные методы, применяемые в комплексной программе реабилитации, перечислены в Обзоре «Церебральный паралич у детей: систематический обзор программ вмешательства» (Иона Новак с соавт., 2020), относятся к методам с высокой степенью доказательности и рекомендованы к применению.

Выводы. Использование методов с доказанной эффективностью в построении реабилитационной программы для детей с ЦП способствует коррекции двигательных нарушений, профилактике вторичных ортопедических осложнений, улучшению коммуникации и социализации, обеспечению непрерывности и преемственности медицинской реабилитации, что в итоге способствует повышению качества жизни ребенка и его семьи.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Жеребцова В.А., Корнилова И.Ю.

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

Актуальность. К частым сопутствующим проблемам церебрального паралича относятся функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, которые при хроническом течении приводят к нутритивной недостаточности, напрямую влияют на качество жизни ребенка, членов его семьи и снижают эффективность реабилитации.

Цель. Обзор наиболее часто встречаемых проблем желудочно-кишечного тракта у детей с церебральным параличом.

Результаты. По разным оценкам специалистов гастроэнтерологического профиля, распространенность патологии желудочно-кишечного тракта у детей с церебральным параличом достигает 70%. Причиной высокой распространенности гастроэнтерологических проблем являются структурные нарушения центральной и периферической нервной системы. К основным гастроэнтерологическим проблемам относятся дисфагия, гастроэзофагеальный рефлюкс и запоры.

Распространенность дисфагии среди детей с церебральным параличом высока и составляет до 90%. Выявлена прямая связь между степенью тяжести дисфагии и двигательными нарушениями в соответствии с классификацией GMFCS – системой классификации больших моторных функций. Тяжелая дисфагия характерна для детей с оценкой GMFCS IV и V уровней. Диагноз дисфагии устанавливается на основании типичных жалоб, клинической картины, наблюдения за процессом приема пищи с использованием специализированных шкал. В практике применяют следующие шкалы: DDS, SOMA, EDACS, FEEDS. Важным методом диагностики является видеофлюороскопия. Данный метод позволяет не только диагностировать фазу дисфагии, но и подобрать необходимую стратегию вскармливания ребенка.

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) возникает при непроизвольном забросе желудочного содержимого в пищевод. Частота встречаемости ГЭР при церебральном параличе составляет до 70%. Диагностика ГЭР базируется на клинических проявлениях и результатах инструментальных методов (эндоскопическое исследование и рН-импедансометрии).

Запор является серьезной проблемой у детей с церебральным параличом, патогенез которого сложен и включает функциональный и органический компоненты. Диагностируется с помощью тщательно собранного анамнеза, клинических проявлений в соответствии с Римскими критериями IV пересмотра, рентгенологического и ультразвукового исследования ЖКТ. Доказано, что запор возникает при приеме вальпроатов, баклофена. Немаловажную роль в развитии запора играет дефицит приема жидкости. Ведение пациентов с гастроэнтерологическими проблемами требует комплексного мультидисциплинарного подхода команды специалистов: педиатра, гастроэнтеролога, логопеда, невролога.

Вывод. Таким образом, проблемы, связанные с нарушением функции ЖКТ, часто встречаются у детей с ЦП. Своевременная диагностика и коррекция гастроэнтерологических нарушений, в первую очередь дисфагии, ГЭР и запора, у детей с ЦП способствуют поддержанию адекватного функционального состояния ребенка и повышению реабилитационного потенциала.

ПРИМЕНЕНИЕ БИМАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ДОМАШНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ГЕМИПЛЕГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Жеребцова В.А., Кынина Д.Ю.

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

Актуальность. Комплексная программа реабилитации пациентов с гемиплегической формой церебрального паралича направлена на коррекцию двигательных нарушений, а также оптимизацию двуручной деятельности в повседневных условиях жизни. Это делает необходимым включение в программы домашней реабилитации бимануальной активности в естественной среде ребенка и обучения ухаживающих взрослых.

Цель. Оценить опыт применения интенсивной бимануальной терапии рук HABIT в повседневной жизни (дома, в детском саду, в школе и т.п.) в рамках программы домашней реабилитации.

Материалы и методы. Существует множество эрготерапевтических подходов в терапии верхних конечностей у детей с гемиплегией. Бимануальная интенсивная терапия рук (HABIT – Hand-Arm Bimanual Intensive Therapy) способствует обучению практическим навыкам в повседневной жизни. Методика проведения бимануальной интенсивной терапии рук включает структурированное занятие с нарастанием уровня сложности, активности, требующее использования двух рук, протокол, ориентированный на потребности ребенка, учитывающий цели ребенка и участие родителей, интенсивную практику с использованием целей без физических ограничений. Данный вид методики был использован в программе домашней реабилитации 9 девочкам с гемипарезом в возрасте от 4 до 9 лет. Всем детям определены домашние игровые активности, поддерживаемые родителями в течение 2 часов ежедневно 7 дней в неделю на протяжении 5 недель (70 часов). Контроль выполнения разработанной программы проводился еженедельно посредством телемедицинских консультаций. Предложенные активности для девочек включали освоение навыков самостоятельного расчесывания, с последующим формированием прически (хвостик, пучок). Для помощи родителям разработана брошюра с различными видами бимануальных активностей «Я могу. Журнал тренировки рук».

Результаты. Представленная программа достижения цели помогла всем детям освоить социально важный функциональный навык в обозначенный срок. Обучение родителей бимануальному тренингу, их активное включение в реабилитационный процесс позволили решить задачи клинического вмешательства в полном объеме.

Выводы. Реабилитационная методика бимануальной терапии (HABIT) способствует формированию двигательных навыков, расширяет формирование повседневных активностей ребенка.

СОЧЕТАНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОРТЕЗИРОВАНИЯ С ЭРГОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ ПОДХОДАМИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧНОСТЬЮ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Жеребцова В.А., Максименко А.А.

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

Актуальность. До 80% пациентов с ДЦП имеют поражение одной или двух верхних конечностей. Спастичность мышц рук у детей с ЦП в первую очередь влияет на бимануальные навыки, самообслуживание и в итоге приводит к формированию вторичных ортопедических осложнений, ограничению возможностей перемещения (у детей III уровня по шкале GMFCS), получения образования, повышению нагрузки на ухаживающих лиц, усугублению социальной депривации.

Цель. Оценка опыта применения ботулинотерапии и функционального ортезирования в сочетании с эрготерапевтическими подходами.

Материалы и методы. Под наблюдением находился 21 ребенок с ЦП, гемиплегической (16,76%) и диплегической (5,24%) формами, в возрасте от 2 до 8 лет. Из них 9 (43%) девочек и 12 (57%) мальчиков. Инъекции Abobotulinumtoxin A проводились под ультразвуковым контролем. Наиболее частыми паттернами спастичности мышц верхней конечности в группе пациентов являлись приведение и внутренняя ротация плеча, сгибание в локтевом суставе, пронация предплечья, сгибание в лучезапястном суставе. Через 7–10 дней после инъекций в мышцы-мишени проводилось функциональное ортезирование полимерным гипсовым материалом и/или низкотемпературным пластиком. Далее мультидисциплинарной командой специалистов разрабатывался индивидуальный план реабилитации, включающий в себя эрготерапевтические подходы (терапию ограничения здоровой конечности, тренировки бимануальной деятельности, «зеркальную» терапию), электрическую миостимуляцию мышц-антагонистов верхней конечности, тренировки с биологической обратной связью (механотерапевтические тренажеры, комплекс с БОС для реабилитации верхней конечности). Для оценки исходного уровня двигательной функции верхней конечности использовалась шкала MACS или mini-MACS, мышечного тонуса – модифицированная шкала Эшворта и Тардые, объема движений в суставах верхней конечности – гониометрия. С целью динамической оценки двигательной функции верхней конечности использовалась шкала оценки моторной активности верхних конечностей PMAL.

Результаты. У детей со спастичностью верхней конечности при применении сочетания ботулинотерапии с последующим ортезированием с методами физической реабилитации и эрготерапевтическими подходами значительно снизилась степень спастичности (уменьшение спастичности по шкале Эшворта на 1–2 балла, а также улучшение по шкале Тардые в виде расширения диапазона феномена схватывания), увеличился объем движений в локтевом, лучезапястном суставах (в среднем от 5 до 15 градусов), повысилась моторная активность верхних конечностей по шкале оценки моторной активности PMAL.

Выводы. Сочетанное применение ботулинотерапии с последующим ортезированием и эрготерапевтическими подходами позволяет значительно улучшить функцию верхней конечности, добиться двуручного функционирования, улучшить навыки самообслуживания и тем самым повысить качество жизни ребенка с ЦП.

ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Жеребцова В.А., Мирошниченко Е.Н.

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

Актуальность. В настоящее время в РФ проживает 165 974 ребенка-инвалида, из них 24% – дети с церебральным параличом (ЦП). У таких детей часто наблюдаются нарушения когнитивных функций (включая умственную отсталость, речевые расстройства и др.). Снижение внимания отмечается у 88% детей с церебральным параличом, снижение памяти – у 60%, речевые расстройства – у 80%, что определяет высокую социальную значимость данной проблемы.

Цель. Определить оптимальный набор психодиагностических тестов для определения типа когнитивных расстройств с целью формирования оптимальной индивидуальной программы медицинской реабилитации.

Материалы и методы. Были обследованы 208 детей с ЦП, получивших курсы реабилитации в условиях круглосуточного стационара. У 60% из них выявлены различные когнитивные нарушения той или иной степени выраженности. Для оценки когнитивных функций использовались следующие стандартизированные диагностические методики:

- корректурная проба, таблицы Шульте, методики Кооса, Доски Сегена – с целью изучения внимания, сенсомоторной сферы, наглядно-действенного мышления;
- детский вариант теста Векслера (адаптированная версия А. Панасюка), краткий вариант теста Равена, экспериментально-психологическое исследование по методике А.Р. Лурии, адаптированной к детскому возрасту – для диагностики высших психических функций и уровня умственного развития;
- тест «Недостающие детали» – для диагностики перцептивных нарушений (оценки предметного гнозиса);
- методики классификации предметов по родовому и функциональному признаку, понимание содержания сюжетных картинок – для изучения мышления;
- методики, основанные на воспроизведении образов картинок или цифр (зрительная память), слов (слухоречевая память);
- комплекс тестовых компьютерных систем – для комплексного исследования когнитивных функций.

Результаты. При исследовании когнитивных функций с помощью выше указанных методик обнаружено, что близкое к норме интеллектуальное развитие высших психических функций отмечается у 50% пациентов с гемипаретической формой, у 33% – со спастической диплегией, 23% – с гиперкинетической формой, 4% – с атонически-астатической и у 3% пациентов с двойной гемиплегией. Задержка психического развития наблюдалась у 27% детей с атонически-астатической формой, у 25% – с гемипаретической, у 19% – со спастической диплегией, у 16% – с гиперкинетической формой заболевания, у 14% – с двойной гемиплегией. Умственная отсталость различной степени тяжести отмечалась у 83% больных с двойной гемиплегией, у 65% пациентов с атонически-астатической формой, у 61% – с гиперкинетической формой и 48% – со спастической диплегией.

Выводы. Своевременная и разносторонняя диагностика когнитивных расстройств при церебральном параличе позволяет расширить программу комплексной реабилитации детей с ЦП, сделать ее более полной и эффективной.

Диагностика когнитивных нарушений у детей с ЦП является одной из наиболее значимых задач, поскольку определяет как медицинский, так и социальный прогноз.

ОЦЕНКА ГЛОТАНИЯ У РЕБЕНКА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Жеребцова В.А., Сапогова А.И.

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

Актуальность. До 40% детей с церебральным параличом (ЦП) имеют нарушения оральных навыков и глотания (Clinical signs suggestive of pharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy. 2015 Mar; Katherine A Benfer, Kelly A Weir, Kristie L Bell, Robert S Ware, Peter S W Davies, Roslyn N Boyd. PMID: 25562439). Современные модели построения индивидуальных реабилитационных программ для пациентов с ЦП и риском аспирационного синдрома предусматривают возможность максимально раннего начала диагностических мероприятий и активное участие всех профильных специалистов мультидисциплинарной команды для выбора стратегий с доказательной практикой.

Цель. Оценка процесса глотания у детей с ЦП и риском аспирационного синдрома в возрасте от 12 до 36 месяцев с применением шкалы краткой оценки элементов кормления SAFE (Short Assessment of Feeding Elements), скринингового Теста трех унций и видеофлюороскопии с последующим применением подбора текстуры пищи и жидкости, эрготерапевтических стратегий.

Материалы и методы. Под наблюдением мультидисциплинарной команды специалистов (педиатр, невролог, логопед, рентгенолог) находилось 16 пациентов в возрасте от 12 до 36 месяцев с ЦП, трудностями при жевании и риском аспирационного синдрома. Первичная диагностика кормления проводилась с использованием шкалы краткой оценки SAFE, диагностической пробы глотания с применением Теста трех унций и видеофлюороскопии. Шкала краткой оценки SAFE (Short Assessment of Feeding Elements) позволяет оценить самостоятельные навыки пациента при захватывании еды, ложки и поильника, а также правильное позиционирование ребенка и участие взрослого в процессе кормления.

Ороторные навыки детей оценивались в процессе пережевывания кусочков еды сложной текстуры (груша, мягкое печенье, яблоко). На этом этапе оценивались способности ребенка откусывать пищу, качество пережевывания пищи и безопасность глотания. Критерии оценочной шкалы на всех этапах диагностики учитывали длительность процесса кормления и основные клинические проявления рисков аспирационного синдрома. Для скрининговой диагностики глотания использовался стандартизированный Тест трех унций, который позволил оценить самостоятельный контроль жидкости во рту ребенка и появление поперхиваний во время проглатывания.

По результатам оценки кормления и глотания с использованием шкалы SAFE и Теста трех унций мультидисциплинарной командой специалистов разрабатывался план дальнейшей объективной диагностики при наличии риска аспирации. Программа включала в себя проведение видеофлюороскопии для клинического подтверждения аспирации и разработку плана реабилитации с использованием методов подбора текстуры пищи и жидкости для безопасного глотания, выбор эрготерапевтических стратегий для развития ороторных навыков с использованием специальных жевательных трубочек и логопедических тренажеров различных марок.

Результаты. Применение шкалы оценки SAFE, скрининговой пробы «Тест трех унций» и видеофлюороскопии с последующим выбором реабилитационных и эрготерапевтических стратегий в мультидисциплинарной команде специалистов позволили снизить риск аспирации у 16 пациентов с ЦП (95%) без использования методов альтернативного кормления, в том числе установки гастростомы.

Выводы. Данные клинические исследования доказали эффективность диагностической и реабилитационной программы в экспериментальной группе детей с ЦП и риском аспирационного синдрома в возрасте от 12 до 36 месяцев. Своевременная диагностика нарушений процесса глотания у детей с ЦП и риском аспирационного синдрома с применением оценочных шкал и видеофлюороскопии с последующим использованием реабилитационных стратегий снижает риск аспирации и позволяет улучшить качество жизни ребенка.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОСТАТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ОТ АППАРАТА «ХИВАМАТ» НА АРТИКУЛЯЦИОННУЮ МУСКУЛАТУРУ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДИЗАРТРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Жеребцова В.А., Ушакова С.Г.

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

Актуальность. Распространенность дизартрии у детей с церебральным параличом (ЦП), по данным различных авторов, составляет 60–85% от общего числа пациентов, значительно нарушает речевую функцию ребенка, влияет на процессы кормления, коммуникации, обучения и социализации.

Цель. Оценить эффективность применения электростатического воздействия на артикуляционную мускулатуру при дизартрии в комплексной реабилитации у детей с ЦП.

Методы и материалы. Дизартрия – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры, что приводит к изменению тонуса артикуляционной мускулатуры по типу спастичности, гипотонии или дистонии. Электростатическое воздействие – это разновидность вибромассажа, основанная на колебании (осцилляции) тканей переменным электростатическим полем. Параметры используемых частот: 200–800 Гц – высокие, 25–80 Гц – средние, 5–25 Гц – низкие частоты. Интенсивность воздействия плавно регулируется и подбирается по ощущениям комфортности пациента. Низкие частоты чаще используются при воздействии на поперечно-полосатую мускулатуру, при повышенном тоне, высокие – для воздействия на лицевую мускулатуру и при выраженном болевом синдроме. В ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» метод электростатического воздействия на аппарате «Хивамат» в комплексной реабилитации пациентов с ЦП находит все более широкое применение.

Группа наблюдения составила 153 ребенка. В среднем дети получили 3 курса электростатического воздействия в комплексной реабилитации, состоявших из 6–10 процедур в зависимости от степени выраженности дизартрических нарушений. Для оценки эффективности применения данного метода все дети осмотрены логопедом до начала и по завершении курса реабилитационных процедур. Во всех случаях отмечается положительная динамика в виде увеличения скорости и плавности речи,

уменьшения саливации, тенденции к нормализации тонуса оральной лицевой мускулатуры.

Применение электростатического воздействия при дизартрии вызывает следующие эффекты: повышает кровоснабжение и лимфоток в зоне воздействия, нормализует тонус речевой мускулатуры, восстанавливает метаболизм в тканях. Противопоказания к проведению данного вида воздействия: гнойно-воспалительные заболевания в стадии обострения, хронические сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации, наличие электронных приборов (водитель ритма и другие), неоперабельные злокачественные опухоли и заболевания крови.

Выводы. Применение электростатического воздействия на артикуляционную мускулатуру при дизартрии в комплексной реабилитации детей с ЦП вызывает нормализацию тонуса артикуляционной мускулатуры, способствуя тем самым улучшению произносительной стороны речи, развитию когнитивных функций, способности к общению, повышая, таким образом, качество жизни ребенка и его семьи.

РОЛЬ ОРТОПЕДА В МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЕ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОРТЕЗИРОВАНИЯ

Жеребцова В.А., Чибисов И.В.

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

Актуальность. Мультидисциплинарная команда – это группа специалистов, объединенных решением одной задачи по совместно согласованным принципам. Командный подход в медицинской реабилитации – это больше, чем просто наличие нескольких врачей у одного пациента, он включает приверженность семьи пациента, медицинских работников и других специалистов, оказывающих помощь ребенку. В составе мультидисциплинарной команды, оказывающей помощь ребенку с двигательными нарушениями, ортопеду отводится важная роль: ранняя диагностика и выявление проблем опорно-двигательного аппарата, назначение и подбор технических средств реабилитации для профилактики и лечения ортопедических осложнений, комплексная антиспастическая терапия, своевременное определение показаний к оперативному вмешательству.

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

Материалы и методы. Этапное «гипсование», как правило, сочетается с ботулинотерапией. Первый этап «гипсования» выполняется на 10–14 сутки после введения препаратов ботулотоксина типа А. Длительность каждой иммобилизации составляет от 6 до 10 дней, после чего происходит смена повязок, что дает возможность постепенно увеличивать объем движений вовлеченной конечности. Полимерный бинт, используемый для проведения ортезирования, не вызывает аллергических реакций, более легкий, пропускает воздух, а также испарения со стороны иммобилизованной части тела, точно принимает форму тела. Важным аспектом этого метода является возможность активной нагрузки иммобилизованной конечности в процессе проведения серийного «гипсования».

Методика способствует растяжению спастичной мышцы в течение длительного времени, а также позволяет поддерживать и постепенно увеличить объем активных и пассивных движений в суставе. В дальнейшем, с целью сохранения и закрепления полученного объема движений конечности, назначается ношение тугоров и аппаратов. Данный вид медицинской реабилитации относится к уровню убедительности рекомендаций В, уровню достоверности доказательств 2А. С 2019 года в ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» мультидисциплинарной командой выполняется программа наблюдения детей по шведской системе CPUP, проведено 71 обследование, включающее определение степени спастичности мышц нижних конечностей (по шкале Эшворта), гониометрию суставов нижних конечностей (формализованная карта гониометрии), проведение рентгенологического обследования тазобедренного сустава.

Результаты. В период с 01.01.2019 по 01.09.2021 этапное «гипсование» проведено 134 детям I–III уровня функционирования по GMFCS: I уровень по GMFCS – 16 человек (12%); II уровень по GMFCS – 92 человека (69%); III уровень по GMFCS – 26 человек (19%). Всего выполнено 369 процедур (одной процедурой считали «гипсование» одной ноги на период не менее 6 дней). Положительные результаты в виде увеличения угла тыльного сгибания голеностопного сустава достигнуты у всех пациентов: 24% детей имели прибавку от 0 до 5 градусов, 55% – от 5 до 10 градусов, 7% – от 10 до 15 градусов и свыше 15 градусов – 14%. Более чем у 70% пациентов отмечалось улучшение походки. Оценка паттерна ходьбы производилась по шкале оценки походки, а также с использованием реабилитационного комплекса для восстановления двигательной активности, координации движений конечностей, с возможностью функциональной оценки (системы для видеоанализа движения). У всех пациентов, получавших комплексную антиспастическую терапию (введение ботулотоксина, этапное ортезирование) отмечалось снижение уровня спастичности (оценка проводилась по модифицированной шкале Эшворта в составе мультидисциплинарной команды).

Выводы. Работа ортопеда в составе мультидисциплинарной команды способствует повышению качества оказываемой реабилитационной помощи, позволяет на ранних этапах диагностировать и предотвратить развитие ортопедических осложнений, что приводит к улучшению качества жизни ребенка. У детей со спастичностью и риском развития вторичных ортопедических осложнений при применении сочетания методов этапного «гипсования», ботулинотерапии с последующим ортезированием значительно снижалась степень спастичности (уменьшение спастичности по шкале Эшворта на 1–2 балла). Отмечено увеличение объема движений в голеностопном суставе (в среднем, от 5 до 10 градусов, также отмечалось уменьшение спастики при оценке по шкале Тардье), путем видеоанализа походки отмечалось улучшение по шкале походки.

ОБСЛЕДОВАНИЕ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ДОШКОЛЬНИКОВ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Жукова Ю.В.

ГБОУ Школа № 2053, г. Москва

Актуальность. Для грамотного планирования программы логопедической помощи дошкольникам и определения ее эффективности необходимо комплексное педагогическое обследование. Оно включает психолого-педагогическое и логопедическое изучение ребенка, а также анализ результатов медицинского обследования. Учитель-логопед и педагог-психолог обследуют состояние речи дошкольника, особенности личности и моторику. Комплексная диагностика обычно состоит из трех этапов: сбор анамнестических данных; обследование состояния общей моторики и тонких движений пальцев рук, мимической и артикуляционной моторики; изучение личностных особенностей ребенка.

Почему же именно обследование моторной сферы является важной составляющей диагностики дошкольников с речевыми нарушениями? Речь – это деятельность, которая осуществляется при согласованном функционировании головного мозга и других отделов нервной системы. В осуществлении речевой функции принимают участие слуховой, зрительный, двигательный и кинестетический анализаторы. Для правильного произнесения звука ребенку требуется воспроизвести артикуляционный уклад, состоящий из сложного комплекса движений, при этом артикуляция, фонация и дыхание должны быть достаточно скоординированы, а речедвижения соотнесены с соответствующими слуховыми ощущениями.

Например, чтобы ребенку понять значение того или иного слова, необходимо слияние между собой слуховых, зрительных и осязательных ощущений в единый образ предмета. Так, И.М. Сеченовым было отмечено, что каждое ощущение по своей природе смешанное, что к нему обязательно примешивается мышечное ощущение, которое является более сильным по сравнению с другими. И.П. Павлов отмечал, что речь – это, прежде всего, мышечные ощущения, которые идут от речевых органов в кору головного мозга. Развитие звукопроизношения связано с совершенствованием работы периферического речевого аппарата. У здорового ребенка овладение звуковой системой языка происходит одновременно с развитием общей моторики и дифференцированных движений рук. М.М. Кольцовой было экспериментально доказано, что при тренировке тонких движений пальцев рук речь не только развивается более интенсивно, но и оказывается более совершенной. Взаимосвязь между развитием речи и формированием общей, мелкой и артикуляционной моторики подчеркивается многими исследователями.

Выводы. Таким образом, развитие двигательного аппарата является фактором, стимулирующим развитие речи, ему принадлежит ведущая роль в формировании нервно-психических процессов у детей. Поэтому одним из важнейших этапов комплексного педагогического обследования является выявление состояния произвольной, общей, тонкой, артикуляционной и мимической моторики. А логопедическое заключение становится отправным пунктом для планирования коррекционно-педагогической работы с детьми с речевыми нарушениями.

Список литературы

1. Грибова О.Е. Технология организации логопедического обследования. – М.: АРКТИ, 2005.

2. Кирьянова Р.А. Комплексная диагностика и ее использование учителем-логопедом в коррекционной работе с детьми 5-6 лет, имеющими тяжелые нарушения речи. – СПб.: Феникс, 2006.

3. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи; под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М.: ТЦ «Сфера», 2007.

ПЕСКОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДОШКОЛЬНИКАМИ С ДЦП КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ

Жукова Ю.В.

ГБОУ Школа № 2053, г. Москва

Актуальность. Коррекционная деятельность специалистов в группе дошкольного отделения для детей с ДЦП состоит из создания максимально комфортных психологических условий для данного контингента воспитанников и собственно организации воспитательно-образовательного процесса. Актуальность вопроса реабилитации детей с двигательными нарушениями обусловлена сложностью адаптации дошкольников с ДЦП к условиям массового дошкольного учреждения для овладения учебными навыками. Цель – поиск методов, способствующих развитию эмоционально-чувственной сферы ребенка, гармоничному и интенсивному развитию познавательных функций, речи, моторики, саморегуляции.

Напомним, что ДЦП – это группа двигательных нарушений, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны ЦНС за функционированием мышц. При ДЦП у ребенка могут выявляться нарушения зрения, слуха, особенности формирования и развития психических функций, расстройства устной речи. У детей с ДЦП нарушена пространственная ориентация, проявляющаяся в замедленном освоении понятий, обозначающих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить геометрические фигуры, складывать из частей целое. У детей с ДЦП часто страдает произвольность внимания, его устойчивость и переключаемость. Мыслительные процессы характеризуются инертностью, низким уровнем сформированности операции обобщения. Расстройства эмоционально-волевой сферы у одних детей данной категории могут проявляться в виде повышенной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – наоборот, в виде заторможенности, вялости. Поэтому специалистов коррекционной службы, прежде всего, интересуют методы терапии, которые одновременно могут учитывать максимум образовательных потребностей детей с нарушениями ОДА. Одним из таких методов стала терапия песком.

Результаты. Знакомство дошкольников с ДЦП с песком начиналось на занятиях педагога-психолога, учителя-дефектолога с изучения его свойств: сыпучий, податливый, может принимать любые формы, прохладный, приятный на ощупь и т.д. Далее педагоги добавляли к песку игрушки, создавали истории, потом его предлагалось использовать в самостоятельной деятельности: дети пропускали струйкой сквозь пальцы, рисовали пальчиком, пересыпали, дули на него и т.д. Специалистами коррекционной службы тем временем отмечалось, что воспитанники получают огромное удовольствие от игр с песком, расслабляются, что способствует снижению тонуса, характерного для данной группы воспитанников. «Игры с песком» были включены в дефектологическую работу – на занятиях по формированию пространственных, элементарных математических представлений; в

логопедическую работу – при проведении диагностических мероприятий, на занятиях по формированию правильного звукопроизношения на этапе постановки, автоматизации звуков; при формировании целенаправленной воздушной струи; на занятиях по обучению грамоте детям, не имеющим, в силу диагноза, возможности удерживать карандаш в руке, предлагалось передавать образ буквы пальчиком на песке; а также – при отработке лексико-грамматического строя и связной речи.

Выводы. Таким образом, с одной стороны, расслабляя ребенка с повышенным тонусом мышц, с другой стороны специалисты психолого-педагогической службы решали коррекционные задачи: развитие компетенций коммуникативной и эмоциональной сферы, произвольной регуляции деятельности, познавательных процессов, пространственно-временных представлений, коррекция и развитие всех компонентов речи. Включение метода пескотерапии в коррекционную деятельность с детьми с ДЦП было направлено на улучшение текущего состояния детей (реабилитацию) и в полной мере себя оправдало.

Список литературы

1. Левченко И.Ю., Киселева Н.А. Психологическое изучение детей с нарушениями развития. – М., 2007.
2. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М., 2001.
3. Левченко И.Ю., Ткачева В.В., Приходько О.Г. и др. Детский церебральный паралич. Дошкольный возраст. – М., 2008.
4. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. – М., 1985.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ДИСТОНИЯ-ПЛЮС ПАРКИНСОНИЗМ КАК МАСКА ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Зыков В.П.¹, Чебаненко Н.В.¹, Калёнова А.А.², Фанкин Н.Ю.², Шулешко О.В.², Сысолятина М.В.¹, Симоненко К.А.¹

¹ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования МЗ РФ», г. Москва,

² ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой» ДЗ г. Москвы

Актуальность. Дистонии представляют собой группу заболеваний различной этиологии, характеризующихся проявлениями непроизвольных движений в сочетании с аномальным положением тела или конечностей [1]. С развитием медико-генетических исследований выявлено около 30 моногенных заболеваний, в структуре которых выделяют первичные дистонии, дистонии-плюс с паркинсонизмом или с миоклонусом, вторичные нейродегенеративные дистонии и пароксизмальные дискинезии [2, 3, 4, 5].

Цель. Представить редкий клинический случай ребенка с первичной дистонией-плюс паркинсонизм.

Материалы и методы. Под наблюдением находился мальчик 16 лет.

Результаты. Поступил в клинику с жалобами на резкое возникновение слабости в верхних и нижних конечностях, снижение аппетита, повышенную сонливость, дисфагию, расстройство речи, неспособность передвигаться и переворачиваться, тремор. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей без особенностей. Роды в срок с преждевременным излитием околоплодных вод, оперативные из-за тазового предлежания с формированием дисплазии

тазобедренных суставов и дислокацией на уровне С1-С2 шейных позвонков. Масса тела 3350 г, длина тела 49 см, 7-8 баллов по Апгар. Голову держит с 4 месяцев, садиться начал с поддержкой в 7 месяцев, самостоятельная ходьба на пальцах ног с 1 года 3 месяцев. В 2 года перестал самостоятельно ходить. Поставлен диагноз: детский церебральный паралич (ДЦП), спастическая тетраплегия, гиперкинетический синдром. С 6 лет отмечалось дальнейшее постепенное ухудшение двигательных функций: ходьба только с поддержкой, появление тремора при эмоциональных волнениях, снижение силы в правых конечностях, частые падения с высоты своего роста.

В июне 2021 года перенес острую коронавирусную инфекцию. 29 августа 2021 года после перенесенной ОРВИ проявление новой клинической симптоматики. В неврологическом статусе на момент осмотра (на 5-й день ухудшения) обращали на себя внимание следующие симптомы: ригидность мышечного тонуса по типу «зубчатого колеса», тремор покоя, усиливающийся при движении, наиболее выраженный в верхних конечностях и языке, эмоциональная лабильность, проявляющаяся насильственным смехом и плачем, брадипсия, дизартрия, брадикинезия, неспособность к ходьбе, удерживанию предметов, контрактуры правого локтевого и правого коленного суставов, проявление рефлекса Бабинского с двух сторон, выполнение пальце-носовой пробы с мимопопаданием с двух сторон, адиадохокинез слева, снижение мышечной силы в руках до 4 баллов и ногах до 3 баллов, высокие сухожильные рефлексy с верхних и нижних конечностей, больше справа, эквино-вальгусная деформация стоп, торсионные гиперкинезы.

При этом когнитивные функции не нарушены, успешно обучается в общеобразовательной школе. МРТ головного мозга – расширение центрального канала спинного мозга в верхне-шейном отделе, незначительное субатрофическое расширение боковых желудочков, субатрофия правого гиппокампа. При проведении ЭЭГ эпилептиформной активности не обнаружено. Клиника течения заболевания навела на мысль о группе наследственных нейродегенеративных заболеваний. С целью подтверждения диагноза пациент был направлен на молекулярно-генетическое обследование: панель на нейродегенеративные заболевания. Выставлен клинический диагноз: Первичная генерализованная дистония-паркинсонизм. В качестве тест-терапии было принято назначить препарат леводопы-карбидопы 250 мг – 25 мг из расчета 1 мг/кг/сут в течение трех дней. Спустя 6 часов после первого приема пациент смог самостоятельно сесть, а также отметил снижение тремора. Была рекомендована электрическая стимуляция головного мозга в случае недостаточной эффективности лекарственной терапии.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод о важности расширения диагностического поиска и дообследования детей с подозрением на ДЦП [6]. Развитие медико-генетического консультирования дает надежду пациентам на формирование правильного диагноза, своевременное и правильное назначение терапии, что улучшает прогноз течения заболевания.

Список литературы

1. De Carvalho P.A., Sweadner K.J., Penniston J.T. Zaremba J., Liu L., Caton M., Linazasoro G., Borg M., Tijssen M A J, Bressman S.B., Dobyns W.B., Brashear A., Ozelius L.J. Mutations in the Na⁺/K⁺-ATPase 3 Gene ATR1A3 Are Associated with Rapid – Onset Dystonia Parkinsonism. *Neuron*. 2004;43:169–175.
2. Linazasoro G., Indakoetxea B., Ruiz J., Blercom N.V., Lasa A. Possible sporadic rapid – onset dystonia – parkinsonism. *Mov. Disord*. 2002;17:608–609.
3. Nolte D., Niemann S., Muller U. Specific sequence changes in multiple transcript system DYT 3 are associated with X-linked dystonia parkinsonism. *Proc. Natl. Acad. Sci USA*. 2003;100:10347–10352.

