



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

XIII Междисциплинарный научно-практический
конгресс с международным участием
«Детский церебральный паралич и другие
нарушения движения у детей»

ГЕНЕРАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ



THERAPEUTICS

Лучшие решения для пациентов.

ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ

ООО «ВЕКТОРФАРМ»
дистрибьютор лекарственных препаратов
ООО «НПК «ФАРМАСОФТ»



СПОНСОРЫ



УЧАСТНИКИ



ИНФОРМАЦИОННЫЙ СПОНСОР



СОДЕРЖАНИЕ

Алексеева С.И., Ковшова О.Н. КОРРЕКЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	5
Алексенко О.В., Безуглая О.А., Жданова Ж.С., Польская А.В. НАРУШЕНИЯ СНА У ДЕТЕЙ С АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ	8
Безмельницына Л.Ю., Давыдова А.Д., Транковский С.Е., Бельская Е.А. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДВЫВИХА БЁДЕР	10
Бойко Е.А., Иванчук Е.В., Петрова Е.В., Дербенцева Г.Б., Петкевич Н.П., Гунченко М.М., Батышева Т.Т. ПРИМЕНЕНИЕ СКАЗОК-МЕДИТАЦИЙ В КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ И ГАРМОНИЗАЦИИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ	13
Бочкова Е.Н., Асмерзаева Л.И., Синявская Е.А., Молчанова Н.Е., Ушкалова Н.Д. НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ МОЙАМОЙА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОВТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ	16
Власенко С.В., Османов Э.А. ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ ПРОВОДИМОЙ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	19
Гросс Н.А, Шарова Т.Л. ОЦЕНКА СОГЛАСОВАННОСТИ ДВИЖЕНИЙ РУК И НОГ У ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ	23
Доценко О.А., Зенковская А.Г., Лайпанова Ф.А., Колесникова Е.В., Минаева О.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МИОДИСТРОФИИ ДЮШЕННА	26
Дубинина И.В., Орлова Г.И., Шенбергер Е.Б., Вильданова Е.Л. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОЗЖЕЧКОВОЙ СТИМУЛЯЦИИ НА ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	31
Жеребцова В.А., Григорьева Е.А. ЭФФЕКТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ	34
Жеребцова В.А., Максименко А.А. КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЦП С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ	36
Жеребцова В.А., Чибисов И.В. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ГРАНИЦЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ	38

Захарова Н.А. ОЦЕНКА НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ	41
Зиненко Д.Ю., Смолянкина Е.И. ИНТРАЛАМИНАРНЫЙ ОПЕРАЦИОННЫЙ ДОСТУП ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НИЖНЕЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ДОРЗАЛЬНОЙ РИЗОТОМИИ	44
Зиненко Д.Ю., Смолянкина Е.И. РЕЗУЛЬТАТЫ НИЖНЕЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ДОРЗАЛЬНОЙ РИЗОТОМИИ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	46
Зыков В.П., Чебаненко Н.В., Федотова Ю.А., Буткевич А.С., Медная Д.М. КОМОРБИДНОСТЬ ЭПИЛЕПСИИ И СИНДРОМА ВОЛЬФА-ХИРШХОРНА	48
Иванова А.А., Якименкова Л.В., Типсина Н.В. ОПЫТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ	52
Колосова О.Т., Тисленко И.Г. Слабова Г.А. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	55
Купрацевич О.Н., Ильина С.В., Тишкова-Горынина А.В., Айнетдинова А.М., Слабова Г.А. Гунченко М. М. ПРИМЕНЕНИЕ МНЕМОТЕХНИК В КОРРЕКЦИИ И РАЗВИТИИ СВЯЗНОЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ II-III УРОВНЯ	57
Лебедева Н.М., Шелыхманова А.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	60
Левченкова В.Д., Титаренко Н.Ю., Батышева Т.Т. О ПОСЛЕДСТВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И НЕКОТОРЫХ МЕТОДАХ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ	64
Марченко Д. В., Марченко Т. М., Исмаилова Н. А., Типсина Н. В. ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И КОРРЕКЦИЯ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ	68
Матвеев Л.Е. ОСОБЕННОСТИ ПОДБОРА КРЕСЕЛ-КОЛЯСОК У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	71
Наумова Т.Л., Бакиева Г.Г., Слабова Г.А. РОЛЬ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ МОТОРНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	72
Орлова Г.И., Шенбергер Е.Б., Вильданова Е.Л., Садовникова А.В., Афонина Л.Н., Дубинина И.В., Бондарева О.О. ВАРИАТИВНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА У ШКОЛЬНИКОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	74

Плаkitина А.А. ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКТИВНОСТИ НЕПРОИЗВОЛЬНОЙ И ПРОИЗВОЛЬНОЙ ПАМЯТИ В ДЕТСКОМ И ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ	78
Платонова А.Н., Гасан О.С., Репп Ф.С., Быкова О.В. АНАЛИЗ РАБОТЫ КАБИНЕТА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В МОСКВЕ ЗА ПЕРИОД 2021-2022. СТРУКТУРА ДИАГНОЗОВ И КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ С ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ДРУГОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ОЧАГОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ НА МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА	80
Польская А.В., Малахова И.С., Алексенко О.В., Калита А.О., Фокина Е.С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	83
Сафина Е.В., Плотникова И.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО МАРШРУТА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК В КАТЕГОРИЯХ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ	86
Смоляк А.М., Турок Г.А. ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ – СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ	89
Тучак О.Н., Типсина Н.В., Титова Е.Г., Елизарова А.В., Маринова В.А. РАЗВИТИЕ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОСРЕДСТВОМ ДИДАКТИЧЕСКИХ ИГР	92
Флёрис Л.И. КОММУНИКАТИВНО-РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	95
Чан М.Д., Нгуен В.Н. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ У ДЕТЕЙ, ПОДВЕРЖЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЮ ДИОКСИНОВ: ОСОБЕННОСТИ ВО ВЬЕТНАМЕ	98
Чепурная Л.Ф. ПРИМЕНЕНИЕ СУХИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	103
Яковлева А.А. Гунченко М.М. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ МЕБИУСА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	107

УДК: 616.831-009.11

КОРРЕКЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ
СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Алексеева С.И.¹, Ковшова О.Н.²

¹ ГАОУ ВО МГПУ, г. Москва

² ГБУ КРОЦ ОСП «Марьино», г. Москва

Реферат. В работе представлена программа коррекции двигательных нарушений у детей младшего школьного возраста с церебральным параличом с использованием подвижных игр в условиях специального (коррекционного) образовательного учреждения. Результатом апробации программы является достоверное улучшение ($p < 0,05$) показателей крупной и мелкой моторики в экспериментальной группе как относительно исходных величин, так и относительно показателей в контрольной группе, занимающейся по стандартной программе.

Ключевые слова: двигательные нарушения, детский церебральный паралич, реабилитация

CORRECTION OF MOTOR DISORDERS IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY
IN A SPECIAL EDUCATIONAL INSTITUTION

Alekseeva S.I.¹, Kovshova O.N.²

¹ Moscow City University, MCU, Moscow

² GBU KROTS OSP «Maryino», Moscow

Abstract. The paper presents a program for the correction of motor disorders in children of primary school age with cerebral palsy using game elements in a special (correctional) educational institution. The result of the program testing is a significant improvement ($p < 0.05$) in the indicators of gross and fine motor skills in the experimental group, both relative to the initial values and relative to the indicators in the control group.

Key words: movement disorders, cerebral palsy, rehabilitation.

Актуальность. Для современного общества детский церебральный паралич (ДЦП) не перестает оставаться актуальной проблемой, так как сегодня качество и уровень развития медицины позволяют вполне успешно выхаживать недоношенных детей с поражениями центральной нервной системы, у которых риск возникновения ДЦП очень велик [1, 2]. Двигательные нарушения при ДЦП являются ведущим дефектом. Поэтому развитие и коррекция двигательных функций у детей с ДЦП является ключевой задачей физической реабилитации. Решение этой задачи в условиях специального образовательного учреждения имеет много особенностей и сложностей. Поэтому разработка новых немедикаментозных программ реабилитации является насущным запросом образовательной системы. Традиционные подходы в реабилитации детей с ДЦП предлагают проведение занятий, включающих последовательность дозированных физических упражнений, как правило, с низкой физической нагрузкой. Учитывая

особенности онтогенеза детей младшего школьного возраста, несформированность регуляторных и функциональных систем, неустойчивость внимания, утомляемость, повышенную потребность в движениях, а также негативное действие факторов учебной среды, подвижные игры следует признать наиболее предпочтительной формой занятий физическими упражнениями. Преимущество подвижных игр перед строго дозированными упражнениями в том, что игра всегда связана с мотивацией, высокой эмоциональностью, инициативой, коммуникацией, стимулирует двигательную активность. Во время подвижной игры осуществляется комплексное воздействие на моторику и нервно-психическую сферу ребенка.

Цель. Разработка и апробация программы коррекции двигательных нарушений у детей младшего школьного возраста с диагнозом ДЦП с использованием подвижных игр в условиях коррекционного образовательного учреждения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Комплексный реабилитационно-образовательный центр ОСП «Марьино». В исследовании приняли участие 46 детей, которые были разделены на две группы по 23 человека в каждой. Средний возраст детей составил 10 ± 3 года. Контрольная группа (КГ) занималась по общепринятой программе для специальных (коррекционных) школ VI вида, экспериментальная группа (ЭГ) – по разработанной нами экспериментальной программе с использованием подвижных игр и их элементов. Для оценки состояния двигательных функций у обследуемых было проведено исходное и итоговое тестирование в начале и в конце эксперимента, которое включало: 1) Тест на динамическую координацию; 2) Тест на сенсомоторную координацию; 3) Тест на мелкую моторику рук; 4) Тест на наличие патологических синкинезий [2, 3]. Статистическая обработка полученных в ходе тестирования данных была выполнена при помощи прикладного пакета «Анализ данных» программы Microsoft Excel Professional.

Результаты. Экспериментальная программа представляет собой цикл из двенадцати занятий. Каждое занятие посвящено определенной теме с использованием одного вида инвентаря, развивает разные двигательные навыки и решает различные коррекционные задачи. Последовательность игр на занятии строилась с чередованием заданий на разные группы мышц и части тела, по принципу от простого задания к сложному, в логической компоновке последующего задания с предыдущим и т.д. Затем цикл повторялся с постепенным сюжетным и коммуникативным усложнением игр в течение учебного года. Анализ результатов исходного тестирования не выявил статистически значимых различий между группами КГ и ЭГ. Вместе с тем, он свидетельствует о значительных нарушениях двигательных функций у обследуемых, которые требуют коррекции. Анализ результатов итогового тестирования показал, что в обеих группах отмечается прирост показателей относительно исходных значений. Однако в КГ этот прирост не является статистически значимым. Тогда как в ЭГ выявлено достоверное улучшение показателей ($p < 0,05$) как относительно исходных величин, так и относительно показателей КГ.

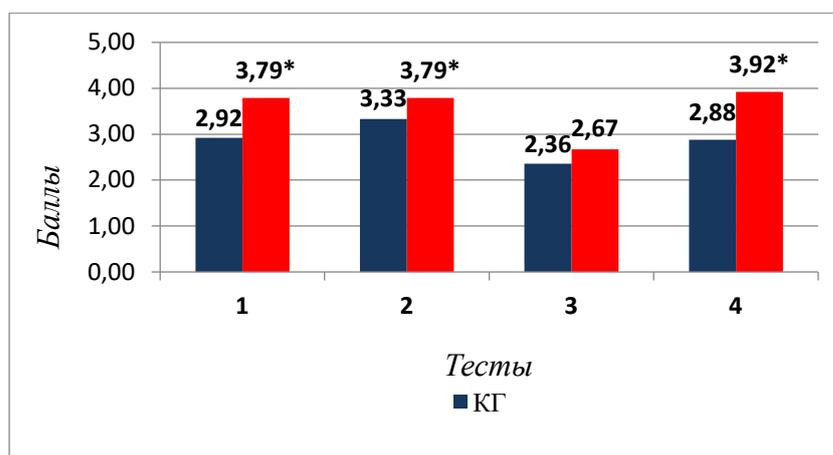


Рисунок 1. Сравнительная диаграмма результатов итогового тестирования КГ и ЭГ. (* - достоверное отличие результатов тестирования КГ и ЭГ с уровнем значимости $p < 0,05$).

Выводы.

1. Коррекция двигательных нарушений является важнейшей задачей физической реабилитации при детском церебральном параличе. Эффективным немедикаментозным средством моторного развития являются подвижные игры, благодаря их комплексному воздействию одновременно на двигательную и психическую сферы ребенка.

2. Обоснована и разработана экспериментальная программа, представляющая собой рационально выстроенный цикл логически связанных занятий с включением подвижных игр на уроках адаптивной физической культуры, направленных на коррекцию и развитие двигательных функций у детей младшего школьного возраста с диагнозом ДЦП.

3. Результатом апробации программы является достоверное улучшение ($p < 0,05$) показателей крупной и мелкой моторики в экспериментальной группе как относительно исходных величин, так и относительно показателей в контрольной группе, занимающейся по стандартной программе специального (коррекционного) образовательного учреждения.

4. Экспериментальная программа представляет собой готовый цикл занятий, который может быть использован как базовый практический материал для инструкторов ЛФК, рассчитанный на сложный контингент воспитанников коррекционных школ.

Список литературы

1. Захарьева Н. Н. Методики адаптивной физической культуры в коррекции двигательных нарушений при детском церебральном параличе / Н. Н. Захарьева, А. Е. Савельева, С. И. Алексеева. – Москва: ООО "Издательство ТРИУМФ", 2023. – 180 с.

2. Кафидов И. Н. Адаптивная физическая культура в реабилитации детей с церебральным параличом: Учебное пособие / И. Н. Кафидов, С. И. Алексеева. – Москва: Московский городской педагогический университет, 2017. – 88 с.

3. Алексеева С. И. Развитие мелкой моторики рук средствами арт-терапии у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом / С. И. Алексеева, Д. А. Модонова // Педиатрический вестник Южного Урала. – 2021. – № 2. – С. 68-76.

Bibliography

1. Zakharyeva N. N. Methods of adaptive physical culture in the correction of motor disorders in cerebral palsy / N. N. Zakharyeva, A. E. Savelyeva, S. I. Alekseeva. – Moscow: TRIUMPH Publishing House LLC, 2023. – 180 p.

2. Kafidov I. N. Adaptive physical culture in the rehabilitation of children with cerebral palsy: Textbook / I. N. Kafidov, S. I. Alekseeva. – Moscow: Moscow City Pedagogical University, 2017. – 88 p.

3. Alekseeva S. I. Development of fine motor skills of the hands through art therapy in preschool children with cerebral palsy / S. I. Alekseeva, D. A. Modonova // Pediatric Bulletin of the Southern Urals. – 2021. – No. 2. – P. 68-76

Сведения об авторах

Алексеева Светлана Ивановна, канд. физ.-мат. наук, доцент, ГАОУ ВО МГПУ, Москва, РФ, E-mail: sia51@mail.ru, ORCID: 0000-0002-1262-6997 69

Ковшова Ольга Николаевна, ГБУ КРОЦ ОСП «Марьино», Москва, РФ, инструктор лечебной физической культуры, магистрант, ok228@mail.ru

Information about authors

Svetlana Ivanovna Alekseeva, candidate of physical and mathematical sciences, associate professor, MCU, Moscow, Russia, 1. E-mail: sia51@mail.ru, ORCID: 0000-0002-1262-6997

Olga Nikolaevna Kovshova, GBU KROTS OSP «Maryino», Moscow, Russia, physical therapy instructor, master's student, ok228@mail.ru

УДК 616.009

НАРУШЕНИЯ СНА У ДЕТЕЙ С АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ

Алексенко О.В., Безуглая О.А., Жданова Ж.С., Польская А.В.

Клиника детской неврологии доктора Польской, г. Белгород, Белгородская область

Ключевые слова: *аффективно-респираторные пароксизмы, нарушения сна*

SLEEP DISORDERS IN CHILDREN WITH AFFECTIVE-RESPIRATORY PAROXYSMS

Aleksenko O.V., Bezuglaya O.A., Zhdanova Zh.S., Polskaya A.V.

Clinic of Pediatric Neurology of Dr. Polskaya, Belgorod, Belgorod Region

Keywords: *breath-holding spells, sleep disorders*

Актуальность. Одним из частых поводов обращения к неврологу родителей с детьми раннего возраста являются аффективно-респираторные пароксизмы (АРП), ведь хотя бы однажды в жизни они случались у 3-17% детей до возраста 5 лет [1, 2, 3]. Осведомленность об этом виде неэпилептических пароксизмов довольно высока, однако, до сих пор среди исследователей нет единого мнения по поводу этиопатогенеза и прогноза этих состояний, активно обсуждаются коморбидные состояния [4,5,6].

Цель. Изучение частоты встречаемости и клинических проявлений нарушений сна у детей с АРП.

Материалы и методы. Нами обследованы 80 детей в возрасте 1-4 года, страдающих АРП, из них 44 мальчика (55%) и 36 девочек (45%). Средний возраст детей составлял $2,2 \pm 0,9$ г. В течение трех месяцев родители обследуемых детей вели дневник сна. В качестве группы контроля выступала группа из практически здоровых детей в возрасте 1-4 лет ($n=40$) (средний возраст детей составил $2,4 \pm 0,8$ г).

Результаты. В основной группе детей довольно часто отмечались снижение общей продолжительности сна в течение суток (относительно норм для соответствующего возраста) и отсутствие дневного сна. Позднее продолжительное вечернее засыпание отмечалось у многих детей с АРП, несмотря на наличие привычных ритуалов перед укладыванием, тогда как в группе здоровых детей оно

наблюдалось лишь у нескольких человек. Также в основной группе ночной сон значительно чаще характеризовался частыми пробуждениями (более 2-3 раз за ночь), а также длительными периодами ночного бодрствования (более получаса) во время таких пробуждений, чем в группе контроля. Нарушения по типу поведенческой инсомнии отмечались почти у половины детей с АРП – они не могли уснуть без присутствия в комнате родителя, без укачивания, поглаживания по спине в течение нескольких минут, без соски или кормления из рожка. У некоторых детей из основной группы наблюдались сонливость/усталость в дневное время; в группе контроля этих симптомов отмечено не было. В качестве парасомний в группе детей с АРП довольно часто, по сравнению с группой здоровых детей, отмечались сногворение, бруксизм (чаще во второй половине ночи). Ритмическое двигательное расстройство (по типу качания головой из стороны в сторону или в виде ритмического биения лбом или щекой о подушку или мягкий бортик кровати), наблюдавшееся в основной группе, в контрольной группе не отмечалось. У нескольких детей с АРП определялись серии движений в конечностях (движения пальцев кисти и стоп, сгибание голеностопного сустава и др.), периодически повторяющиеся при засыпании и во время сна с интервалами 10–60 с, иногда вызывающие пробуждение ребенка и фрагментацию сна; подобные двигательные феномены в группе контроля родители описывали в небольшом проценте случаев. Ночные страхи, в качестве внезапных пробуждений, сопровождающихся паникой, плачем и/или криком ребенка, при безуспешных попытках родителей быстро его успокоить, отмечались у нескольких детей из основной обследуемой группы, в то время как в группе контроля указаний на подобные эпизоды не было.

Выводы. Результаты данного исследования, свидетельствуют о том, что нарушения сна у детей с АРП встречаются значительно чаще, чем среди здоровых детей. Нами отмечено возможное влияние поведенческих нарушений у детей с АРП на развитие нарушений сна. В процессе терапевтической работы специалистов с детьми с АРП важно оценивать в динамике не только выраженность основных симптомов данных пароксизмов, но и также возможных нарушений сна с целью улучшения качества жизни как ребенка, так и его родителей. В некоторых случаях при АРП лекарственная терапия может помочь ребенку и его семье адаптироваться к условиям сна в период поведенческой терапии [7].

Список литературы

1. Di Mario F.J. Jr. Prospective study of children with cyanotic and pallid breath-holding spells. *Pediatrics*. 2001; 107(2):265-269. DOI:10.1542/peds.107.2.265
2. Goldman R.D. Breath-holding spells in infants. *Can Fam Physician*. 2015 Feb; 61(2):149-50.
3. Leung AKC, Leung AAM, Wong AHC, Hon KL. Breath-Holding Spells in Pediatrics: A Narrative Review of the Current Evidence. *Curr Pediatr Rev*. 2018 Nov 12. DOI: 10.2174/1573396314666181113094047
4. Seham F.A. Azab, MD, Ahmed G. Siam, MD, Safaa H. Saleh, MD, Mona M. Elshafei, MD, Wafaa F. Elsaheed, MD, Mohamed A. Arafa, MD, Eman A. Bendary, MD, Elsayed M. Farag, MD, Maha A.A. Basset, MD, Sanaa M. Ismail, MD, and Osama M.A. Elazouni, MD. Novel Findings in Breath-Holding Spells. *Medicine (Baltimore)*. 2015 Jul; 94(28): e1150. DOI: 10.1097/MD.0000000000001150
5. Abbaskhanian A., Ehteshami S., Sajjadi S., Rezai M.S. Effects of Piracetam on Pediatric Breath Holding Spells: A Randomized Double Blind Controlled Trial. *Iran J Child Neurol*. 2012; 6(4):9-15.
6. Yilmaz U., Doksoz O., Celik T., Akinci G., Mese T., Sevim Yilmaz T. The value of neurologic and cardiologic assessment in breath holding spells. *Pak. J. Med. Sci*. 2014; 30(1):59-64. DOI: 10.12669/pjms.301.4204.