4. Hilge M., Siegal G., Vuister G.W., Güntert P., Gloor S.M., Abrahams J.P. ATP-induced conformational changes of the nucleotide – binding domain of Na, K-ATPase. *Nat. Struct. Biol.* 2003;10:468–474.

5. Potic A., Nmezi B., Padiath Q.S. CFPOS syndrome and hemiplegic migraine in a novel pedigree with the specific ATP1A3 mutation. *J. Neurol. Sci.* 2015;358:453–456.

6. Соколов П.Л., Чебаненко Н.В., Зыков В.П., Канивец И.В., Притыко А.Г., Романов П.А. Врожденные церебральные параличи: генетическая природа и нозологическая целостность / Русский журнал детской неврологии. 2020;15(3-4):65-77. [Sokolov P.I., Chebanenko N.V., Zykov V.P., Kanivets I.V., Prityko A.G., Romanov P.A. Congenital cerebral palsy: genetic cause and nosological integrity. *Russian Journal of Child Neurology.* 2020;15(3-4):65-77. (In Russ.)]. DOI: 10.17650/2073-8803-2020-15-3-4-65-77.

СПИНАЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Зыков В.П.¹, Чебаненко Н.В.¹, Никуленко А.В.², Медная Д.М.³, Сороченко С.Ю.¹, Букина С.В.¹

¹ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования МЗ РФ», г. Москва,

² ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой» ДЗ г. Москвы

³ ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова МЗ РФ», г. Москва

Актуальность. Спинальная мышечная атрофия (СМА) – это тяжелое аутосомно-рецессивное нервно-мышечное заболевание, характеризующееся прогрессирующими симптомами вялого паралича и мышечной атрофии вследствие дегенерации α-мотонейронов передних рогов спинного мозга [1]. Заболевание носит прогрессирующий характер, слабость начинается с мышц ног и всего тела и с развитием заболевания доходит до мышц, отвечающих за глотание и дыхание. При этом интеллект больных СМА абсолютно сохранен. Развитие проксимальной спинальной мышечной атрофии 5q обусловлено мутациями в гене SMN1 (survival motor neuron), кодирующем белок выживаемости мотонейронов. Основным типом мутаций в этом гене являются гомозиготные делеции экзонов 7 или 7-8, которые выявляются у 95% пациентов [2]. Распространенность проксимальной спинальной мышечной атрофии составляет 1 на 6000–10 000 новорожденных. Данные по распространенности заболевания в РФ отсутствуют. Частота носительства заболевания от 1:40 до 1:70 в популяции в целом [3]. По данным ФГБНУ МГНЦ имени академика Н.П. Бочкова, частота носительства мутации в гене SMN1 в России – 1/36 человек и расчетная частота рождения ребенка со СМА 1 на 5184 новорожденных.

Цель. Учитывая редкую частоту встречаемости СМА, приводим демонстрацию клинического случая.

Материалы и методы. Под наблюдением находилась девочка 2 лет.

Результаты. В 1 год мама заметила у девочки тремор кистей рук в покое и лёгкую слабость в ногах. До 1 года 4 месяцев ребенок самостоятельно ходил, затем произошёл регресс моторных навыков: девочка стала больше ползать, ползала на четвереньках быстро, активно. Консультирована амбулаторно неврологом, получала курсы массажа, электрофореза, медикаментозную терапию: паглюферал-1 по 1/2

таблетки х 2 раза в сутки, диакарб, витамины группы В в течение 10 дней, затем самостоятельная отмена терапии из-за отсутствия эффекта.

В 2 года ребенок перестал ползать на четвереньках, со слов мамы, в настоящий момент ползает на небольшие расстояния, вяло, редко. ЭНМГ от 05.04.2021: отмечается умеренное замедление проведения по двигательным корешкам на уровне L4-S1, с обеих сторон со снижением амплитуды М-ответа. Нарушение проведения по типу нейропатии. 2 месяца назад ребенок начал подкашливать во время ночного сна. Консультирована неврологом амбулаторно, рекомендована госпитализация в стационар с целью дообследования. Самостоятельно госпитализирована в ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ с целью верификации диагноза, обследования и назначения терапии.

Ребенок от 2-й беременности (1-й мальчик, 4 года, здоров), протекавшей на фоне анемии, с угрозой прерывания в 3-м триместре. Роды 2, на сроке 39 недель, самостоятельные. Вес при рождении 3900 г, длина 50 см. Выписана из роддома на 2-е сутки. Привита по возрасту. Раннее психомоторное развитие: голову держит с 5 месяцев, самостоятельно садится с 7 месяцев, встает у опоры с 11 месяцев, самостоятельно ходит с 1 года. Речь с 1 года в виде слогов, отдельных слов. Неврологический статус: Атрофии мышц ног, контрактур нет. Объем активных движений снижен в ногах, пассивных движений полный. Фасцикуляции кистей рук.

Мышечная сила ног снижена более в проксимальных отделах до 2,5–3 б., в руках снижена до 4–4,5 б. Мышечный тонус – диффузная мышечная гипотония, в нижних конечностях более выраженная. Сухожильные рефлексы с рук – снижены, с ног – не вызываются. Кожные рефлексы средней живости, ближе к сниженным, равномерные с двух сторон. Психомоторное развитие: голову держит, сидит посаженная, самостоятельно садится с трудом по типу «лесенки» с переворотом на живот и опорой на руки, не ползает, не встает у опоры, не ходит. Речь по возрасту – простые и сложные предложения. По данным молекулярно-генетического анализа от 03.09.2021 (Анализ наличия экзона 7 генов SMN 1/SMN2): SMN 1 – del/del, SMN2 – обнаружен. Ребёнок направлен в Центр нервно-мышечной патологии для подбора терапии.

Выводы. Медикаментозная терапия СМА 5q подразделяется на два направления: патогенетическая терапия, направленная на коррекцию дефицита белка SMN, и симптоматическая терапия (коррекция отдельных симптомов заболевания). Существует несколько подходов патогенетической терапии: применение модификаторов сплайсинга (генетической модификации) гена SMN2, увеличивающих экспрессию полноразмерных функциональных белков, вектора для генной терапии для доставки в клетки гена SMN1. Препарат на основе антисмыслового олигонуклеотида нусинерсен был зарегистрирован для лечения всех типов СМА в США в декабре 2016 года, одобрен для применения в Европе в мае 2017 года, в Российской Федерации зарегистрирован с 2019 года [4]. Второй препарат – малая молекула рисдиплам – зарегистрирован в США в августе 2020 года и в России в декабре 2020 года [5]. Рекомендуется патогенетическую терапию начинать как можно раньше всем пациентам со СМА 5q после постановки клинического диагноза с обязательным генетическим подтверждением.

Список литературы

1. Bowen B.M., Truty R., Aradhya S., Bristow S.L., Johnson B.A., Morales A., Tan C.A., Westbrook M.J., Winder T.L., Chavez J.C. SMA Identified: Clinical and Molecular Findings From a Sponsored Testing Program for Spinal Muscular Atrophy in More Than 2,000 Individuals. *Front Neurol.* 2021;12:663911. doi: 10.3389/fneur.2021.663911.
2. Brzustowicz L.M., Lehner T., Castilla et al. Genetic mapping of chronic childhood-onset spinal muscular atrophy to chromosome 5q11.2 – q13.3. *Nature.* 1990;344:540-541.

3. Arnold W.D., Kassar D., Kissel J.T. Spinal muscular atrophy: diagnosis and management in a new therapeutic era. *Muscle Nerve*. 2015;51(2):157–167.
4. Darras B.T. Spinal muscular atrophies. *Pediatr. Clin. North Am.* 2015;62(3):743–766.
5. Li Q. Nusinersen as a Therapeutic Agent for Spinal Muscular Atrophy. *Yonsei Med J.* 2020;61(4):273-283. doi: 10.3349/ymj.2020.61.4.273.
6. Singh R.N., Ottesen E.W., Singh N.N. The First Orally Deliverable Small Molecule for the Treatment of Spinal Muscular Atrophy. *Neurosci Insights*. 2020;15:2633105520973985. doi:10.1177/2633105520973985.

СИНДРОМ ВОЛЬФА – ХИРШХОРНА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Зыков В.П.¹, Чебаненко Н.В.¹, Никуленко А.В.², Рустамова Н.Р.²

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования МЗ РФ», г. Москва,

²ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой» ДЗ г. Москвы

Актуальность. Синдром Вольфа – Хиршхорна – это редкое генетическое заболевание, возникающее при делеции дистального конца короткого плеча 4-й хромосомы [1, 2]. Считается, что заболевание встречается у одного из 50 000 новорожденных, причем частота встречаемости синдрома Вольфа – Хиршхорна выше у девочек, чем мальчиков, почти в 2 раза [3]. Вполне возможно, что это отклонение не было диагностировано у некоторых людей, и, таким образом, этот показатель может быть занижен. Заболевание проявляется множественными дефектами формирования лицевого скелета, врожденными сердечно-сосудистыми аномалиями, задержкой психомоторного развития [4]. Синдром диагностируется цитогенетическими методами.

Цель. Продемонстрировать клиническую картину и течение редкого синдрома Вольфа – Хиршхорна на примере клинического случая.

Материалы и методы. Под наблюдением находилась девочка 11 месяцев.

Результаты. Поступила в клинику ДГКБ им. Башляевой с жалобами на судорожные приступы, задержку психического, предречевого и моторного развития. Со слов мамы, 05.04.2021 на фоне цистита, субфебрильной температуры во время сна около 15:00 мама заметила, что ребенок «обмяк», затем развился тонико-клонический судорожный приступ с девиацией взора вверх, ороалиментарными автоматизмами, гиперсаливацией, выраженной мраморностью кожных покровов, длительностью около 30 минут, затем ребенок уснул. Госпитализирован в ОРИТ Химкинской областной больницы, с целью купирования судорог введен диазепам. Антиэпилептическую терапию (АЭТ) не получала. 21.04.2021 на фоне течения пневмонии, повышения температуры тела до 38,6° С аналогичный судорожный приступ, длительностью до 15 минут, купировался введением диазепама. Госпитализирована в ОРИТ с течением эпилепсии (по данным мед. документации). Выписана с диагнозом: «Фебрильный судороги». АЭТ не получала. Консультация генетика: Синдром Вольфа – Хиршхорна с наличием частичной трисомии короткого плеча 4-й хромосомы. De novo.

Ребенок от 2-й беременности (1-я дочь, 8 лет, здорова), протекавшей с токсикозом, отеками, фетоплацентарной недостаточностью. Пренатально по УЗИ диагностирована дистопия левой почки, гипоплазия правой почки. Роды 2-е, преждевременные оперативные, в головном предлежании, на сроке 36 недель. Вес

при рождении 1960 г, длина 46 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. С рождения установлен диагноз: врожденный порок развития (ДМПП, клапанный стеноз легочной артерии). Ребёнок стоит в очереди на оперативное лечение в кардиохирургическое отделение ДГКБ им. Н.Ф. Филатова на сентябрь 2021 года. Раннее психомоторное развитие с задержкой. Голову начала неуверенно удерживать с 3 месяцев, переворачиваться со спины на живот и обратно с 8 месяцев, с 10 месяцев регресс приобретенных навыков. Неврологический статус: в сознании, на осмотр реагирует с интересом. Стигмы дизэмбриогенеза множественные. Черепно-лицевой дисморфизм. Фенотипически – «шлем греческого воина». ОГ 40 см. Б.р. 0,5 см х 0,5 см, не выбухает, не напряжен. Перкуторно коробочный звук. Общемозговые симптомы: нет. Менингеальные симптомы: нет. Черепные нервы: 11 пара – движения плеч в полном объеме, голова наклонена к правому плечу. Рефлекторная двигательная сфера: атрофий нет, контрактур нет. Объем активных и пассивных движений полный. Мышечный тонус – диффузная мышечная гипотония, D=S. Аддукторный спазм бедер. Тонус мышц шеи D>S. Сухожильные рефлексы средней степени силы D=S. Патологические рефлексы – нет. Кожные рефлексы живые, равномерные с двух сторон. Вегетативно-трофических нарушений – не выявлено. Психомоторное развитие: голову удерживает неуверенно, группируется, заваливается на бок, крутится вокруг своей оси, самостоятельно не сидит, не садится, улыбается, гулит, нет интереса к игрушкам, дифференцирует своих-чужих. ЭЭГ от 18.05.2021: Типичная эпилептиформная активность не зарегистрирована. Нейросонография от 19.05.2021: Эхопризнаки незначительного расширения цистерны четверохолмия, в динамике – исключить арахнодальную кисту тенториальной вырезки. УЗИ органов брюшной полости от 19.05.2021: Эхопризнаки дисхолии – билиарный сладж 2 типа – сгустки желчи в полости желчного пузыря. Ребёнок направлен на продолженный видео-ЭЭГ-мониторинг с включением сна, по результатам которого будет назначена АЭТ.

Выводы. Раннее установление синдрома Вольфа – Хиршхорна может помочь в правильном решении различных медицинских проблем [5, 6]. Своевременная коррекция эпилептических приступов, проведение всесторонней помощи в развитии и реабилитации в раннем возрасте, включая кормление, вспомогательное общение, речь, физиотерапия, трудотерапия и школьная поддержка объективно смогут улучшить качество жизни пациентов и способствовать прогрессу моторного, речевого и психического развития у детей с синдромом Вольфа – Хиршхорна [7].

Список литературы

1. Hirschhorn K., Cooper H. L., Firschein I. L. Deletion of short arms of chromosome 4-5 in a child with defects of midline fusion. Human genetics. 1961; 1 (5): 479-82. PMID 5895684.
2. Wolf U., Reinwein H., Porsch R., Schröter R., Baitsch H. Deficiency on the short arms of a chromosome No. 4. Human genetics (in German). 1965; 1 (5): 397-413.
3. Battaglia A., Guerrini R. Chromosomal disorders associated with epilepsy. Epileptic Disord. 2005 Sep; 7 (3): 181-92.
4. Cooper H., Hirschhorn K. Apparent deletion of short arms of one chromosome (4 or 5) in a child with defects of midline fusion. Mammalian Chromosomes. 1961; 4: 14.
5. Ho K. S., Markham L. M., Twede H., Lortz A., Olson L. M., Sheng X., Weng C., Wassman E. R. 3rd, Newcomb T., Wassman E. R., Carey J. C., Battaglia A. A survey of antiepileptic drug responses identifies drugs with potential efficacy for seizure control in Wolf-Hirschhorn syndrome. Epilepsy Behav. 2018; 81: 55-61. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.12.008.
6. Blanco-Lago R., Malaga-Dieguez I., Granizo-Martinez J.J., Carrera-Garcia L., Barruz-Galian P., Lapunzina P., Nevado-Blanco J. En Representacion Del Grupo Colaborativo Para El Estudio Del Sindrome de Wolf-Hirschhorn ERDGCPEEDSW. Wolf-

Hirschhorn syndrome. Description of a Spanish cohort of 51 cases and a literature review. Rev Neurol. 2017; 64 (9): 393-400.

7. Миронов М.Б., Чебаненко Н.В., Айвазян С.О., Владимирова С.А., Осипова К.В., Бурд С.Г., Рублева Ю.В., Красильщикова Т.М., Быченко В.Г. Эпилепсия в сочетании с синдромом Вольфа – Хиршхорна: обзор литературы и описание клинических случаев / Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2018; 10 (4): 39-52. (В рус.) [Mironov M.B., Chebanenko N.V., Ayvazyan S.O., Vladimirova S.A., Osipova K.V., Burd S.G., Rubleva Yu.V., Krasil'shchikova T.M., Bychenko V.G. Epilepsy in combination with Wolff-Hirschhorn syndrome: literature review and case report. Epilepsy and paroxysmal conditions. 2018; 10 (4): 39-52. (In Russ.)] DOI: 10.17749/2077-8333.2018.10.4.039-052.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СЕМЬЕ ПАЦИЕНТОВ СО СТРАХАМИ

Иванова Е.С., Типсина Н.В., Гунченко М.М., Чебатура А.Д., Александрова Е.О.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Чувство страха является одной из базовых эмоций человека и имеет свойство возникать и угасать в определенные возрастные периоды, являясь нормой развития детской психики [1]. Однако, страхи, сохраняющиеся длительное время без оказания необходимой помощи, служат признаком эмоционального неблагополучия, негативно влияют на психический комфорт. Детские страхи – весьма распространенное неблагополучие в воспитании ребенка [3]. По мнению многих авторов, причина лежит в родительском отклике на эмоции ребенка и не сформированном навыке конструктивного разрешения аффективной реакции [2].

Цель. Изучение эмоционального взаимодействия в семьях пациентов с устойчивыми страхами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 16 матерей пациентов 4–7 лет, предъявляющие жалобы на детский страх, трудности в сепарации (аффективная реакция проявлялась даже при нахождении в соседней комнате), трудности при самостоятельном засыпании. При этом наличие психотравмирующей ситуации отрицалось. Исследование включало несколько этапов: сбор анамнеза и жалоб; наблюдение за поведением ребенка и коммуникации в семье; опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия Е.И. Захаровой.

Результаты. Матери, принявшие участие в исследовании, принимают своего ребенка безусловно, чувствительны, готовы оказывать эмоциональную поддержку и показали высокий уровень принятия себя как родителя. Однако, их отличает девиантное поведение при эмоциональном взаимодействии с ребенком (показатели опросника ниже средних значений). Снижено стремление в телесном контакте, при построении взаимодействия родитель ориентируется на себя, а не на ребенка. Отмечаются трудности понимания причин и умения воздействовать на эмоциональное состояние, что приводит к снижению эмоционального фона у материнской фигуры.

Выводы. По результатам исследования можно сделать вывод о том, что поведенческие проявления эмоционального взаимодействия в данных семьях могут быть причиной возникновения страха и являются мишенью для дальнейшей психотерапевтической работы.

Список литературы

1. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. – СПб., 2004.
2. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез. – Л.: Медицина, 1988.
3. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. – М., 2000.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА С ПОМОЩЬЮ БИОИМПЕДАНСНОГО АНАЛИЗА СОСТАВА ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ДЦП

Казакова Е.В., Мякшина Ю.С.

АНО «Детский научно-практический центр физической реабилитации и спорта «Гросско», г. Москва

Актуальность. При детском церебральном параличе (ДЦП) на фоне нарушения функции жевания и/или глотания происходит нарушение обмена веществ. Учитывая, что дети с двигательными нарушениями малоподвижны, это приводит к избыточному весу или дефициту массы тела, к трудностям при выполнении физических упражнений во время реабилитации. У детей с ДЦП особое значение приобретает взаимосвязь центральной нервной системы (ЦНС) с желудочно-кишечным трактом (ЖКТ) и двигательными функциями. Дети с ДЦП страдают пищевыми дисфункциями, что требует большей продолжительности времени для приема пищи. Все это препятствует физическому развитию ребенка. Поэтому выявление патологических изменений в «составе тела», подбор упражнений и сбалансированного питания является актуальным.

Цель. Оценка функционального состояния организма с помощью биоимпедансного анализа состава тела у детей с ДЦП.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 50 детей с диагнозом «детский церебральный паралич», различных форм и разного уровня по шкале больших моторных функций (GMFCS) в возрасте от 5 до 16 лет. Из них детей с I–II уровнем было по 13 человек (25%), с III уровнем – 14 человек (28%), с IV уровнем – 6 человек (12%), с V уровнем – 4 человека (8%). Исследования проводились с помощью аппаратно-программного комплекса «Биосканер Велнесс». Определялись расчетные значения компонентов состава тела и скорости метаболических процессов в совокупности с индивидуальными расчетными интервалами нормальных значений каждого параметра. Оценивалось содержание жировой, тощей, клеточной, скелетно-мышечной, минеральной массы, жидкостного сектора организма (общей, внеклеточной и внутриклеточной жидкости).

Исследования показали, что у большинства детей со спастической формой снижен индекс массы тела и жировая масса, а скелетно-мышечная повышена. Причины дисбаланса связаны со сложностью вскармливания в результате нарушений жевания и глотания, с замедленным развитием мозговых центров, обеспечивающих питание и рост; несоответствием пищевых привычек индивидуальному выходу (расходу) энергии; дефицитом минеральных веществ, вызванным хроническим приемом антиконвульсантов и отсутствием активных движений. У части детей с ДЦП, при отсутствии выраженных орально-моторных проблем, например, при спастическом тетрапарезе, отмечается избыточная прибавка в весе. Это связано с ограниченным объемом физической активности в совокупности с пониженным показателем тощей массы тела, что способствует снижению энерготрат организма.

Результаты. Регулярные осмотры и динамические наблюдения детей с ДЦП позволяют выявить степень выраженности и динамику компонентов состава тела и

скорости метаболических процессов, что приводит к тем или иным патологическим изменениям, а также проследить эффективность применяемых адекватных упражнений. Выявлено, что дефицит массы тела у детей с I уровнем по GMFCS составляет 4%, у детей II–III уровня – 7–8%. Выраженный дефицит массы наблюдается у детей с IV–V уровнем – 8–14%. Избыточная масса тела выявлена у 3% детей с I–II уровнем, у 5% с III уровнем, у детей IV–V уровня, несмотря на дефицит движений, наблюдается у 7%.

Выводы. Анализ и динамический контроль за составом тела организма, оценка и прогноз развития метаболического синдрома, коррекция питания и эффективность физической реабилитации улучшают функциональное и физическое состояния детей с ДЦП.

Список литературы

1. Студеникин В.М. Детский церебральный паралич (ДЦП). Гл. 16. В кн.: Нейродиетология детского возраста (коллективная монография). – М.: Династия, 2012. – С. 242–251.
2. Мисникова И.В., Ю.А. Ковалева. Влияние физических нагрузок на обменные процессы у пациентов с метаболическим синдромом / РМЖ. – 2018. – № 1 (I). – С. 11.
3. В.М. Студеникин, А.А. Букш. Нарушения нутритивного статуса у детей с церебральным параличом. Медицинский научно-практический портал «Лечащий врач». – 2016. – № 9, № 10.

ПРИМЕНЕНИЕ ОБУВИ ТИПА «СКВИКЕРЫ» У ДЕТЕЙ С ТРАНЗИТОРНОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ХОДЬБОЙ НА ЦЫПОЧКАХ

Кенис В.М., Хусаинов Н.О.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера МЗ РФ», г. Санкт-Петербург

Актуальность. Транзиторная ходьба на цыпочках – частое явление у детей младшего возраста, имеющее доброкачественный характер. Тем не менее, родители детей обращаются к ортопедам с жалобами на постоянную или периодическую ходьбу на цыпочках.

Целью настоящего исследования была первичная оценка эффективности обуви типа «сквикеры» для оптимизации двигательной активности детей с транзиторной идиопатической ходьбой на цыпочках.

Материалы и методы. Нами проведено исследование серии случаев, включавшее 24 ребенка (средний возраст 21,4 месяца), наблюдавшихся ортопедами в поликлиниках с жалобами на нарушение походки в виде ходьбы на цыпочках. Детям была бесплатно предоставлена обувь «сквикеры». Родителям было предложено заполнить анкеты по прошествии 1 месяца.

Результаты. Улучшения (ребенок перестал или стал меньше ходить на цыпочках) отмечали большинство родителей детей, носивших «сквикеры» (22 из 24 детей). В частности, более половины родителей отмечали нормализацию ходьбы в обычной обуви, а треть – босиком. Отрицательных эффектов отмечено не было.

Выводы. Нами проведена оценка первичной эффективности модификации обуви («сквикеры») у детей с транзиторной идиопатической ходьбой на цыпочках. В качестве вероятного механизма, лежащего в основе эффекта «сквикеров», можно предположить формирование эффекта биологической обратной связи за счёт дополнительного рекрутирования слухового сенсорного анализатора. На основании

проведённого исследования можно рекомендовать применение обуви типа «сквикеры» у детей с транзиторной идиопатической ходьбой на цыпочках, демонстрирующих отсутствие или незначительную спонтанную положительную динамику, в качестве средства закрепления физиологического двигательного стереотипа.

ВОЙТА-ДИАГНОСТИКА В ЕЖЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

Кнолль Е.А.

Реабилитационный центр «Войта-Праксис», Практика Войта-терапии, г. Москва

Актуальность. Войта-диагностика была разработана чешским неврологом, профессором Вацлавом Войтой и уже более 70 лет успешно применяется в Европе и других странах для ранней диагностики и определения прогноза заболевания и плана лечения у детей первого года жизни с различными поражениями центральной нервной системы, сопровождающимися двигательными нарушениями, нередко приводящими к инвалидности [1, 3, 4].

Цель. Познакомить специалистов, занимающихся лечением и реабилитацией детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы с Войта-диагностикой.

Материалы и методы. Войта-диагностика состоит из трех частей:

1. Анализ навыков и спонтанной моторики ребенка первого года жизни (на базе глубоких знаний моторного онтогенеза).
2. Изучение примитивных рефлексов и динамики их угасания.
3. Анализ реакций положения, которые были модифицированы и стандартизированы В. Войтой [3, 4].

Результаты. На основании сбора и анализа этой информации можно сделать вывод о тяжести повреждения нервной системы в самые ранние сроки и определить показания к дальнейшей реабилитации, а также оценить эффективность реабилитационных мероприятий [1, 2, 3, 4, 5].

Выводы. Применение Войта-диагностики необходимо внедрять в ежедневную практику в роддомах, перинатальных центрах, педиатрических и неврологических отделениях, детских реабилитационных центрах для оказания более эффективной медицинской помощи и создания индивидуальной реабилитационной программы.

Список литературы

1. Vojta, V. Die zerebrale Bewegungsstörungen im Säuglingsalter/V. Vojta. – Germany, international Vojta gesellschaft, 2012. – 321 s.
2. Vojta, V. Das Vojta-Prinzip [Текст]/ V. Vojta, A. Peters. – Germany, Springer, 2010. – 169 s.
3. Orth, H. Das Kind in der Vojta-Therapie [Текст]/ H. Orth, – Germany, ELSIEVER, 2017. – 227 s.
4. Орт, Х. Ребёнок в Войта-терапии [Текст] / Х. Орт. – Челябинск: Реабилитационный центр «Войта-праксис». Практика Войта-терапии, 2020. – 240 с.
5. Войта, В. Принцип Войты [Текст] / В. Войта, А. Петерс. – Нижний Новгород: Группа компаний «Мадин», 2007. – 171 с.

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ И ПРИВЫЧЕК САМООБСЛУЖИВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Кондратьева Н.Н.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. В настоящее время возрос интерес к проблеме оказания коррекционно-развивающей помощи детям с интеллектуальными нарушениями. Так как подход к обучению и воспитанию детей данной категории несколько иной, чем для нормально развивающихся сверстников, становится необходимым разрабатывать коррекционно-развивающие программы, которые бы помогли воспитателям, педагогам, родителям развивать детей с нарушениями интеллекта более разносторонне [1].

Цель. Для более полноценного развития ребенок должен обладать определенными умениями и навыками. Наиболее важными для детей дошкольного возраста с нарушениями интеллекта являются навыки самообслуживания. Самообслуживание – это взаимодействие личности с окружающим миром. Оно не ограничивается лишь накоплением чувственных представлений о действительности, обогащением жизненного опыта, а включает и овладение умениями и навыками, необходимыми в самостоятельной жизни.

Материалы и методы. Процесс обучения навыкам самообслуживания у детей с ограниченными возможностями здоровья должен осуществляться с учетом личностно-ориентированных моделей воспитания и должен быть направлен на создание реальных возможностей в их самообслуживании. Формирование навыков самообслуживания решает задачи расширения представлений и знаний детей об окружающих вещах, сенсорного восприятия, развитии речи, тонкой моторики и зрительно-моторной координации, а также умения выполнять действия по подражанию и словесной инструкции, ориентироваться на образец, соблюдать определенную последовательность действий [2].

Навыки самообслуживания (умение одеваться и раздеваться, ухаживать за собой, пользоваться туалетом, самостоятельно принимать пищу, купаться, умываться и т.п.) напрямую влияют на самооценку ребенка, являются важным шагом на пути к его социализации как фактор успешной социальной адаптации умственно-отсталых детей. Дети с ОВЗ слабо владеют навыками самообслуживания и личной гигиены. Дети не умеют умываться, чистить зубы, следить за состоянием чистоты своего тела. У детей не развиты представления о негативном влиянии на здоровье человека длительного просмотра телевизионных передач, прослушивания громкой музыки. Важная роль отводится технологиям, направленным на формирование у воспитанников навыков социального поведения, активизацию познавательного интереса к окружающему, развитию речи, формированию навыков самообслуживания [3]. Для детей с умственной отсталостью при посещении образовательного учреждения становится актуальным уметь самостоятельно обслуживать себя, что позволяет им быть независимыми в быту.

Результаты. Одним из определяющих факторов в правильной организации воспитания и обучения детей является строгое соблюдение распорядка дня. Формирование привычек и навыков осуществляется под непосредственным педагогическим воздействием взрослых и всей окружающей обстановки. Ребенок, достигая под воздействием взрослого успеха в овладении гигиеническими навыками, становится более умелым, более независимым от взрослого, уверенным в своих возможностях.

Выводы. Данный результат создает мотивационную основу для коррекции (как в психическом, так и личностном плане) имеющихся отклонений у ребенка и обеспечивает последующую его социализацию. Прочность, гибкость навыков и привычек зависит от ряда факторов: условий, своевременности начала этой работы, эмоционального отношения ребенка к выполняемым действиям, систематичности упражнений детей в определенных действиях.

Список литературы

1. Шипицина Л.М. Развитие навыков общения лиц с нарушением интеллекта. – СПб., 2015.
2. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Нисневич Л.А. Как помочь особому ребенку. – СПб., 2014.
3. Маллер А.Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии. – М., 2015.

ЛОГОРИТМИКА КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Кондратьева Н.Н.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Логопедическая ритмика – это система двигательных упражнений, в которых различные движения сочетаются с произнесением специального речевого материала. Это форма активной терапии, преодоление речевого и сопутствующих нарушений путем развития и коррекции неречевых и речевых психических функций и в конечном итоге адаптация ребенка к условиям внешней и внутренней среды [3]. Укрепляется костно-мышечный аппарат, развивается дыхание, моторные, сенсорные функции, чувство равновесия, правильная осанка, походка, грация движений. Чем выше двигательная активность ребенка, тем лучше развивается его речь [2].

Цель. Логопедическая ритмика является своеобразной формой активной терапии, целью которой является преодоление речевых нарушений путем развития двигательной сферы ребенка в сочетании со словом и музыкой. Воздействие на детей средствами логопедической ритмики способствует общему развитию, нормализации двигательных функций, коррекции речевых нарушений [4].

Материалы и методы. Работа над дыханием. Темп и ритм дыхания. Певческие упражнения с речью (звуки, слоги, слова, сочетания) на выдохе. Специальные артикуляторные упражнения для губ, языка. Упражнения на основе точности, скорости общих движений рук, ног, головы. Доводить движения до автоматизма, развивая моторные и сенсомоторные координации. Использовать упражнения для артикуляции, использовать элементы расслабляющего массажа. Использование певческих упражнений на гласные и слоги. Работа над темпом и ритмом речи. Создается музыкально-двигательно-речевая основа речи. Развитие голоса. Использовать ортофонические упражнения, направленные на развитие координации дыхания, фонации, артикуляции. Пение песен с показом рукой направления мелодии, отстукивание ритма, темпа [1].

Результаты. Формирование знаний, расширение словарного запаса по лексическим темам. Формирование умений ритмично выполнять движения в соответствии со словами, выразительно передавая заданный характер, образ. Формирование модуляции голоса, плавности и интонационной выразительности речи, правильного речевого и физиологического дыхания [5, 6]. Формирование

произносительных навыков, подвижности артикуляторного аппарата. Способность выполнять оздоровительные упражнения для улучшения осанки, дыхания, пальчиковые упражнения, самомассаж лица, психогимнастические этюды на напряжение и расслабление мышц тела. Способность ориентироваться в пространстве, двигаться в заданном направлении. Способность координировать движения в мелких мышечных группах пальцев рук и кистей, быстро реагировать на смену движений [6].

Выводы. У детей прослеживается положительная динамика речевого развития. Регулярные занятия логоритмикой способствуют улучшению речи ребенка вне зависимости от вида речевой патологии, формируют положительный эмоциональный настрой, учат общению со сверстниками [5].

Список литературы

1. Белякова Л.И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Т.Г. Шишкова; под ред. Л.И. Беляковой. – М., 2005.
2. Белякова Л.И. Ритм речевых и неречевых процессов у детей в норме и при речевой патологии / Л.И. Белякова, Ю.О. Филатова // Вопросы психолингвистики. – 2012. – № 2. (16). – С. 84–91.
3. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика / Г.А. Волкова. – М., 2002.
4. Рычкова Н.А. Логопедическая ритмика: Диагностика и коррекция произвольных движений у детей, страдающих заиканием: Методические рекомендации / Н.А. Рычкова. – М., 2000.
5. Самойленко Н.С. Логопедическая ритмика: пособие для работников логопед. учреждений / Н.С. Самойленко, В.А. Гринер. – М., 1941.
6. Шашкина Г.Р. Логопедическая ритмика для дошкольников с нарушениями речи. – М., 2005.