7. De Myer W. Breath-holding spells. In: Current Management in Child Neurology. 3rd ed Bernard L Maria., editor. Ed. BC Decker; PMPH-USA. 2005. P.353–355

Сведения об авторах

Алексенко Оксана Васильевна, невролог, Клиника детской неврологии доктора Польской, Белгородская область, г.Белгород, ул. Калинина, 29 aleksenko.ok@yandex.ru, +79511502915

Безуглая Ольга Андреевна, педиатр, Клиника детской неврологии доктора Польской, Белгородская область, г.Белгород, ул. Калинина, 29, olia199623@yandex.ru, +79511328506

Жданова Жанна Сергеевна, педиатр, Клиника детской неврологии доктора Польской, Белгородская область, г.Белгород, ул. Калинина, 29, +79202010191

Польская Алина Викторовна, невролог, Клиника детской неврологии доктора Польской, Белгородская область, г.Белгород, ул. Калинина, 29, 89102283152@mail.ru, +79912123152

Information about authors

Aleksenko Oksana Vasilievna, neurologist, Clinic of Pediatric Neurology of Dr. Polskaya, Belgorod region, Belgorod, st. Kalinina, 29 aleksenko.ok@yandex.ru, +79511502915

Bezuglaya Olga Andreevna, pediatrician, Clinic of Pediatric Neurology of Dr. Polskaya, Belgorod region, Belgorod, st. Kalinina, 29, olia199623@yandex.ru, +79511328506

Zhdanova Zhanna Sergeevna, pediatrician, Clinic of Pediatric Neurology of Dr. Polskaya, Belgorod region, Belgorod, st. Kalinina, 29, +79202010191

Polskaya Alina Viktorovna, neurologist, Clinic of Pediatric Neurology of Dr. Polskaya, Belgorod region, Belgorod, st. Kalinina, 29, 89102283152@mail.ru, +79912123152

УДК:616.831-009.11

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДВЫВИХА БЁДЕР

Безмельницына Л.Ю.¹, Давыдова А.Д.¹, Транковский С.Е.², Бельская Е.А.¹

¹*Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России, г. Москва,*

²*ГБУЗ ДГКБ Святого Владимира ДЗ г. Москвы*

Реферат. В работе представлены результаты реабилитации пациентов с ДЦП, GMFCS I-III двигательного класса, после хирургического лечения подвывиха тазобедренных суставов, с оценкой результатов лечения по шкале реабилитационной маршрутизации и визуально-аналоговой шкале.

Ключевые слова: ДЦП, подвывих бедра, деторсионно-варизирующая остеотомия (ДВО) бедра, остеотомия таза, реабилитация

REHABILITATION OF PATIENTS SUFFERING WITH CEREBRAL PALSY AFTER SURGICAL TREATMENT OF HIP SUBLUXATION

Bezmelnitsyna L.Yu.¹, Davydova A.D.¹, Trankovsky S.E.², Belskaya E.A.¹

Abstract. The paper presents the results of rehabilitation of patients with cerebral palsy, GMFCS I-III motor class, after surgical treatment of subluxation of the hip joints, with assessment of treatment results using the rehabilitation routing scale and visual analogue scale.

Key words: *cerebral palsy, hip subluxation, detorsion varus osteotomy (DVO) of the hip, pelvic osteotomy, rehabilitation*

Актуальность. Патология тазобедренных суставов- один из частых симптомов детского церебрального паралича (ДЦП), наблюдается у 68% детей. Прогрессирующая патология тазобедренного сустава с формированием подвывиха влечет за собой нарушение функции ходьбы, формирование контрактур. Дальнейшее прогрессирование и формирование вывиха бедра делает невозможным самостоятельную вертикализацию и ходьбу пациента, страдающего ДЦП [1,2].

Цель. Оценить эффективность программы реабилитации у детей с ДЦП, GMFCS I-III двигательного класса после хирургического лечения подвывиха тазобедренного сустава.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2022гг. в Федеральном научно-клиническом центре (ФНКЦ) детей и подростков ФМБА России по поводу патологии тазобедренных суставов было прооперировано 129 пациентов, из них мальчиков- 62(48%), девочек- 67(52%) в возрасте от 1года 1 мес. до 16 лет (средний возраст $8.15 \pm 2,5$ лет). Пациенты со спастической диплегией – 111(86%) больных, спастический тетрапарез- у 11 (8.6%) больных, гемипаретическая форма у 1 (0.7%) ребенка. Пациентам были выполнены следующие хирургические вмешательства: деторсионно-варизирующая остеотомия (ДВО)- 70 больных, остеотомия таза по Солтеру – 16 детей, тройная остеотомия таза – 8 пациентов, другие ацетабулопластики и остеотомии таза – 6 детей, операции на сухожильно - мышечном компоненте – 55 больных. Как правило, пациенту выполнялась не изолированная операция, а комбинация из нескольких видов хирургического вмешательства на тазобедренных суставах. Распределение по шкале двигательных функций GMFCS: I уровня-1(1%) пациент, II уровня- 23(18%) детей, III- 77(59,5%) больных, IV-17(13%) пациентов, V-11(8,5%) детей. Для объективности оценки результатов лечения, использована шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При прогрессировании вальгизации, децентрации и патологической антеторсии шеек бёдер, методом выбора является деторсионно-варизирующая остеотомия бедра (ДВО). Гипоплазия крыш вертлужных впадин требовала выполнения хирургических вмешательств на тазовом компоненте (osteotomy тазовых костей, ацетабулопластики). Сразу после операции на тазовом компоненте проводилась иммобилизация в кокситной повязке в течение 2.5- 3 -х месяцев. После снятия иммобилизации пациенты получали курс восстановительного лечения в отделении реабилитации ФГБУ ФНКЦ «Детей и подростков ФМБА России». Применялся индивидуальный комплексный подход реабилитации, включающий занятия ЛФК, направленные на снижение болевого и отекающего синдромов, увеличение силы и тонуса мышц бедра, «стабилизаторов» тазобедренных суставов, восстановление амплитуды движений в тазобедренных суставах, вертикализацию (с использованием ортезов на нижние конечности), нормализацию координационных движений, корректный стереотип походки с соблюдением всех фаз опорного периода (с использованием дополнительных средств опоры- трости, ходунки)[3]. Механотерапия проводилась с целью пассивной и активной кинезитерапии нижних конечностей. В раннем постиммобилизационном периоде (после снятия кокситной гипсовой повязки) применялась пассивная механотерапия KINETEC Spectra knee (Компаньон) с целью увеличения амплитуды движения в тазобедренном и коленном

суставе, укрепления ослабленных гипотрофированных мышц и улучшения их тонуса. В поздний послеоперационный период применялся MOTomed с целью развития мышечной силы и выносливости, совершенствования паттерна ходьбы [4]. Массаж нижней конечности использовался с целью улучшения кровообращения в пораженной конечности, уменьшения отечности, болевого синдрома, увеличения тонуса мышц, объема движений в суставе. Из физиотерапевтических методов лечения использовались магнитотерапия, ИК-лазеротерапия с целью получения анальгетического, противовоспалительного, противоотечного, ангиопротективного, репаративно-регенераторного эффектов, для повышения мышечного тонуса проводился курс СМТ-терапии ягодичных мышц

Результаты. При поступлении оценка по ШРМ оценивалась в 5 баллов по шкале Курации IV (выраженное ограничение передвижения в пространстве и нуждается в дополнительном средстве передвижения/опоры- коляска (костыли/ходунки), ограничение возможностей самообслуживания и повседневной активности и умеренно выраженный болевой синдром в тазобедренном суставе при активных и пассивных движениях), оценка по визуально-аналоговая шкала (ВАШ): 4-5 балла, оценка мышечной силы оценивалась по стандартной классификации Hislop в 3 - 2,5 балла (преодоление собственного веса без внешнего сопротивления или при внешней поддержке для уменьшения собственного веса конечности). При выписке оценка по ШРМ составляла 3 балла (90%) и 4 балла (10%); динамика по ВАШ - 2 балла (95%) и 3 балла (5%); снижение отечности (100%), увеличение мышечной силы (100%); восстановление осевой нагрузки при использовании ходунков или трехопорной трости (100%); увеличение объема движений до полной амплитуды движений в тазобедренном суставе (90%).

Выводы. Комплексная реабилитация у детей с ДЦП после остеотомии таза и ДВО бедра, позволяет у пациентов с ДЦП GMFCS:I-III класса сформировать более устойчивое положения туловища при вертикализации, адаптировать мышцы к изменившейся геометрии тазобедренного сустава, способствует формированию более устойчивого стереотипа ходьбы.

Список литературы

1. Клинические рекомендации «Детский церебральный паралич у детей МКБ 10: G80» Утв. Мин. здравоохранения РФ, год утверждения 2016.
2. Транковский С.Е., Малахов О.А., Малахов О.О., Этажова Е.В. Хирургическая коррекция патологии тазобедренных суставов у детей с ДЦП. //Детская хирургия. – 2013. – № 5. – С.4– 7.
3. Возницкая О.В. Опыт применения немедикаментозных методов реабилитации у детей с врожденной патологией тазобедренного сустава в комплексном лечении. //Universum: медицина и фармакология. - 2017.- №10(43)-С
4. Диль В. Активно-пассивная MOTomed-терапия в реабилитации детей с церебральным параличом. // Международный неврологический журнал. - 2011.- №3 (41) - С. 109-113.