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВОЙ И ВТОРОЙ СИГНАЛЬНОЙ СИСТЕМ КАК ОСНОВА РАЗВИТИЯ МЫШЛЕНИЯ И РЕЧИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ

Корчагина И.С., Орлова Г.И.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. В последние годы отмечается значительный рост количества детей первых лет жизни с речевой патологией разной степени тяжести. Такая ситуация подталкивает специалистов активно изучать данную проблематику, искать методы и подходы к ребёнку с речевыми нарушениями, исходя из законов раннего развития и онтогенеза. Это область исследований, объединяющая логопедов, клинических психологов, неврологов и психиатров. В 2000-е годы в отечественной литературе появились научные публикации (Т.А. Алтухова, А.Н. Корнев, Р.И. Лалаева) и диссертации (Т.А. Алтухова, С.П. Хабарова, О.Г. Приходько, М.Н. Русецкая), посвященные данной теме. Не стала исключением тема закономерности формирования первой и второй сигнальных систем человека, которые обеспечивают аналитико-интегративную деятельность головного мозга, «запуская» моторные и сенсорные центры речи, центры чтения и письма.

Целью сочетанного развития первой и второй сигнальных систем является овладение речью к концу 3-го года жизни на родном языке как формой высшей нервной деятельности.

Материалы и методы. Методами исследования сформированности речевой и

познавательной деятельности ребёнка (1-я и 2-я сигнальные системы) являются:

- изучение психолого-педагогической, медицинской и специальной медицинской литературы, медицинской и педагогической документации, анамнестических данных ребёнка;
- методы эмпирического исследования: динамическое наблюдение, педагогическое наблюдение в процессе свободной и образовательной деятельности детей; беседы с родителями, врачами, педагогами-воспитателями, инструкторами ЛФК, а также с самим ребёнком, анализ результатов деятельности;
- экспериментальные методы; констатирующий, формирующий и контрольный эксперименты, их анализ и обобщение (сравнительный количественный и качественный анализ полученных результатов).

Результаты. Анализ исследований первой и второй сигнальных систем дают представление об уровне речевого нарушения в каждом индивидуальном случае и дальнейшие методы коррекции.

Выводы. При исследовании речевой патологии у детей необходимо воспользоваться принципами анализа как методом логопедической науки: 1. принципом развития; 2. принципом системного подхода; 3. принципом рассмотрения речевых нарушений во взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития мозга, в частности, механизма формирования первой и второй сигнальных систем.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДОВ: ХИВАМАТ-ТЕРАПИИ И ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Кузнецова С.И., Сафронова Н.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Нарушение речевого развития является медико-педагогической проблемой, затрагивающей аспекты детской неврологии, психиатрии, логопедии. Данная патология характеризуется обедненным словарным запасом, отсутствием фразовой речи к двум годам и связной речи к трем годам, нарушением звукопроизношения, и встречается у 3–10% детей, причём у мальчиков в 4 раза чаще, чем у девочек. Существенную роль в речевой реабилитации играет физиотерапевтическое воздействие в сочетании с логопедической коррекцией.

Материалы и методы. Проведен анализ эффективности сеансов логопедического массажа в сочетании с проведением курса Хивамат-терапии, проводимых пациентам с речевыми нарушениями в условиях дневного стационара № 3 ГБУЗ НПЦ ДП ДЗМ. Логопедический массаж – механическое воздействие непосредственно на мышцы артикуляционного аппарата с целью нормализации тонуса мышц языка, круговой мышцы рта, усиления кровообращения в этих зонах, улучшения их трофики и иннервации. В основе Хивамат-терапии лежит более глубокое воздействие на ткани лица с помощью электростатических импульсов, вследствие чего улучшается микроциркуляция, лимфоотток, ускоряются метаболические процессы.

Результаты. Из пролеченных 617 пациентов за текущий период 2021 года, у 515 человек диагностировано нарушение речевого развития различного генеза. Комбинацию артикуляционного массажа и Хивамат-терапии на артикуляционный аппарат получили 215 человек. Из них у 146 человек (68%) отмечалось значительное улучшение артикуляции и звукопроизношения. Умеренная динамика была отмечена

у 40 человек (19%). Эффект был минимальный у 29 человек (13%), что отмечено в группе пациентов с речевыми нарушениями в структуре пациентов с тяжёлыми формами детского церебрального паралича и выраженными интеллектуальными нарушениями.

Выводы. Таким образом, комбинирование физических методов воздействия в сочетании с логопедическим массажем показало свою высокую эффективность в реабилитации речевых нарушений у детей. Своевременное и скорейшее устранение речевых нарушений является важным аспектом в развитии ребёнка, влияющим на полноценное общение и последующее формирование школьных навыков.

Список литературы

1. Сосин И.Н. Клиническая физиотерапия.
2. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия.
3. Обросов А.Н. Руководство по физиотерапии и физиопрофилактике детских заболеваний.
4. Гурленя А.М., Багель Г.Е., Смычек В.Б. Физиотерапия в неврологии.
5. Боголюбов В.М. Техника и методики физиотерапевтических процедур.

ИЗМЕНЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕТОДА ПРОФЕССОРА КОЗЯВКИНА

Кушнир А.Д.¹, Качмар О.А.¹, Козьякин В.И.², Федчишин Б.Ю.¹, Абликова И.В.¹

¹ Реабилитационный центр «Элита», г. Львов, Украина

² Международная реабилитационная клиника Козьякина, г. Трускавец, Украина

Актуальность. Система интенсивной нейрофизиологической реабилитации, или Метод Козьякина – это инновационный подход к лечению пациентов с детскими церебральными параличами (ДЦП). Основным компонентом Метода Козьякина является биомеханическая коррекция позвоночника, в сочетании с комплексом вспомогательных лечебных мероприятий, действие которых взаимодополняют и потенцируют действие друг друга.

Цель. Оценка изменений двигательных функций у пациентов с ДЦП после реабилитации по Методу Козьякина.

Материалы и методы. Сотрудниками Реабилитационного центра «Элита» и Международной реабилитационной клиники Козьякина были проведены совместные исследования, которые оценивали изменение больших моторных функций и функции руки у детей со спастическими формами ДЦП под влиянием Метода Козьякина. 57 детей в возрасте от 4 до 12 лет участвовали в слепом экспериментальном исследовании больших моторных функций. Выполнение пациентом заданий Теста больших моторных функций (GMFM-66) записывалось на видео и оценивалось двумя специалистами независимо друг от друга. Также всем участникам была выполнена гониометрия крупных суставов конечностей и оценка спастичности по шкале Эшворта. 32 ребенка в возрасте от 6 до 15 лет приняли участие в исследовании изменений функции руки до и после курса реабилитации. Обследование функции руки до и после курса осуществлялось с помощью функционального теста Джебсена-Тейлора, опросника Abilhand-Kids для оценки выполнения повседневных заданий, теста «Кубики в коробке» для исследования ловкости руки и динамометрии для оценки силы кисти.

Результаты. Слепое исследование больших моторных функций продемонстрировало статистически значимое улучшение результатов теста GMFM-

66 и увеличение объема пассивных движений крупных суставов после двухнедельного курса реабилитации по Методу Козьявкина. В результатах исследования функции руки было обнаружено улучшение ловкости (тест «Кубики в коробке») и функциональных возможностей доминирующей руки (тест Джебсена-Тейлора) у детей с двусторонними формами ДЦП после двухнедельного курса лечения по Методу Козьявкина.

Выводы. Исследования продемонстрировали улучшение больших моторных функций и усовершенствование функции руки у пациентов с ДЦП после лечения по Методу Козьявкина. В настоящее время проводится рандомизированное контролируемое исследование для дальнейшего изучения влияния реабилитации по методу Козьявкина на двигательные функции детей с ДЦП.

Список литературы

1. Kachmar O, Mysula I, Kushnir A, Voloshyn T, Matiushenko O, Hasiuk M, Hordiyevych M. Changes in motor functions in children with cerebral palsy after the course of intensive neurophysiological rehabilitation: a single-blind study. International neurologic journal. 2019. 5(107). 5-11.

2. Kachmar O, Mysula I, Kushnir A, Fedchyshyn B, Melekh N. Effect of Professor Kozyavkin method on hand function in children with cerebral palsy. International neurologic journal. 2020. 16(1). 2-9.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Левченкова В.Д.¹, Батышева Т.Т.¹, Титаренко Н.Ю.²

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

² ООО Научно-производственный центр «Огонек», г. Москва

Актуальность. Значительную часть среди детей, инвалидов с детства по неврологическому профилю, составляют больные детским церебральным параличом (ДЦП), диагноз которого ставится на первом году жизни, но клинические симптомы, характерные для этого заболевания, проявляются с первых дней жизни больных, поэтому очень важно их выявить и в зависимости от тяжести состояния ребёнка провести адекватное лечение.

Результаты. В Научно-практическом центре детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы разработана и внедрена в клиническую практику система восстановительного лечения больных ДЦП и с другими последствиями антенатального и перинатального поражения нервной системы с первых дней жизни и на протяжении всего периода детства [1, 2, 3, 4, 5]. Особенностью лечения пациентов является индивидуальный подход к каждому больному, в соответствии с клиническими проявлениями заболевания, в сочетании с общепринятыми стандартами лечения больных с нарушениями двигательных и психических функций.

При поступлении в стационар ребёнок должен быть осмотрен неврологом, окулистом (исследование глазного дна), ортопедом, врачом лечебной физкультуры и массажа. После описания неврологического статуса и назначения лечения к работе с ребёнком приступает методист по лечебной физкультуре и массажу, проводится гидрокинезотерапия, по показаниям – парафиновые и озокеритовые обертывания конечностей, с 5-6 месяцев используется имитатор опорной нагрузки стоп «Корвит» [6]. С первых дней жизни детей проводятся занятия с логопедом, которые

направлены не только на развитие речи, но и на психическое развитие ребёнка, которому способствуют также занятия с психологом, в дальнейшем – с воспитателем, педагогом [7, 8].

С возрастом больных объём и разнообразие применяемых методов лечения увеличиваются, используются современные технологии ортезирования, иглорефлексотерапия, с двухлетнего возраста – ботулинотерапия, с трех лет – метод динамической проприоцептивной коррекции двигательных функций с применением лечебных костюмов «Гравистат» и «Гравитон», метод биологической обратной связи, функциональная программируемая электростимуляция мышц в ходьбе и другие методы восстановительного лечения. Необходимо обучить доступным приёмам лечебной гимнастики, навыкам общения с ребёнком его маму, которая должна заниматься с ним дома после выписки из больницы. На первом году жизни рекомендуется 4-5 курсов лечения в стационаре, между которыми с ребёнком ежедневно должны заниматься дома, выполняя рекомендации невролога и логопеда. В дальнейшем ребёнку, страдающему ДЦП, план проводимого лечения сохраняется до совершеннолетия, используя не только круглосуточный, но и дневной стационар, в сочетании с занятиями дома.

Выводы. Проводимое с первых дней жизни комплексное, непрерывное, адекватное лечение больных способствует уменьшению степени их инвалидизации и адаптации в социальной среде.

Список литературы

1. Семёнова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. – М.: Закон и порядок, 2007. – 616 с.
2. Левченкова В.Д., Батышева Т.Т., Слободчикова Н.С., Титаренко Н.Ю. Комплексное восстановительное лечение детей с церебральным параличом в ранней стадии заболевания // Детская и подростковая реабилитация. – 2019. – № 2(38). – С. 16–21.
3. Сальков В.Н., Левченкова В.Д., Лобанова Л.В., Гришина Т.Г., Шейнкман О.Г. Нарушения зрения при детском церебральном параличе // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – Т. 111. – № 4. – С. 8–11.
4. Титаренко Н.Ю. Оптимизация неинвазивных методов лечения больных спастическими формами детского церебрального паралича в поздней резидуальной стадии // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2014. – 25 с.
5. Титаренко Н.Ю., Дворовой М.В., Левченкова В.Д., Семенова К.А., Батышева Т.Т. Коррекция двигательных нарушений при детском церебральном параличе в форме спастической диплегии посредством частичной весовой разгрузки // Детская и подростковая реабилитация. – 2016. – № 1(26). – С. 5–11.
6. Левченкова В.Д., Матвеева И.А., Батышева Т.Т., Петрушанская К.А., Семёнова К.А., Титаренко Н.Ю. Использование метода опорной стимуляции в реабилитации детей с различными формами церебрального паралича / Научно-практический журнал «Детская и подростковая реабилитация». – 2014. – № 1(22). – С. 19–24.
7. Архипова Е. Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год жизни ребенка. Современный образовательный стандарт. – М., 2012. – 160 с.
8. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Академия, 2001. – 220 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ERGON У ПАЦИЕНТА С ДЦП

Лежнина В.П.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) – это заболевание центральной нервной системы, при котором происходит поражение одного (или нескольких) отделов головного мозга, в результате чего развиваются непрогрессирующие нарушения двигательной и мышечной активности, координации движений, функций зрения, слуха, а также речи и психики. Это самая распространенная причина инвалидности в детском возрасте. Ежегодно выявляется у 6 тысяч маленьких пациентов, а частота заболевания составляет 2–5 случаев на тысячу новорожденных. ERGON является инновационным терапевтическим подходом, который объединяет статические и динамические манипуляции в мягких соединительных тканях тела специальным клиническим инструментом. Метод основан на фасциальных меридианах, описанных Идой Рольф и Томасом Майерсом. С помощью инструментов можно точно определить место патологического процесса, восстанавливать объем движения в суставах, стимулировать анаболические процессы в соединительных тканях и ускорять восстановление тканей путем активации фибробластов.

Цель. Увеличение объема активных и пассивных движений в суставах, уменьшение структурных ограничений мягких тканей.

Материалы и методы. Пациент Ш. 10 лет. Диагноз: Детский церебральный паралич, смешанная спастико-гиперкинетическая форма. GMFCS IV. MACS III. При осмотре отмечается наличие контрактур в суставах конечностей. Левый локтевой сустав (сгибание-разгибание) 50°–180°, правый локтевой сустав 43°–180°, левый лучезапястный сустав 147°–100°, правый лучезапястный сустав 130°–125°, левый коленный сустав 45°–130°, правый коленный сустав 45°–131°, левый голеностопный сустав 135°–95°, правый голеностопный сустав 135°–100°. Для увеличения объема движений была использована методика ERGON курсом из 10 занятий.

Результаты. По окончании курса занятий было отмечено улучшение пассивных и активных движений пациента, а также увеличение объема движений в суставах. Левый локтевой сустав (сгибание-разгибание) 40°–180°, правый локтевой сустав 40°–180°, левый лучезапястный сустав 130°–90°, правый лучезапястный сустав 120°–120°, левый коленный сустав 45°–165°, правый коленный сустав 45°–170°, левый голеностопный сустав 135°–85°, правый голеностопный сустав 135°–95°.

Выводы. Метод ERGON может быть использован в терапии ДЦП для коррекции двигательных нарушений, снижения контрактур, увеличения как активных, так и пассивных движений.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «ГРОССКО»

Лоскутов М.С.

Детский центр физической реабилитации и спорта «Гросско», г. Москва

Актуальность. Формирование двигательных навыков позволяет улучшить общее физическое и умственное состояние детей, пробудить в них желание развиваться как физически, так и умственно. Развитие двигательных навыков создает связи между мозгом и мышцами, что ведет к формированию новых для ребенка движений. Поэтому формирование двигательных навыков – первостепенная задача при реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА) [1, 2].

Цель. Оценить эффективность предложенной методики формирования двигательных навыков у детей с нарушением ОДА.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата в возрасте от 6 до 18 лет, у которых уровень нарушений больших моторных функций по международной шкале GMFCS был от 1 до 4. При использовании методики применялись критерии оценки физического и физиологического состояния детей до и после занятий ЛФК. Для определения физиологического состояния применялись пульсоксиметр и тонометр, с помощью которых измерялись пульс, давление, оксигенация до и после занятий ЛФК. Для оценки динамики физического состояния применялись такие критерии, как время проведения упражнения, расстояние, количество повторений. Результаты исследования обрабатывались статистическими методами.

Результаты. Регулярные занятия с детьми с нарушениями ОДА позволяют выявить проблемы в двигательной активности, которые строго индивидуальны у каждого ребенка. После выявления проблем подбираются упражнения из методики формирования двигательных навыков для того, чтобы максимально эффективно развивать двигательную активность ребенка. Комплекс упражнений методики направлен на повышение двигательной активности и на приобретение детьми навыков правильного стереотипа движения [3]. Предложенная методика включала комплекс из 12 упражнений, которые направленно оказывали воздействие на опорно-двигательный аппарат во время занятия продолжительностью 40–50 минут. Для оценки каждой группы упражнений были определены показатели, по которым фиксировались результаты и определялась эффективность. В испытуемой группе исследования проводились в течение года, по каждому ребенку было зафиксировано более ста измерений. Выявлены упражнения, которые делали наибольший вклад в оценку общей эффективности методики, например, ходьба на коленях показала наилучшую динамику по всем детям. Улучшение составило в общем 1200%. На основании проведенных измерений и тестирования по подобранным тестам до и после занятий ЛФК можно сделать вывод об эффективности данной методики.

Выводы. При регулярном применении методики формирования навыков ходьбы у детей с ДЦП есть уникальная возможность пробудить в ребенке двигательные навыки, развить их, чем повысить его качество жизни. Данная методика применима для большинства детей, так как ее можно адаптировать под любой уровень нарушения больших моторных функций по шкале GMFCS.

Список литературы

1. Лернер И.Я. Процесс обучения и его закономерности / Лернер И.Я. – М.: Наука, 1990. – 337 с.
2. Влияние активных физических упражнений на развитие двигательных навыков детей-инвалидов / Н.А. Гросс, Т.Л. Шарова, А.В. Молоканов // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2021. – № 3 (193). – С. 86–93.
3. Барановская Е.Н. Формирование позы и ходьбы у детей дошкольного и младшего школьного возраста с детским церебральным параличом с учетом особенностей форм // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2011. – № 11(81). – С. 18–21.

УНИКАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ДЕЛЕЦИИ КОРОТКОГО ПЛЕЧА ХРОМОСОМЫ 4 (P15.3-P.13), НЕ ВКЛЮЧАЮЩЕЙ КРИТИЧЕСКИЙ РАЙОН СИНДРОМА ВОЛЬФА – ХИРШХОРНА

Маирова К.А., Красненко М.В., Сафронова Н.А., Савкуева Т.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Среди причин задержки психомоторного развития генетические заболевания занимают значимую долю. В настоящее время улучшение диагностических возможностей, совершенствование современных технологий способствуют увеличению процента выявляемости генетически детерминированной патологии в детском возрасте. Одно из ведущих мест в структуре генетических заболеваний принадлежит хромосомным болезням. Интерстициальные делеции, в частности, делеции короткого плеча 4-й хромосомы, являются редкой формой хромосомных перестроек. Для данной патологии характерны умственная отсталость, астеническое телосложение, мышечная гипотония, лицевые аномалии, деформации грудной клетки, аномалии развития зубов, глаз и зрения. Интерстициальные делеции, затрагивающие сегмент p16.3, приводят к формированию синдрома Вольфа – Хиршхорна, для которого характерны многочисленные врожденные пороки, задержка физического и психомоторного развития.

Материалы и методы. Представлен клинический случай.

Результаты. Девочка, 2013 г.р., рождена от 4-й осложненной беременности, 2-х родов в 36-37 недель, экстренным кесаревым сечением, вес – 2650 г, Апгар 7/8 баллов. В периоде адаптации – ДН II ст., судорожный синдром, угнетение ЦНС. Ранее психомоторное развитие с грубой задержкой, в связи с чем была консультирована генетиком в возрасте 11 мес. Предварительный диагноз: Синдром малых аномалий развития, рекомендовано исследование кариотипа. Цитогенетическое исследование (кариотип) от 07.10.2014: 46, XX, del (4p-). Выставлен ДЗ: синдром Вольфа – Хиршхорна. Проходила курсы реабилитации в НПЦ ДП ДЗМ с некоторым положительным эффектом. В объективном статусе обращали на себя внимание астеническое телосложение, выраженная мышечная гипотония с крыловидными лопатками и выраженным поясничным лордозом, воронкообразная деформация грудной клетки, особенности строения лицевого черепа. В связи с наличием фенотипических особенностей, не характерных для синдрома Вольфа – Хиршхорна, было проведено повторное молекулярно-генетическое исследование m BAND 4 – обнаружена интерстициальная делеция района p15.3-p.13. Генетиком выставлен ДЗ: Редкая хромосомная патология – интерстициальная делеция короткого плеча хромосомы (p15.3-p.13), не включающая критический район синдрома Вольфа – Хиршхорна.

Выводы. Таким образом, наличие у ребенка перинатальной патологии в сочетании с выраженной психомоторной задержкой и фенотипическими особенностями должно служить поводом для консультации генетика. Трудности диагностики в клинических условиях заключаются в многообразии проявлений форм генетической патологии. Нарушение корреляции «генотип – фенотип» является основанием для продолжения диагностического поиска при ранее установленном диагнозе.

Список литературы

1. Антоненко В.Г., Маркова Т.В., Маркова Ж.Г., Мусатова Е.В., Козлова Ю.О., Шилова Н.В. Случай интерстициальной делеции короткого плеча хромосомы 4 у мальчика 13 лет с дефицитом веса и трудностями в обучении / Медицинская генетика. – 2016. – № 6. – Стр. 44–45.
2. Сафонова М.П., Сипягина А.Е., Балева Л.С., Канивец И.В. Случай редкой генетической мутации при синдроме Вольфа – Хиршхорна у ребенка из семьи облученных в результате аварии на Чернобыльской АЭС родителей / Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2019. – № 5. – Стр. 104–105.
3. U. Friebe-Hoffmann, F. Reister, H. Gaspar, H. Hummler, W. Lindner, K. Lato/ Das Wolf-Hirschhorn Syndrom/Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie-2016-№ 5.

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ДИЗАРТРИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Марченкова Л.Ю., Климова С.А., Фетисова Т.Е., Сафронова Н.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Дизартрия (рече-двигательное расстройство) – это нарушение звукопроизводительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией артикуляционной, речевой и дыхательной мускулатуры. Причиной дизартрии в детском возрасте, как правило, является поражение центральной нервной системы в перинатальном периоде жизни (94–97%). Как самостоятельная болезнь у здоровых детей дизартрия возникает в 3–6% случаев. Наиболее распространенной является стертая форма дизартрии. Одной из логопедических технологий, направленных на нормализацию функционального состояния мышц, обеспечивающих речевой процесс, является логопедический массаж. Это активный метод механического дозированного воздействия, который изменяет состояние мышц, нервов, кровеносных сосудов и тканей периферического речевого аппарата.

Материалы и методы. В отделении дневного стационара № 3 по методикам Е.А. Дьяковой, Е.Ф. Архиповой, Л.И. Беляковой, О.Г. Приходько проводятся ручной (классический), точечный и смешанные виды массажа. Кроме того, проводится обучение пациентов самомассажу как дополнительному средству воздействия.

Результаты. За период с января по октябрь 2021 года курсы логопедического массажа прошли 56 человек (12% от общего количества пациентов с логопедической патологией). Из них у 38 детей (67%) отмечена значительная положительная динамика в виде улучшения звукопроизношения, увеличения объема артикуляционных движений языка и губ. Незначительная динамика в виде улучшения артикуляции гласных звуков, улучшения объема движений языка отмечена у 10 детей (18%), без какой-либо динамики – 8 человек (14%). Минимальная динамика и отсутствие эффекта отмечены в группах пациентов с тяжелой формой детского церебрального паралича и выраженными нарушениями

психологического развития.

Выводы. Логопедический массаж является эффективным методом, применяемым для коррекции дизартрии различного генеза, оказывающим влияние не только на активизацию групп мышц дыхательного, голосообразовательного, артикуляционного отделов, уменьшение гиперсаливации, укрепление глоточного рефлекса, но имеющим общее положительное воздействие на организм в целом.

Список литературы

1. Дьякова Е.А. Логопедические технологии. Логопедический массаж: учеб. пособие для студ. – Изд. центр «Академия». – Вып. 6.
2. Логопедический массаж при дизартрии Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008.
3. Приходько О.Г. Особенности логопедической работы при дизартрии с детьми, страдающими ДЦП и другими видами неврологической патологии // Развитие и коррекция. – 1999. – Вып. 5.
4. Сербина А.Ф., Волоскова Н.Н. Комплекс приемов массажа речевой и мимической мускулатуры при дизартрии. Дизартрия, клинический, нейролингвистический, психолого-педагогический аспекты проблемы. – Ставрополь, 1996.

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Маслова Н.А.^{1,2}, Звонкова Н.Г.^{1,2}, Боровик Т.Э.^{1,2}, Кузенкова Л.М.^{1,2}

¹ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, г. Москва

² ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ, г. Москва

Актуальность. Дети со спастическими формами детского церебрального паралича (ДЦП) имеют риск развития недостаточности питания, который увеличивается со степенью тяжести двигательных расстройств.

Цель. Оценить и сравнить антропометрические показатели у детей с ДЦП в зависимости от уровня нарушения больших моторных функций (GMFCS).

Материалы и методы. В проспективное когортное исследование было включено 102 ребенка (56,8% мальчиков) в возрасте от 2 лет до 16 лет 9 месяцев, находившихся на лечении в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ в период с 2017 по 2021 год с целью реабилитации (из них 5 (4,9%) детей были классифицированы как GMFCS уровень I, 17 (16,7%) – GMFCS уровень II, 27 (26,5%) – GMFCS уровень III, 31 (30,3%) – GMFCS уровень IV и 22 (21,6%) – GMFCS уровень V). Пациенты были разделены на две группы: группа 1 – с уровнем GMFCS I–III, группа 2 – с уровнем GMFCS IV–V. У всех детей измеряли массу и рост / длину тела, в том числе с использованием сегментарных параметров (высота колена). Антропометрические показатели оценивали с расчетом индексов (Z-скоры) массы к возрасту (WAZ), роста к возрасту (HAZ), ИМТ к возрасту (BAZ). Нутритивный статус был оценен по следующим показателям: адекватный нутритивный статус (WAZ, BAZ -1,99–+1,99), умеренная недостаточность питания (WAZ, HAZ, BAZ -2– -2,99), тяжелая недостаточность питания (WAZ, HAZ, BAZ <-3), избыточная масса тела (BAZ +2+3), ожирение (BAZ >+3). Для определения способности принятия пищи и жидкости проводили опрос по шкале EDACS.

Результаты. В группу 1 включено 49 (48%) пациентов, в группу 2 – 53 (52%). Медиана возраста в группе 1 составила 6,2 года, в группе 2 – 7,1 лет. 65% детей

родились недоношенными (8% глубоко недоношенными). В группе 2 частота встречаемости орomotorной дисфункции и дисфагии была достоверно выше, чем в группе 1 (41,5% vs 4,1%, $p < 0,001$), трое (4%) детей группы 2 кормились через гастростому (GMFCS V). Частота недостаточности питания в группе 1 составила 26,5%, в группе 2 – 69,8% ($p < 0,001$), задержки роста – 4% и 21%, соответственно ($p < 0,001$). Двое детей (1,8%) имели избыточную массу тела и ожирение. Все антропометрические показатели имели тенденцию к снижению с увеличением уровня GMFCS. Дети 1 и 2 группы значительно различались по массе тела и росту; средний WAZ1 -0,81, WAZ2 -2,42 ($p < 0,01$), HAZ1 -0,31, HAZ2 -1,64 ($p = 0,001$), BAZ1 -0,88, BAZ2 -2,22 ($p < 0,01$).

Выводы. Степень неврологического дефицита – фактор риска низких массоростовых показателей у детей со спастическими формами ДЦП. У детей с GMFCS IV–V задержка роста встречается в 3 раза чаще по сравнению с детьми с GMFCS I–III. Эти дети требуют регулярного мониторинга массоростовых показателей и своевременной коррекции питания.

ОЦЕНКА РОСТА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Маслова Н.А.^{1, 2}, Звонкова Н.Г.^{1, 2}, Боровик Т.Э.^{1, 2}, Кузенкова Л.М.^{1, 2}

¹ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, г. Москва

² ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ, г. Москва

Актуальность. Мониторинг роста – необходимый компонент оценки нутритивного статуса у детей. Точное его измерение у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) представляет определенные сложности – такие пациенты имеют гипертонус мышц, множественные костные деформации скелета, контрактуры суставов, когнитивные и поведенческие нарушения [1]. Измерение роста необходимо не только для оценки динамики роста и развития детей, определения площади поверхности тела для фармакологического дозирования, а также для расчета индекса массы тела (ИМТ) – одного из наиболее широко используемых показателей для мониторинга состояния питания и избыточной массы тела и ожирения [2]. Поскольку ИМТ рассчитывается путем возведения в квадрат роста ($\text{кг}/\text{м}^2$), любая ошибка в измерении приведет к экспоненциальному искажению ИМТ. Для оценки роста детей с неврологическими нарушениями используются альтернативные параметры (высота колена, длина голени, высота плеча), которые позволяют рассчитать рост по специальным формулам, валидированным у детей с ДЦП. Измерение этих параметров требует использования специального инструмента – антропометра. Существует метод измерения длины тела четырьмя непрерывными сегментами с помощью обычной измерительной ленты [3].

Цель. Оценить и сравнить значения показателей роста у детей со спастическими формами ДЦП, измеренного двумя способами – сегментарным и рассчитанного по формуле с использованием высоты колена.

Материалы и методы. В проспективное когортное исследование было включено 102 ребенка (56,8% мальчиков) в возрасте от 2 лет до 16 лет 9 месяцев, находившихся на лечении в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ в период с 2017 по 2021 год с целью реабилитации (из них 5 (4,9%) детей были классифицированы как GMFCS уровень I, 17 (16,7%) – GMFCS уровень II, 27 (26,5%) – GMFCS уровень III, 31 (30,3%) – GMFCS уровень IV и 22 (21,6%) – GMFCS уровень V). Измерение роста проводилось двумя способами: в положении лежа с использованием

измерительной ленты, длина тела измерялась четырьмя непрерывными сегментами: 1) от макушки до акромиального отростка плеча; 2) от акромиального отростка плеча до большого вертела бедра; 3) от большого вертела бедра до боковой суставной линии колена; 4) от линии коленного сустава до пятки; и с использованием измерения высоты колена, расчет роста проводили по формуле Stevenson у детей до 12 лет: $P = (2,69 \times BK) + 24,2$ и по модифицированной формуле Samson Fang & Bell у детей старше 12 лет (мальчики: $P = (2,22 \times BK) + 40,5$, девочки: $P = (2,15 \times BK) + 43,21$). Для установления статистически значимых различий использовался критерий Уилкоксона.

Результаты. Медиана роста, измеренного сегментарным методом, составила 109,0 см (102,0–121,0). Медиана роста, рассчитанного с помощью измерения высоты колена, составила 110,28 см (96,83–121,04). При сравнении полученных измерений мы не получили статически значимой разницы ($p=0,357$).

Выводы. Точное измерение роста у детей со спастическими формами ДЦП представляет определенные сложности. Рекомендованы и широко используются альтернативные методы для расчета длины тела. В нашем исследовании мы доказали, что при невозможности измерить высоту колена, сегментарный метод измерения роста также достоверен и может использоваться в повседневной клинической практике.

Список литературы

1. Elena Scarpato, Annamaria Staiano, Massimo Molteni, Gaetano Terrone, Alessandra Mazzocchi & Carlo Agostoni «Nutritional assessment and intervention in children with cerebral palsy: a practical approach», 2017.
2. Heidi Haapala, Mark D. Peterson, Alecia Daunter, Edward A. Hurvitz «Agreement between Actual Height and Estimated Height Using Segmental Limb Lengths for Individuals with Cerebral Palsy», 2016.
3. Heidi Haapala, Mark D. Peterson, Alecia Daunter, Edward A. Hurvitz «Agreement between Actual Height and Estimated Height Using Segmental Limb Lengths for Individuals with Cerebral Palsy», 2016.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ МКФ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Мельникова С.В., Селиванова Е.А., Пшемьская И.А., Батышева Т.Т.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) является стандартом ВОЗ в области измерения состояния здоровья и инвалидности как на уровне индивида, так и на уровне населения. Цель МКФ – обеспечить научную основу для понимания и изучения показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, результатов вмешательств и определяющих их факторов. Сформировать общий язык для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, с целью улучшения взаимопонимания между различными пользователями: работниками здравоохранения, исследователями, администраторами и обществом, включая людей с ограничениями жизнедеятельности. Сделать сравнимой информацию в разных странах, сферах здравоохранения, службах и во времени; обеспечить систематизированную схему кодирования для информационных систем здоровья. В 2020 году на базе НПЦ детской психоневрологии внедрено применение МКФ на всех уровнях оказания медицинской помощи. МКФ активно используется как

клинический инструмент, чтобы провести всесторонний анализ имеющихся ограничений жизнедеятельности, изменить уровень и вектор построения программ реабилитации, уточнить последовательность реабилитационных мероприятий, провести анализ факторов, оценить эффективность проведенной реабилитации.

Цель. Установить преимущества работы по построению плана реабилитационных мероприятий для детей до года с использованием МКФ по сравнению с привычными схемами.

Материалы и методы. В рамках работы с классификацией по системе МКФ за 2021 год было описано более 300 случаев детей до года. Использовали принцип мультидисциплинарной команды (МДРК), объединяющей специалистов, прошедших подготовку по МКФ, и включающей врача-невролога, врача ЛФК, физиотерапевта, логопеда. МДРК оценивала реабилитационный статус пациента на основании анализа жалоб, анамнеза, клинических данных, физикального обследования с последующим установлением реабилитационного диагноза, включающего характеристику и состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента). Используя в своей работе МКФ, мы выделили базовый набор доменов для работы с детьми до года. В рамках нашей работы чаще всего используются домены: b – функции организма и d – активность и участие. Таким образом, каждому пациенту присуждается несколько кодов, и именно на их основе составляется схема лечения и реабилитации. Наиболее часто используемые коды у детей до года:

- *d Активность и участие*
- Раздел мобильность d4
- d4550 – ползание
- d4107 – повороты на бок, с живота на спину и обратно;
- d4100 – изменение положения из положения лежа;
- d4153 – нахождение в положение сидя;
- *b Функции организма*
- Раздел b7
- b7351 – тонус мышц одной конечности;
- b7354 – тонус мышц всех конечностей;
- b7151 – стабильность нескольких суставов и т.д.

Результаты. Благодаря внедрению классификации, мы можем использовать более прицельные, по сравнению со стандартной схемой работы, методы лечения и реабилитации, направленные на устранение конкретной проблемы или дисфункции; можем работать с конкретными жалобами родителей и подбирать схему лечения более персонализированно для разных пациентов с одинаковыми диагнозами. Родители пациентов отделения стали отмечать более детальный подход к работе с детьми.

Выводы. Внедрение МКФ в практической работе отделения новорожденных позволило детализировать текущий статус ребенка и точнее подобрать реабилитационные технологии, используемые в реабилитации детей до года. Оценка после реабилитации с использованием МКФ стала мощным инструментом для количественной оценки реабилитационных мероприятий работы МДРК.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП В ДИСТАНЦИОННОМ ФОРМАТЕ

Морозова Е.В., Жукова Е.В., Барышова А.Н., Петрова К.А., Захарова Л.Н.

ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, г. Москва

Актуальность. Обеспечение доступности реабилитационных мероприятий для детей-инвалидов является первостепенной задачей совершенствования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Болезни нервной системы в структуре первичной инвалидности детского населения, по данным ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, находятся на 2-м ранговом месте. У детей с ДЦП в 90% случаев имеются нарушения языковых и речевых функций; из них у 45% детей выявляются умеренные нарушения языковых и речевых функций. Речевые нарушения у детей с ДЦП требуют систематической работы по коррекции (не реже 1-2 раз в неделю с логопедом и ежедневной работы в домашних условиях). Примерно для 50% детей недоступны услуги логопеда (отдаленное проживание, отсутствие специалистов и т.д.). В этой связи актуальным является применение дистанционных технологий в логопедической работе.

Цель. Оценить эффективность применения дистанционных технологий в логопедической работе.

Материалы и методы. Для оценки эффективности применения дистанционных технологий в коррекции речевых нарушений у детей с ДЦП был проведен сравнительный анализ двух групп детей с ДЦП (по 60 человек в каждой), имеющих умеренные нарушения речевых и языковых функций. Детям, включенным в первую группу, проводились занятия с логопедом в течение двух месяцев в очном формате; детям, включенным во вторую группу, – в дистанционном режиме. Использовались методы: логопедическая диагностика, коррекционно-развивающие занятия. Логопедическая коррекция осуществлялась посредством современных информационных технологий и видеоформатов на платформах Meleton, Skype, Zoom, Face Time и др.

Результаты. Специфика организации логопедической диагностики и коррекции в дистанционном режиме заключается в том, что для данного вида работы невозможно полноценно использовать имеющийся арсенал методов (например, обследования мягкого неба, типа речевого дыхания, использования логопедического массажа, постановки звуков, требующих внешних воздействий и т.д.). Вместе с тем, эффективный подбор и использование разнообразных методов позволяет сделать эту работу эффективной (например, вместо приема стимуляции задней части языка и нёба легкими похлопывающими движениями с помощью языкового депрессора, данная работа проводится с применением приемов: глотание капель воды, покашливания, зевоты, произнесение гласного звука «а» во время короткого энергичного выдоха и др.). Также логопедическая работа в режиме онлайн позволяет широко использовать возможности компьютерных технологий (различные презентации, видеоролики, компьютерные игры и др.), а также активнее привлекать к данной работе родителей. Результаты контрольной диагностики показали эффективность логопедической коррекции у детей с ДЦП: у 40% детей первой группы и 38% детей второй группы (значения t-критерия Стьюдента меньше $p=0.05$ – различия сравниваемых величин статистически не значимы) [1]. Это свидетельствует об эффективности логопедической коррекции в дистанционном формате.

Выводы. Использование дистанционных технологий в логопедической коррекции речевых нарушений у детей с ДЦП не влияет на качество коррекционной

работы, способствует обеспечению доступности реабилитационных услуг для детей с ДЦП, не имеющих возможности получения логопедической коррекции по месту жительства, активизирует реабилитационную приверженность родителей.

Список литературы

Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 528 с.

РАЗРАБОТКА ДЕТСКИХ БИОНИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ОСНОВЕ МОДУЛЬНОГО ПРИНЦИПА

Муравьев С.А.¹, Муравьев А.Г.^{1,2}, Новиков В.И.³

¹ ООО «Бионические технологии», г. Москва

² ФГБОУ ВО «НовГУ имени Ярослава Мудрого», г. Великий Новгород, Новгородская область

³ ООО ПРОП МП «ОРТЕЗ», г. Москва

Актуальность. Для значительного восстановления способностей детей-инвалидов с врожденными дефектами или с ампутациями верхних конечностей ко всем видам деятельности всё большее развитие получают многофункциональные бионические протезы с микропроцессорным управлением. Однако, их использование пока ограничено высокой стоимостью такого протеза и необходимостью его функциональной адаптации к возрасту ребёнка.

Цель работы состояла в разработке линейки многофункциональных бионических протезов с микропроцессорным управлением, которые по своим возможностям не уступают зарубежным аналогам, но имеют меньшую стоимость.

Результаты. Одним из способов удешевления производства продукции является унификация её составных частей. Поэтому в основу разработки линейки бионических протезов верхних конечностей с микропроцессорным управлением был заложен принцип модульности. Были разработаны три типоразмера опытно-промышленных образцов искусственных кистей, применяемых для изготовления протезов предплечья и плеча с микропроцессорным управлением для детей и подростков [1]. Высокая степень сквозной унификации деталей протезов в данной линейке снижает затраты на подготовку производства и конечную стоимость протезов, и кроме этого, уменьшает сроки их изготовления и ремонта. Использование аддитивных технологий и современных материалов [2] позволило добиться уменьшения веса протезов при сохранении их высоких прочностных характеристик. Так, вес протеза предплечья для ребёнка 9 лет составил всего 350 г.

По мере роста ребёнка, приобретения и закрепления им навыков управления, меняются и функциональные возможности предлагаемых ему бионических протезов. Так, искусственная кисть типоразмера S, предназначенная для протезов предплечья детей с 5 лет, имеет одну приводную систему и, соответственно, один шаблон схвата. Модифицированная искусственная кисть этого же типоразмера имеет уже две приводные системы и, соответственно, три шаблона схватов. Искусственная кисть типоразмера M для детей с 9 лет имеет три приводные системы и 6 шаблонов схватов. Искусственная кисть типоразмера L для детей с 16 лет имеет 5 приводных систем (т.е. на каждом искусственном пальце) и, соответственно, до 14 шаблонов схватов и конфигураций положений пальцев. При этом при росте типоразмера соответственно увеличиваются и программные возможности управления протезом. Опытная эксплуатация детского протеза предплечья показала, что высокая унификация деталей и программно-аппаратного управления не отражается на

функциональных возможностях и надёжности работы этих протезов, которые не уступают аналогам, а по некоторым параметрам и превосходят их.

Список литературы

1. Модульный бионический протез руки: пат. 192333 Рос. Федерация № 2019111760 / Муравьев С.А.; заявл. 17.04.19; опубл. 12.09.19, Бюл. № 26. 9 с.

2. Муравьев С.А., Муравьев А.Г., Новиков В.И. Модульные биоэлектрические протезы рук. XIV Международная научная конференция «Физика и радиоэлектроника в медицине и экологии – ФРЭМЭ'2020». Владимир – Суздаль. 2020. Книга 1, с. 211–215.

АЛГОРИТМ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Муханова А.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. В последние годы отмечается увеличение частоты встречаемости генетических заболеваний, что может быть связано с активным внедрением медико-генетического обследования и, как следствие, более частым выявлением данных заболеваний. Генетически детерминированные заболевания представляют сложную диагностическую проблему, поэтому лечащему врачу следует иметь повышенную настороженность в исключении или подтверждении данной природы заболевания. Заболевания данной группы являются актуальной проблемой: по данным ВОЗ, частота их встречаемости составляет 7–17 из 1000, при этом положительная динамика на фоне проводимого лечения отмечается у 11%, инвалидизация у 31% и ранняя смертность у 58% пациентов.

Материалы и методы. Через ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», ПНО № 3 прошло в 2013 году 18 детей (4,2%), 2014 – 6 (0,9%), 2018 – 14 (2,02%) и 2019 – 21 ребенок (3,38%).

Результаты. Генетические заболевания имеют обширный спектр клинических проявлений, часто полиорганный характер поражений, также всегда обращает на себя внимание характерный фенотип ребенка. На первый план выходит диагностический поиск: визуальная оценка пациента (типичный фенотип), клинический осмотр (соматический, неврологический и психический статус), лабораторные и инструментальные методы исследования, консультации специалистов (офтальмолог, эндокринолог, психиатр, epileptолог – при наличии показаний) для определения дальнейшей тактики реабилитации, принятии решения о консультации генетика, разработки плана дообследования (медико-генетическое обследование), а также определения прогноза жизни пациента.

При реабилитации детей с генетическими заболеваниями необходимо придерживаться мультидисциплинарного подхода, в частности, первичного осмотра ребёнка бригадой, состоящей из невролога, педиатра, ортопеда, врача ЛФК, физиотерапевта, логопеда-дефектолога, психолога. У детей, поступающих в ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», на первый план всегда выходят патологии нервной системы, задержки моторного, познавательного и речевого развития, при этом всегда имеется вероятность наличия соматической патологии. Индивидуальный подход к каждому пациенту является «золотым стандартом», позволяющим определить необходимость коррекции соматических проявлений заболевания (коррекция дыхательных нарушений, нутритивного статуса, анемии, СД и др.) и, исходя из тяжести состояния ребенка, принимается решение об интенсивности и объеме реабилитационной нагрузки.

Данная группа детей имеет ряд ограничений по реабилитации, поэтому так важен мультидисциплинарный подход и при необходимости установка возможных ограничений. Наиболее часто выявляемой дополнительной патологией, служащей обширным ограничением реабилитационных мероприятий, является эпилептиформная активность, выявленная на ЭЭГ; наличие эпилептических приступов не является абсолютным противопоказанием к реабилитации, но при этом требуется тщательный подбор методик реабилитации на фоне адекватной АЭП и отсутствия или коррекции ее побочных эффектов и динамический контроль ЭЭГ. Также дети с генетической патологией часто сталкиваются с таким осложнением, как белково-энергетическая недостаточность, что также является показанием к ограничению реабилитационной нагрузки. Для того, чтобы не ухудшить состояние ребенка, проводится консультация диетолога и последующая коррекция нутритивного статуса.

Выводы. На протяжении всего периода реабилитации необходимо динамическое наблюдение за пациентами для проведения необходимой коррекции в зависимости от состояния пациента и предотвращения возможной декомпенсации имеющейся патологии, лучше добиться получения небольшого, но не имеющего осложнений результата.

МАРШРУТИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОСПИТАННИКОВ ЦЕНТРА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОРТОПЕДО-ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

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

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

Актуальность. 95% воспитанников ГБУ «КРОЦ» с детским церебральным параличом имеют те или иные ортопедические нарушения, которые требуют в том числе хирургической коррекции.

Цель. Максимально эффективно провести восстановительное лечение воспитанников после различной сложности реконструктивных операций на верхних и нижних конечностях в раннем и позднем периоде после хирургического лечения. Разработать индивидуальный маршрутный лист послеоперационной реабилитации для каждого воспитанника (для этого в арсенале отдела по организации реабилитационного процесса имеются современные тренажеры и аппараты для максимально быстрого восстановления наших воспитанников после различных по сложности операций).

Материалы и методы. Воспитанники нашего центра получают хирургическое лечение в различных клиниках не только Москвы, но и других городов России и за рубежом. В настоящее время в связи с оптимизацией лечебного процесса сокращены сроки стационарного лечения и проводится ранняя выписка пациентов. Воспитанники возвращаются в центр, как правило, на этапе иммобилизации или сразу после снятия гипсовых повязок. Каждая клиника имеет свой подход к хирургическому лечению, и при одной ортопедической патологии разные клиники проводят различные виды операций, которые, в свою очередь, имеют особенности при ведении пациента в послеоперационном периоде. Это различные сроки иммобилизации оперированной конечности, сроки начала разработки и вертикализации, различная интенсивность нагрузки при проведении занятий.

Все это учитывается нами при разработке индивидуального маршрута реабилитации при возвращении воспитанника в центр после хирургического лечения. Назначается массаж, лечебная гимнастика, занятия на тренажерах, физиотерапевтическое лечение, аквагимнастика с использованием акватренажеров. На этапе иммобилизации гипсовой повязкой с воспитанником проводится дыхательная гимнастика, рефлексорная гимнастика, аналитическая гимнастика, массаж грудной клетки. После снятия гипсовых повязок основными задачами являются улучшение трофики, уменьшение отечного и болевого синдрома, восстановление объема движений в суставах оперированной конечности. Для их решения используют комплексное воздействие на послеоперационную область. Назначается классический массаж оперированной конечности. Индивидуальная лечебная гимнастика с использованием тренажерных устройств.

Для устранения постиммобилизационных контрактур нижних конечностей применяют занятия на тренажерах для коленных, тазобедренных и голеностопных суставов, для пассивной разработки движений в суставах нижних конечностей. Начинают занятия на минимальной амплитуде, которая возможна у конкретного пациента, с постепенным увеличением угла сгибания в коленном суставе и разгибания в голеностопном суставе. Продолжительность занятия увеличивается постепенно, что позволяет избежать стрессового воздействия и развития негативной реакции. В зависимости от двигательного статуса воспитанника проводится поэтапная вертикализация с использованием ортостатического стола, баланстрейнера, тренажеров для ходьбы, подвесной системы, брусьев. Для уменьшения болевого и отечного синдромов используют лазеро- и магнитотерапию на послеоперационную область, что способствует уменьшению болевых ощущений, улучшает трофику тканей. Также для уменьшения отечного синдрома проводится прессотерапия на конечности, что в свою очередь улучшает лимфоотток, микроциркуляцию и обменные процессы.

Результаты. Проведение послеоперационной реабилитации по индивидуальному маршрутному плану, разработанному для каждого воспитанника, позволяет достигнуть быстрых результатов. Все перечисленные методы лечения прекрасно переносятся воспитанниками, не вызывают негативной реакции.

Выводы. Воспитанники, независимо от степени сложности перенесенной хирургической коррекции, при правильном подборе реабилитационных методик и разработки индивидуальной маршрутной карты получают прекрасные результаты в послеоперационном периоде, не прерывая образовательного процесса.

Список литературы

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. – 1988.
2. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. – 2007.
3. Журавлев А.М., Перхурова И.С., Семенова К.А., Витензон А.С. Хирургическая коррекция позы и ходьбы при детском церебральном параличе. – 1986.
4. Кожевникова В.Т. Современные технологии физической реабилитации больных с последствиями перинатального поражения нервной системы и детским церебральным параличом. – 2013.
5. Валериус К.П., Франк А., Колстер Б.К., Гамильтон К., Лафонт Э.А., Кройтцер Р. Мышцы. Анатомия. Движения. Тестирование. – 2015.
6. Гурленя А.М., Багель Г.Е., Смычек В.Б. Физиотерапия в неврологии. – 2010.
7. Картелишев А.В., Евстигнеев А.Р., Наседкин А.Н., Румянцев А.Г., Смирнова Н.С. Лазерная терапия и профилактика в педиатрической практике. – 2016.

8. Хан М.А., Разумов А.Н., Корчажкина И.Б., Погончикова И.В. Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии. – 2018.

9. Яковлева С.К., Андреева В.Э., Преображенская Е.В., Петрова Р.В., Милова О.И., Шафейкина Е.В., Макарова Е.В. Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – Том 3. – № 1. – 2021.

ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКИХ АППАРАТАХ – НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ СПАСТИЧЕСКИХ ПАРАЛИЧАХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Новиков В.И.¹, Конева Е.С.², Климов Ю.А.³, Канаева М.А.⁴, Новиков И.В.¹

¹ ООО «Протезно-ортопедическое малое предприятие «ОРТЕЗ», г. Москва

² ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

³ ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

⁴ АО «Группа Компаний «Медси», г. Москва

Актуальность. При детском церебральном параличе (ДЦП) функции верхних и нижних конечностей, в первую очередь двигательные, обеспечивающие перемещение сегментов относительно друг друга, весьма изменены. При этом появляются патологические установки, контрактуры, нарушается тонус мышц, возникает тугоподвижность, изменяется схема построения конечностей, свойственная норме. Наряду с медицинскими показателями нарушается ряд биомеханических характеристик – амплитуда движений в суставах, направленность перемещений сегментов в пространстве и ряд других. Поэтому использование инновационных методик реабилитации детей с ДЦП является актуальной задачей. Широко используемая реабилитация в водной среде, гидрореабилитация, наряду со многими положительными чертами, имеет и отрицательные. Так, движения дистальных, наиболее часто поражаемых при ДЦП сегментов конечностей, осуществляются в нерегулируемых зонах, не свойственных норме. Направления движений изменены. На практике специалисту-гидрореабилитологу затруднительно осуществлять коррекцию положения стоп и кистей в процессе занятий.

Материалы и методы. Расширить возможности гидрореабилитации представилось целесообразным за счет различных ортезов, в первую очередь, оригинальных ортопедических аппаратов, в которых имеются упругие полимерные пространственно-ориентированные шарниры, антискользящее покрытие, отсутствуют металлические детали. Методика использования заключается в том, что устанавливали кисти и стопы в требуемое, по медицинским показаниям, положение, изготавливали ортопедические аппараты на лучезапястный и (или) голеностопный суставы с требуемыми по жесткости шарнирами. Осуществляли массаж и лечебную физкультуру. Перед помещением детей в воду надевали ортопедические аппараты и осуществляли гидрореабилитацию, используя как традиционные, так и новые разработанные упражнения.

Результаты. По сравнению с контрольной группой, отмечено увеличение диапазонов и координации движений в суставах, уменьшение тугоподвижности и уровня спастичности, улучшение откорректированности движений в суставах дистальных отделов и функции равновесия в воде. Повысилась мотивация детей во время занятий и комфортность их проведения для специалистов.

Выводы. Использование инновационного способа гидрореабилитации с применением оригинальных ортопедических аппаратов является эффективным и его

целесообразно использовать в условиях специализированных больниц, реабилитационных центров и поликлиник, имеющих бассейны.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЗИРОВАННЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ АППАРАТОВ

Новиков В.И.¹, Конева Е.С.², Муравьев С.А.³, Паршин Г.Н.¹, Морозова П.С.¹

¹ ООО «Протезно-ортопедическое малое предприятие «ОРТЕЗ», г. Москва

² ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

³ ООО «Бионические технологии», г. Москва

Актуальность. Одним из важнейших компонентов комплексной реабилитации детей подросткового возраста с поражениями опорно-двигательной системы являются ортезы. Совершенствование ортезов, методик их применения – актуальная задача. При ряде заболеваний, деформаций опорно-двигательной системы ребенка подросткового возраста образуется дефицит мышечных сил, способных осуществлять локомоции, в частности, ходьбу. Наряду с медицинскими показателями нарушается ряд биомеханических характеристик. В особо тяжелых случаях в последние годы стали применяться дорогостоящие, сложные в эксплуатации медицинские экзоскелеты (МЭ). Но устранять функциональные нарушения в относительно легких или средней степени тяжести случаях, особенно если поражена одна из нижних конечностей, причем в сочетании с поражением позвоночника, с помощью МЭ не представляется целесообразным как с медицинской, биомеханической точек зрения, так и с экономической.

При использовании МЭ остаточные возможности опорно-двигательной системы больного не используются. В МЭ отсутствует ортопедическая коррекция, упругие элементы, рациональность масс-инерционных характеристик и схемы построения. Конструкция МЭ осредненная, недостаточно индивидуализированная. Восполнить в некоторой степени нарушенные функции опорно-двигательной системы у больного возможно с помощью ортопедических аппаратов, но их конструкции часто не совершенны и в них отсутствует возможность восполнять активные двигательные функции.

Проведено комплексное рассмотрение взаимосвязей характеристик живой ноги, имеющей определенную патологию, и механической конструкции, создающих единую биомеханическую систему. На основе разработанного системного критериального подхода разработан и изготовлен биомеханический роботизированный ортопедический аппарат с использованием композиционных материалов (БРО). Движения в тазобедренном сочленении БРО дополняются за счет нейроузла, встроенного в области тазобедренного сустава, имеющего датчики, систему управления, привод и внешний источник энергии. Изготовлены образцы БРО и проведена апробация, которая показала высокую эффективность применения разработанного БРО. Осуществлялись режимы «встать, стоять, идти, сесть». Пациенты ходили как по ровной поверхности, так и по наклонной вверх и вниз, по лестнице. В процессе апробации проводилась оценка биомеханических характеристик ходьбы, таких как величина шага, темп ходьбы, ритмичность, показавшие их нормализацию. Во время ходьбы отмечена надежная подкосоустойчивость, плавность движений. Пациенты отметили легкость БРО, масса которого составляет около трех килограммов, хорошую управляемость, удобство пользования. При этом с помощью БРО осуществлялась ортопедическая коррекция положения сегментов нижней конечности.

Вывод. Полученные результаты показывают эффективность разработанного биомеханического роботизированного ортопедического аппарата и целесообразность его применения в процессе реабилитации больных с поражениями опорно-двигательной системы.

ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А У ДЕТЕЙ С НИСТАГМОМ

Останина И.А.¹, Сидоренко Е.Е.^{1,2}, Мигель Д.В.¹, Сидоренко Е.И.², Суханова И.В.¹, Ча В.С.², Росельо Кесада Н.М.²

¹ ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы»

² ФГБОУ «Российский национальный исследовательский медицинский университет Н.И. Пирогова» МЗ России, г. Москва

Актуальность. Нистагм – синдром, проявляющийся самопроизвольными колебательными движениями глазных яблок. На протяжении многих лет врачи различных специальностей в поисках эффективного лечения постоянного нистагма. В ГБУЗ «НПЦ специализированной помощи детям В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения г. Москвы» проводится малотравматичный и эффективный метод лечения нистагма у детей при помощи хемоденервации ботулиническим токсином типа А.

Цель. Повысить эффективность лечения пациентов с постоянным нистагмом при помощи инъекций ботулинического токсина типа А (БТА).

Материалы и методы. Лечение проводилось у 25 пациентов с постоянным нистагмом с различной амплитудой движений. Период наблюдения составил 6 месяцев.

Результаты. В первый месяц наблюдения у 2 пациентов (8,0%) отмечалось уменьшение периодичности колебательных движений, у 21 пациента (84,0%) было отмечено снижение амплитуды нистагма. В дальнейшем отмечалась положительная динамика. В конце наблюдения у 2 пациентов (8,0%) нистагм нивелировался, у 19 (76,0%) детей сохранялся частичный положительный эффект в виде снижения амплитуды и периодичности колебательных движений глаз. У 4 пациентов (16,0%) применение БТА оценивалось как малоэффективное, так как через 3 месяца наблюдения был выявлен регресс глазодвигательных нарушений. У данной группы пациентов отсутствие эффекта от проводимого лечения, возможно, было связано с органическим поражением зрительного анализатора и головного мозга.

Выводы. Метод хемоденервации глазодвигательных мышц при помощи БТА показал высокую эффективность (84,0%) при лечении постоянного нистагма у детей. У 4 пациентов к концу наблюдения был выявлен регресс колебательных движений глаз. Данная методика позволяет уменьшить периодичность и амплитуду нистагма при помощи малотравматичной методики оперативного лечения с коротким периодом нахождения под общей анестезией и периодом послеоперационной реабилитации, что создает физиологические условия для формирования зрительных функций у детей в сенситивный период.

Список литературы

1. Зрительные функции и их коррекция у детей: Руководство для врачей / Под ред. С.Э. Аветисова, Т.П. Кащенко, А.М. Шамшиновой. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 872 с: ил. ISBN 5-225-04115-9.

2. Плисов И.Л., Черных В.В., Атаманов В.В., Анциферова Н.Г., Пущина В.Б., Истомина Т.К. Место ботокса в комплексном лечении патологии глазодвигательной системы (оптимальный «портрет» страбизмологического пациента для проведения хемоденервации). Офтальмология. 2018;15(2S):261–267. <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2018-2S-261-267>.
3. Росельо Кесада Н.М., Мигель Д.В., Останина И.А., Ча В.С., Сидоренко Е.И., Сидоренко Е.Е. Эффективность лечения содружественного косоглазия у детей с гиперметропией методом хемоденервации ботулиническим токсином типа А / Российская детская офтальмология. – 2021. – № 1. <https://doi.org/10.25276/2307-6658-2021-1-17-22>.
4. Тарутта Е.П., Губкина Г.Л., Апаев А.В. Использование периодических световых и лазерных стимулов при лечении оптического нистагма: Методическое пособие. – 2013.
5. Усанова Т.Б. Лечение нистагма периодическим световым воздействием / Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Том 6. – № 2. – С. 351–352.
6. Хойт, К.С. и Тейлор, Д. Детская офтальмология: в 2 томах / Крейг С. Хойт, Дэвид Тейлор; пер с англ. под общ. ред. Е.И. Сидоренко; научн. ред. Т.П. Кащенко, С.А. Обрубов, А.В. Терещенко – М.: Издательство Панфилова, 2015. – Т. 1. – 672 с.: ил.
7. Benabent E.C., Garcia Hermosa P., Arrazola M.T., et al. Botulinum toxin injection without electromyographic assistance. J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus. 2002; 39: 231–4. 3. Matthew J. Thurtell, MBBS, FRACP1*R. John Leigh, MD2; Treatment of Nystagmus Current Treatment Options in Neurology Neurologic Ophthalmology and Otology (RK Shin, Section Editor); (2012) 14:60–72 DOI 10.1007/s11940-011-0154-5.
8. Compos E.C., Schiavi C., Bellusci C. Critical age of botulinum toxin treatment in essential infantile esotropia. J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus. 2000; 37: 328–32.
9. E. Jarrín, E. Arranz Márquez, Aplicaciones clínicas de la toxina botulínica en el estrabismo: estudio de las inyecciones realizadas durante un año en un hospital general DOI: 10.1016/j.oftale.2016.02.011.
10. Helveston E.M., Pogrebniak A.E. Treatment of acquired nystagmus with botulinum A toxin. Am. J. Ophthalmol. 1988; 106(5): 584–6.
11. Kao L.Y. Subtenon injection of botulinum toxin for treatment of traumatic sixth nerve palsy. L.Y. Kao, A.N. Chao. J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus. 2003; 40: 27–30.
12. Lennerstrand G, Nordbø OA, Tian S, Eriksson-Derouet B, Ali T. Treatment of strabismus and nystagmus with botulinum toxin type A. An evaluation of effects and complications. Acta Ophthalmol Scand. 1998 Feb;76(1):27-7. doi: 10.1034/j.1600-0420.1998.760106.x. PMID: 9541431.
13. Scott AB, Magoon EH, McNeer KW, Stager DR. Botulinum treatment of childhood strabismus. Ophthalmology. 1990 Nov;97(11):1434-8. doi: 10.1016/s0161-6420(90)32390-4. PMID: 2255516.
14. Scott A.B. Pharmacologic weakening of extraocular muscles A.B. Scott, A. Rosenbaum, C. Collins Invest. Ophthalm. 1973; 12: 924–7.
15. World Medical Association (2013), Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, JAMA T. 310 (20): 2191–2194, PMID 24141714, doi:10.1001/jama.2013.281053.
16. Xiao-Mei Wan, Rui-Xue Chu, Hua-Qing Gong. Minimally invasive botulinum toxin type A injection from the ocular surface to extraocular muscles. Int. J. Ophthalmol. 2011; 4(2): 179–81.
17. Zato, M & gomez de liano, Rosario. (1991). [Botulinum toxin in ophthalmology]. Archivos de neurobiología. 54 Suppl 3. 52-5.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЛЬФИНОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ СИСТЕМЫ «ИНТЕРФЕЙС МОЗГ – КОМПЬЮТЕР «ЭКЗОКИСТЬ-2» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Отинов М.Д.², Корсунская Л.Л.¹, Голубова Т.Ф.², Савчук Е.А.¹, Кушнир Г.М.¹, Османов Э.А.², Власенко С.В.², Ларина Н.В.¹

¹ *Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Медицинской академии (структурное подразделение) ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, республика Крым*

² *ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, республика Крым*

Актуальность. Эффективность реабилитации больного с ДЦП невозможна без установления базового, первичного дефекта, учета состояния высших психических функций. Метод нейропсихологического анализа нарушения психической деятельности объективно отражает статус ребенка, позволяет оценить уровень и возможности мозгового обеспечения ВПФ (высших психических функций), позволяет смоделировать последовательность реабилитационного воздействия. Дисфункция различных отделов мозга объективно находит свое отражение в электроэнцефалографической картине биоэлектрической активности мозга [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Дельфинотерапия и медицинская система «интерфейс мозг – компьютер «экзокисть-2» как наиболее тонкие и индивидуальные методы позволяют воздействовать через систему афферентной иннервации на восходящие потоки информации в мозг, что вызывает определенные сдвиги в состоянии нейронального аппарата коры [7, 8, 9, 10].

Целью этой работы стало изучение динамики биоэлектрической активности мозга по данным энцефалографии у больных с ДЦП на фоне санаторно-курортного лечения, дельфинотерапии и медицинской системы «интерфейс мозг – компьютер «экзокисть-2».

Материалы и методы. Группе больных (48 человек) с ДЦП, формой спастическая диплегия в возрасте от 18 лет проведено нейропсихологическое обследование по методике, разработанной А.Р. Лурией с соавторами. По данным обследования все пациенты были разделены на две группы. Первая – с преимущественной дефицитарностью задних гностических систем (зона теменно-височно-затылочная), вторая – передних гностических систем (лобные отделы мозга). Лечение больных проходило на фоне традиционного санаторно-курортного лечения, дельфинотерапии и медицинской системы «интерфейс мозг – компьютер «экзокисть-2». До и после дельфинотерапии и медицинской системы «интерфейс мозг – компьютер «экзокисть-2» проводились электроэнцефалография и топографическое картирование. Данные обследования проводились и в контрольной группе больных ДЦП, проходивших обычный курс лечения. Оценка функционального состояния мозга проводилась с помощью электроэнцефалографического исследования на 16-канальном компьютерном энцефалографе. Электроды располагались на голове больного согласно международной схеме 10/20. ЭЭГ записывалось при усилении 50 мкВ на скорости 30 мм/сек при постоянной времени 0,3. Исследование проводилось в экранированной затемненной камере, в положении лежа, в состоянии спокойного бодрствования и при воздействии афферентных раздражителей – световых, звуковых. Анализ включал визуальную оценку и топографическое картирование.

Результаты. По данным ЭЭГ-исследования патологические изменения были выявлены у всех пациентов. ЭЭГ, соответствующей возрастной норме, выявлено не было. Во всех группах отмечались следующие общие паттерны – задержка темпов созревания коркового электрогенеза, значительное увеличение мощности медленно-волновой части спектра, наличие регионарных и межполушарных асимметрий, слабая выраженность активационных сдвигов на ЭЭГ при воздействии афферентных раздражителей. Данные ЭЭГ-картины отражали состояние функциональных циклических вертикальных подкорково-корковых связей и состояние горизонтальных корково-корковых связей, их ослабление. Причем эти изменения обладали своими особенностями в каждой из двух групп больных. Так, в группе с дефицитностью задних гностических систем выявлялись изменения в виде смещения фокуса максимально выраженной ритмической активности из затылочных в центральные отделы, снижение мощности и частоты α -ритма, отсутствие его депрессии при пробе открывания глаз. В задних отделах коры активность преимущественно представлена в виде Δ и θ -волн. В группе с дисфункцией передних гностических систем на фоне вышеперечисленных изменений β -ритм отсутствовал, отмечалось общее снижение амплитуды фоновой активности на 15–30 мкВ, патологические ритмы преимущественно были выражены в лобных областях.