Bibliography

1. Clinical guidelines “Cerebral palsy in children ICD 10: G80” Approved. Min. healthcare of the Russian Federation, year of approval 2016.
2. Trankovsky S.E., Malakhov O.A., Malakhov O.O., Etazhova E.V. Surgical correction of hip joint pathology in children with cerebral palsy. //Children's surgery. – 2013. – No. 5. – P.4–7.
3. Voznitskaya O.V. Experience in the use of non-drug rehabilitation methods in children with congenital pathology of the hip joint in complex treatment. //Universum: medicine and pharmacology. - 2017.- No. 10(43)-C
4. Dil V. Active-passive MOTomed therapy in the rehabilitation of children with cerebral palsy. // International neurological journal. - 2011.- No. 3 (41) - P. 109-113

Сведения об авторах

Безмельницына Людмила Юрьевна - к.м.н. заведующая отделением медицинской, врач лфк и фтл; реабилитации Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России. г. Москва; Email: blyu18@mail.ru ; Тел: +79295035620

Давыдова Анастасия Дмитриевна - врач лфк; Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России, г.Москва; Email: anastasyadavydova93@gmail.com; Тел: +79162612753

Транковский Сергей Евгеньевич; врач травматолог- ортопед ; ГБУЗ ДГКБ Святого Владимира ДЗ г. Москва; Email: doctseort@yandex.ru; Тел: +79166935027

Бельская Елена Александровна ; врач фтл Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России. г. Москва; Email: super.belskaya@yandex.ru; Тел: +79162324843

Information about the authors

Ludmila Yurievna Besmelnitsyna- Head of the Medical Rehabilitation Department of the Federal Scientific and Clinical Center for Children and Adolescents of FMBA Russia. g. Moscow; doctor rehabilitator; Email: blyu18@mail.ru ; Tel: +79295035620

Davydova Anastasia Dmitrievna- doctor LFK; Federal Scientific and Clinical Center of Children and Adolescents FMBA Russia. Moscow; Email: anastasyadavydova93@gmail.com; Tel: +79162612753

Trankovsky Sergey Evgenyevich- traumatologist – orthopedic; GBUZ DGKB Saint Vladimir DZ t. Moscow; Email: doctseort@yandex.ru ; Tel: +79166935027

Belskaya Elena Alexandrovna- phtl doctor; Federal Scientific and Clinical Center for Children and Adolescents FMBA Russia. Moscow; Email: super.belskaya@yandex.ru ; Tel: +79162324843

УДК: 159.9.07

ПРИМЕНЕНИЕ СКАЗОК-МЕДИТАЦИЙ В КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ И ГАРМОНИЗАЦИИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Бойко Е.А.¹, Иванчук Е.В.¹, Петрова Е.В.¹, Дербенцева Г.Б.¹, Петкевич Н.П.¹, Гунченко М.М.¹, Батышева Т.Т.^{1,2}

¹ ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы,
² ФНМО МИ Российский университет дружбы народов, кафедра неврологии, физической и реабилитационной медицины детского возраста, г. Москва

Реферат. В данной работе отражены результаты применения сказок-медитаций в коррекции тревожных расстройств у детей с ОВЗ. Была проведена диагностическая и психо-коррекционная работа с 42 детьми в возрасте от 6 до 10 лет с жалобами на повышенную эмоциональную возбудимость, ранимость, тревогу, страхи, нарушения сна. Проводилось обучение родителей формату предъявления сказки-медитации, далее под руководством специалиста родитель погружал ребенка в процесс слушания сказки-медитации. По результатам повторного тестирования у 34 детей наблюдалось снижение уровня психоэмоционального напряжения, гармонизация детско-родительского взаимодействия.

Ключевые слова: эмоциональная чувствительность, тревога, семейная система, детско-родительские отношения, сказки-медитации

THE APPLICATION OF FAIRY TALES-MEDITATIONS IN THE CORRECTION OF ANXIETY CONDITIONS OF CHILDREN WITH DISABILITIES AND HARMONIZATION OF CHILD-PARENT RELATIONSHIPS

E.A. Boyko¹, E.V. Ivanchuk¹, E.V. Petrova¹, G.B. Derbentseva¹, N.P. Petkevich¹,
M.M. Gunchenko¹, T.T. Batysheva^{1,2}

¹ *Research and clinical Center of Pediatric psychoneurology Moscow*

² *Peoples' Friendship University of Russia, Department of Neurology, Physical and Rehabilitation Medicine of Pediatrics, Moscow*

Abstract. This article reflects the results of the application of fairy tales-meditations in the correction of anxiety conditions of children with disabilities. Diagnostic and psychocorrectional work was carried out with 42 children aged 6 to 10 years with complaints of increased emotional excitability, vulnerability, anxiety, fears, sleep disturbances. Parents were trained in the format of presenting a fairy tale meditation, then, under the guidance of a specialist, the parent immersed the child in the process of listening to a fairy tale meditation. According to the results of repeated testing, 34 children had a decrease in the level of psycho-emotional tension, harmonization of child-parent interaction.

Key words: *emotional sensitivity, anxiety, family system, child-parent relationships, fairy tales-meditations*

Актуальность. Психоэмоциональное состояние ребенка и его семьи играет одну из ключевых ролей в реабилитационном процессе детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Известно, что высокий уровень тревоги у детей и родителей отрицательно сказывается на процессах социальной адаптации и реабилитации ребенка, а также на внутреннем климате в семье [1]. На данный момент более 30% жалоб родителей связаны с эмоциональной чувствительностью детей, возросшей тревогой в семейной системе, страхами, нарушениями сна.

Цель. Оценка эффективности применения сказок-медитаций в коррекции тревожных состояний детей с ОВЗ и гармонизации детско-родительского взаимодействия.

Материалы и методы. На базе Дневного стационара №1 ГБУЗ «НПЦ ДП» ДЗМ нами была проведена диагностическая и психокоррекционная работа с 42 детьми в возрасте от 6 до 10 лет с жалобами на повышенную эмоциональную возбудимость, ранимость, тревогу, страхи, нарушения сна. Оценка психоэмоционального состояния детей проводилась при помощи следующих методов: «Методика оценки актуального психоэмоционального состояния ребенка», «Волшебная страна чувств», «Расскажи историю», диагностическая беседа с ребенком, родителем и наблюдение. Психокоррекционная работа включала в себя обучение родителя предъявлению сказки-медитации [2] ребенку и состояла из нескольких этапов. На первом этапе проводилось обучение родителя техникам релаксации, способам озвучивания сказок-медитаций ребенку. На следующем этапе родитель под руководством специалиста погружал ребенка в процесс слушания сказки-медитации. Сюжеты сказок вызывали у детей положительные зрительные, слуховые, тактильно-кинестетические образы. По завершению прослушивания сказки, ребенку предлагалось зафиксировать полученные образы и впечатления на бумаге, после чего проходило обсуждение и анализ рисунка. После отработки навыков родителей со специалистом, семьям предлагались сказки-медитации для применения в домашних условиях на регулярной основе. По окончании курса проводилось повторное тестирование.

Результаты. По результатам повторного тестирования у 34 детей наблюдалось снижение уровня психоэмоционального напряжения. Родители отметили улучшение сна, снижение тревожности, уменьшение страхов. Также важно отметить значимость детско-

родительского взаимодействия во время выполнения методики: 39 родителей сообщили, что им стало проще считывать и различать эмоциональное состояние и настроение ребенка, понимать его внутренний мир; вместе с тем родители заметили снижение собственного эмоционального напряжения во взаимодействии с ребенком.

Выводы. Таким образом, применение сказок-медитаций в коррекции тревожных состояний снижает уровень психоэмоционального напряжения детей с ОВЗ, а также оказывает благоприятное влияние на детско-родительское взаимодействие.

Список литературы

1. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. «Психология и психотерапия семьи» СПб: «Питер», 2009г
2. Оклендер В. «Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии» М.: Независимая фирма «Класс», 2012г

Bibliography

1. Eidemiller E.G., Yustitskis V.V. "Psychology and psychotherapy of the family" St. Petersburg: "Piter", 2009
2. Oacklander V. "Windows into the child's world: A guide to child psychotherapy" Moscow: Independent Firm "Class", 2012

Сведения об авторах

Екатерина Алексеевна Бойко – клинический психолог, медицинский психолог первой квалификационной категории, научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», 119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д. 74, 8-926-855-25-72, boykoea26@gmail.com

Елена Витальевна Иванчук – клинический психолог, медицинский психолог ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г.Москвы», 119602, г.Москва, Мичуринский проспект, д.74, 8-929-992-21-93, ev.ivanchuk@gmail.com

Елена Владимировна Петрова – клинический психолог, когнитивно-поведенческий терапевт, медицинский психолог ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», 119602, г.Москва, Мичуринский проспект, д. 74, 8-916-196-35-46, petrevlad007@gmail.com

Галина Борисовна Дербенцева – врач-психотерапевт ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», 119602, г.Москва, Мичуринский проспект, д. 74

Наталья Петровна Петкевич – детский невролог, заведующая отделением «Дневной стационар №1» ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», 119602, Москва, Мичуринский пр-т,д. 74, 8-916-196-35-46, net_mnp@mail.ru

Марина Михайловна Гунченко – детский невролог, заместитель директора ГБУЗ «Научно-практического Центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», 119602, Москва, Мичуринский пр-т,д. 74, 8495-430-80-10, detb18@mail.ru

Татьяна Тимофеевна Батышева – главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации Министерства здравоохранения РФ, главный внештатный детский специалист невролог Департамента здравоохранения г. Москвы, директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», заведующая кафедрой неврологии, физической и реабилитационной медицины детского возраста ФНМО МИ Российского университета дружбы народов, заслуженный врач РФ, профессор, д.м.н., (Россия, Москва), 119602, Москва, Мичуринский проспект, д. 74, 8-495-430-80-81, npcdp@zdrav.mos.ru

Information about authors

Ekaterina Alekseevna Boyko – Clinical Psychologist of the first qualification category, Research Officer at the Scientific Practical Center of Pediatric Psychoneurology of the

Department of Health Care of Moscow, 119602, Moscow, Michurinsky prospect, 74, 8-926-855-25-72, boykoea26@gmail.com

Elena Vitalievna Ivanchuk – Clinical Psychologist at the Scientific Practical Center of Pediatric Psychoneurology of the Department of Health Care of Moscow, Moscow 119602 Michurinsky pr. 74, 8-929-992-21-93, ev.ivanchuk@gmail.com

Elena Vladimirovna Petrova – Clinical Psychologist at the Scientific Practical Center of Pediatric Psychoneurology of the Department of Health Care of Moscow, Cognitive-Behavioral Therapist, 119602, Moscow, Michurinsky prospect, 74, 8-916-196-35-46, petrevlad007@gmail.com

Galina Borisovna Derbentseva – psychotherapist at the Scientific Practical Center of Pediatric Psychoneurology of the Department of Health Care of Moscow, Moscow 119602 Michurinsky pr. 74, 8-495-430-80-81, npcdp@zdrav.mos.ru

Natalya Petrovna Petkevich –Department Head at the «Day Hospital №1» of the Scientific Practical Center of Pediatric Psychoneurology of the Department of Health Care of Moscow, 119602, Moscow, Michurinsky prospect, 74, 8-499-132-51-00, net_mnp@mail.ru

Marina Mikhailovna Gunchenko – Deputy Director of the Scientific Practical Center of Pediatric Psychoneurology of the Department of Health Care of Moscow, Address: 119602, Moscow, Michurinsky pr-t, d. 74, 8495-430-80-10, detb18@mail.ru

Tatyana Timofeevna Batysheva – the main non-staff children's specialist in medical rehabilitation of the Ministry of Health of the Russian Federation, the main non-staff children's specialist-neurologist Moscow Health Department, Director of the Scientific Research and Practical Center of Pediatric Psychoneurology of the Moscow Department of Healthcare, head of the department of neurology, physical and rehabilitation medicine childhood FNMO MI Peoples' Friendship University of Russia, Professor, doctor of medical sciences, Address: 119602 Moscow, Michurinsky Prospect, d. 74, 8-495-430-93-78, npcdp@zdrav.mos.ru

УДК: 616.13.002

НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ МОЙАМОЙА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОВТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Бочкова Е.Н., Асмерзаева Л.И., Синявская Е.А., Молчанова Н.Е., Ушкалова Н.Д.