Положительная динамика по данным контрольного обследования после проведения курса наблюдалась у 17 больных. Изменения выражались в уменьшении спектральной мощности θ -диапазона, нарастании мощности α -диапазона с максимальной его выраженностью в задних отделах, увеличении его частоты на 0,5–1 Гц, отмечено появление β -ритма в центрально-лобных областях. Более выражены стали активационные сдвиги при пробах открывания глаз, в виде депрессии α -ритма, усвоения частот на α -диапазоне, при разночастотных стимуляциях. Определялась сглаженность асимметричных изменений. Нормализация зонального распределения биоэлектрических потенциалов отмечена в 90% наблюдений. Лишь в одном случае отмечено ухудшение по всем показателям, что связано, по-видимому, с протекавшим интеркуррентным заболеванием. В контрольной группе больных на фоне положительной динамики в двигательной активности по данным ЭЭГ в 13% случаев отмечена отрицательная динамика в виде нарастания патологических ритмов, в остальных случаях положительная динамика отмечалась в 40%, без изменений – 47%.

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

Список литературы

1. Аномалии развития и гипоксически-ишемическое повреждение мозга в генезе формирования церебрального паралича / С.К. Евтушенко, Е.М. Фомичева, О.С. Евтушенко, Е.А. Савченко // Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей: матер. III Междисциплинарной науч.-практ. конф. с международ. участием, 31 октября – 1 ноября 2013 года, Москва. – М., 2013. – С. 38–39.
2. Бабина Л.М. Динамика клинического и функционального состояния детей, оперированных по поводу ДЦП, под влиянием курортного лечения / Л.М. Бабина, В.Н. Кривобоков // Актуальные вопросы комплексного восстановительного лечения детей с церебральными параличами: матер. Всерос. науч.-практ. конф. с международ. участием (Грозный, 4–5 октября 2012 года). – Грозный: Чечен. гос. ун-т, 2012. – С. 37–40.

3. Батышева Т.Т. Приверженность семьи к лечению ребенка с неврологической патологией / Т.Т. Батышева, О.В. Быкова, А.В. Виноградов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – № 7. – С. 56–63.
4. Власюк В.В. Клинико-морфологические классификации поражений центральной нервной системы перинатального периода / В.В. Власюк // Российский педиатрический журнал. – 2011. – № 2. – С. 23–29.
5. Влияние интенсивной нейрофизиологической реабилитации на большие моторные функции у пациентов с ДЦП / В.И. Козявкин [и др.] // Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей: матер. III Междисциплинарной науч.-практ. конф. с международ. участием, 31 октября – 1 ноября 2013 года, Москва. – М., 2013. – С. 50.
6. Влияние факторов риска на степень тяжести двигательной недостаточности при детском церебральном параличе / Н.В. Чебаненко [и др.] // Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей: сб. тез. II ежегод. междисциплинарной науч.-практ. конф. с международ. участием, Москва, 15–16 ноября 2012 года. – М., 2012. – С. 143–144.
7. Гельман Э.Б. Современные медицинские технологии функционального биоуправления в системе медико-психологической реабилитации детей с церебральной патологией / Э.Б. Гельман, М.А. Калягин // Медицинский альманах. – 2010. – № 2. – С. 136–138.
8. Семенович А.В., Гатина С.В., Серова Л.И. Схемы нейропсихологического обследования детей. – М., 1998. – 30 с.
9. Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия-90». – М., 1991. – 153 с.
10. Скворцов И.А., Эмирова Р.Л., Эмигизова И.В. Новые подходы к реабилитации при детском церебральном параличе и других нарушениях развития психоневрологических функций // Матер. научн.-практ. конф., посвящ. 80-летию Евпаторийского центрального детского клинического санатория МО Украины (Прилож. к журн. «Вестник физиотерапии и курортологии»). – 2000. – № 3. – С. 91.

ПРАВОПОЛУШАРНОЕ РИСОВАНИЕ КАК АРТ-ТЕРАПИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Писарева И.Б.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Одним из наиболее распространенных видов арт-терапии является изотерапия, где в качестве основного психотерапевтического средства используется рисунок. Дети любят рисовать. Им свойственно заниматься творческой деятельностью, ведь любая из них будет полезна для раскрытия их потенциала и творческого мышления.

Материалы и методы. Современный метод обучения детей технике рисования – это правополушарное рисование. Его еще называют интуитивным рисованием. Методика правополушарного рисования заключается в том, что логическое мышление уходит на задний план. Основоположницей метода правополушарного рисования считается американская художница Бетти Эдвардс.

Результаты. Рисование в технике правополушарного рисования – это не только обучение изобразительному искусству. Это скорее психологический тренинг, который позволяет детям с ОВЗ раскрепоститься, раскрывает их «спящие» творческие способности. Правополушарное рисование помогает убрать барьеры «я не могу», «у меня не получится». Среди детей с ОВЗ высокий процент с нарушением

психоэмоционального развития. У таких детей быстрая утомляемость, пониженный фон настроения, наличие низкой самооценки, страхов, повышенного уровня тревожности, неуверенности в своих силах. Техника правополушарного рисования дает возможность работать в группе и индивидуально, и за счет быстрой результативности повышает самооценку, уверенность ребенка в себе.

Задачей правополушарного рисования является также личностное развитие ребенка, т.к. в процессе деятельности развиваются активность, инициативность, формируются элементы самооценки, развивается эмоциональное восприятие окружающего мира. Методика правополушарного рисования имеет одно главное правило – никаких правил. Занятия проводятся в игровой форме, обязательным фоном звучит негромкая музыка. Рисовать начинаем с того, что на листе бумаги ставим пятна краски. Цвета выбираем не задумываясь об их взаимной сочетаемости – это всегда дело настроения. Рисуем кисточкой и пальцами. Рисуем «вверх ногами»: переворачиваем лист бумаги и рисуем, например, дерево наоборот. Или рисуем двумя руками одновременно: сердечко, бабочка.

Выводы. Эта методика очень подходит для занятий по рисованию с детьми с ОВЗ. Любое рисование, в том числе правополушарное, улучшает восприятие, зрительную память, мелкую моторику. Правополушарное рисование помогает снять напряжение, уровень тревожности. Рисуя, дети учатся заканчивать начатое, а этот навык очень пригодится им во взрослой жизни, т.к. для детей с ОВЗ это действительно проблема. Целью проведения таких занятий является не только нарисовать рисунок, но и развить у ребенка эстетические потребности, чувство прекрасного.

Список литературы

1. Интуитивное рисование. Развитие творческих способностей средствами арт-терапии. М.С. Вальдес Одриосола. – 2009.
2. Откройте в себе художника. Б. Эдвардс. – 2009.

ОТСРОЧЕННАЯ ТЕРАПИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТКИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В СВЯЗИ С НЕЖЕЛАНИЕМ РОДИТЕЛЕЙ ПРИНЯТЬ ДИАГНОЗ

Платонова А.Н., Быкова О.В., Батышева Т.Т.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Введение. Своевременное назначение терапии препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС) пациентам с этим заболеванием, способствует значительному снижению темпов инвалидизации больных. Несовершеннолетние пациенты без согласия родителей или опекунов не могут принимать решение о начале терапии, что в ряде случаев может стать фатальным для прогноза прогрессирования рассеянного склероза (РС).

Цель. Представить клинический случай пациентки с подростковом дебютом РС и отсроченным началом лечения в связи с нежеланием родителей несовершеннолетней больной принять диагноз своего ребенка.

Материалы и методы. Проспективное наблюдение пациента в Московском кабинете по лечению детей и подростков с рассеянным склерозом и ретроспективный анализ анамнестической информации.

Результаты. Пациентка М. 17 лет, обратилась с жалобами на онемение правой ноги, атаксию при ходьбе и тремор рук. Из анамнеза: дебют заболевания 4 года назад (в возрасте 14 лет) в виде оптического неврита справа, в связи с чем в

стационарных условиях была проведена МРТ головного мозга (выявлены супратенториальные очаги демиелинизации, часть с накоплением контраста) и проведена пульс-терапия метилпреднизолоном с полным восстановлением зрительной функции. При обращении в Московский кабинет РС девочке был установлен диагноз «клинически изолированный синдром» и рекомендовано динамическое МРТ-наблюдение, на которое пациентка не явилась.

Второе обострение было зарегистрировано через 2 года (16 лет) в виде оптического неврита слева. В стационарных условиях была проведена МРТ головного и спинного мозга, выявлены множественные очаги демиелинизации (субкортикально, субэпендимально, паравентрикулярно, в стволе, мозжечке, шейном отделе спинного мозга), гиперинтенсивные в T2 и FLAIR, размером 2–18 мм, и полуциркулярным накоплением контраста частью очагов; проведена повторная пульс-терапия метилпреднизолоном, установлен диагноз «Ремиттирующий рассеянный склероз» и рекомендован подбор ПИТРС I линии, на который пациентка вновь не явилась. Третье обострение было зафиксировано через 9 месяцев (17 лет) в виде грубой атаксии и тремора покоя и действия, нижнего парапареза с грубым снижением амбулаторного индекса (передвижение с поддержкой с двух сторон), EDSS 6,5 баллов. В динамике на МРТ отмечается выраженная негативная динамика, преимущественно за счет множественных контрастнонегативных очагов в шейном отделе и грудном отделе спинного мозга.

В стационарных условиях выявлен I тип синтеза олигоклональных IgG, отсутствие антител к аквапориному 4 и сомнительные антитела к анти-MOG; проведена пульс-терапия метилпреднизолоном в/в, с последующим курсом дексаметазона в/м и последующим курсом внутривенных иммуноглобулинов. На фоне терапии удалось достигнуть частичной ремиссии и снизить EDSS до 4,5 балла; обсуждалось начало терапии ПИТРС II линии, однако на врачебную комиссию пациентка вновь не явилась. Вновь больная обратилась в Московский кабинет только через 3 месяца, в связи с четвертым обострением в виде онемения правой ноги, динамической атаксией, тремора рук и нижнего парапареза с ограничением самостоятельной ходьбы до 200 метров. EDSS 5 баллов, в связи с чем, после проведения врачебной комиссии для смены диагноза на «Вторично-прогрессирующий РС» с рекомендацией начала анти-В-клеточной терапии препаратом окрелизумаб, пациентка была госпитализирована в скоруюпомощную стационар для купирования обострения.

Выводы. При назначении ПИТРС пациенту с РС необходима комплаентность больного к выбранному методу лечения. Несовершеннолетний пациент принимает решение о терапии с помощью третьих лиц, ошибка которых может оказаться фатальной для дальнейшей судьбы больного. Совершенствование юридических регуляторных механизмов и информированности населения о последствиях отказа от терапии помогут избежать подобных ситуаций.

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Пожарищенский К.Э., Барановский Ю.Г., Болотов Д.Д., Филиппов В.С., Филиппов А.П., Михайлова Н.И.

ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, г. Москва

Актуальность. Одной из актуальных проблем детских неврологов и травматологов-ортопедов является ранняя диагностика и лечение сложного характера поражения нервной системы со вторичным вовлечением костно-мышечного аппарата у детей с детским церебральным параличом (ДЦП). Несмотря на первичный характер неврологических нарушений, грубые деформации конечностей на определенном этапе развития ребенка становятся основной причиной ограничения его двигательных возможностей. В соответствии с современными задачами по созданию условий для обеспечения высокого качества жизни, хирургическое лечение должно начинаться в период формирования стойких прогрессирующих порочных установок нижних конечностей у детей с ДЦП и быть комплексным, включающим малоинвазивные миотенотомии и реконструктивные оперативные вмешательства на костях скелета. При этом на ранних этапах формирования деформаций нижних конечностей целесообразно выполнение превентивных вмешательств на мягких тканях, а при более выраженных степенях – реконструктивных вмешательств на различных сегментах нижних конечностей.

Материалы и методы. В детском ортопедическом отделении ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России с 2002 по 2020 год находились на хирургическом лечении 518 пациентов (мальчики – 268, девочки – 250) с различными формами ДЦП в возрасте от 2 до 18 лет. Показания к хирургическому лечению определялись в соответствии с разработанным алгоритмом, учитывающим многофакторный характер как общих, так и локальных нарушений. В зависимости от возраста ребенка и тяжести деформации выполнялись следующие виды вмешательств: миотенотомии приводящих и/или субспинальных мышц бедер, миотенотомии сгибателей голени, лестничные ахиллотомии, корригирующие остеотомии бедренной, большеберцовой кости, трехсуставной артродез, подтаранный артролиз, в том числе с использованием метода управляемого чрескостного остеосинтеза.

Преимуществами данного метода являются малотравматическое, дозированное, одномоментное управляемое воздействие на костный и мышечно-связочный аппарат ребенка, исключающее образование грубых рубцовых изменений мягких тканей, имеющих возможность обуславливать в процессе дальнейшего роста ребенка-инвалида рецидива имевшихся деформаций и патологических установок конечностей. В зависимости от степени спастичности мышц нижних конечностей и учитывая все имеющиеся у пациента порочные установки, выполняли одно- или двухэтапные хирургические вмешательства с использованием аппарата Илизарова. При наличии тяжелых форм ДЦП с наличием тройной сгибательной установки в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах проводится остеосинтез всей нижней конечности (бедро, голени и стопы) от проксимального сегмента к дистальным, после чего выполняли миотенотомии, тенотомии из точечных разрезов (не требующих наложения швов, с незначительной кровопотерей) приводящих мышц и сгибателей бедер, сгибателей голени и ахилловых сухожилий с приданием положения максимального сгибания в каждом суставе. На пятые сутки начинали дозированную distraction в зонах планируемого удлинения сухожильно-мышечных

компонентов до полной их коррекции и создания гиперкоррекции в тазобедренном, коленном, голеностопном суставах и суставах стоп.

После достижения полной коррекции движений в суставе фиксацию конечности с помощью аппаратов продолжали еще 3-4 недели. В течение периодов коррекции и фиксации проводили медикаментозную терапию, лечебную гимнастику, обучали пациентов правильному сидению, стоянию в аппаратах, а затем и освоению нового стереотипа ходьбы. После демонтажа аппаратов накладывали съемные гипсовые лонгеты. В данный период были, как правило, показаны массаж, гимнастика, тепловые процедуры, электростимуляция ослабленных мышц в покое. Следующим этапом было изготовление ортопедических аппаратов, в которых ребенок обучался ходьбе в течение 2-3 недель и выписывался домой с рекомендациями использовать ортопедические аппараты и тьютора в течение года. В случаях наличия порочных установок коленных и голеностопных, или только голеностопных суставов, чрескостный остеосинтез проводится только на дистальных отделах нижней конечности с устранением деформаций соответствующих сегментов, а при наличии в последующем остаточных деформаций тазобедренных суставов выполняли деротационно-вальгизирующие или вальгизирующие остеотомии в проксимальном отделе бедренных костей.

Результаты оперативного лечения прослежены нами в сроки от 1 года до 12 лет, которые оценивали по клиническим и рентгенологическим данным: функциональная опорность нижних конечностей, амплитуда пассивных и активных движений, а также ангулометрические соотношения на рентгенограммах тазобедренных, коленных и голеностопных суставов и стоп. Динамика положительных изменений этих параметров свидетельствовали об улучшении взаимоотношений суставных образований и оси конечности.

Выводы. Хирургическое лечение порочных установок нижних конечностей у детей с ДЦП требует выполнения реконструктивных оперативных вмешательств в соответствии с возрастом, характером деформации и ее тяжестью. Преимущество консервативного и хирургического лечения позволяет избежать преждевременных и биомеханически необоснованных вмешательств, а также уменьшить вероятность последующих рецидивов. Хирургическое лечение грубых деформаций нижних конечностей в сочетании с рациональным ортезированием у детей с ДЦП является эффективным средством их реабилитации и позволяет достигать улучшения опорно-двигательной функции нижних конечностей и организма в целом.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ 5–8 ЛЕТ С ОВЗ

Прошина Д.И.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Эмоционально-личностная сфера играет значительную роль в процессе формирования личности ребенка. В педагогике и психологии проблема развития эмоционально-личностной сферы является одной из ведущих, поскольку процесс обучения и воспитания не может успешно проходить при недостаточно сформированной эмоционально-личностной сфере учащихся с ОВЗ. Тема исследования актуальна особенно в современных условиях инклюзивного образования. Тема имеет значимость для педагогов коррекционных и общеобразовательных школ, т.к. эмоционально-личностная сфера признана

центральный звеном в развитии личности ребенка с ОВЗ. Недостаточная сформированность данной сферы может затруднять развитие познавательной деятельности учащихся.

Цель. Составление и реализация программы по развитию эмоционально-личностной сферы детей 5–8-летнего возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Материалы и методы. Для решения поставленных в исследовании задач, проверки выдвинутых предположений и сбора эмпирического материала были использованы такие методы исследования, как наблюдение, беседа, анкетирование, метод тестов. Для диагностики в исследовании были использованы следующие методики: 1. Цветовой тест (автор М. Люшер); 2. Рисуночный тест «Дом. Дерево. Человек»; 3. Графическая методика «Кактус» М.А. Панфилова.

Результаты. Цветовой тест М. Люшера определил наличие тревожности и стресса у 30% детей, они подняли дополнительные цвета на 4–5 позицию и опустили основные цвета на 6–7. У 70% детей не было обнаружено негативных эмоциональных настроений. Результаты диагностики эмоционального состояния детей с ОВЗ, полученные по рисуночной методике «Дом. Дерево. Человек»: анализ рисунков позволил произвести подсчет признаков, которые характеризуют интересующие нас симптомокомплексы, и обозначить их в виде баллов. По результатам подсчета суммарного количества баллов всей выборки по каждому симптомокомплексу видно, что у подавляющего большинства испытуемых выявляется высокая выраженность нескольких симптомокомплексов. В ходе проведения методики «Кактус» были выявлены высокие результаты у 20% (3 ребёнка). Наличие агрессии явно отсутствовало. 60% показали средний уровень выполнения рисунка (9 детей).

Выводы. Проведенная практическая работа с детьми способствовала изменению эмоционального состояния и более глубокому пониманию ими своих эмоций и эмоций других людей. Эффективность коррекционной программы подтверждена изменениями в поведении детей со слов педагогов и родителей. Данные, полученные в ходе исследования, могут быть использованы при:

- работе с детьми в возрасте от 6,5 до 8,5 лет с ограниченными возможностями здоровья, психологами, педагогами и родителями детей с ОВЗ;
- организации работы с педагогами и родителями по проблеме коррекции эмоционально-личностной сферы детей с ОВЗ и обучении их психологическим и педагогическим приемам взаимодействия с данной категорией детей;
- включении педагогами и узкими специалистами в воспитательно-образовательный процесс приемов, направленных на коррекцию эмоционально-личностной сферы детей с ОВЗ;
- оснащении развивающей предметно-пространственной среды, ориентированной на интересы и возможности ребёнка, способствующей коррекции эмоционально-личностной сферы у детей 5–8 лет с ОВЗ.

Список литературы

1. Шадриков В.Д. Введение в психологию: эмоции и чувства. – М.: Логос, 2002. – 156 с.
2. Егорова Т.В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями [Текст] / Т.В. Егорова. – Балашов: Николаев, 2002. – 80 с.

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ЗАДЕРЖКИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ НА ФОНЕ МЫШЕЧНОЙ ГИПОТОНИИ

Пшемыская И.А., Плиева А.М., Позднякова Д.С., Дорофеева Е.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Задержка психомоторного развития на фоне мышечной гипотонии – одна из ведущих жалоб, с которой встречается невролог, начиная с амбулаторного этапа. Общий клинический симптомокомплекс может являться выражением совершенно различной неврологической и соматической патологии, в частности, наследственных болезней обмена веществ, нейродегенеративных заболеваний нервной системы, врожденных пороков нервной системы, проявлением различных генетических синдромов. Различие мышечной гипотонии центрального и периферического характера обычно не вызывает трудностей. В дальнейшем необходимо проводить дифференциальный диагноз внутри топической группы. Установление этиологической причины мышечной гипотонии необходимо, так как определяет дальнейшую тактику ведения пациента и прогноз заболевания. За последние три года (2018–2020) процент детей с генетической патологией, среди проходивших лечение в отделении новорожденных и детей раннего возраста, составляет 5,5–6%, из данных пациентов 24–30% составляют дети с подтвержденными моногенными синдромами.

Материалы и методы. За этот период в нашем отделении проходили лечение 5 пациентов с синдромом Прадера – Вилли. Синдром Прадера – Вилли – редкое наследственное заболевание, причиной которого является отсутствие отцовской копии участка хромосомы 15q11-13. Все эти дети поступили в стационар с направляющим диагнозом «Последствия перинатального поражения нервной системы. Синдром мышечной гипотонии. Задержка психомоторного развития». При первичном осмотре и сборе анамнеза можно отметить ряд характерных особенностей: чаще всего это доношенные дети, родившиеся с легкой или умеренной гипотрофией, с рождения отмечают трудности вскармливания (слабый сосательный и глотательный рефлекс, быстро истощается) и часто питание через назогастральный зонд в неонатальный период, выраженная мышечная гипотония, у мальчиков часто недоразвитие полового члена, крипторхизм, у девочек – недоразвитие половых губ, особенности фенотипа (маленькие кисти и стопы, часто сниженная пигментация волос, радужки глаза). К нам пациенты обращались в возрасте 3–4 месяцев (3 человека) и 2 пациента в возрасте 6–8 месяцев с жалобами на задержку развития (не держит голову) и грубую мышечную гипотонию.

Результаты. Диагностика и терапия в отделении построены на базе мультидисциплинарного подхода. Все дети были осмотрены неврологом, ортопедом, врачом ЛФК, физиотерапевтом, логопедом. Была разработана и проведена реабилитационная программа, направленная на нормализацию мышечного тонуса и формирование двигательных навыков. Пациенты были консультированы генетиком (показания: особенности клинического симптомокомплекса, задержка психомоторного развития, отсутствие отягощенного перинатального анамнеза), эндокринологом, урологом (гинекологом).

После проведения молекулярно-генетического обследования был выставлен диагноз «синдром Прадера – Вилли». Все пациенты находятся под наблюдением эндокринолога (4 пациента из 5 получают в настоящее время гормональную терапию гормоном роста). У 4 пациентов отмечался диспластический тип развития тазобедренных суставов. Данные пациенты проходили повторные курсы комплексного лечения в нашем стационаре и на амбулаторном этапе.

Психомоторное развитие проходило с задержкой, но к 1,8–2,3 годам (4 пациента) освоили навыки самостоятельной ходьбы и начального самообслуживания, и на первый план вышла задержка психического и речевого развития. 1 пациент – возраст 10 месяцев, в настоящее время начинает попытки ползания.

По результатам нашей работы можно говорить, что максимальный терапевтический эффект достигается при диагностике заболевания и начале активной терапии в первом полугодии жизни (занятия ЛФК, массаж, плавание, физиотерапевтическое воздействие, логопедические занятия, направленные на формирование познавательной деятельности, нейрологопедический массаж, при необходимости, ортопедическая коррекция). Раннее начало терапии приводило к более быстрому развитию навыков и адаптации ребенка в окружающей среде. Мышечная гипотония постепенно уменьшалась и происходило формирование двигательных навыков. После 2–4 лет у детей отмечается нарушение пищевого поведения, отсутствие чувства насыщения, приводящие к ожирению, повышается риск развития сахарного диабета, и здесь на первый план выходят совместная работа родителей, диетолога и эндокринолога. Интеллектуальное развитие обычно снижено, но степень снижения различна. Терапия при этой патологии не дает максимального эффекта без взаимодействия специалистов: невролога, эндокринолога, диетолога и логопедов-дефектологов, специалистов ЛФК и физиотерапевтов.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Пшемыская И.А., Плиева А.М., Оськова А.Ю., Пасхина И.Н., Лобанова М.С.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Последствия перинатального поражения центральной нервной системы представлены целым рядом нозологических форм и проявлений. Необходимо отметить, что практически все дети на первом году жизни, поступающие в стационар, имеют данный диагноз в качестве направляющего. При проведении комплексного обследования, сбора анамнеза и наблюдения в динамике становится понятно, что это совершенно другая патология и часто неврологическая симптоматика является лишь вторичным проявлением. Тщательное установление этиологического и патогенетического факторов заболевания необходимо, так как они влияют на тактику ведения пациента и дальнейший прогноз развития и жизни ребенка.

Результаты. Мы хотели бы уделить внимание нескольким группам пациентов, которые были направлены в стационар с данной патологией. Первая группа пациентов – это дети, поступившие с жалобами на пароксизмальные состояния неуточненного генеза, ранее находившиеся в других стационарах, где был исключен эпилептический генез данных пароксизмов. При обследовании у двоих пациентов был выявлен низкий показатель глюкозы в крови, который значительно снижался во время пароксизмов. Дети были консультированы эндокринологом, направлены в специализированный центр, где был выявлен гиперинсулинизм. У части таких детей после обследования был выявлен ГЭР, и они были направлены для дальнейшего лечения к гастроэнтерологам и хирургам.

Еще одна группа пациентов – это дети с мышечной гипотонией и задержкой психомоторного развития, часто от матерей с патологией щитовидной железы, некомпенсированной или недостаточно компенсированной во время беременности.

Такие дети также были консультированы эндокринологом, проводилась ультразвуковая диагностика щитовидной железы, исследован гормональный статус. Чаще всего отмечалось изменение размеров железы (гипоплазия), изменение показателей ТТГ (как проявление гипотиреоза), свободного Т3. После коррекции эндокринологического статуса (гипотиреоз, йододефицитные состояния) отмечался высокий положительный ответ на восстановительную терапию, и дети догоняли своих сверстников в показателях психомоторного развития.

И третья группа пациентов – дети с неврологической симптоматикой, у которых в соматическом статусе и по данным обследований отмечались признаки хронической вирусной инфекции (гепатомегалия, тимомегалия, изменение показателей крови (нейтропения, умеренный лейкоцитоз или лейкопения, тромбоцитоз)). Такие пациенты были обследованы на группу герпесвирусных инфекций, и были выявлены активная цитомегаловирусная инфекция, активная герпесвирусная (герпес 6-го типа). Детям в стационаре было проведено специфическое противовирусное лечение и симптоматическая терапия. После инактивации вируса эффект от проводимых курсов восстановительной терапии стал более значим, отмечено более быстрое приобретение двигательных и психических навыков.

Выводы. По результатам нашей работы, можно говорить, что необходимо тщательно проводить комплексную диагностику у детей раннего возраста с неврологической симптоматикой. У пациентов данного возраста неврологическая симптоматика очень часто является вторичным проявлением других заболеваний, хотя и в клинической картине могут быть основными. Необходимость выявления истинной причины связана с выбором терапии, направленной на первичный фактор заболевания пациента, и особенности проведения реабилитационной терапии, что в дальнейшем влияет на жизнь и развитие ребенка.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (НА ПРИМЕРЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА № 3)

Родионова Е.А., Захарова Т.В., Сафронова Н.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. В настоящее время количество случаев расстройств аутистического спектра неуклонно растет. Факт постановки данного диагноза, особенности поведения и эмоционального реагирования ребёнка становятся причиной сильнейшего стресса для всей семьи и в первую очередь для матери. Поэтому важным этапом психокоррекционной работы становится не только комплексное медико-психолого-педагогическое сопровождение ребенка, но и оказание психологической помощи матерям.

Цель. Подобрать наиболее эффективные психодиагностические и психокоррекционные методы в работе с матерями в период первичного выявления у ребенка аутистических проявлений.

Материалы и методы. За период с 2019 года по сентябрь 2021 года в условиях нашего отделения посетили коррекционные занятия 43 ребёнка с впервые установленным диагнозом РАС. Для оценки психоэмоционального состояния их матерей использовались следующие опросники: тест «Нервно-психическая адаптация», опросник нервно-психического напряжения, шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера, опросник Спилбергера для оценки агрессии, шкала

депрессии Бэка, тест Люшера, методика «Дом – Дерево – Человек», методика «Незаконченные предложения», «Опросник родительского отношения к ребенку с ОВЗ» А.Я. Варга и В.В. Стоиной. По результатам оценки актуального психоэмоционального статуса, с учетом запроса матери применялись техники арт-терапии, упражнения в рамках методики прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону, беседы разъяснительного характера относительно особенностей поведения и эмоционально-волевой сферы ребенка.

Результаты. На основании проведенного обследования и бесед с матерями отмечено:

1. Нет четко установленных сроков принятия диагноза.
2. Характерно неприятие диагноза даже при очевидных особенностях поведения и развития ребёнка, поиск других причин задержанного развития.
3. Осуществляются многократные попытки перепроверить диагноз у других специалистов.
4. После периода отрицания матери в большей степени испытывали гнев, раздражение и тревогу, а также чувство вины.

По результатам психокоррекционной работы выраженная положительная динамика в виде снижения психоэмоционального напряжения отмечалась у 7 матерей (20%), умеренная динамика у 23 (66%), незначительная динамика и отсутствие динамики отмечено у 13 матерей (14%). Для этой группы был характерен высокий уровень агрессии, негативизма и эмоционального напряжения, что объяснялось затянувшимся периодом неприятия диагноза.

Выводы. Таким образом, постановка диагноза РАС является кризисной ситуацией для всех членов семьи ребенка. Раннее оказание психологической помощи матерям, особенно на этапе первичной постановки диагноза, является важнейшим звеном комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации ребенка с расстройствами аутистического спектра. Углубленное изучение особенностей психоэмоционального статуса, личностных черт матерей и внутрисемейных отношений является перспективным направлением в поиске наиболее эффективных путей психокоррекционной работы.

РОЛЬ МУЗЫКАЛЬНО-РИТМИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Сафоничева О.Г., Овчинникова М.А.

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

Актуальность. Разработка инновационных программ реабилитации и социализации детей с нарушением интеллектуального развития с целью повышения их адаптационных возможностей к современному обществу является актуальной медико-социальной проблемой. Комплексная программа межведомственного взаимодействия была реализована в пилотном проекте между научным коллективом Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и коллективом преподавателей специализированной коррекционной школы (СКОШИ) VIII вида под руководством Департамента образования города Москвы [1].

Материалы и методы. Обследованы 64 ученика СКОШИ (8–14 лет) с когнитивными расстройствами, включая аутизм. ЭЭГ-обследование проводилось для выявления областей коры, подвергшихся воздействию стресс-факторов с нарушением межполушарных взаимодействий. Метод нейро-энерго-картирования (НЭК) использовался для оценки уровня церебрального метаболизма. Научная

программа включала курс немедикаментозной терапии и специальной гимнастики для активизации «эмоционально-когнитивного мозга». Учителя применили методы сказкотерапии и танцевально-ритмической гимнастики для улучшения координации движений, выработки правильной осанки. Музыкально-ритмические занятия были включены в образовательную программу СКОШИ и являлись важной частью пилотного проекта.

Результаты. Медико-психологическое обследование выявило множественные нарушения сенсорной, интеллектуальной, эмоционально-волевой сферы с сочетанными координационными и двигательными нарушениями у 40% детей СКОШИ. Мягкие техники мануальной терапии и остеопатической коррекции курсом по 8–10 процедур применили для релаксации мышц шейного отдела позвоночника и верхней апертуры грудной клетки с целью улучшения мозгового кровообращения [2]. Адаптивные физические упражнения и музыкально-ритмические занятия были направлены на улучшение координации и на воспитание чувства эстетической красоты движений и выражение эмоций. Музыкально-ритмические занятия позволяли также мыслить символами и образами, а ритмика дополняла физкультуру. Пение формировало правильное дыхание, развивало речь, дикцию, совершенствовало качество звукопроизношения.

Выводы. Комплексная реабилитация детей улучшила состояние клинической картины, их когнитивные функции и познавательные способности. Методы ЭЭГ и НЭК-визуализации выявили тенденцию к восстановлению межполушарных связей, нормализации биоэлектрической активности мозга, улучшению церебрального метаболизма.

Список литературы

1. Сафоницева М.А. Новые восстановительные технологии в комплексной реабилитации детей с задержкой интеллектуального развития. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ФГУ «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники». – М., 2011.
2. Сафоницева О. Синдром верхней апертуры грудной клетки (новый взгляд на патогенез и лечение) / Врач. – 2006. – № 13. – С. 68–70.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ФКУ

Сафронова Н.А., Волкова Л.Н.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Классическая (тяжелая) фенилкетонурия (ФКУ) относится к группе курабельных аутосомно-рецессивных заболеваний и обусловлена дефицитом фенилаланин-4-гидроксилазы (ФАГ). Наибольшую распространенность заболевание получило у лиц европеоидной расы. В России, по данным неонатального скрининга, частота фенилкетонурии составляет 1:7000. При отсутствии лечения манифестация заболевания происходит на первом году жизни, обычно в возрасте 2–6 месяцев и в конечном итоге приводит к задержке статико-моторного и психоречевого развития с исходом в глубокую умственную отсталость. В клинической картине отмечается вялость ребенка, отсутствие интереса к окружающему, беспокойство, срыгивания, нарушение мышечного тонуса, судороги, плохо отвечающие на антиэпилептическую терапию, своеобразный «мышиный» запах мочи больных. Патогенетическим методом лечения ФКУ считается диетотерапия, основанная на резком ограничении фенилаланина в рационе больных детей за счет исключения высокобелковых

продуктов, что позволяет снизить ФА крови, повысить толерантность (переносимость) ФА, получаемого с натуральной пищей, избежать тяжелой неврологической симптоматики и улучшить качество жизни.