*ГБУ РО «Областная детская клиническая больница», г. Ростов-на-Дону,
Ростовская область*

Реферат. Данная статья имеет практическое значение для врачей-реабилитологов, неврологов, а также специалистов, занимающихся лечением и реабилитацией пациентов с болезнью Мойамойа и последствиями ишемических инсультов. Результаты исследования могут быть использованы для оптимизации реабилитационных программ и повышения качества жизни данной категории пациентов.

Ключевые слова: *цереброваскулярная патология, болезнь мойамойа, ботулинический токсин типа а, сиалорея*

NEUROREHABILITATION IN A PATIENT WITH MOYAMOYA DISEASE DURING THE RECOVERY PERIOD OF REPEATED ISCHEMIC STROKES

Bochkova E.N., Asmerzaeva L.I., Sinyavskaya E.A., Molchanova N.E., Ushkalova N.D.

*State Budgetary Institution RO "Regional Children's Clinical Hospital", Rostov-on-Don,
Rostov region*

Abstract. This article is of practical importance for rehabilitation doctors, neurologists, as well as specialists involved in the treatment and rehabilitation of patients with Moyamoya disease and the consequences of ischemic strokes. The results of the study can be used to optimize rehabilitation programs and improve the quality of life of this category of patients.

Key words: *cerebrovascular pathology, moyamoya disease, botulinum toxin type a, sialorrhea*

Актуальность. В настоящее время проблема реабилитации последствий ишемического инсульта в детском возрасте продолжает оставаться одной из самых актуальных в медицине. Одной из причин развития данного состояния может быть болезнь Мойамойа. Это медленно прогрессирующее окклюзирующее заболевание сосудов головного мозга с развитием двустороннего стеноза внутричерепных сегментов внутренних сонных артерий, начальных отделов передних и средних мозговых артерий вплоть до их полной окклюзии [1,2]. Относится к редким нозологиям, что затрудняет предположение о данном заболевании как о причине инсульта.

Цель. Использование реабилитационных методик при восстановлении пациентов после перенесенных инсультов.

Материалы и методы. Изучен случай болезни Мойамойа. Пациент обследовался и лечился в психоневрологическом отделении областной детской клинической больницы Ростова-на-Дону.

Результаты. Ребенок П., 7 лет. Диагноз: Болезнь Мойамойа. Состояние после острых нарушений мозгового кровообращения по ишемическому типу в зоне васкуляризации бассейнов средней мозговой артерии (СМА) слева от 24.12.2021 и справа от 11.02.2022, 09.04.2022, с развитием синдрома двигательных нарушений в виде центрального спастического тетрапареза, грубее справа и в верхней конечности, моторной афазии, сialорее. Структурная эпилепсия, фокальные моторные височные приступы с вторичной генерализацией. Синдром когнитивного дефицита. Анамнез: больна с 17.12.2021г., заболевание манифестировало с транзиторной ишемической атаки. 24.12.2021 перенесла ишемический инсульт в бассейне левой СМА с развитием правостороннего гемипареза, моторной афазии, псевдобульбарного синдрома. На фоне проведенного лечения отмечено улучшение состояния в виде частичного регресса гемипареза и регресса афазии. С 22.01.2022 у ребенка стали отмечаться гипомоторные приступы в виде нарушения речи, слабости и замираний с частотой до восьми раз в сутки, длительностью до пяти минут. Назначена антиконвульсантная терапия: вальпроевая кислота 700 мг в сутки, окскарбазепин 450 мг в сутки. С 11.02.22 ухудшение состояния, ишемический инсульт в бассейне правой СМА с развитием пареза левых конечностей, моторной афазии. С 28.03.2022 по 06.04 2022 находилась на госпитализации во втором нейрохирургическом отделении ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, где было проведено создание экстра-интракраниального микроанастомоза между теменной ветвью поверхностной височной артерии (ПВА) и лобной центральной корковой ветвью М4 бассейна СМА слева. Энцефало-дуро-артерио-миосинагиоз слева. Затем развитие третьего ишемического инсульта в бассейне правой СМА от 09.04.2022. Второй этап хирургической коррекции на правом полушарии проведен 23.05.2022г. Пациентка была выписана из нейрохирургического отделения для продолжения лечения и наблюдения у невролога по месту жительства. В постоперационном периоде у ребёнка отмечалась сialорей, тетрапарез с проявлениями гиперкинетического синдрома, грубее выраженного в правых конечностях, в связи с чем на базе психоневрологического отделения ГБУ РО «ОДКБ» проведена ботулинотерапия для коррекции сialорей, оптимизирована антиконвульсантная терапия, применялись занятия ЛФК, кинезиотейпирования. Отмечалось улучшение состояния по сialорее в течение одного

месяца. Учитывая положительную динамику планируются повторные введения препаратов ботулинического токсина тип А.

Выводы. Необходимость более детального изучения цереброваскулярных заболеваний обусловлена высокой распространенностью, инвалидизацией и смертностью среди больных с патологией сосудов головного мозга. Учитывая спектр разнообразных проявлений неврологического дефицита после перенесенных ишемических инсультов – оправдано использование ботулинотерапии для коррекции сиалореи в реабилитационном периоде.

Список литературы

1. Takeuchi K, Shimizu K. Hypoplasia of the bilateral internal carotid arteries // Brain Nerve. 1957;9:37-43./ Такеучи К., Симидзу К. Двусторонняя гипоплазия внутренних сонных артерий // Центральная нервная система. 1957;9:37-43.

2. Janda PH, Bellew JG, Veerappan V. Moyamoya disease: case report and literature review // J Am Osteopath Assoc. 2009 Oct;109(10):547-53./ Джанда П.Х., Беллью Дж.Г., Веераппан В. Мойямоя: клинический случай и обзор литературы. // «Ассоциация остеопатов» Октябрь 2009;109(10):547-53.

Bibliography

1. Takeuchi K, Shimizu K. Hypoplasia of the bilateral internal carotid arteries // Brain Nerve. 1957;9:37-43./ Takeuchi K., Shimizu K. Bilateral hypoplasia of the internal carotid arteries // Central nervous system. 1957;9:37-43.

2. Janda PH, Bellew JG, Veerappan V. Moyamoya disease: case report and literature review // J Am Osteopath Assoc. 2009 Oct;109(10):547-53./ Janda PH, Bellew JG, Veerappan V. Moyamoya: a case report and review of the literature. // "Association of Osteopaths" October 2009;109(10):547-53.

Сведения об авторах

Бочкова Елена Николаевна- заведующий отделением, отделение психоневрологии ГБУ РО «ОДКБ», Россия, Ростов-на-Дону, ул. 339-й Стрелковой Дивизии, 14, , +7(863) 224-47-84, [boxel-2011@yandex.ru/](mailto:boxel-2011@yandex.ru)

Асмерзаева Любовь Игоревна- врач невролог, отделение психоневрологии ГБУ РО «ОДКБ», Россия, Ростов-на-Дону, ул. 339-й Стрелковой Дивизии, 14, +7(863) 224-47-84, [luntik099@rambler.ru/](mailto:luntik099@rambler.ru)

Синявская Екатерина Анатольевна- врач невролог, отделение психоневрологии ГБУ РО «ОДКБ», Россия, Ростов-на-Дону, ул. 339-й Стрелковой Дивизии, 14, +7(863) 224-47-84, [katerinasinkov@mail.ru/](mailto:katerinasinkov@mail.ru)

Молчанова Наталья Егоровна- врач невролог, отделение психоневрологии ГБУ РО «ОДКБ», Россия, Ростов-на-Дону, ул. 339-й Стрелковой Дивизии, 14, +7(863) 224-47-84, [nmolcanova898@gmail.com/](mailto:nmolcanova898@gmail.com)

Ушкалова Наталья Дмитриевна- врач невролог, отделение психоневрологии ГБУ РО «ОДКБ», Россия, Ростов-на-Дону, ул. 339-й Стрелковой Дивизии, 14, +7(863) 224-47-84, [romanhik0077@gmail.com/](mailto:romanhik0077@gmail.com)

Information about authors

Bochkova Elena Nikolaevna - Head of Department, Department of Psychoneurology, State Budgetary Institution RO "CSTO", Russia, Rostov-on-Don, st. 339th Rifle Division, 14, +7(863) 224-47-84, [boxel-2011@yandex.ru/](mailto:boxel-2011@yandex.ru)

Asmerzaeva Lyubov Igorevna - neurologist, department of psychoneurology of the State Budgetary Institution RO "CSTO", Russia, Rostov-on-Don, st. 339th Rifle Division, 14, +7(863) 224-47-84, [luntik099@rambler.ru/](mailto:luntik099@rambler.ru)

Sinyavskaya Ekaterina Anatolyevna - neurologist, department of psychoneurology of the State Budgetary Institution RO "CSTO", Russia, Rostov-on-Don, st. 339th Rifle Division, 14, +7(863) 224-47-84, [katerinasinkov@mail.ru/](mailto:katerinasinkov@mail.ru)

Molchanova Natalya Egorovna - neurologist, department of psychoneurology of the State Budgetary Institution RO "CSTO", Russia, Rostov-on-Don, st. 339th Rifle Division, 14, +7(863) 224-47-84, nmolcanova898@gmail.com/

Ushkalova Natalya Dmitrievna - neurologist, department of psychoneurology of the State Budgetary Institution RO "CSTO", Russia, Rostov-on-Don, st. 339th Rifle Division, 14, +7(863) 224-47-84, romanhik0077@gmail.com/

УДК 616.718-073:612.76

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ
ПРОВОДИМОЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ У БОЛЬНЫХ
ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Власенко С.В., Османов Э.А.

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

Реферат. В исследование включено 24 больных ДЦП, проходивших курс санаторно-курортного лечения в условиях санатория. 11 больным основной группы перед проведением курса санаторно-курортного лечения был введен ботулотоксин. 13 пациентов группы сравнения после введения [ботулинического токсина типа А](#), прошли курс реабилитации по месту жительства в амбулаторных условиях. Всем больным проведено клиничко-неврологическое исследование до и после курса терапии. Анализ результатов лечения показал большую эффективность реабилитации после ботулинотерапии в основной группе пациентов. Таким образом, эффективность реабилитации после проведенной инъекции ботулинического токсина типа А значительно выше, если пациент находится в условиях специализированных санаториев.

Ключевые слова: *церебральный паралич, реабилитация, ботулинотерапия*

FEATURES OF REHABILITATION TACTICS AFTER BOTULIN THERAPY
CARRIED OUT IN AN OUTPATIENT POLYCLINIC SETTING IN PATIENTS WITH
CEREBRAL PALSY

Vlasenko S.V., Osmanov E.A.

GBUZ RK "Research Institute of Children's Balneology, Physiotherapy and Medical Rehabilitation", Evpatoria, Republic of Crimea

Abstract. The study included 24 patients with cerebral palsy who underwent a course of sanatorium-resort treatment in a sanatorium. 11 patients of the main group were injected with botulinum toxin before undergoing a course of sanatorium treatment. 13 patients in the comparison group, after administration of botulinum toxin type A, underwent a course of rehabilitation at the place of residence on an outpatient basis. All patients underwent clinical and neurological examination before and after the course of therapy. Analysis of treatment results showed greater effectiveness of rehabilitation after botulinum therapy in the main group of patients. Thus, the effectiveness of rehabilitation after an injection of botulinum toxin type A is much higher if the patient is in a specialized sanatorium.

Key words: *cerebral palsy, rehabilitation, botulinum therapy*

Актуальность. Синдром спастичности является одним из часто встречаемых в неврологической и реабилитационной практике детского невролога, реабилитолога [1-3]. Санаторно-курортный этап реабилитации неврологических пациентов имеет многолетнюю историю и традиционно развит в Крыму. В здравницах курорта Евпатория традиционно сочетаются различные виды лечения, в том числе применяются высокотехнологические методы- операции, ортезирование. Реабилитация пациента, которая начинается в санатории сразу после проведенного подобного специализированного лечения, значительно повышает его эффективность. Ботулинотерапия является стандартом в лечении спастичности и патологических синдромов, развивающихся вследствие стойкого ограничения движений [4-9]. Необходимо подчеркнуть, что достижение необходимого функционального эффекта невозможно без формирования реабилитационной программы, индивидуальной для каждого конкретного пациента. Введение [ботулинического токсина типа А](#) возможно в поликлинических условиях, предусматривающих однократный визит к специалисту, поэтому выработка эффективной тактики реабилитации после проведения процедуры остается актуальной проблемой.

Цель. Выработка эффективной тактики реабилитации после проведенной ботулинотерапии у больных со спастическими синдромами, проводимой в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы. В исследование были включены 24 больных с ДЦП, формой спастическая диплегия. 11 больным основной группы (ОГ) перед проведением курса санаторно-курортного лечения был введен [ботулинический токсин типа А](#). 13 пациентов группы сравнения (ГС) после введения ботулотоксина прошли курс реабилитации по месту жительства в амбулаторных условиях. Всем пациентам было проведено клинико-неврологическое обследование. Степень выраженности пареза оценивалась по пятибалльной шкале, степень спастичности мышц оценивалась по шкале Эшуорта. Ограничение объема движений в суставах разделялось на пять степеней. Выраженность болевого синдрома определялось по 10-балльной шкале боли ВАШ. До и после лечения проводилась ангулометрия. Функция руки оценивалась: по шкале MACS, шкале ручного захвата предметов.

Результаты. В клинической картине заболевания выявлялся спастический гемипарез: правосторонний у 11 больных, 13 пациентов с левосторонним гемипарезом. Анализируя исходные показатели в исследуемой группе было установлено, что степень спастичности составляла $3,88 \pm 0,33$ балла, что характеризовалось как значительное увеличение мышечного тонуса. Степень пареза мышц находилась в диапазоне $2,55 \pm 0,49$ баллов, что характеризовалось как глубокий парез. Ограничение объема активных движений превышало 50% от нормы и находилось на 3-4 уровнях. Выполнение возможных активных, пассивных движений сопровождалось болевым синдромом – $7,26 \pm 0,23$ балла. При осмотре верхней конечности отмечалось сочетание различных паттернов спастичности (приведенное и ротированное кнутри плечо, согнутый локоть, согнутое запястье, пронированное предплечье). Показатели нарушения функции руки составили: по шкале MACS- $3,45 \pm 0,32$ уровень, шкала ручного захвата предметов- $6,74 \pm 0,16$ баллов. Таким образом, в целом, общее состояние пациентов можно было считать, как состояние с наличием выраженных признаков инвалидности и необходимостью в ежедневной постоянной посторонней помощи. Всем пациентам в мышцы верхней и нижней конечности был введен [ботулинический токсин типа А](#). Распределение дозы препарата осуществлялось согласно разработанным стандартам [4-9] и собственного опыта. Непосредственно инъекция проводилась в точки максимального мышечного сокращения, определенные на физиотерапевтическом аппарате «Миоритм» под контролем ультразвука. После проведения инъекции всем пациентам давались рекомендации по дальнейшей тактике реабилитации. 11 больных после проведенной ботулинотерапии проходили курс реабилитации в специализированных санаториях

Крыма. Средний срок нахождения в санатории составил 24 дня. В санаториях, согласно данным рекомендациям был сформирован комплекс реабилитации, включающий различные виды лечебной физкультуры, массаж, электролечение, пелоидотерапию, гидрокинезотерапию, климато-, бальнеолечение. Клинически снижение мышечного тонуса и увеличение объема пассивных движений отмечалось в среднем на 4-5 день, причём в мышцах верхней конечности эффект был всегда более выражен и отмечался на 2-3 день. У больных ОГ и ГС отмечалось достоверное снижение спастичности мышц после проведенной инъекции ботулотоксина ($2,81 \pm 0,3$, $2,75 \pm 0,49$ $p < 0,001$). Однако, изменения показателей мышечной силы (ОГ $3,68 \pm 0,47$, $p < 0,001$, ГС $2,78 \pm 0,42$ $p > 0,05$), изменения объёма движений в суставах (ОГ $2,43 \pm 0,49$, $p < 0,001$, ГС $3,29 \pm 0,58$, $p > 0,05$) в ГС незначительны, что связано с низкой эффективностью проведенных реабилитационных мероприятий. Значительное снижение болевого синдрома отмечалось в обеих группах до уровня – $2,43 \pm 0,34$ балла, что также связано с эффективным снижением спастичности мышц. Положительная динамика была зафиксирована в мануальных способностях. Так, в ОГ выявлена статистически достоверная динамика по шкале MACS. Больные ОГ после курса реабилитации в специализированных санаториях достигли второго уровня по шкале MACS, то есть появилась способность к захвату большинства представленных предметов с незначительным ограничением качества и скорости. Улучшились показатели по шкале ручного захвата предметов после проведенного лечения (ОГ $3,23 \pm 0,21$, $p < 0,001$, ГС $6,34 \pm 0,31$ $p > 0,05$). Таким образом, приобретенный объём моторики рук позволял пациенту быть независимым в повседневной активности. Более выраженная положительная динамика у пациентов ОГ обусловлена тем, что, находясь в условиях санатория, реабилитация носила более интенсивный и комплексный характер на протяжении всего времени пребывания. Немаловажным являлось постоянное наблюдение за больным специалистами и коррекция назначений при необходимости.

Выводы. Таким образом, анализируя все вышесказанное, необходимо констатировать, что курс реабилитации необходимо начинать после проведенной ботулинотерапии в специализированных центрах, санаториях. Нахождение пациента в специализированных санаторно-курортных условиях имеет эффект постоянного реабилитационного воздействия в максимально психологически комфортной среде в отличие от стационаров, поликлиник, что подтверждается результатами проведенного исследования.

Список литературы

1. Батышева Т.Т., Бойко А.Н., Костенко Е.В. Методологические основы лечения спастичности /Медико-социальные аспекты лечения спастичности в практике врача-невролога: матер.науч.-практ.конф. — М., 2010. — С.6–9.
2. Гузева В.И., Куренков А.Л., Змановкая В.А., Батышева Т.Т., Семенова К.А., Жеребцова В.А., Владыкина Л.Н., Попков Д.А. Детский церебральный паралич. В кн.: Федеральное руководство по детской неврологии. Под. ред. Гузевой В.И. М.: ООО «МК», 2016.
3. Sadowska M, Sarecka-Hujar B, Kopyta I. Cerebral palsy: current opinions on definition, epidemiology, risk factors, classification and treatment options. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020 Jun 12;16:1505-1518. doi: 10.2147/NDT.S235165
4. Heinen F, Desloovere K, Schroeder AS, et al. The updated European Consensus 2009 on the use of Botulinum toxin for children with cerebral palsy. *Eur J Paediatr Neurol.* 2010 Jan;14(1):45-66. doi: 10.1016/j.ejpn.2009.09.005. Epub 2009 Nov 14.
5. Strobl W, Theologis T, Brunner R, et al. Best clinical practice in botulinum toxin treatment for children with cerebral palsy. *Toxins (Basel).* 2015 May 11;7(5):1629-48. doi: 10.3390/toxins7051629.
6. Куренков АЛ, Клочкова ОА, Бурсагова БИ и др. Эффективность и безопасность применения ботулинического токсина типа А при лечении детского церебрального паралича. *Журнал неврологии и психиатрии.* 2017;117(11):44-51.

7. Almina S, Karile Y, Audrone P, Indre B. Analgesic effect of botulinum toxin in children with cerebral palsy: A systematic review. *Toxicon*. 2021 Aug;199:60-67. doi: 10.1016/j.toxicon.2021.05.012. Epub 2021 Jun 1.

8. Белова А.Н., Прокопенко С.В. Нейрореабилитация. 3-е изд., перераб. и доп.—М.: Антидор, 2010. —1288 с.

9. Хатькова С.Е. Контроль инъекций при ботулинотерапии и осуществление физиотерапевтических процедур с помощью прибора «МИСТ» у пациентов с постинсультной спастичностью / С.Е.Хатькова //Актуальные направления в неврологии: матер. XIII Международ. конф. [«Возрастные аспекты неврологии»], (Судак 27-29 апреля 2011г.). — К., 2011. — С.97–98.

Bibliography

1. Batysheva T.T., Boyko A.N., Kostenko E.V. Methodological basis for the treatment of spasticity /Medical and social aspects of the treatment of spasticity in the practice of a neurologist: materials of scientific-practical conference. - М., 2010. - P.6–9.

2. Guzeva V.I., Kurenkov A.L., Zmanovskaya V.A., Batysheva T.T., Semenova K.A., Zherebtsova V.A., Vladykina L.N., Popkov D.A. Cerebral palsy. In the book: Federal Guide to Child Neurology. Under. ed. Guzevoy V.I. М.: LLC "МК", 2016.

3. Sadowska M, Sarecka-Hujar B, Kopyta I. Cerebral palsy: current opinions on definition, epidemiology, risk factors, classification and treatment options. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020 Jun 12;16:1505-1518. doi: 10.2147/NDT.S235165

4. Heinen F, Desloovere K, Schroeder AS, et al. The updated European Consensus 2009 on the use of Botulinum toxin for children with cerebral palsy. *Eur J Paediatr Neurol*. 2010 Jan;14(1):45-66. doi: 10.1016/j.ejpn.2009.09.005. Epub 2009 Nov 14.

5. Strobl W, Theologis T, Brunner R, et al. Best clinical practice in botulinum toxin treatment for children with cerebral palsy. *Toxins (Basel)*. 2015 May 11;7(5):1629-48. doi: 10.3390/toxins7051629.