Материалы и методы. Представлен клинический случай.

Результаты. Девочка, 2018 г.р., поступила в отделение в возрасте 2 лет на реабилитационный курс в связи с задержкой формирования моторных и доречевых навыков. Из анамнеза: от 8-й беременности: 1-я беременность – девочка (11 лет) – здорова, 2-я беременность – двойня, мальчик и девочка (9 лет) – здоровы, 3-я беременность – выкидыш на раннем сроке, 4-я беременность – тройня (6 лет) – 2 мальчика (1 мальчик скончался в 1 год 6 мес. от опухоли головного мозга) и девочка (наблюдается с фенилкетонурией и задержкой психоречевого развития), 5-я беременность – замершая, 6-я беременность – мальчик (5 лет) – здоров, 7-я беременность – мальчик 3 лет, фенилкетонурия, отмечаются логопедические проблемы. Данная, 8-я беременность – бихориальной биамниотической двойней, на фоне анемии, от 6 срочных родов кесаревым сечением, 2-й из двойни (1 – мальчик, здоров), вес – 2690 г, Апгар 7/7 баллов.

В периоде адаптации отмечалась конъюгационная желтуха, скрининг на фенилаланин – 1.08 мг% (норма 2 мг%). В связи с грубой задержкой формирования моторных навыков (голову держит с 5 мес.) наблюдалась неврологом по месту жительства, проходила курсы стацлечения. В 6 месяцев была направлена на консультацию генетика. По результатам ТМС в 6 месяцев – фенилаланин – 26 мг%. Проведено ДНК-диагностика в МГНЦ им. акад. Н.П. Бочкова – обнаружен патогенный вариант R408W в гетерозиготном состоянии. Рекомендован поиск 2-й мутации методом секвенирования гена PAH и элиминационная диета. На фоне диеты уровень 1.54 мг% (при норме на лечении 2–6%). Консультирована окулистом – поражение постгеникулярных зрительных путей, содружественное расходящееся косоглазие, врождённый нистагм. По МРТ головного мозга – постгипоксические изменения вещества головного мозга. На момент госпитализации сохранялась грубая психомоторная задержка: встаёт у опоры с 1 года 8 мес., не ходит самостоятельно, не говорит, отмечаются эпизоды по типу «застываний».

Выводы. Данный клинический пример демонстрирует позднюю диагностику курабельного генетически детерминированного заболевания – фенилкетонурии, что связано с недооценкой семейного анамнеза (наличие двух случаев фенилкетонурии у старших брата и сестры), ориентировкой только на нормальные скрининговые показатели ФА при рождении. Главный акцент был сделан на отягощённый перинатальный анамнез. Всё это не позволило своевременно назначить элиминационную диету и привело к развитию классической тяжёлой формы фенилкетонурии и значительно ухудшило прогноз для здоровья ребёнка. Таким образом, при семейных формах фенилкетонурии необходимы планирование беременности, пренатальная инвазивная диагностика, а также ранний динамический контроль показателей ФА, даже в случае нормальных скрининговых показателей.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Сахарюк А.П.^{1,2}, Фомина А.Г.³

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия», г. Благовещенск, Амурская область

ГАУЗ Амурской области «Амурская областная детская клиническая больница», г. Благовещенск, Амурская область

МУЗ «Детская городская больница г. Благовещенска», Амурская область

Актуальность. Двигательные расстройства являются основной причиной инвалидности при детском церебральном параличе и ограничивают социальную активность ребенка.

Цель. Поиск стойких методов устранения двигательных расстройств при детском церебральном параличе.

Материалы и методы. Существующие способы коррекции двигательных расстройств достигаются путем внешней терапевтической стимуляции проприорецепторов: физиотерапии, механотерапии, лечебной физкультуры, трудотерапии, логопедии, массажа, динамической проприорецептивной коррекции по К.А. Семеновой, аутонейритотерапии по Е.А. Мельниковой, иппотерапии, дельфинотерапии и т.д. Данные способы предполагают их использование на протяжении жизни. Хирургические способы лечения детского церебрального паралича воздействуют на деформированный опорно-двигательный аппарат либо на проводящие пути нервной системы [1, 2]. Впервые в России и мире А.П. Сахарюком разработан, запатентован и внедрен новый хирургический способ лечения детского церебрального паралича «Способ активации проприорецепторов при детском церебральном параличе», патент на изобретение № 2732345, приоритет от 20 ноября 2019 года, дата государственной регистрации в Государственном реестре изобретений РФ – от 15 сентября 2020 года. Способ стимулирует проприорецептивное поле конечностей, активизирует нейроны головного мозга, включает новые эфферентные нервные связи, формирует новые рефлекторные дуги, что позволяет максимально рано социализировать ребенка к жизни в обществе. Это достигается путем образования чрезкожных мышечно-костно-мозговых каналов на протяжении бедра и голени на нижней конечности, плеча и предплечья на верхней конечности.

Результаты. Хирургическая стимуляция проприорецепторов при детском церебральном параличе в течение 2 лет выполнена 76 пациентами от 3 до 17 лет. На протяжении 3 лет после операции у всех пациентов увеличился объем движений в суставах, значительно регрессировал спастический компонент, изменилась поза тела и движений, значительно увеличился мышечный объем конечности.

Выводы. Хирургический способ активации проприорецепторов позволяет устойчиво корригировать мышечный тонус, статику, походку, моторику конечностей, что значительно улучшает качество жизни и социализацию пациентов. Способ позволяет стимулировать резервы проприорецептивного поля конечностей и более эффективно использовать известные методы реабилитации детского церебрального паралича.

Список литературы

1. Батышева Т.Т., Быкова О.В., Виноградова О.В. Детский церебральный паралич – современные представления о проблеме (обзор литературы) / Русский медицинский журнал. – 2012. – № 8. – С. 401–403.

2. Куренков А.Л., Батышева Т.Т., Виноградов А.В., Зюзьева Е.К. Спастичность при детском церебральном параличе: диагностика и стратегии лечения / А.Л.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БРЮГГЕРА У ПАЦИЕНТА С ИДИОПАТИЧЕСКИМ СКОЛИОЗОМ

Семенова Е.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Сколиоз определяется как боковое искривление позвоночника более 10 градусов на рентгенограмме, которое обычно связано с ротационным компонентом. Выделяют три основных типа сколиоза: врожденный, идиопатический и нервно-мышечный. Идиопатический сколиоз (ИС) – это сложная трехмерная деформация позвоночника. Подростковый идиопатический сколиоз – наиболее частая форма идиопатического сколиоза. Этиология ИС остаётся темой для обсуждения, так как зачастую, при невозможности выявить причину возникновения деформации позвоночника, ставится диагноз так называемого ИС, то есть сколиоза, вызванного неизвестной причиной. ИС составляет около 80% всех случаев сколиоза и классифицируется по возрасту. Считается, чем моложе возраст пациента, тем более вероятна его прогрессия. Метод Брюггера основан на коррекции осевых вертикальных нагрузок и заключается в применении комплекса упражнений, включающего различные движения рук, которые в свою очередь вызывают рефлекторное выпрямление спины, в результате чего формируется устойчивый навык удержания правильной осанки.

Цель. Укрепление мышечного корсета, улучшение пострурального контроля и предупреждение дальнейшего прогрессирования деформации.

Материалы и методы. Пациент А, 11 лет. Диагноз: Идиопатический S-образный сколиоз груднопоясничного отдела позвоночника. При осмотре наблюдается отклонение позвоночника от центральной линии, реберный горб справа, выраженный мышечный валик в поясничном отделе слева. Обращает внимание асимметрия лопаток, надплечий, разница треугольников талии. В качестве коррекции поструральных нарушений применялась терапия по методу Брюггера.

Результаты. После проведения терапии по методу Брюггера отмечалось улучшение пострурального контроля, сглаживание поясничного валика, уменьшение разницы треугольников талии и асимметрии надплечий.

Выводы. Метод Брюггера может быть использован для коррекции сколиотической деформации позвоночника, так как замедляет ее прогрессию и помогает в коррекции функциональных и косметических дефектов.

ИЗОБРАЗИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ У ДЕТЕЙ С ВЫРАЖЕННЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ С БОЛЬШИМ СПЕКТРОМ РАЗВИВАЮЩИХ И КОРРЕКЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Сигутина Н.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность данной темы заключается в том, что без целенаправленного коррекционно-педагогического воздействия дети с нарушением интеллекта до окончания периода дошкольного возраста не овладевают изобразительной

деятельностью. Также важно учитывать, что изобразительная деятельность состоит из нескольких видов продуктивной деятельности (лепка, аппликация, рисование), но и имеет большой спектр развивающих и коррекционных возможностей, так как может включать в себя и другие смежные виды деятельности (игровая, музыкальная, окружающий мир, формирование элементарных математических представлений, развитие речи и так далее). Содержание занятий изобразительной деятельностью тесно связано с задачами обучения игре, социальным развитием, тематикой занятий по ознакомлению с окружающим миром и развитием речи (Екжанова Е.А., 2005) [1].

Детей с выраженной умственной отсталостью необходимо не просто побуждать к изобразительной деятельности, но и работать с ними целенаправленно, используя все коррекционные возможности в процессе обучения. Недоразвитие тех психических процессов и функций, которые составляют основу изобразительной деятельности (познавательной активности, восприятия, наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, речи), предметной, игровой, конструктивной деятельности, а также ограниченный жизненный опыт, несформированность представлений об объектах и явлениях окружающего мира обуславливают трудности детей с выраженными нарушениями интеллекта в овладении предметным изображением (Бгажнокова И.М., 2010) [2].

В работе с аппликацией ребёнок учится видеть контур предмета, который в дальнейшем послужит опорой графического образа в изобразительной деятельности. Лепка для умственно отсталых детей является основополагающим видом занятий, так как передаёт основные признаки предмета – форму и величину. Через рисование ребёнок развивает зрительно-двигательную координацию, перцептивно моторные умения и навыки, образную сферу в целом, а также эмоциональное отношение к миру и восприятие. Для коррекционной работы с ребёнком с выраженным недоразвитием интеллекта педагогу необходимо найти индивидуальный подход, используя для этого такие средства, как наблюдение и игровая деятельность. Необходимо создать такие педагогические условия, которые помогут эмоционально вовлечь ребёнка в изобразительную деятельность.

В изобразительной деятельности использование игры помогает ребёнку эмоционально включаться и активизировать самостоятельную деятельность. Для успешного обучения детей с выраженной умственной отсталостью необходимо использовать разнообразие методов и приёмов, которые зависят не только от содержания занятия, но и от особенности психофизического развития ребёнка, уровня владения им изобразительной деятельностью. В независимости от решаемой задачи, занятия по изобразительной деятельности с детьми с выраженной умственной отсталостью должны включать в себя несколько видов деятельности. Это важно потому, что ребёнок не в состоянии сосредоточить внимание на одном виде деятельности долгое время, а также использование различных форм и видов деятельности вызывает эмоциональный отклик у ребёнка. Для успешной реализации работы в изобразительной деятельности с детьми с выраженным недоразвитием интеллекта необходимо также правильно сформировать задачи обучения, которые будут отвечать разнообразию программы и учитывать особенности развития каждого ребёнка.

Список литературы

1. Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание: Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта. – М.: Просвещение, 2005. – 272 с.

2. Обучение детей с выраженным недоразвитием интеллекта: программно-методические материалы / под ред. И.М. Бгажноковой. – М.: Гуманитар. изд. центр «Владос», 2010. – 181 с. – (Коррекционная педагогика).

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Слабова Г.А., Лазарина А.Л., Семеняченко Л.И., Айнетдинова А.М., Пирвагидова А.Б., Самусева Э.Н., Павлова Ю.С.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Цель. Оценить эффективность взаимодействия специалистов дневного стационара в реабилитации детей с ОВЗ.

Актуальность. На данный момент в силу увеличивающихся темпов развития информационных технологий и все более возрастающих потребностей человечества повышаются и требования, предъявляемые к современному специалисту, в том числе способность в нестандартных ситуациях конструктивно выходить за узкие рамки формы деятельности определенной дисциплины, а также наличие мультидисциплинарной креативности. Эффективная реабилитация предполагает соблюдение мультидисциплинарного принципа, реализовать который можно только при наличии мультидисциплинарных бригад (МДБ) на этапах стационарной реабилитации, действия которой четко согласованы и скоординированы.

Этапы работы МДБ в системе реабилитации: 1. Диагностический (подготовительный). Каждый пациент проходит обследование у всех специалистов отделения. На основе их заключений определяется реабилитационный потенциал, цель и сроки реабилитации. Составляется реабилитационная программа. 2. Собственно реабилитация – самый длительный этап работы. Реализация программы, в которой все специалисты тесно взаимодействуют друг с другом. Активными участниками процесса являются семья и сам пациент, 3. Оценка эффективности проведенной реабилитационной работы и дальнейшего реабилитационного потенциала пациента. Разработка рекомендаций.

В состав МДБ входят: врач-невролог, психиатр, палатная медицинская сестра, медицинская сестра по массажу, учитель-дефектолог, учитель-логопед, воспитатель. Врач представляет медицинские детали в отношении нового пациента (жалобы, анамнез, факторы риска и предполагаемые причины перенесенного заболевания, факторы риска ухудшения состояния пациента вследствие сопутствующих заболеваний). Одна из основных функций палатной медицинской сестры МДБ – координация процесса реабилитации от момента поступления пациента в стационар до момента его выписки. Медицинская сестра по массажу оценивает уровень функционального развития пациента, обсуждает с врачом объем двигательной активности, контролирует подготовку и уровень возможностей пациента во время всей процедуры, избегая развития переутомления. Учитель-логопед проводит диагностику речевого развития в соответствии с возрастом и диагнозом (коммуникативные навыки, понимание обращенной речи, контактность, артикуляционная моторика, звукопроизношение, фонематическое восприятие, слоговая сторона речи, грамматический строй речи, лексика и словарный запас, связная речь). Дает рекомендации по развитию артикуляционной моторики, обогащению словаря и развитию связной речи. Учитель-дефектолог осуществляет диагностику высших психических функций (мышление, внимание, память, речь, восприятие, воображение). По итогам диагностики проводится консультация с родителями, даются рекомендации по развитию познавательных процессов. Воспитатель под руководством логопеда и дефектолога активно участвует в коррекционной работе, формирует сенсомоторную координацию, создает специальные психолого-педагогические условия для развития ребенка. На собрании МДБ каждый специалист информирует других членов о наличии динамики в

состоянии, возможных трудностях в работе с пациентом и достигнутых целях.

Материалы и методы. В ГБУЗ «НПЦ ДП» ДЗМ, Дневной стационар № 4 в течение 3 месяцев было проведено исследование. Группу исследования составили 10 пациентов в возрасте от 3 до 7 лет с клиническими диагнозами: ЗРР, ЗПРР, детский аутизм, умственная отсталость. Пациенты были разделены на две равные группы: обычную и экспериментальную (под руководством МДБ). Исследованию подлежало 4 основных навыка: речь, эмоционально-волевая сфера, познавательная деятельность, мелкая моторика. На начало эксперимента уровень развития навыков у детей приблизительно одинаковый. Уровень нарушений в данных диагностиках исчислялся в баллах, которые были переведены в % соотношения. Подсчет % нарушенных функций производился с использованием методов:

1. Диагностика общей осведомленности «Нелепицы», С.Д. Забрамная.
2. Диагностика восприятия «Чего не хватает на этих рисунках?», «Узнай кто это», Р.С. Немов.
3. Диагностика внимания «Запомни и расставь точки», Р.С. Немов.
4. Диагностика мышления «Рыбка», В.В. Холмовская.
5. Диагностика речи «Последовательные картинки».
6. Диагностика моторики «Определение ведущей руки», «Уровень формирования мелкой моторики пальцев», О.В. Бачина, Н.Ф. Коробова.
7. Экспресс-анкета «Признаки агрессивности», К.К. Лютова, Г.Б. Моница.

Результаты. На начало эксперимента уровень развития навыков у детей приблизительно одинаковый.

Таблица 1

Оценка навыков на начало эксперимента

Группа/Навыки	Речь	Эмоционально-волевая сфера	Познавательная деятельность	Мелкая и крупная моторика
Обычная	21%	27%	24%	34%
Экспериментальная	20%	26%	24%	36%

Таблица 2

Оценка навыков по окончании эксперимента.

Группа/ Навыки	Речь	Эмоционально-волевая сфера	Познавательная деятельность	Мелкая и крупная моторика
Обычная	35%	34%	36%	43%
Экспериментальная	42%	45%	45%	48%

Результаты. У пациентов, находящихся под руководством МДБ, отмечается улучшение со стороны познавательной деятельности, эмоционально-волевой, речевой сфер в среднем на 10% больше, чем у пациентов в обычной группе. Оценка проведенных исследований свидетельствует о целесообразности и эффективности применения мультидисциплинарного взаимодействия в условиях дневного стационара.

Выводы. Результаты проведенного исследования позволили сделать вывод о том, что взаимодействие специалистов по коррекционно-развивающей работе ведет к улучшению как нервно-психического, так и физического состояния пациентов. Использование системного подхода, разнообразия приемов, видов и форм обучения с учетом индивидуальных особенностей пациента дает положительный результат в пользу МДБ в условиях дневного стационара. Для более эффективной помощи пациентам в дальнейшем планируется расширить состав МДБ, в который войдут инструктор ЛФК, клинический психолог, педиатр.

Список литературы

1. Бадалян Л.О. Детская неврология: Учебное пособие. – М., 2021.
2. Выготский Л.С. Воображение и творчество в детском возрасте. – СПб., 1997.
3. Годовикова Д. Формирование познавательной активности // Дошкольное воспитание. – 1986. – № 1.
4. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник / С.П. Евсеев. – М.: Спорт, 2016.
5. Лютова К.К., Моница Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. – СПб.: Речь, 2005.
6. Павлова Н.Н., Руденко Л.Г. Экспресс-диагностика в детском саду: Комплект материалов для педагогов-психологов детских дошкольных образовательных учреждений. – М.: Генезис, 2013.
7. Петров Д.С. Роль семьи в лечении и реабилитации лиц с психическими расстройствами (комплексное медико-социальное и клиничко-психиатрическое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2012.
8. Сафоничева О.Г., Сязина Н.Ю. Системный подход к реабилитации и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья / Мануальная терапия. – 2015. – № 2.

КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С ДЦП

Слезкина Ю.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Особую актуальность в современном мире приобретает проблема образования, реабилитации и интеграции в общество детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП). Психолого-педагогическое сопровождение детей с ДЦП является сложной системой реабилитационных мероприятий, направленных на развитие интеллектуальных умений, познавательной деятельности, на повышение социальной активности, развитие самостоятельности у детей с ДЦП.

Цель. Обеспечение оптимальных коррекционно-развивающих, здоровьесберегающих условий для успешного образования, реабилитации и социализации детей с двигательными нарушениями.

Материалы и методы. Коррекционно-педагогическая работа направлена на последовательное развитие познавательной деятельности, коррекцию нарушений высших психических функций, двигательных, речевых нарушений, воспитание устойчивых форм поведения и деятельности, профессиональной ориентации. Общие направления коррекционно-педагогической работы с детьми с ДЦП: формирование общеучебных (универсальных) умений и навыков; социально-личностное развитие (формирование необходимых жизненных компетенций); последовательное развитие познавательной деятельности и ее коррекция; коррекция нарушений высших психических функций; развитие речи и коррекция речевых нарушений; развитие мелкой моторики и координации движений; воспитание устойчивых форм поведения и деятельности, необходимых для социальной адаптации; профессиональная ориентация; ведение системного мониторинга усвоения ЗУН; мониторинга здоровья; мониторинга личностного развития.

Коррекционно-развивающие занятия имеют гибкую структуру, которая разработана с учетом возрастных особенностей и степени выраженности дефекта. В

процессе занятия усвоение учебного материала параллельно формирует коммуникативные качества, обогащает эмоциональный опыт, активизирует мышление, формирует личностную ориентацию. Во время занятий соблюдается охранительный режим: подбор комфортной позы для выполнения письменных и устных работ; организация минутки отдыха с использованием релаксационных упражнений, упражнений на укрепление опорно-двигательного аппарата, упражнений для глаз и др.; регулирование степени утомляемости ребенка за счет планирования порядка предъявления заданий по степени сложности; выбор оптимального темпа работы в соответствии с личностными особенностями ребенка; использование разнообразных дидактических, наглядных и игровых материалов.

Результаты. Коррекционно-развивающие занятия имеют гибкую структуру, которая разработана с учетом возрастных особенностей и степени выраженности дефекта. В процессе занятия усвоение учебного материала параллельно формирует коммуникативные качества, обогащает эмоциональный опыт, активизирует мышление, формирует личностную ориентацию. В результате системной, кропотливой коррекционно-развивающей работы наблюдается положительная динамика в формировании общеучебных умений и навыков, развитии учебно-познавательной деятельности, речевых, двигательных функций детей с ДЦП.

Выводы. Коррекционно-педагогическая работа способствует успешной реабилитации, полноценному личностному развитию, социальному становлению детей с двигательными нарушениями.

Список литературы

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. – Киев, 1988. – 328 с.
2. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. – М., 1990. – 272 с.
3. Программа воспитания и обучения детей с сочетанными нарушениями: с интеллектуальной недостаточностью и нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учебно-методическое пособие / Под общей ред. Наумова А.А., ПГПУ. – Пермь: КЦФКиЗ, 2009. – 103 с.
4. Смирнова И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. Учебно-методическое пособие. – СПб., 2003. – 160 с.
5. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук – М., 2004. – 368 с.
6. Шклярова О.А., Шестакович Н.В., Павлович И.Г. Здоровьесберегающее направление в современной школе. – М., 2012. – 154 с.

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАС

Смоляк А.М., Турок Г.А.

ГАУ Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие», г. Астрахань, Астраханская область

Актуальность. Наиболее загадочной и таинственной проблемой картины детей с расстройством аутистического спектра (РАС) для окружающих является особенность их поведения. Люди отмечают их странность и непредсказуемость, полярность и вычурность. Недаром не так давно в мировой и отечественной литературе это расстройство называли детской шизофренией, сравнивая детей с этим расстройством с людьми, страдающими шизофренией во взрослом возрасте.

Утверждение, что аутизм мало изучен, сегодня не соответствует истине. Такое пристальное изучение по всем возможным направлениям, какое происходит в данной нозологии, не происходит ни с одним другим диагнозом. Аутизм бросает вызов науке и обществу.

Цель. Несмотря на то, что дети с этим недугом на первом году жизни не производят впечатления странного ребёнка и не отличаются от остальных детей ни моторным, ни психическим, ни даже речевым развитием, начиная с полуторалетнего возраста, родители начинают замечать странности и отчуждённость в поведении ребёнка. Чтобы понять природу этих странностей, необходимо иметь представление о морфологии и патогенезе этого расстройства. Загадки и таинственность и рождаются именно тогда, когда о проблеме знаешь очень поверхностно, отдалённо, или не знаешь вовсе.

Материалы и методы. Каждый «аутизм» настолько индивидуален, что его носитель никогда не встретит себе подобного с аналогичными чертами. У каждого человека с РАС набор сенсорно-перцептивных особенностей уникален. Лорна Винг в 1988 году ввела понятие «аутистический континуум», а в 1995 году сменила название на «аутистический спектр» [1]. Люди с РАС разные, как и все остальные люди. Они могут быть эмоциональными, могут быть замкнуты. Одни могут иметь страхи, другие – нет. Одни ласковые, другие не терпят прикосновений и т.д. Способности людей с аутизмом примерно сопоставимы с остальными людьми. Однако раскрываются они преимущественно только в сфере собственных интересов. Зацикленность на определенных интересах и их стереотипность нередко позволяют людям с РАС достичь очень высоких компетенций в узких сферах деятельности. Задача общества – увидеть такие интересы и развить их до профессионального уровня. Стереотипия необходима аутичному ребенку и, как правило, она абсолютно безвредна. Самостимулирующее поведение позволяет снять напряжение, регулировать информацию от органов чувств, выразить неудовлетворение в случае, когда ребенок невербален, дает возможность сменить занятие, получить удовольствие и др. Со взрослением ребенка, как правило, выраженность и частота стереотипий заметно снижается, могут измениться их формы или они вообще исчезают окончательно.

Результаты. Для того чтобы создать максимальную независимость ребенка, больного аутизмом, в условиях социальной среды, необходимо обеспечить возможность развития общения и социальных навыков, закрепить приобретенные навыки поведения в быту, на отдыхе, в общественных местах, привить основы будущих профессиональных навыков, которые сохраняют свою значимость в течение всей жизни.

Выводы. РАС – это не конец любви и надежды. Аутичные люди часто бывают творцами в нашей среде. Они видят мир через различные спектры линз и, когда их точку зрения уважают, они могут изменить мир. Люди с РАС могут добиться многого, но только если их поддерживают и верят в их возможности.

Список литературы

Wing L. The Autistic Spectrum: A Parents' Guide to Understanding and Helping Your Child. New York: Ulysses Press, 2001. – 240 p.

КОРРЕКЦИЯ КРУПНОЙ МОТОРИКИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Соколова Н.П., Фетисова А.В., Бакуменко В.И.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Роль правильного развития мышц пояса верхних конечностей в создании условий для функционирования мелкой моторики рук очевидна. Необходимо подтвердить, что включение в программу реабилитации детей 3–7 лет с различными формами речевых нарушений упражнений на тренировку, разработку кинематических цепей положительно сказывается на ускорении темпов речевого развития.

Цель. Обоснование обязательного включения в комплекс лечебной физкультуры «Группа руки» для детей с задержкой речевого развития упражнений, направленных на нормализацию тонуса мышц плечевого пояса, грудных мышц.

Материалы и методы. На период с января по июль 2021 года в условиях Дневного стационара № 1 в стандартную программу лечебной физкультуры «Группа руки» для детей с различными формами нарушений речевого развития был включен комплекс упражнений, направленных на нормализацию тонуса мышц плечевого пояса, грудных мышц, формирование у ребенка правильного стереотипа опоры на руки. Упражнения проводились из положения лежа, сидя, стоя. Инвентарь: гимнастический коврик, мячи, гимнастическая палка. В исследовании участвовали 14 детей в возрасте от 3 до 7 лет. Занятия (даты, содержание) фиксировались в журнале. Результаты оценивались, корректировались на 10-й день госпитализации и накануне выписки.

Результаты. Включение в комплекс лечебной физкультуры «Группа руки» для детей с задержкой речевого развития упражнений, направленных на нормализацию тонуса мышц плечевого пояса, грудных мышц, закрепление навыков правильной опоры на руки из положения лежа положительно сказалось на формировании навыков мелкой моторики рук у всех детей, участвовавших в исследовании.

Выводы. Таким образом, с точки зрения нейродинамики, для нормального функционирования системы речевого развития, прежде всего необходимо обеспечить формирование у ребенка опоры на руки, обеспечить физиологичную работу мышц плечевого пояса, верхних конечностей, что будет способствовать развитию мелкой моторики рук и, как следствие, у ребенка нормализуются темпы речевого развития.

Список литературы

1. Коррекция развития рук при ДЦП. Нейрокинезиотерапия: Пособие под редакцией А. Смолянинова.
2. Анатомия силовых упражнений с использованием в качестве отягощения собственного веса. Б. Контрепас (Bodyweight strength training anatomy by Bret Contreras, 2014).
3. Стефанова Н.Л. Комплексные занятия с детьми 3–7 лет: формирование мелкой моторики, развитие речи.
4. Левченко Л.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

ПОТРЕБНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ ПРИ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Сосина А.В., Харитонов Е.И.

ГБОУ Школа № 2053, г. Москва

Актуальность. Сегодня родитель может выбрать любую образовательную организацию для своего ребенка по своему усмотрению. Зачастую выбор делается по принципу территориальной доступности, что, безусловно, оправдано в отношении семей, имеющих детей с двигательными патологиями.

Материалы и методы. На данный момент в Школе № 2053 учится четыре человека с НОДА разной степени выраженности, имеющие полноценное медицинское сопровождение.

Результаты. В работе с детьми, имеющими подобные нарушения, каждый педагог старается подобрать методы взаимодействия, организовать развивающую среду с тем, чтобы достичь максимально возможного результата в интеллектуальной сфере, при этом не усугубив физического состояния своего ученика или воспитанника. Для реализации своей программы в работе с детьми с НОДА педагог не только готовит соответствующий дидактический материал, но старается организовать рабочее место с учетом особенностей и возможностей ребенка. При этом имеющееся оборудование чаще всего не подходит для использования в работе по разным причинам. Ребенку с НОДА рекомендована смена поз в течение дня, причем на каждую позу может быть рекомендовано свое время пребывания в ней, необходимо доп. оборудование для ее реализации и каким-то позам ребенка следует научить для повышения качества восприятия и жизни вообще. То есть, необходима отдельная программа двигательной активности на каждого ребенка или хотя бы рекомендации специалистов, работающих с этими конкретными детьми (специалистов-реабилитологов).

К сожалению, даже родители не могут нам помочь в этом вопросе. Но все вышесказанное справедливо не только для наших четырех детей с установленным статусом. Проблемы детей, испытывающих неярко выраженные трудности в двигательной сфере в раннем возрасте и младшем дошкольном возрасте, часто остаются трудностями ребенка и его педагогов. К школьному периоду незначительные дистонии, диспраксии, трудности координации могут как нивелироваться, так и усугубиться, что в свою очередь приводит к трудностям в обучении, к снижению качества жизни ребенка и его семьи в целом. Уже в дошкольных группах дети с минимальной двигательной дисфункцией испытывают трудности во время организованной образовательной деятельности. К семи годам, когда у ребенка развивается критичность и возрастают требования к качеству манипулятивной деятельности, к оперированию различными инструментами, часто накопившаяся неуспешность приводит к отказу от тех или иных видов деятельности.

Отдельно стоит описать случаи двигательной патологии органов артикуляции у детей. И мы говорим не только и не столько о дизартрических и диспраксических проявлениях в речи, но и о недостаточности речевого выдоха и дыхательной мускулатуры в целом. Наибольшую тревогу вызывают ограниченные возможности или полная неспособность детей к полноценному приему пищи и/или воды. В работе мы сталкиваемся с избирательностью пищевого поведения, неспособностью принимать, например, жидкую пищу с включениями или, наоборот, трудности в пережевывании, отказ от твердой пищи вообще, неспособность пить жидкость любым способом. Такая ситуация усугубляется тем, что ребенок в саду может, по решению родителя, находиться до 12 часов. В условиях образовательной

организации такому ребенку нет возможности организовать комфортный режим пребывания, что, конечно, приводит к различным последствиям, в том числе и медицинским.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МОДЕЛИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ПРОТЕЗОМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Струкова О.Г., Морозова Е.В., Жукова Е.В., Барышова А.Н., Петрова К.А.

ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, г. Москва

Актуальность. В настоящее время в Российской Федерации отмечается рост количества детей-инвалидов. По данным Федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» (далее – ФГИС «ФРИ»), на 01.08.2017 количество детей-инвалидов составляло 641 019 человек, а на 01.08.2021 эта цифра увеличилась на 13% и составляет уже 721 795 человек. По данным формы федерального статистического наблюдения № 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», всего в мероприятиях по протезированию и ортезированию в 2020 году нуждались 32 355 детей-инвалидов. В этой связи и возрастает потребность в психолого-педагогическом сопровождении семей, воспитывающих детей с протезами.

Цель. Разработать и апробировать модели психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с протезами верхних конечностей.

Материалы и методы. В исследовании использовался метод анкетирования (авторская разработка) и беседы с родителями, воспитывающими ребенка-инвалида.

Результаты. Результаты анкетирования родителей, воспитывающих детей с протезом верхних конечностей (обследовано 120 человек), проведенного специалистами Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, показывают, что большинство родителей (85%) не до конца осознают свою роль в процессе реабилитации и абилитации ребенка, не придают значения важности обучения навыкам самообслуживания, необходимым школьным навыкам, профессиональному самоопределению. Анализ бесед с родителями показал, что большинство родителей имеют и низкую осведомленность в нормативно-правовых вопросах реабилитации и абилитации (52%).

Данная ситуация обуславливает необходимость психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с протезом верхних конечностей. Выбор стратегии психолого-педагогического сопровождения семьи определяется запросом, возможностями и позицией родителей ребенка-инвалида, структурой и тяжестью нарушений развития ребенка. Адекватность такого выбора, по утверждению О.В. Юговой, способствует предупреждению возможных отклонений в развитии и повышению педагогической компетентности родителей [1]. Наиболее эффективными моделями психолого-педагогического сопровождения семей являются: краткосрочное сопровождение (1-2 встречи и обеспечение методическим и информационным материалом), длительное сопровождение в амбулаторных условиях (проведение занятий с ребенком и родителями, консультирование членов семей (10–15 встреч), дистанционное сопровождение (проведение консультирования, решение вновь возникших проблем, дистанционные занятия со специалистами).

Выводы. Применение данных технологий позволило повысить родительскую компетентность у 85% родителей, что свидетельствует о необходимости их широкого внедрения в практику.

Список литературы

Югова О.В. Вариативные стратегии раннего психолого-педагогического сопровождения ребенка с отклонениями в развитии и его семьи: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Югова Олеся Вячеславовна. – М., 2012. – 161 с.

ПОВЫШЕНИЕ КОМПЕТЕНЦИИ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, ПО ВОПРОСАМ ПОДГОТОВКИ ДЕТЕЙ К ОСОЗНАННОМУ ВЫБОРУ ПРОФЕССИИ И ФОРМИРОВАНИЮ МОТИВАЦИИ НА ТРУДОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Струкова О.Г., Морозова Е.В., Жукова Е.В., Барышова А.Н., Петрова К.А.

ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, г. Москва

Актуальность. Проблема трудоустройства инвалидов в Российской Федерации на сегодняшний момент остается достаточно острой. По данным ФГИС «ФРИ», на 01.06.2021 года трудоустроено только 26,37% инвалидов трудоспособного возраста. Одной из причин сложившейся ситуации является низкая мотивированность молодых инвалидов на трудоустройство, а также недостаточная компетентность родителей в этих вопросах.

Цель. Разработать и апробировать программы повышения компетенции родителей по вопросам подготовки детей к осознанному выбору профессий.

Материалы и методы. В исследовании использовался метод анкетирования (авторская разработка) и беседы с родителями, воспитывающими ребенка-инвалида.

Результаты. Исследование, проведенное Федеральным центром научно-методического и методологического обеспечения системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, в период 2016–2019 годов среди детей-инвалидов и их родителей, проходивших лечение в Клинике ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, показало, что из 421 ребенка в возрасте 14–17,5 лет у 60% детей-инвалидов сформированы неадекватные профессиональные интересы (например, ребенок в возрасте 17 лет с ДЦП, с выраженными нарушениями статодинамических функций планировал стать водителем грузового автомобиля, при этом мама ребенка активно поддерживала его выбор). Низкая готовность к трудовой деятельности также наблюдалась у 50% детей-инвалидов, при активной поддержке родителями (в основном матерями) такой позиции («куда ему работать»).

По результатам анкетирования 200 родителей, у 68% выявляется низкий уровень компетенции по подготовке детей к выбору профессии. Данное исследование сопоставимо по результатам с исследованием, проводимым в 2010 году Н.Б. Шабалиной, Е.В. Морозовой, А.Г. Герсамией [1]. С целью повышения компетенций родителей по вопросам подготовки детей-инвалидов к осознанному выбору профессии был обобщен опыт работы с родителями и разработана программа повышения компетенции родителей, воспитывающих детей с инвалидностью, по вопросам формирования адекватного выбора профессии детьми-инвалидами и их мотивации на трудовую деятельность. Большое внимание в данной работе уделяется диагностическому аспекту, включающего анализ типа семейного воспитания, определение родительского отношения к данной проблеме, а также представлены методы работы с родителями (психологического и

психотерапевтического консультирования, психокоррекционные, обучающие, информационно-просветительские методы). Реализация программы способствует как повышению родительской компетенции по данному вопросу (у 85% респондентов), так и формированию у детей-инвалидов осознанного и адекватного выбора профессии (75% детей-инвалидов).

Выводы. В качестве основных факторов, препятствующих формированию у детей-инвалидов адекватных профессиональных интересов и мотивации на трудовую деятельность, определены следующие: отсутствие системы профориентационной работы с детьми-инвалидами и их семьями, ориентирующей на выбор профессий с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности; низкая компетентность семей, воспитывающих детей-инвалидов, в вопросах профориентации и мотивации на трудовую деятельность. Реализация программ, направленных на повышение родительских компетенций, способствует эффективному профессиональному самоопределению детей-инвалидов.

Список литературы

Морозова Е.В. Основные направления психологической помощи семьям с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Методические рекомендации (Издано в рамках взаимодействия с Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, для проекта «Медико-социальная реабилитация детей с ортопедическими заболеваниями, детей-инвалидов и их семей») / Н.Б. Шабалина, Е.В. Морозова, А.Г. Герсамия. – М., 2010. – 40 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ИНВАЛИДНОСТЬЮ С ДЦП

Струкова О.Г., Морозова Е.В., Жукова Е.В., Барышова А.Н., Петрова К.А.

ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, г. Москва

Актуальность. Одной из составляющих реабилитационного потенциала является приверженность (комплаентность) законного представителя и/или ребенка к лечению как один из «факторов риска возникновения осложнений и факторов среды обитания, ограничивающих (способствующих) проведение(ю) реабилитационных мероприятий» [1]. Вместе с тем, изучение приверженности в контексте реабилитации на данном этапе является наименее разработанным направлением, по сравнению с проблемой приверженности в контексте комплаентного поведения, что позволяет возвести ее в ранг актуальной и востребованной.

Цель. Научно обосновать определение «реабилитационная приверженность семьи, воспитывающей ребенка с инвалидностью», разработать и апробировать диагностический инструментарий для ее оценки.

Материалы и методы. Анализ научной литературы, разработка и апробация анкеты «Реабилитационная приверженность семьи» с семьями, воспитывающими детей с инвалидностью с ДЦП.

Результаты. Анализ имеющейся научной литературы [2] и нормативно-правовых документов позволил обобщить и сформулировать следующее определение приверженности семьи в контексте реабилитации ребенка с инвалидностью. Под реабилитационной приверженностью семьи, воспитывающей ребенка с инвалидностью, следует понимать психологическую направленность родителей на реализацию всего комплекса (ре)абилитационных мероприятий как

медицинского, так и социального характера (включая социально-бытовую, социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую, социокультурную, профессиональную реабилитацию и абилитацию, физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт).

Специалистами Федерального центра научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (далее – ФЦКР) были разработаны и апробированы на базе клиники ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России анкеты по выявлению приверженности семьи, воспитывающей ребенка с инвалидностью с ДЦП, к реабилитации. Данные анкеты нацелены на выявление направленности родителей на комплексную реабилитацию и социализацию детей с ДЦП, понимание степени личной родительской ответственности, необходимой для повышения эффективности реабилитационного процесса в целом.

Результаты анкетирования родителей, воспитывающих детей-инвалидов с ДЦП (обследовано 112 человек) позволяют констатировать различную степень сформированности реабилитационной приверженности семьи. У 65% родителей сформирована активная мотивация на комплексную реабилитацию и социализацию ребенка, несмотря на имеющиеся выраженные нарушения развития. При этом 35% родителей, проявляя пессимистический настрой в отношении значимости собственных усилий на реабилитацию и социализацию ребенка с ДЦП, готовы придерживаться рекомендаций специалистов и получать не только реабилитацию курсами, но и заниматься с ребенком дома самостоятельно. 20% родителей признают значимость только медицинской реабилитации, отвергая значение социальной и профессиональной. 15% родителей отмечают, что реабилитацию они проходят впервые и больше проходить не планируют, так как, по их мнению, «это бесполезно». В этой связи изучение реабилитационной приверженности семьи поможет скорректировать родительские установки и организовать работу по активизации родителей на реабилитацию ребенка.

Выводы. Данный методический подход по выявлению приверженности родителей к реабилитации имеет высокую прикладную значимость для своевременного выявления факторов риска социально-психологической дезадаптации семьи, связанных с недостаточностью родительских усилий и вовлеченности в успешное решение актуальных для ребенка (ре)абилитационных задач.

Список литературы

1. Приказ Минздрава России от 23.10.2019 № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей».
2. Морозова Е.В. Влияние субъективного отношения к инвалидности на приверженность к реабилитации / Е.В. Морозова, С.В. Шмелева // Ученые записки Российского Государственного социального университета. – 2011. – № 7. – С. 58–62.

СУЩНОСТЬ И ЗНАЧЕНИЕ ИГРЫ В РАЗВИТИИ РЕБЕНКА С ОВЗ

Тарасова Н.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Игровая педагогика – направление в педагогической науке, которое рассматривает игру как ведущий метод воспитания и обучения детей дошкольного и младшего школьного возрастов. Согласно этой концепции, опора на игровую деятельность, игровые формы, приемы – это важнейший путь включения

детей в учебную деятельность, способ обеспечения эмоционального отклика на воспитательные воздействия и нормальные условия жизни. Роль игры в воспитании и обучении детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) очевидна, так как с ее помощью можно успешно корректировать и развивать важнейшие психические свойства, а также личностные качества ребенка (социальное взаимодействие, самостоятельность, ответственность, активность и пр.), физические и творческие способности.

В последние годы появилась тенденция интеллектуализировать игру, то есть превращать все игры ребенка в дидактические занятия и упражнения, в которых отрабатываются различные мыслительные операции и речевые навыки. Такие занятия с ребенком необходимы, однако нельзя допускать, чтобы из детства исчезла игра. В большинстве случаев ребенок с ограниченными возможностями отличается от детей, которые развиваются в норме. Поэтому игры для таких детей имеют свои особенности. Специально подобранные игры позволяют детям приобретать эмоциональный и социальный опыт, получать новые знания через творчество, формировать предпосылки к учебной деятельности, совершенствовать приобретенные навыки и умения.

Функции игровой деятельности: диагностическая, коррекционная, развлекательная, коммуникативная, развивающая, психологическая, релаксационная. У каждого ребенка есть повышенный интерес к определенной деятельности. Игру необходимо строить именно через этот повышенный интерес, сконцентрировать внимание на тех занятиях, которые захватывают ребенка. Таким образом, как специалисты, стремящиеся быть в курсе последних научных достижений, мы рады поделиться информацией со всеми, кто как-либо причастен к коррекционной работе: семьей, учителями и воспитателями, дефектологами, логопедами и психологами.

Цель. Мы предоставляем общие сведения, необходимые родителям детей с ОВЗ. Изложенные сведения, как мы надеемся, помогут педагогам и родителям таких детей обеспечить им надлежащее сопровождение.

Материалы и методы. В настоящую работу включены данные литературы, описывающие исследования влияния игры на развитие детей с ОВЗ.

Результаты. Игра формирует личность ребенка. Первые представления о мире, вещах и явлениях приходят к ребенку через движения его глаз, языка, рук, через перемещение в пространстве, через взаимодействие с игрушками. Чем более разнообразная информация поступает в его мозг, тем интенсивнее протекает его интеллектуальное и психическое развитие. Для обучения через игру созданы подвижные и дидактические игры. Главная их особенность состоит в том, что задание предлагается детям в игровой форме.

Выводы. Дети с ОВЗ нуждаются в разнообразной развивающей помощи. Существует ряд подходов к обучению таких детей различным играм. Стратегия вмешательства должна быть четко спланирована и точно соответствовать потребностям и возможностям, а также долгосрочному плану и поставленным целям.

Список литературы

1. Бабкина Н.В. Интеллектуальное развитие младших школьников с задержкой психического развития: Пособие для школьного психолога. – М.: Школьная пресса, 2006. – 80 с.
2. Тихомирова Л.Ф. Познавательные способности. Дети 5–7 лет. – М.: Академия развития, 2000. – 144 с.
3. Волина В.В. Учимся играя. – М.: Новая школа, 1994. – 448 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОЙ БАКЛОФЕНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Тимершин А.Г., Крещенок Д.В.

ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», г. Уфа, республика Башкортостан

Актуальность. Синдром спастичности встречается при ряде тяжелых неврологических заболеваний, таких как детский церебральный паралич (ДЦП), рассеянный склероз, последствия ОНМК, травм головного и спинного мозга. Спастичность мышц приводит к ограничению объема активных и пассивных движений и затрудняет реабилитационное лечение. В дальнейшем спастичность приводит к формированию миогенных, а затем и фиксированных контрактур, что приводит к грубой деформации опорно-двигательного аппарата [1, 2, 3].

Материалы и методы. В настоящее время в Республике Башкортостан, по статистическим данным, более 3000 детей, страдающих ДЦП. Количество таких пациентов только увеличивается в связи с возрастанием количества детей с недоношенностью. Нуждающихся в интратекальной баклофеновой терапии, по нашим подсчетам, не менее 300. В РБ ИТВ стали возможны за счет квот по программе ВМП.

Результаты. Отбор пациентов: тяжелая не фокальная спастичность, ухудшающая качество жизни; недостаточный ответ на физиотерапию и пероральный прием лекарств и/или непереносимые проявления побочных действий от приема лекарств в терапевтических дозах; пациент должен иметь достаточную массу тела для имплантации помпы; пациент/опекун должен быть способен понять суть процедуры, заранее сформулированные, записанные, согласованные, детализированные и реалистичные цели лечения; желание пациента/опекуна сотрудничать с врачом в долгосрочном периоде, необходимом для поддержания ИТВ-терапии; наличие информированного согласия пациента/опекуна [4, 5, 6, 7]. Заправка помпы в РБ осуществляется следующим образом: для детей в условиях РДКБ, для взрослых в РКБ, больному бесплатно, за счет средств ОМС РБ (оплата стоимости набора для заправки и препарата лиорезал), согласно тарифному соглашению с ТФОМС, проводится заправка лиорезалом. Если для заправки требуется общая анестезия, ребенок госпитализируется в отделение. Осложнения: миграция спинального катетера – 1 случай, симптомы передозировки препарата – 2 случая (в связи с некорректной работой помпы), перегиб катетера – 1 случай.

Выводы. Таким образом, интратекальная баклофеновая терапия улучшает качество жизни пациента с тяжелыми спастическими синдромами при детском церебральном параличе.

Список литературы

1. Хроническая интратекальная терапия баклофеном у пациентов с тяжелой спастичностью. А.В. Декопов, В.А. Шабалов. Новые технологии. Бюллетень Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений № 1/2012.
2. Декопов А.В. и др. Дифференцированный подход к хирургическому лечению спастичности при ДЦП // Матер. 5-го съезда нейрохирургов. – Уфа, 2009. – С. 359–360.
3. Шабалов В.А. и др. // Детская и подростковая реабилитация. – 2008. – № 2(11). – С. 5.
4. Decq P. et al. // Oper. Tech. Neurosurg. 2004. V. 7. P. 136.
5. Gilmartin R. et al. // J. ChildNeurol. 2000. V. 15. P. 71.

6. 13. Kopell B., Sala D. // Neurosurgery. 2001. V. 49. P. 753.
7. Dario A. // Neuromodulation. 2005. V. 8. P. 36.

ВАРИАНТЫ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РАЗВИТИЯ РЕЧИ

Тимошкина А.С.¹, Кислякова Е.А.¹, Малькова Т.В.²

¹ *Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск, Смоленская область*

² *МБОУ «ЦДО № 1» ТПМПК № 1, г. Смоленск, Смоленская область*

Актуальность. Ведущую роль в генезе нарушений речевого развития играют нейробиологические факторы, в том числе раннее органическое повреждение ЦНС в связи с перинатальной патологией, генетической предрасположенностью, и внутриутробные инфекции, которые у ряда пациентов могут сочетаться. Перенесенные в раннем возрасте поражения ЦНС негативно влияют как на речевое развитие, так и на соматическое здоровье ребенка. Речь и ее развитие могут страдать при различных заболеваниях, затрагивающих специализированные центры в доминантном полушарии мозга и их формирующиеся связи [1]. В настоящее время количество детей, имеющих различные расстройства речевого развития, прогрессивно увеличивается.

Цель. Выявление наиболее частых вариантов соматической патологии у детей с нарушением развития речи.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) № 1 г. Смоленска и на кафедре неврологии и нейрохирургии СГМУ. В исследование были включены 45 детей с нарушениями речи в возрасте от 5 до 10 лет, из них 10 девочек и 35 мальчиков. Материалом исследования являлись заключения детских ПМПК и заключения осмотров, предоставленные врачом-неврологом. Был проведен анализ результатов осмотра такими специалистами, как ортодонт, ортопед, офтальмолог, оториноларинголог, кардиолог.

Результаты. В исследуемой группе у 57% детей наблюдается дизартрия; 19% – общее недоразвитие речи (ОНР); 8,5% – алалия; 6,4% – дислалия; 6,4% – эхолалия; 2,1% – заикание. Анализируя заключения узких специалистов, было выявлено, что 35,6% детей с нарушением речи наблюдаются у кардиолога; 26,7% у ортодонта; 20% у оториноларинголога; 17,8% у ортопеда и 8,9% у офтальмолога. 9% детей находятся на учете сразу у нескольких специалистов. Отмечается, что у кардиолога основной причиной наблюдения являются врожденные пороки сердца, такие как: МААС – 28,9%; ДМЖП – 6,7%; ДМПП – 2,2%. У ортодонта на диспансерном учете находятся дети с короткой уздечкой языка – 13,3% и нарушением прикуса – 13,3%. Оториноларинголог наблюдает детей с нейросенсорной тугоухостью – 11,1% и аденоидными вегетациями – 8,9%. Со стороны ортопедической патологии основные диагнозы: плоскостопие – 8,9%, варусное или вальгусное искривление стоп – 8,9%. У офтальмолога наблюдаются дети с микрофтальмией – 4,4%; врожденной ретинопатией и атрофией зрительного нерва – по 2,2%.

Выводы. В ходе исследования было выявлено, что 100% детей имеют какую-либо соматическую патологию, которая могла стать провоцирующим фактором нарушения развития речи уже с рождения (нейросенсорная тугоухость, врожденная ретинопатия, атрофия зрительного нерва), либо повлиять уже на этапе активного

формирования речи (аденоидные вегетации, короткая уздечка, нарушения прикуса). Своевременное выявление и лечение этих патологий может предотвратить развитие нарушения речи.

Список литературы

Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы: Клинические рекомендации под редакцией Володина Н.Н.; Шкловского В.М. – Стр. 4–6.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Типсина Н.В., Тучак О.Н., Титова Е.Г., Тишкова-Горынина А.В., Маринова В.А., Елизарова А.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. В практике работы с неговорящими детьми различные специалисты (психиатры, неврологи, логопеды, дефектологи, психологи и нейропсихологи) сталкиваются с одной из самых сложных проблем – дифференциальной диагностикой тяжелых речевых нарушений с другими нарушениями развития интеллектуальной и психической сферы.

Цель. Теоретико-методологическое обоснование, определение и апробация коррекционно-педагогических мероприятий, направленных на дифференциальную диагностику системных нарушений речи с другими заболеваниями.

Материалы и методы. Методика дифференциальной диагностики проходила по следующим направлениям:

1. Структурированное наблюдение по определённым параметрам в процессе медико-психолого-педагогического воздействия.
2. Обобщение данных: диагностико-прогностические выводы и принятие решения о направлениях коррекции.
3. Одной из важных задач следящей дифференциальной диагностики является не только констатация состояния и прослеживание до какого уровня развития может быть доведен ребенок, а как он переходит с одного уровня формирования высших психических функций на другой.
4. Анализ результатов является основанием для правильной диагностики и прогноза дальнейшего развития ребенка.

Результаты. Сравнительный анализ приведенных данных исследования достоверно показал обоснованную аргументацию в пользу проведения предложенной системы дифференциальной диагностики в работе с детьми с отсутствием вербальных средств общения в условиях Дневного стационара.

МАТЕРИНСКАЯ ФЕНИЛКЕТОНУРИЯ. ТЕРАТОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПЛОД (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Типсина Н.В., Якименкова Л.В., Уханова А.Н., Чебатура А.Д., Болбикова Е.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Гиперфенилаланинемии – группа аутосомно-рецессивных заболеваний, обусловленных нарушением обмена незаменимой аминокислоты фенилаланина (ФА), поступающей в организм человека с белковой пищей. Гиперфенилаланинемии (ГФА) объединяют несколько генетически гетерогенных форм нарушений обмена ФА, сходных по клиническим признакам. В России, по данным неонатального скрининга, частота ГФА составляет 1:7000. «Материнская фенилкетонурия» – эмбриофетопатия, развивающаяся у плода в результате воздействия продуктов аномального метаболизма беременной женщины с фенилкетонурией при отсутствии диетического лечения. Большинство женщин детородного возраста уже не соблюдают либо не строго соблюдают гипофенилаланиновую диету с применением белковых заменителей, что приводит к повышению уровня ФА в крови. Высокая концентрация этой аминокислоты в крови и околоплодных водах беременной, страдающей ФКУ, обладает серьезным тератогенным воздействием на плод. Данный феномен получил наименование материнской ФКУ. Появление признаков патологии у потомства не зависит от наличия или отсутствия умственной отсталости у женщины и не обусловлено развитием у детей ФКУ. Клинические признаки патологии включают повышенную частоту спонтанных аборт у больных женщин, снижение массы и роста детей при рождении, умственную отсталость, микроцефалию, врожденные пороки сердца, орофациальные расщелины, экстрофию мочевого пузыря. Описаны также лицевые дизморфии: гипертелоризм, широкое переносье.

Цель. Представить редкий клинический случай истории болезни ребенка с диагнозом: Последствие материнской фенилкетонурии. Микроцефалия. Задержка психоречевого развития.

Материалы и методы. Пациент А. Возраст: 2 года 3 месяца.

Результаты. Жалобы при поступлении: задержка психомоторного развития; самостоятельно ходит неуверенно, неустойчивая походка, моторная неловкость; в речи нет слов, отдельные звуки, слоги «ма», «ба»; маленький размер головы, беспокойный сон, эмоциональная лабильность. Из анамнеза: ребёнок от 2-й беременности, от женщины 22 лет, с ФКУ при рождении, соблюдение диеты до 15 лет (1-я беременность в 2017 году, самопроизвольный выкидыш на малом сроке, носитель вируса простого герпеса – лечение, эктопия шейки матки – диатермоэлектрокоагуляция в 2017 году, частичная атрофия зрительного нерва, миопия ср. степени). Беременность протекала с токсикозом, ОРВИ во 2-й половине беременности, с нарушением маточно-плацентарного кровотока в 3-м триместре (амб. лечение – курантил, актовегин, тержинан), с 34 недели – синдром задержки роста плода (стационарное лечение). Беременность на фоне ФКУ без соблюдения диеты, уровень ФА не исследовался. У мамы (со слов) ранее был выставлен, а затем снят в 15 лет диагноз «фенилкетонурия». Во время беременности не обследовалась на фенилаланин, диеты не придерживалась. Роды оперативные, экстренное к/сечение в 34 нед., по причине субкомпенсированной плацентарной недостаточности. Вес при рождении 2000 г, длина 45 см, окр. головы 29 см, окр. груди 30 см, ОША 7/8 баллов.

Состояние после рождения тяжелое за счет дыхательной недостаточности, угнетение ЦНС. ИВЛ 8 часов, далее СРАР. На выхаживании с симптомами

дыхательной недостаточности, угнетения ЦНС. Выписан через 1 месяц с диагнозом: Неонатальная желтуха, в/у пневмония. Гипоксическое поражение ЦНС. ЗВУР 3 ст. по гипопластическому типу. ОИ – морфофункциональная незрелость. Микроцефалия. Врожденная аномалия мозолистого тела (не исключается частичная агенезия по результатам НСГ). Ребенок наблюдался неврологом по месту жительства с диагнозом: Энцефалопатия неуточненная, ППЦНС. Микроцефалия. Задержка психоречевого развития. МРТ головного мозга – МР картина дисгенезии мозолистого тела (признаки частичной гипоплазии), биполушарной частичной лисэнцефалии, резидуальных изменений в белом веществе обеих гемисфер билатерально перинатального гипоксически-ишемического генеза.

Неоднократно проходил реабилитацию в НПЦ ДП, д/с № 5, сентябрь 2020 года – с положительной динамикой: самостоятельно пошел, появились новые звуки в речи, улучшение сна и эмоциональных реакций. Консультация генетика: последствия материнской фенилкетонурии. Микроцефалия. ЗППР. ТМС – данных о наследственных аминокислотах, органических ацидуриях и дефектах митохондриального бета-окисления не выявлено. Расширенный поиск частых мутаций в гене PAH (25 шт.) – у мамы ребенка обнаружен патогенный вариант с.1222C>T (p.Arg408Trp) в гомозиготном состоянии. Диагноз «фенилкетонурия» молекулярно-генетическими методами подтвержден. В неврологическом статусе: голова микроцефальной формы. Гиперсаливация. Мышечный тонус в конечностях дистоничен, с гипертонусом в сгибателях. Тугоподвижность голеностопных суставов. Сухожильные рефлексы с рук оживлены, с ног высокие, с расширением рефлексогенных зон. Единичные клonusы стоп. Рефлекс Бабинского положительный с двух сторон. В положении лёжа на животе голову удерживает, переворачивается. Садится и сидит самостоятельно, с кифозом позвоночника. Ходит самостоятельно неустойчиво, на широкой опоре, с наружной ротацией стоп, периодически недогружая пятки. Стопы плоско-вальгусные. Берет игрушки без интенции с двух сторон. Тазовые функции: показывает, что хочет на горшок. Психический статус: зрительный контакт мимолетный. На обращения реагирует почти всегда. В кабинете интересуется игрушками, вступает в простое игровое взаимодействие, есть элементы ролевой игры. Эмоциональный фон со склонностью к лабильности, возбудимости. Поведение активное, поддается словесной коррекции. Экспрессивная речь – гуление «ма», «ба».

Выводы. Необходимо тщательное изучение генеалогического анамнеза пациента. Рекомендуется консультирование девочек подросткового возраста и женщин, страдающих ГФА, по вопросу планирования семьи с целью предупреждения рождения ребенка с синдромом «материнской фенилкетонурии», беременной с ГФА строгие диетические ограничения поступления ФА с пищей с целью профилактики патологии плода. Своевременная диагностика и постановка диагноза способствуют уточнению прогноза заболевания, комплексному подходу к реабилитации, оценке риска повторного рождения ребенка с данным заболеванием в семье при планировании беременности.

КОНСТРУКТОРЫ КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) И МОТИВАЦИИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ ДВИЖЕНИЙ

Титова С.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. В современных условиях пандемии и ограниченных возможностей использования психолого-педагогических средств реабилитации, мотивации и развития детей с детским церебральным параличом и другими нарушениями движений, с учётом соблюдения особых санитарно-эпидемиологических мероприятий эффективно показали себя все виды конструкторов из пластмассы, легко поддающихся обработке. Отечественные психологи и педагоги Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, В.Т. Кудрявцев, Н.Н. Поддьяков, М.М. Безруких, Л.А. Парамонова отмечают, что умственные способности ребёнка начинают формироваться не сами собой, а в процессе его деятельности (как общей двигательной-моторной, так и мелкой моторики). Развитие рук находится в тесной связи с развитием речи и мышления.

Цель. Оценить эффективность, вариативность, заменяемость использования разнообразных конструкторов в реабилитации (абилитации) и мотивации госпитализированных с детским церебральным параличом (ДЦП) и другими нарушениями движений.

Материалы и методы. Основными материалами являются видовое разнообразие пластмассовых и прорезиненных конструкторов, имеющихся в копилке центра и педагогов. Используемые методы: практический, игровой, наглядно-действенный и словесный как в качестве основного, так и интеграция методов в разнообразных комбинациях.

Результаты. Многообразие конструкторов позволяет заменить практически большую часть бумажных дидактических и игровых пособий. При этом эффективность в разы превосходит другие игры, потому что при взаимодействии с ними ребенок всегда активен, легко мотивируется, а иногда и совсем не нуждается в мотивации к деятельности. Взрослому или ребёнку достаточно выложить на стол «кучку деталей», и появляется желание творить. Данная деятельность плавно переходит в игру, а при внесении пластмассовых игрушек, зверюшек, человечков, машин и других конструкторов, обогащается и позволяет развиваться диалогическому общению с детьми, играющими рядом. Таким образом, совершенствуются коммуникативные навыки, навыки работы в команде (умение договориться, попросить, предложить, помочь, эмпатия и др.), креативные качества, пространственный анализ и синтез, активизируется и развивается познавательная деятельность (речь, мышление, воображение, внимание, восприятие, память), ребёнок не только развивается, но и обучается.

Конструирование – это одна из специфических детских видов деятельности от 3 до 8 лет (норма) и старше для отдельной категории детей с ОВЗ. С помощью конструирования у детей с детским церебральным параличом и другими нарушениями движений можно развивать как мелкую, так и крупную моторику, а следовательно, обеспечить активность деятельности мозга, всех его сенсорных зон. Конструкторы никогда не надоедают детям, видовое разнообразие позволяет выбрать самый «привлекательный». Каждый раз из одного и того же можно сделать что-то другое, а можно скомбинировать с другим конструктором, и получится совсем иной продукт. Если играть в настольно-печатные игры один, два, три раза – итоговый результат всегда один и тот же, детям быстро надоедает, интерес падает.

По результатам исследования, при работе с конструкторами мотивационных проблем никогда не возникало, каждый раз виден результат – продукт детской деятельности, всегда отличный от других, что позволяет полноценно осуществлять амплификацию развития пациента в условиях госпитализации.

Выводы. Конструкторы являются эффективным средством реабилитации (абилитации) пациентов и позволяют достичь амплификации развития каждого ребенка всегда в положительной динамике. С учетом реализации федеральных государственных образовательных стандартов дошкольного образования позволяют развивать ребёнка во всех пяти областях – познавательной, речевой, социально-коммуникативной, художественно-эстетической и физической.

Список литературы

1. Безруких М.М., Фарбер Д.А. Развитие мозга и формирование познавательной деятельности ребёнка. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: МОДЭК, 2009.
2. Безруких М.М., Филиппова Т.А. Программа дошкольного образования «Ступеньки к школе» – М.: Дрофа. – Серия «Ступеньки к школе», 2018.
3. Парамонова Л.А. Теория и методика творческого конструирования в детском саду: Учеб. пособие студентов высших учебных заведений – М.: Издательский центр «Академия», 2002.
4. Поддьяков Н.Н. Психическое развитие и саморазвитие ребёнка-дошкольника. Ближние и дальние горизонты. – СПб.: Издательство «Образовательные проекты», 2021.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ОТ 3 ДО 6 ЛЕТ С ПАТОЛОГИЕЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Фетисова А.В., Соколова Н.П., Раков Д.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Развитие дыхания – один из первых и очень важных этапов коррекционного воздействия на детей с нарушениями речи независимо от речевого дефекта. Цель дыхательной гимнастики: увеличить объем дыхания, нормализовать его ритм, выработать плавный, длительный, экономный выдох. Дыхательные упражнения позволяют развить сильную воздушную струю, которая необходима для правильной речи. Дыхание влияет на звукопроизношение, артикуляцию и развитие голоса. Регулярные занятия дыхательной гимнастикой способствуют воспитанию правильного речевого дыхания с удлинённым, постепенным выдохом, что позволяет получить запас воздуха для произнесения различных по длине речевых отрезков.

Цель. Определение эффективности применения дыхательной гимнастики для лечения детей от 3 до 6 лет с патологией речевого развития.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кабинета лечебной физкультуры Дневного стационара № 1. Дыхательная гимнастика была включена в реабилитацию 10 детей от 3 до 6 лет с речевыми нарушениями, госпитализированных с марта по май 2021 включительно. В гимнастике использовались упражнения для развития диафрагмального дыхания, улучшения координации дыхательных фаз, в частности, для удлинения фазы выдоха, а именно 5 упражнений в игровой форме: 1. «Сдуваем снежинку»; 2. «Нырять»; 3. «Шторм» («Пузырьки»); 4. «Футбол» 5. «Дыхание животом». Дыхательная гимнастика проводилась ежедневно, каждый ребенок получил по 10 сеансов. Для определения эффективности данной дыхательной гимнастики использовались следующие

показатели: быстрота сдувания ватного шарика с плеча (из упр. 1), число счета при задержке дыхания (из упр. 2), быстрота переключения ребенка с медленного выдыхания через трубочку в воду на быстрое выдыхание (из упр. 3), количество выдохов, необходимое для забивания шарика в ворота (из упр. 4), сохранение игрушки на животе при диафрагмальном дыхании (из упр. 5).

Результаты. К концу курса в 10 сеансов у всех детей в разной степени увеличивались показатели силы выдоха, время задержки дыхания, улучшалась координация при переключении с медленного выдоха на быстрый, углублялось диафрагмальное дыхание и улучшалась его координация. Дополнительно родители отмечали увеличение активности в освоении речевых навыков и улучшение эмоционального фона находящихся на реабилитации детей.

Выводы. Дыхательная гимнастика является достаточно эффективным методом воздействия, используемым для улучшения речевой функции у детей в возрасте от 3 до 6 лет с патологией речевого развития.

Список литературы

1. Речевые нарушения у детей. Под редакцией Л.С. Чутко, О.В. Елецкой.
2. Коновалова Н.Г., Корниенко Л.В. Дыхательная гимнастика для детей дошкольного и школьного возраста. ФГОС ДО.
3. Робертс Л. Научите ребенка медитации: 70 простых и веселых упражнений, которые помогут детям снять стресс и расслабиться.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ (ТКМП) У ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ 5/6 В 2017–2021 ГОДАХ

Филиппова Т.Н., Типсина Н.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. В последние годы в Российской Федерации значительно выросло число детей, которые к началу обучения в школе нуждаются в дополнительных корректирующих мероприятиях в связи с общими нарушениями речи (по разным данным, 25–30% случаев). Количество инвалидов детства за последние пять лет в Российской Федерации возросло на 100 тысяч человек. В структуре детской инвалидности: 30–40% составляют психические заболевания и умственная отсталость; 24% – врожденные аномалии; 8% – неврологические заболевания. Для помощи таким детям большое значение принимают эффективные технологии реабилитации, зарекомендовавших себя в последние несколько десятилетий. К ним относятся ТКМП – лечебный метод, позволяющий изменить функциональное состояние различных звеньев ЦНС под действием постоянного тока силой до 1 мА (подростки – до 0,25 мА, дети – до 0,05 мА). За счет ТКМП меняется состояние нейтронов речевых зон, двигательных зон, нейтронов слуховых и зрительных анализаторов и нейтронов, отвечающих за тонус мышц и чувствительность.