6. Kurenkov AL, Klochkova OA, Bursagova BI, et al. Efficacy and safety of botulinum toxin type A in the treatment of cerebral palsy. *Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017;117(11):44-51.

7. Almina S, Karile Y, Audrone P, Indre B. Analgesic effect of botulinum toxin in children with cerebral palsy: A systematic review. *Toxicon*. 2021 Aug;199:60-67. doi: 10.1016/j.toxicon.2021.05.012. Epub 2021 Jun 1.

8. Belova A.N., Prokopenko S.V. Neurorehabilitation. 3rd ed., revised. and additional —М.: Antidor, 2010. —1288 p.

9. Khatkova S.E. Control of injections during botulinum therapy and implementation of physiotherapeutic procedures using the MIST device in patients with post-stroke spasticity / S.E. Khatkova // Current trends in neurology: material. XIII International conf. [“Age-related aspects of neurology”], (Sudak April 27-29, 2011). - К., 2011. - P.97–98.

Сведения об авторах

Власенко Сергей – д-р мед. наук, профессор кафедры медицинской реабилитации, спортивной медицины и адаптивной физической культуры **факультета медицинской реабилитации, физической культуры и спорта** института «Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского»; ведущий научный сотрудник ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации, заслуженный врач АР Крым, врач реабилитолог, невролог, vlasenko65@rambler.ru

Османов Эрнест – канд. мед. наук, ассистент кафедры медицинской реабилитации, спортивной медицины и адаптивной физической культуры **факультета медицинской реабилитации, физической культуры и спорта** института «Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского»; научный сотрудник ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии,

физиотерапии и медицинской реабилитации, врач реабилитолог, ортопед,
sraun55@mail.ru

Information about authors

Vlasenko Sergey – Dr. med. Sciences, Professor of the Department of Medical Rehabilitation, Sports Medicine and Adaptive Physical Culture, Faculty of Medical Rehabilitation, Physical Culture and Sports, Institute of the Order of the Red Banner of Labor Medical Institute named after. S.I. Georgievsky"; Leading Researcher of the State Budgetary Institution of Healthcare and Healthcare "Research Institute of Children's Balneology, Physiotherapy and Medical Rehabilitation", Honored Doctor of the Autonomous Republic of Crimea, Rehabilitologist, Neurologist

Osmanov Ernest – Ph.D. honey. Sciences, assistant at the Department of Medical Rehabilitation, Sports Medicine and Adaptive Physical Culture, Faculty of Medical Rehabilitation, Physical Culture and Sports, Institute of the Order of the Red Banner of Labor Medical Institute named after. S.I. Georgievsky"; Researcher, GBUZRK "Research Institute of Children's Balneology, Physiotherapy and Medical Rehabilitation, rehabilitologist, orthopedist

УДК: 796.07

ОЦЕНКА СОГЛАСОВАННОСТИ ДВИЖЕНИЙ РУК И НОГ У ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

Гросс Н.А., Шарова Т.Л.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр физической культуры и спорта» ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, г.Москва

Реферат. В работе представлены результаты исследования особенностей координации движений рук и ног у детей с диагнозом ДЦП при выполнении тестовых движений статического и динамического характера. Показано, что у большинства детей координационные способности рук и ног слабо выражены, особенно в возрастной группе 2-4 лет. В возрастной группе 7 -12 лет только 50% детей смогли скоординировать движения и удерживать равновесие при выполнении различных упражнений.

Ключевые слова: *дети с диагнозом ДЦП, координационные способности, тестовые движения.*

ASSESSMENT OF THE CONSISTENCY OF MOVEMENTS OF THE ARM AND LEGS IN CHILDREN WITH A DIAGNOSIS OF CEREBRAL PALSY

Gross N.A., Sharova T.L.

Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Center for Physical Culture and Sports" Federal State Budgetary Institution FSC VNIIFK, Moscow

Abstract. The paper presents the results of a study of the peculiarities of coordination of movements of the arms and legs in children diagnosed with cerebral palsy when performing test movements of a static and dynamic nature. It has been shown that in most children the coordination abilities of the arms and legs are poorly expressed, especially in the age group of 2-4 years. In the age group of 7-12 years, only 50% of children were able to coordinate movements and maintain balance when performing various exercises.

Key words: *children diagnosed with cerebral palsy, coordination abilities, test movements*

Актуальность. В становлении реакций выпрямления и равновесия тела при изменении позы важную роль играют движения рук [1,2]. Хорошо сформированный двигательный навык, например, такой, как ходьба, характеризуется согласованной координацией всех звеньев тела. Во время ходьбы руки двигаются поочередно в направлении вперед-назад, координируя эти движения с движением ног. Расстройства согласованности и координации движения характеризует нарушение моторики, которое часто встречается у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) [3,4]. Оценка координационной согласованности рук и ног при движениях в пространстве у детей с ДЦП является важной частью процесса реабилитации, позволяющего выявить существующие проблемы и принять меры по их устранению [4,5].

Цель. Оценка координационной согласованности рук и ног при выполнении движений в пространстве у детей с ДЦП.

Материалы и методы. В работе использовался метод экспертной оценки для выявления особенностей координации движений рук и ног при выполнении статических и динамических упражнений у 26 детей в возрасте от 3 до 12 лет. Использовались 7 вариантов тестовых движений: поднятие стопы от опоры каждой ногой в положении сидя и стоя с движением рук в разных направлениях, ходьба по заданной полосе, перешагивание через гимнастическую палку, движения руками вперед-назад, подняться по лестнице, ходьба спиной вперед, произвольная ходьба. Результаты оценивались по 5-балльной системе.

Результаты. Анализ результатов исследования показал, что у 35% детей во время ходьбы руки оставались неподвижными или сгибались, располагаясь чуть впереди туловища, у 40% выявлена только попытка выполнить двигательный тест, у 5% детей получались взмахи в одном направлении и только у 20% наблюдалось правильное движение рук. При определении способности подъема стопы от пола из положения сидя и стоя выявлено, что 40% детей не могли оторвать ног от пола, 5% детей смогли поднять только правую ногу и 10% только левую. 40% детей не были способны поднимать ноги при принятии вертикального положения стоя. Подняться по лестнице не смогли 60% детей. Несмотря на то, что 40% детей справились с заданием, показатель неспособности был выше, что, в целом, свидетельствовало о невысоком уровне развития координационных возможностей детей с ДЦП. При выполнении теста «шаг назад» 50% детей школьного возраста не могли его выполнить, теряли равновесие, хаотично двигали руками. Самостоятельно выполнили это упражнение только 27% детей. Поочередное движение руками вперед-назад смогли сделать только 20% детей, 35% не смогли его выполнить, попытку выполнить смогли только 40% детей, выполнили движение только в одном направлении – 5% детей.

Выводы.

1. Показано, что у большинства детей с ДЦП координационные способности рук и ног слабо выражены. Дети в возрастной группе от 2-4 лет плохо контролируют свое тело в пространстве. В возрастной группе от 7-12 лет в среднем 50% испытуемых детей смогли скоординировать тело и удержать равновесие при выполнении различных поз и движений.
2. Поочередное движение руками вперед-назад смогли сделать только 20% детей.
3. Включение тестовых упражнений для оценки координации движений рук и ног при выполнении движений в пространстве расширяет понимание причин двигательной недостаточности для их развития у детей с ДЦП.

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. Перхурова, И.С. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы коррекции [Текст]: / И.С. Перхурова, В.М. Лузинович., Е.Г. Сологубов. - М.: Книжная палата, 1996. - 248 с.

3. Батышева Т.Т. Современные технологии диагностики и реабилитации в неврологии и ортопедии. [Текст]: / Т.Т. Батышева, Д.В. Скворцов, А.И. Труханов// - М.: Издательство «Медика», 2005. - 244с.

4. Шелков, О.М. Технология контроля и управления развитием моторно-психических реакций у лиц с отклонениями в состоянии здоровья / Шелков, О.М., Мишарина, С.Н. // Теория и практика физической культуры. -2003. № 3. - С.13-16.

5. 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.

Bibliography

1. Assessment of the motor capabilities of children with cerebral palsy when performing exercises from different starting positions / N.A. Gross, I.Yu. Berkutova, T.L. Sharova, G.V. Bukanova, N.I. Zelenova // Scientific Notes of the University. P.F. Lesgafta. - 2016. - No. 4 (134). - P.64-70.

2. Perkhurova, I.S. Regulation of posture and walking in cerebral palsy and some methods of correction [Text]: / I.S. Perkhurova, V.M. Luzinovich., E.G. Sologubov. - M.: Book Chamber, 1996. - 248 p.

3. Batysheva T.T. Modern technologies of diagnostics and rehabilitation in neurology and orthopedics. [Text]: / T.T. Batysheva, D.V. Skvortsov, A.I. Trukhanov // - M.: Publishing house "Medika", 2005. - 244 p.

4. Shelkov, O.M. Technology of monitoring and management of the development of motor-mental reactions in persons with health problems / Shelkov, O.M., Misharina, S.N. // Theory and practice of physical culture. -2003. No. 3. - P.13-16.

5. The influence of active physical exercises on the development of motor skills of disabled children / N.A. Gross, T.L. Sharova, A.V. Molokanov // Scientific Notes of the University. P.F. Lesgafta. - 2021. - No. 3 (193). - P.86-93.

Сведения об авторах

Гросс Н.А.- кандидат педагогических наук, доцент, ведущий научный сотрудник. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр физической культуры и спорта» ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, Россия, Москва, Елизаветинский переулок, д. 10, Телефон 8 916 151 97 74, e-mail niinagross@yandex.ru

Шарова Т.Л.- кандидат педагогических наук, ведущий научный сотрудник. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр физической культуры и спорта» ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, Россия, Москва, Елизаветинский переулок, д. 10

Information about authors

Gross N.A. - Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor, Leading Researcher. Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Center for Physical Culture and Sports" FGBU FSC VNIIFK, Russia, Moscow, Elizavetinsky Lane, 10, Phone 8 916 151 97 74, e-mail niinagross@yandex.ru

Sharova T.L. - candidate of pedagogical sciences, leading researcher. Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Center for Physical Culture and Sports" FSBI FSC VNIIFK, Russia, Moscow, Elizavetinsky Lane, 10

Доценко О.А., Зенковская А.Г., Лайпанова Ф.А., Колесникова Е.В., Минаева О.А.

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Ставрополь, Ставропольский край*

Реферат. Статья освещает проблему мышечной дистрофии Дюшенна. Целью является изучение практических и литературных данных о диагностике и лечении МДД, которая в деятельности врача встречается все чаще. На базе многопрофильного медицинского учреждения проводилась лабораторная и инструментальная диагностика, а также медикаментозное лечение, где лечение представлено препаратом аталурен и посиндромной терапией. Получена положительная динамика лечения: замедление прогрессирования заболевания за счёт стимуляции синтеза инсулиноподобного фактора роста и пролиферации миобластов, снижения выработки цитокинов и реактивности лимфоцитов, в результате чего происходит увеличение объёма и силы мышц. Таким образом, патогенетическая терапия аталуреном с симптоматической терапией позволяет замедлить прогрессирование заболевания и стабилизировать состояние пациентов, что и является целью лечения.