Цель. Оценить эффективность применения ТКМП в лечении детей с патологией центральной нервной системы.

Материалы и методы. За период с сентября 2017 года по сентябрь 2021 года в дневных стационарах № 5 и 6 с использованием ТКМП пролечено 183 ребенка в возрасте от 1 года 11 мес. до 18 лет. Структура пролеченных заболеваний: другие нарушения развития (задержка психоречевого развития) F84.8 – 96 человек (52,4%). ДЦП G 80.1 – 12 человек (6,5%), тики F 95 – 6 человек (3,3%), умственная отсталость

F 70.0 – 8 человек (4,4%), расстройство экспрессивной речи F 80.1 – 15 человек (8,5%), смешанное расстройство поведения и эмоций F 92.9 – 7 человек (3,8%), аутизм F 84.0 – 20 человек (10,9%), синдром дефицита внимания с гиперактивностью F 90.0 – 8 человек (4,4%), логоневроз F 98,5 – 5 человек (2,9%), генетические заболевания – 5 человек (2,9%). Применялись аппараты «Полярис-Реамед» и «Магنون». Электроды накладывались над соответствующими зонами мозга – фронтальной, височной, моторной; трансвертебрально по выбранным методикам. Чаще всего ставились задачи: улучшение речи, памяти, внимания; уменьшение тиков, гиперактивности, спастики.

Результаты. У 112 детей (61,2%) было улучшение: увеличение словарного запаса, появление фразовой речи, уменьшение тиков и заикания, снижение спастики. У детей с аутизмом – появление новых слов и осознанных действий. У 52 детей (28,6%) значительное улучшение: увеличение словарного запаса, построение сложных предложений, решение задач на логику. У 25 детей (10,2%) – незначительное улучшение: появление нескольких новых слов, немного меньше заикание и тики. Ухудшения мы не наблюдали ни у одного ребенка, но у большинства детей отмечалось обострение проявлений имеющихся заболеваний на второй – пятой процедуре – усиление гиперактивности, заикания и тиков. Эти симптомы длились несколько дней и прекращались до конца курса у всех детей. Лучшую эффективность (значительное улучшение) показали дети с основным диагнозом: другие нарушения развития (F 84,8 – задержка психоречевого развития); а незначительную – дети с ДЦП, генетическими заболеваниями и аутизмом.

Выводы. ТКМП – эффективный метод лечения детей с психоневрологической патологией. Лучший результат отмечается у детей с основным диагнозом: задержка психоречевого развития. Отмечается ускорение формирования правильных речевых навыков, активизации памяти и внимания, гармонизация процессов возбуждения-торможения. ТКМП стоит включать в программу реабилитации детей с заболеваниями ЦНС, так как в большинстве случаев результат будет положительным.

Список литературы

1. Шелякин А.М., Преображенская И.Г., Богданов О.В. Микрополяризационная терапия в детской неврологии.
2. Международная классификация болезней 10-го пересмотра.
3. Гуляев В.Ю., Матвеев В.Л. Трансцеребральная электротерапия. Классические и современные технологии.

ОПЫТ ГБУСО МО «КЦСОР «ОПТИМИСТ» ПО СОЗДАНИЮ И РАБОТЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ «МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»

Химченко Ю.В.

ГБУСО МО «Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации «Оптимист», г. Сергиев Посад, Московская область

Актуальность данной работы в том, чтобы обеспечить потребность детей-инвалидов, не имеющих возможности посещать учреждения социального обслуживания и реабилитации в связи со сложным заболеванием, новой формой социальной реабилитации на дому. Одним из первых учреждений, внедривших такую работу, стал Сергиево-Посадский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Оптимист», в котором с 01.04.2013

организована выездная работа по социальной реабилитации на дому детей-инвалидов. Дети, проживающие в Сергиево-Посадском районе, получили возможность пройти курс реабилитации наравне с детьми, которые в состоянии посещать учреждение. В 2020 году, в условиях пандемии, вырос запрос на оказание помощи на дому. В ответ на жизненные вызовы стационарозамещающие технологии приобретают особую актуальность.

Стационарозамещающие технологии – это комплекс мер, направленных на социальное обслуживание, социальную поддержку граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации [1]. В 2021 году на встрече работников социальных организаций Московской области Председатель Правительства РФ Михаил Мишустин поручил Министерству труда и социальной защиты и Министерству здравоохранения: «вместе проработать, посмотреть, как можно распространить такой опыт – домашний микрореабилитационный центр, как технологию, на всю страну» [2]. В 2020 году при сотрудничестве с Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в целях реализации гранта на осуществление комплекса мер по оказанию поддержки детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, учреждением был разработан проект «В центре дома».

Проект «В центре дома» – победитель конкурсного отбора инфраструктурных проектов по созданию специализированных социальных служб, оказывающих помощь детям и семьям с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации. Проект финансируется Фондом помощи детям, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, по программе Фонда «Моя семья». Уникальность Проекта состоит в том, что работа с семьей, воспитывающей ребенка-инвалида, дополняется дистанционной работой. Реабилитация ребенка, под постоянным руководством куратора и с использованием реабилитационного оборудования и инвентаря, предоставляемого учреждением, продолжается непрерывно. Основная идея проекта выросла из современной реальности – на протяжении многих лет работы специалистами центра отмечен повышенный спрос на реабилитацию и абилитацию детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья на дому. Проект по созданию социальной службы «Микрореабилитационный центр» направлен на расширение доступа к социальным услугам для семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе проживающих в отдалённых районах, не имеющих возможности посещения учреждения.

Цель проекта – организация реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, создание благоприятных условий и равных возможностей для обеспечения их прав на образование, всестороннее развитие и самореализацию, успешная интеграция их в жизнь общества. В рамках проекта реализуется вовлечение родителей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, в качестве участников реабилитационного процесса, расширение их воспитательных и реабилитационных возможностей, в том числе через проведение онлайн-консультаций.

Материалы и методы. Проект «Микрореабилитационный центр» – это непрерывная реабилитация в течение 1 месяца, состоящая из 4 функциональных недель, которые имеют свое тематическое наполнение (неделя сенсорных компетенций; неделя кинестетических компетенций; неделя компетенций по питанию и неделя нейрокоррекции). Ежедневно родители получают вводную информацию в режиме онлайн-консультирования: теоретические подборки, действующие методики. В конце дня родитель заполняет электронный дневник по проделанной работе (форма заполняется посредством Google-конструктора), при этом специалисты учреждения и кураторы процесса реабилитации ежедневно получают информацию о том, как усвоена информация. Для успешного освоения методик проекта на

реабилитационный курс семья получает оборудование, необходимое для занятий дома (физиооборудование, развивающие пособия, в том числе пособия с использованием мультимедийного оборудования; сенсорные пособия).

Результаты. Разработка и создание службы «Микрореабилитационный центр» приведет к увеличению численности семей, числа детей-инвалидов, получивших помощь на базе микрореабилитационных центров; увеличению числа детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, у которых улучшились показатели развития в ходе реализации индивидуально ориентированных программ на базе микрореабилитационного центра; увеличению объема реабилитационных услуг, оказанных в домашних условиях семьям, воспитывающим детей с инвалидностью; увеличению количества родителей, прошедших обучение по вопросам реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, их воспитания, развивающего ухода и другим вопросам.

Список литературы

1. Методические рекомендации для сотрудников Центра по реализации стационарозамещающих технологий и программ. Балашов. Государственное автономное учреждение Саратовской области «Комплексный центр социального обслуживания населения Балашовского района» – 2018. – С. 6.

2. Новостной портал – Правительство России, (г. Дмитров, июнь 2021 года) – <http://government.ru/news/42443/>.

СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИИ РАВНОВЕСИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Хрёкин Д.О., Матвеев Ю.А.

ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, г. Москва

Актуальность. Стабилометрия как метод исследования в клинической практике приобретает все большее распространение, так как изучаемые параметры – основная стойка, смещение по фронтальной и сагиттальной плоскостям и др. – отражают регуляторные процессы и функциональное состояние многих систем организма: опорно-двигательного аппарата, нервной, вестибулярной, зрительной, проприорецептивной и др. При этом получаемые данные очень чувствительны и обладают как диагностической, так и прогностической ценностью. Понятно, что этот метод особенно востребован в реабилитологии и при реабилитации детей ДЦП.

Цель. Выявить степень выраженности постуральных расстройств у детей при различных формах ДЦП для последующей коррекции.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие дети в возрасте от 5 до 8 лет с ДЦП. Исследовалось состояние устойчивости с закрытыми и открытыми глазами в тесте Ромберга на АПК «Стабилан – 01-2». Выявлены значительные отклонения измеряемых показателей по сравнению с нормой, в частности, зафиксированы смещения во фронтальной плоскости с открытыми глазами влево – на 13,35 мм, вправо – на 38,8 мм; с закрытыми глазами, соответственно, влево – на 29,2 мм, вправо – на 8,43 мм. Далее выявлены смещения в сагиттальной плоскости: с открытыми глазами влево – на 6,6 мм, вперед – на 30,5 мм; с закрытыми глазами смещения составили, в частности, назад – 6,8 мм, вперед – 14,4 мм. Полученные данные позволили провести соответствующие коррекции при осуществлении комплексных реабилитационных мероприятий, в основе которых применялись активные физические упражнения с применением Тренажера Гросса, массаж и ЛФК.

Выводы. 1. По сравнению с исходными данными в результате осуществления реабилитационных мероприятий у детей в обследованных группах получены данные, свидетельствующие об улучшении статокINETической устойчивости и координационных способностей при передвижении в пространстве. 2. Полученные результаты характеризуют метод стабилотметрии как один из информативных и объективных способов оценки эффективности проводимой физической реабилитации.

Список литературы

1. Давыдов О.Д., Монтиле А.И., Марчук Ю.В., Монтиле А.А. Определение индивидуальных особенностей процесса удержания равновесия у больных ДЦП по результатам стабилотметрического тестирования / Бюллетень сибирской медицины. – 2014. – Том 13. – № 5. – С. 20–27.

2. Сологуб Е.Г., Яворский А.Б., Кобрин В.И. Значение зрительного анализатора в контроле позы стояния у лиц со спастической формой ДЦП при ношении костюма «Адель» // Авиакосмическая экологическая медицина. – 1996. – № 30(6). – С. 8–13.

СПАСТИЧЕСКАЯ ПАРАПЛЕГИЯ ТИП 54 – ГЕНОКОПИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Чебаненко Н.В.¹, Зыков В.П.¹, Шулешко О.В.², Вихарева Е.В.¹

¹ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Москва

² ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой» ДЗ г. Москвы

Актуальность. Наследственные спастические параплегии (СПГ, болезнь Штрюмпеля, синдром Штрюмпеля – Лорена, наследственный спастический паразез [1]) – генетически обусловленное, часто инвалидизирующее заболевание, характеризующееся общим патофизиологическим субстратом (поражением пирамидных путей) и общим клиническим синдромом, проявляющимся прогрессирующим повышением мышечного тонуса в ногах [2]. Распространенность 2–10 человек на 100 000 по разным источникам [3, 4]. С течением времени появляются ранее неописанные мутации при фенотипе СПГ, диагностика и установление диагноза имеют определенные сложности, при том, что окончательный диагноз может быть выставлен только после генетического исследования [5, 6].

Цель. Продемонстрировать редкую генокопию церебрального паралича на примере клинического случая спастической параплегии тип 54.

Материалы и методы. Мальчик 8 лет наблюдался в течение 5 лет (с 2017 года) по настоящее время.

Результаты. Впервые поступил в неврологическое отделение ДГКБ им. З.А. Башляевой с жалобами на тремор и слабость в правой руке, слабость в ногах, нарушение речи, нарушение походки в виде частых падений и ограничения движений в правой ноге. Из анамнеза жизни и заболевания: ребенок от 3-й беременности на фоне токсикоза в 1-м триместре; уреоплазмоза, кольпита во 2-м триместре (антибактериальное лечение); гестоза в 3-м триместре. Роды первые срочные, самопроизвольные в головном предлежании на сроке 39 недель. Масса тела при рождении 3480 г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Родился в тяжелом состоянии за счет ДН на фоне СДР. Находился на лечении в

отделении реанимации новорожденных до 4 суток жизни, на 14 сутки жизни был выписан домой с диагнозом: Внутриутробная пневмония. Внутриутробный конъюнктивит. Инфекция мочевой системы. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Транзиторная внутричерепная гипертензия. ВЖК 1–2 ст.

На первом году жизни ребенок рос и развивался по возрасту: сидит с 4 мес., ходит с поддержкой за ручку с 9 мес. Самостоятельно ходит с 1 года 2 мес., со слов родителей, неустойчиво. С 2015 года выставлен диагноз: детский церебральный паралич (ДЦП), гемипарез справа. По данным ЭНМГ и ЭЭГ, без патологических изменений. Проходил регулярные курсы стационарного лечения и реабилитации, без динамики. В 2017 году при осмотре в ДГКБ им. З.А. Башляевой в неврологическом статусе: интонационный тремор справа, атаксия, нарушение походки по гемипаретическому типу справа. Интеллектуальное развитие соответствует возрасту. МРТ головного мозга от 09.10.2018: нейрональная узловатая гетеротопия в задней стенке левого бокового желудочка, киста вырезки намета мозжечка. По данным ЭЭГ, эпилептической активности не выявлено. Результат ДНК-секвенирования клинического экзона от 25.02.2020: выявлены два редких варианта нуклеотидной последовательности в гене *DDHD2*: в экзоне 16 гена *DDHD2* (chr8:38111172 C>T), приводящий к образованию преждевременного сайта терминации трансляции (p (Gln664Ter), NM_015214.2), в гетерозиготном состоянии; и в экзоне 13 гена *DDHD2* (chr8:38109721G>A), приводящий к миссенс-замене (p.(Met511Ile), NM_015214.2), в гетерозиготном состоянии.

Алгоритмы предсказания патогенности дают противоречивую оценку: DEOGEN2, MVP и REVEL расценивают данный вариант как вероятно нейтральный, в то время как DANN, FATHMM-MKL, M-CAP, MutationAssessor, MutationTaster, PrimateAI и SIFT – как вероятно патогенный. По информации базы данных OMIM, подобные варианты нуклеотидной последовательности в гене *DDHD2* в гомозиготном и компаунд-гетерозиготном состоянии описаны у пациентов с СПГ 54 типа с аутосомно-рецессивным типом наследования (OMIM: 615033). Для подтверждения патогенности выявленных мутаций и установления этиологии заболевания проведено секвенирование по Сенгеру мальчику и родителям. В результате проведения анализа оказалось, что две обнаруженные мутации находятся в транс-положении (на разных хромосомах). То есть одна мутация была унаследована от отца, другая от матери. Таким образом, ребенку выставлен диагноз: Спастическая параплегия с двумя мутациями в гене *DDHD2* в транс-положении, хромосома 8 экзоны 13 и 16. Узловатая нейрональная гетеротопия серого вещества в стенке левого бокового желудочка, киста тенторальной вырезки. Атактический синдром, интенционный тремор справа. Гиперкинетический синдром.

Выводы. ДЦП является фенотипом СПГ, что требует тщательной дифференциальной диагностики [2]. На данный момент специфической терапии СПГ 54 типа не существует [6]. Но определение многообразия генетического кода заболевания может способствовать появлению генной терапии, которая находится в разработке [6, 7, 8].

Список литературы

1. Valyusinsky O. A historical approach to hereditary spastic paraplegia. Rev Neurol (Paris) 2020; 176(4):225-234 doi: 10.1016/j.neurol.2019.11.003.
2. Hedera P., Adam M.P., Erdinger H.H. Erdinger, Pagon R., Wallace S.E., Bean L. J. H., Mirza G., Amemia A. Hereditary Spastic Paraplegia Overview In: GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2021. 2000 Aug 15 [updated 2021 Feb 11]. Affiliations, expand. PMID: 20301682 Bookshelf ID: NBK1509
3. Pennings M., Schouten M. I., van Galen J., Meyer R.P.P., de Bot S. T., Crick M., Saris K. G. J., van den Berg L. H., van Es M. A., Zuidgest D.M.H., Elting M. V., van de Kamp J. M., van Spondonk-Zwarts K. Y., Die-Smulders C, Brilstra E.H, Verschuuren C.C,

de Vries B.B.A, Bruijn J., Sofou K., Duijkers F.A., Jaeger B., Schiving J.H., van de Warrenburg B.P., Kamsteeg E.J. KIF1A variants are a common cause of autosomal dominant hereditary spastic paraplegia. Eur J Hum Genet. 2020;28(1):40-49 doi: 10.1038/s41431-019-0497-z.

4. Murala S., Nagarajan E., Bollu P.C. Hereditary spastic paraplegia Neurol Sci. 2021;42(3):883-894. doi: 10.1007/s10072-020-04981-7.

5. Omidvar M.E., Torkamandi S., Rae S., Alipur B., Amran M.D., Darvish H., Gaedi H. Genotype-phenomenon relationships in the inheritance of rescue paraplegia: a systematic review and meta-analysis of 13,570 patients J Neurol. 2021;268(6):2065-2082. doi: 10.1007/s00415-019-09633-1.

6. Lallemant-Dudek P., Dura Clinical and genetic updates of hereditary spastic paraparesis Rev Neurol (Paris). 2021;177(5):550-556. doi: 10.1016/j.neurol.2020.07.001.

7. McKay-Sim A. Hereditary Spastic Paraplegia: From Genes, Cells and Networks to Novel Pathways for Drug Discovery Brain Sci. 2021;11(3):403. doi: 10.3390/brainsci11030403.

8. Соколов П.Л., Чебаненко Н.В., Зыков В.П., Канивец И.В., Притыко А.Г., Романов П.А. Врожденные церебральные параличи: генетическая природа и нозологическая целостность / Русский журнал детской неврологии. 2020;15(3-4):65-77. [Sokolov P.I., Chebanenko N.V., Zykov V.P., Kanivets I.V., Prityko A.G., Romanov P.A. Congenital cerebral palsy: genetic cause and nosological integrity. Russian Journal of Child Neurology. 2020;15(3-4):65-77. (In Russ.)]. DOI: [10.17650/2073-8803-2020-15-3-4-65-77](https://doi.org/10.17650/2073-8803-2020-15-3-4-65-77).

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ПОКАЗАТЕЛИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Чепурная Л.Ф.

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

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) – сложная полиморфная патология. Двигательные расстройства разной степени выраженности отягощаются задержкой психического развития, умственной отсталостью и речевыми расстройствами. Развитие ребенка в условиях тяжелой патологии влияет на формирование его личности, взаимоотношения с родителями, сверстниками и возможность социальной адаптации.

Цель. Изучить зависимость психоэмоционального состояния больных детей от особенностей отклонений показателей биоэлектрической активности головного мозга.

Материалы и методы. Обследован 31 ребенок со спастическими формами ДЦП, средний возраст детей составил 11,0±0,5 лет. Углубленное обследование психоэмоциональной сферы тестами Айзенка, Доскина (CMAS) и опросник актуальных страхов позволили выявить почти у каждого больного определенный спектр отклонений от нормальных показателей.

Результаты. По данным теста Айзенка выявлено преобладание признаков экстраверсии (61,3%) и высокий уровень нейротизма, что характеризует низкую устойчивость нервной деятельности обследованных больных. На основании полученных данных была выделена группа из 11 детей с высоким уровнем нейротизма. Сравнительный анализ особенностей психоэмоционального состояния

этих больных и показателей биоэлектрической активности головного мозга позволил выявить достоверную связь ($p > 0,05$) признаков высокого нейротизма с наличием отклонений ЭЭГ-показателей, которые характеризовались преимущественно дисфункцией неспецифических регуляторных систем мозга с преобладанием компенсаторных активирующих влияний стволовых отделов головного мозга. Отмечена прямая зависимость показателей нейротизма и тревожности: чем выше нейротизм, тем больше выражена личностная тревожность. У 87,5% больных с повышенным уровнем страхов регистрировались отклонения показателей биоэлектрической активности головного мозга от нормы с преобладанием в 62,5% признаков отставания морфофункционального развития ЦНС. В данной группе больных также высок процент (62,5%) патологической активности, что может свидетельствовать о структурно-функциональных нарушениях на нейронном уровне. Большая часть (66,7%) больных характеризовалась умеренно выраженными признаками повышенного внутричерепного давления. Анализ результатов самооценки теста Доскина выявил наличие утомляемости (56,5%), раздражительности (43,5%) и низкий уровень интереса к окружающей среде (4,3%).

Выводы. Таким образом, наши наблюдения позволили выявить определенную зависимость показателей психозмоционального состояния больных спастическими формами ДЦП от особенностей нарушения биоэлектрической активности головного мозга и состояния внутричерепного давления.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ФУНКЦИОНИРОВАНИЮ МОЗГА У ДЕТЕЙ С ДЦП ЧЕРЕЗ СЕНСОРНУЮ ИНТЕГРАЦИЮ

Черлина Н.А.

ФГБУ РРЦ «Детство» Минздрава России, поселок санатория «Горки Ленинские», Московская область

Актуальность. Основопологающей в реабилитации детей с ДЦП является сенсомоторная интеграция. Сегодня более 70% детей, имеющих какие-либо проблемы с обучением, поведением и общением, а также с нарушениями речи, двигательной и эмоциональной сфер, имеют нарушения работы сенсорных систем.

Цель. Системный подход в коррекции нарушений, обусловленных поражением или задержанным формированием головного мозга.

Материалы и методы. Ребёнок в кабинете сенсомоторной интеграции Центра, используя различные автодидактические материалы, координирует те области мозга, которые «видят», с теми областями, которые «чувствуют руки». Логически выстроенная работа с ребёнком, с учётом его заболевания и развития, в головном мозге ребёнка создаёт условия для возникновения новых связей или восстановления старых. С помощью упорядочивания различных ощущений удаётся организовать и сбалансировать деятельность ребёнка. Активное участие самого ребёнка в этом процессе связывает обработку сенсорной информации с его поведением и обучением.

Результаты. У детей с ДЦП, имеющих разную степень выраженности недоразвития или нарушений моторных функций, устраняются неловкость, несогласованность движений, затруднение в действиях с предметами, улучшаются ощущения своих движений, недостаточность активного осязания и узнавания на ощупь (стереогноз). На занятиях ребёнок учится опознаванию предмета в рисунке и его различном расположении. После выполнения задания по образцу ребёнок приступает к самостоятельному конструированию.

Выводы. Совместная работа зрительного, вестибулярного, кинестетического аппаратов позволяют формировать у детей с ДЦП пространственный и конструктивный праксис, что является предпосылками развития пространственного мышления и готовит ребёнка к овладению школьными навыками и социальной адаптации.

КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧИ

Шенбергер Е.Б.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. В дошкольном и младшем школьном возрасте закладывается прочный фундамент знаний, без чего невозможно дальнейшее усвоение учебной программы. Именно поэтому остро встает вопрос об особенностях обучения детей с отклонениями в речевом развитии. Вопросы речевой культуры горячо обсуждаются не только специалистами (лингвистами, методистами и преподавателями русского языка), но и широкой общественностью. Этой теме посвящаются радио- и телепередачи, статьи в газетах и журналах. Речь наших современников многими воспринимается и оценивается как сниженная, ненормативная. Отмечается влияние на литературный язык ненормированной разговорной речи, проникновение просторечных слов, жаргонизмов; немотивированное использование иноязычной лексики, не свойственное русскому языку интонирование и т.п. При этом нередко подчеркивается катастрофическое состояние современного русского языка, ведущее к его разрушению и гибели. Поэтому так важно сегодня серьезно отнестись к коррекционной и развивающей работе с детьми по восстановлению задержки речи.

Цель. Рассмотреть методы коррекционной развивающей работы с детьми с задержкой развития речи.

Материалы и методы. При рассмотрении состояния исследуемой проблемы на практике использовались такие методы, как анализ психолого-педагогической литературы, комплексный метод диагностики развития речи, обследование детей по выявлению уровня развития речи, логопедическая работа по развитию речи, эксперимент, наблюдения, количественный и качественный анализ полученных данных. Работа по развитию речи детей должна быть индивидуальной, соответствовать уровню интеллектуального развития ребенка. Коррекционная работа по развитию речи трудна, требует большого напряжения и может растягиваться на годы. Основные задачи этой работы представляются следующими: дифференциация речевых нарушений, установление эмоционального контакта с ребенком; активизация речевой деятельности; формирование и развитие спонтанной речи в быту и в игре; развитие речи в обучающей ситуации. Следует подчеркнуть, что развитие полноценной речи у детей с задержкой развития речи требует адекватной коррекционной работы. Начальные этапы работы по развитию речи проводятся в тесном взаимодействии психолога, логопеда, дефектолога и врача-психиатра.

Результаты. Трудности в обучении детей с задержкой развития речи связаны с неподготовленностью детей к школе, с ослабленным состоянием нервной системы, низкой работоспособностью, быстрой утомляемостью и легкой отвлекаемостью. Необходима детям индивидуальная помощь с учетом первичного дефекта.

Выводы. Применяя методику коррекции связной речи, используя творческий подход, заинтересовывая детей, реализуя личный подход к детям, используя комплекс приемов и методов коррекционно-развивающей работы с детьми, можно

добиться положительных результатов, но, несмотря на это, педагогическая технология коррекции задержки развития речи – очень сложный и трудоемкий процесс, требующий не одного года упорной работы. Необходимо вложить много труда, терпения и любви, чтобы найти индивидуальный подход к каждому ребенку и достичь высоких результатов в своей работе.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Шуляк Г.А.

ФГБУ Детский психоневрологический санаторий «Теремок» МЗ РФ, г. Зеленоградск, Калининградская область

Актуальность. На протяжении последних 10 лет численность и возрастная структура детей-инвалидов в Российской Федерации сохраняется на уровне 190,6 на 10 000 детского населения, на учете состоит более 640 тыс. детей-инвалидов, причем мальчиков в 1,5 раза больше, чем девочек. Однако, проблема детей с ограниченными возможностями здоровья остается актуальной, стоит в центре внимания президента, правительства Российской Федерации. В структуре детской инвалидности наибольшая доля приходится на психические расстройства, расстройства поведения, заболевания нервной системы, что обуславливает более 50% причин признания ребенка инвалидом. В структуре болезней нервной системы ДЦП занимает первое место по частоте – 62%. В динамике за последние 5 лет наблюдается тенденция к увеличению этого показателя. Среди психических расстройств наибольший удельный вес имеет умственная отсталость – 66,6%. Около 30% имеет ограничение жизнедеятельности, связанное с нарушением способности к самостоятельному передвижению, каждый пятый – к самообслуживанию, обучению.

Материалы и методы. На примере ФГБУ Детский психоневрологический санаторий «Теремок» Минздрава России можно судить о доступности санаторно-курортного лечения детей с психоневрологической патологией. Учреждение работает более 60 лет. За этот период коечный фонд сократился в 1,5 раза. В настоящее время развернуто 100 специализированных коек, из них 80 коек совместного пребывания «Мать и дитя», 20 коек для одиночных пациентов. Принимаем на лечение детей с первого года жизни с заболеваниями нервной системы.

Результаты. Ежегодно получают лечение более 1,5 тысячи пациентов. За 2020 год пролечено 1748 человек из 84 субъектов Российской Федерации и 15 федеральных медицинских центров. 76,5% от всех пролеченных детей имеют статус ребенка-инвалида. В структуре пролеченных пациентов детский церебральный паралич занимает ведущее место – 51% (892 человека). В основу оказания санаторно-курортной помощи положено применение природных факторов Калининградской области, комплексный подход к пациенту на основе использования современных технологий с участием семьи. Целью лечения является сенсо-нейро-моторная интеграция, работа с сопровождающими родителями по формированию мотивации ребенка и семьи на освоение новых возможностей двигательной и психической сферы. С 2014 года в лечении используется уникальный природный фактор Калининградской области – янтарь. Пролечено более 6000 пациентов.

Отмечается явная положительная динамика в стабилизации эмоционального тонуса, улучшении показателей когнитивных функций, развитии творческих способностей.

РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С РАС И ПОЗИТИВНАЯ МОТИВАЦИЯ

Щербакова Ю.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

Актуальность. Речевое развитие детей с РАС зачастую проходит по особому, специфическому сценарию. В связи с нарушением развития коммуникативной функции, речевое развитие чаще всего происходит с запозданием. В рамках реализации реабилитационных мероприятий, логопеду необходимо выстроить маршрут развития речи ребенка, которого специалист придерживается в процессе реабилитации. Найти подход к маленьким пациентам с РАС – достаточно трудная задача, обусловленная сниженным уровнем понимания обращенной речи, трудностями в построение коммуникативного взаимодействия, аффективными состояниями.

Результаты. В начале коррекционной работы первичным становится выстраивание минимальных коммуникативных взаимодействий между педагогом и учеником, посредством совместного манипулирования различными играми и дидактическими пособиями, интересными ребенку. Стимулирование естественного познавательного интереса – одна из первостепенных задач в процессе занятий. Игры и пособия должны быть яркими, звучащими, иметь крупные детали, подвижные механизмы. Благодаря мотивационному стимулу обладания тем или иным предметом, ребенок вынужден выйти за пределы зоны собственного комфорта и коммуницировать со взрослым. На данном этапе основная задача специалиста – не допустить фрустрации со стороны ребенка. В дальнейшем, выяснив мотивирующие точки, педагог проводит работу по формированию навыка звукоподражания, эмоционального отклика на задание, формированию учебного поведения. Вся последующая работа специалиста с пациентом строится исключительно на позитивной мотивации. Данный подход позитивного мотивирования дает ощутимые результаты. Зачастую дети с удовольствием приходят на занятия, выполняют поставленные задачи, развивают навык коммуникативного взаимодействия, эмоционального отклика и, соответственно, речевые навыки.

СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ НА ДОМУ: ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ БРИГАДЫ В САМАРЕ

Щербицкая О.В., Познякова Е.А.

ГБУ СО «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Самара, Самарская область

Актуальность. В Самарской области на 01.01.2021 инвалидность имеют 11 842 ребенка. В настоящее время в регионе существует проблема доступности реабилитационной помощи детям с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР), в том числе проживающим в отдаленных районах: охват составляет не более 1%. Правильный уход и поддержка позволяют ребенку с

двигательными нарушениями самостоятельно выполнять движения, развивать новые способности, активно участвовать в повседневной жизни и предотвращать вторичные ортопедические осложнения и деформации, связанные с неправильным позиционированием и перемещением.

Цель. Обеспечение своевременной помощи семьям, воспитывающим детей с ТМНР.

Материалы и методы. С 09.12.2019 специалисты ГБУ СО «ОРЦДиПОВ» начали выезды в семьи с детьми с ТМНР. Служба организована в процессе реализации государственной программы «Доступная среда в Самарской области на 2014–2020 гг.». Состав бригады формируется в зависимости от необходимых услуг, предоставляемых ребенку и его семье, в нее входят специалисты по физической и психолого-педагогической реабилитации; плановые выезды осуществляются в течение 10 дней. Междисциплинарная команда проводит оценку уровня развития ребенка, составляет индивидуальную программу реабилитационной помощи, в которую включены услуги по физической терапии, психолого-педагогическая коррекция, нейрологопедическая поддержка и обучение родителей правильному позиционированию, безопасному перемещению и подбору специальных приспособлений для облегчения поддержания у него правильной позы, перемещения и кормления. Для обеспечения правильного позиционирования бригада оснащена специально адаптированным оборудованием и ТСР.

Правильно организованное безопасное перемещение становится для семьи ребенка с двигательными нарушениями частью так называемого развивающего ухода Kinaeshtetics. Основная задача ухаживающего состоит в том, чтобы помогать подопечному выполнять повседневные действия так, чтобы это было в равной мере полезно для развития здоровья их обоих [1]. Одна из основных целей – стимуляция самостоятельного передвижения ребенка, развитие его независимости от помощи окружающих и снижение количества ухода [2]. На заключительном этапе междисциплинарной командой оценивается эффективность реализации программы и проведенных мероприятий, обсуждаются с родителями дальнейшие шаги в реабилитации и уходе за ребенком. За время работы выездной реабилитационной бригадой обслужено на дому 26 семей, имеющих детей с ТМНР; риск развития вторичных деформаций уменьшился на 28%, аспирационных осложнений – на 17%.

Выводы. Организация выездной реабилитационной службы имеет большую практическую значимость, так как дает возможность создания непрерывного реабилитационного пространства, необходимого ребенку с ТМНР, в условиях комфортной окружающей среды. Обучение родителей правильному позиционированию, безопасному перемещению и развивающему уходу, подбор специальных приспособлений для облегчения поддержания у ребенка правильной позы, в значительной степени снижает риск развития заболеваний опорно-двигательного аппарата у ухаживающих, вторичных осложнений у ребенка и способствует повышению его собственной активности и мотивирует к самостоятельным действиям.

Список литературы

1. Ключкова Е.В. Введение в физическую реабилитацию. Реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями церебральной природы. – М.: Теревинф, 2014. – С. 18.
2. Ключкова Е.В. Как правильно и безопасно перемещать клиента: Практическое руководство. – Душанбе, 2012. – С. 38.