Ключевые слова: мышечная дистрофия Дюшенна, этиология, патогенез, методы лечения, реабилитация

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DUCHENNE MYODYSTROPHY

Dotsenko O.A., Zenkovskaya A.G., Laipanova F.A., Kolesnikova E.V., Minaeva O.A.

*Stavropol State Medical University of the Ministry of Health of the Russian
Federation, Stavropol, Stavropol region*

Abstract. The article highlights the problem of Duchenne muscular dystrophy. The aim is to study practical and literary data on the diagnosis and treatment of MDD, which is increasingly common in the activities of a doctor. On the basis of a multidisciplinary medical institution, laboratory and instrumental diagnostics were carried out, as well as drug treatment, where treatment is represented by ataluren and post-syndrome therapy. Positive dynamics of treatment was obtained: slowing down the progression of the disease by stimulating the synthesis of insulin-like growth factor and proliferation of myoblasts, reducing cytokine production and reactivity of lymphocytes, resulting in an increase in muscle volume and strength. Thus, pathogenetic therapy with ataluren with symptomatic therapy can slow down the progression of the disease and stabilize the condition of patients, which is the goal of treatment.

Keywords: Duchenne muscular dystrophy, etiology, pathogenesis, treatment methods, rehabilitation

Актуальность. Мышечная дистрофия Дюшенна (МДД)- наследственное рецессивное нервно-мышечное заболевание, сцепленное с X-хромосомой, вызванное мутациями в гене DMD, приводящими к отсутствию или недостаточной функции дистрофина, имеет раннее начало и вызывает тяжелое течение. Актуальность темы заключается в тенденции увеличения числа пациентов с МДД. Симптомы заболевания проявляются в раннем, младенческом возрасте, и чем раньше диагностируются, тем

раньше появляется возможность приостановить патологические процессы с помощью лекарственной терапии, адаптировать ребенка к возникшему состоянию, ограничить физическую нагрузку для замедления деструктивных процессов в мышечной ткани.

Цель. Анализ практических, литературных данных отечественных и зарубежных авторов по вопросам лечения и реабилитации детей с мышечной дистрофией Дюшенна.

Материалы и методы. Работа с источниками из Интернета и электронными ресурсами; анализ научных статей; анализ исследовательских работ из электронных ресурсов PubMed, eLibrary. Проведен сравнительный анализ эффекта лечения 3 пациентов глюкокортикостероидами и симптоматической терапией, применяемой ранее с эффектом лечения препаратом аталурен в комплексе с ГКС и симптоматической терапией.

Результаты. Патогенез МДД обусловлен дефицитом белка дистрофина в мышечном волокне, возникающим в результате мутаций гена DMD, расположенного в области короткого плеча X-хромосомы. Ген DMD состоит из 79 экзонов. Выделяют пять клинических стадий развития МДД:

1. Преклиническая (досимптомная)
2. Ранняя амбулаторная (с сохранённой способностью к самостоятельному передвижению).
3. Поздняя амбулаторная (с сохранённой способностью к самостоятельному передвижению).
4. Ранняя неамбулаторная (с утраченной способностью к самостоятельному передвижению).
5. Поздняя неамбулаторная (с утраченной способностью к самостоятельному передвижению).

Спектр диагностических мероприятий включает: сбор анамнеза, биохимический анализ крови, генетические, морфологические и инструментальные методы исследования [1-3]. «Золотой стандарт» диагностики МДД – генетическое исследование и биопсия мышечной ткани. Изменения в биохимическом анализе крови представлены повышением активности АЛТ, АСТ и КФК [1,2]. В результате исследований у пациентов с МДД наблюдали повышение активности АЛТ в 5 раз, АСТ - в 4 раза, КФК- в 11 раз и более. При этом, на последней стадии заболевания уровень КФК становится нормальным и даже сниженным [4]. Генетический анализ выполняется для обнаружения делеций и дубликатов несколькими методами, такими как амплификация зонда, зависящая от мультиплексного лигирования (MLPA), флуоресцентная гибридизация *in situ* (FISH) и полимеразная цепная реакция [5,6]. Иммуоцитохимическое окрашивание мышц с помощью антител к дистрофину позволяет определить его отсутствие в мышечном биоптате, выявляет некроз, регенерацию, замещение жировой ткани, эндомизиальный фиброз. МРТ позволяет обнаружить замещение мышц жировой тканью, а также идентифицировать отёк на ранних стадиях мышечной дегенерации [7,8]. Более выгодный метод по сравнению с МРТ является волновая эластография - специфический метод ультразвуковой диагностики, с помощью которого оценивается жёсткость тканей. Электрокардиограмма - важная часть наблюдения за суправентрикулярными и желудочковыми аритмиями у пациентов с симптомами МДД. Для определения уровня психомоторного развития пациентов применяют оценочные тесты. Шкалы Бэйли и Гриффитса используются для оценки скорости развития у ребёнка в возрасте до 3 лет и выявления психомоторных задержек на ранних стадиях МДД. В качестве оценочных средств некоторые авторы предлагают использовать тест 6-минутной ходьбы. С появлением поведенческих проблем и риском падения пациентов во время выполнения теста, появилась специальная модификация теста путем сокращения времени до 2 мин. Исследования показали, что надёжность теста 2-минутной ходьбы сопоставима с надёжностью стандартного теста 6-минутной ходьбы [9]. А. Hunt и соавт. предлагают

оценивать моторное развитие с помощью шкалы оценки мышечной дистрофии, включающей четыре раздела: «мобильность» (изменение положения тела в пространстве), «повседневная жизнедеятельность», «функция верхней конечности» и «двигательные нарушения» (например, контрактуры конечностей) [10]. Для оценки когнитивных нарушений проводится нейропсихологическое тестирование детей и подростков. В кейс включены методики для исследования памяти: запоминания 10 слов; запоминание 9 геометрических фигур; отсроченное воспроизведение 10 слов и 9 геометрических фигур; «Двойной тест» Мучника-Смирнова [11,12]. Для исследования мышления были использованы 2 методики: «сравнение понятий» и «направленные вербальные ассоциации». Для исследования внимания применялся метод с использованием таблиц Шульте. Лечение МДД включает медикаментозную и реабилитационную терапию.

На базе многопрофильного медицинского учреждения проводилась терапия препаратом аталурен, где была получена положительная динамика лечения, а именно, приостановление деструктивных процессов в мышечной ткани. Аталурен позволяет транслирующей рибосоме считать информацию с м-РНК, содержащей преждевременный стоп-кодон, и синтезировать полноразмерный белок. Для минимизации осложнений, в частности, дыхательной недостаточности предлагается проводить терапию с помощью препарата идебенон в дозе 900 мг/сут [13]. Реабилитационные методы лечения, включающие лечебную физкультуру, пассивные и активные растяжки, не могут привести к излечению прогрессирующей МДД, но направлены на улучшение качества жизни пациентов и уменьшение частоты осложнений болезни, в том числе на предотвращение мышечных, скелетных, сердечных нарушений в связи с потерей мышечной силы [14]. Согласно мнению многих авторов, эксцентрические упражнения повреждают дистрофиндефицитные мышцы, и такой тип физических упражнений противопоказан для пациентов с МДД. Также установлено, что добровольные упражнения и частые упражнения низкой интенсивности положительно влияют на предотвращение осложнений [15,16].

Выводы. Мышечная дистрофия Дюшенна – заболевание из группы первичных X-сцепленных миопатий, которые с самого раннего детства значительно снижают качество жизни человека. Для предотвращения осложнений и летального исхода необходима своевременная диагностика, лечение и реабилитация пациентов с МДД. Для диагностики МДД проводятся следующие исследования: биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, КФК, КФК – МВ), генетические, морфологические и инструментальные (ультразвуковое исследование, МРТ, ЭКГ, эластография) методы исследования, оценочные тесты. Проведенная препаратом аталурен терапия на базе многопрофильного медицинского учреждения дала положительные результаты: отсутствие усугубления состояния, появления новой симптоматики, изменения лабораторных данных спустя 4 месяца после начала курса терапии. Легкая частая физическая активность, нагрузка мышц без сопротивления благоприятно сказываются на состоянии пациентов. Необходимо уделять особое внимание разработке, изучению, внедрению в практику уже существующих и новых методов лечения, реабилитации и социализации пациентов с МДД.

Список литературы

1. McMillan H.J., Gregas M., Darras B.T. et al. Serum transaminase levels in boys with Duchenne and Becker muscular dystrophy. *Pediatrics*. 2011; 127 (1): e132–e136. DOI: 10.1542/peds.2010-0929.
2. Zhu Y., Zhang H., Sun Y. Serum enzyme profiles differentiate five types of muscular dystrophy. *Dis. Markers*. 2015; 2015: 543282. DOI: 10.1155/2015/543282.
3. Osorio A.N., Cantillo J.M., Salas A.C. et al. Consensus on the diagnosis, treatment and follow-up of patients with Duchenne muscular dystrophy. *Neurologia*. 2019; 34 (7): 469–481. DOI: 10.1016/j.nrleng.2018.01.001.

4. Гринио Л.П. Атлас нервно-мышечных болезней. М.: Издательский дом АНС. 2004; 168 с.
5. Gatta V, Scarciolla O, Gaspari AR, Palka C, De Angelis MV, Di Muzio A, Guanciali-Franchi P, Calabrese G, Uncini A, Stuppia L. Identification of deletions and duplications of the DMD gene in affected males and carrier females by multiple ligation probe amplification (MLPA). 2005 Jun;117(1):92-8.
6. Hwa HL, Chang YY, Chen CH, Kao YS, Jong YJ, Chao MC, Ko TM. Multiplex ligation-dependent probe amplification identification of deletions and duplications of the Duchenne muscular dystrophy gene in Taiwanese subjects. J Formos Med Assoc. 2007 May;106(5):339-46.
7. Kwon J.M., Abdel-Hamid H.Z., Al-Zaidy S.A. et al. Clinical follow-up for Duchenne muscular dystrophy newborn screening: a proposal. Muscle & Nerve. 2016; 54: 186–191. DOI: 10.1002/mus.25185.
8. Pichiecchio A., Alessandrino F., Bortolotto C. Et al. Muscle ultrasound elastography and MRI in preschool children with Duchenne muscular dystrophy. Neuromusc. Dis. 2018; 28: 476–483. DOI: 10.1016/j.nmd.2018.02.007.
9. Vill K., Ille L., Schroeder S.A. et al. Six-minute walk test versus two-minute walk test in children with Duchenne muscular dystrophy: Is more time more information? Eur. J. Pediatric Neur. 2015; 19: 640–646. DOI: 10.1016/j.ejpn.2015.08.002.
10. Hunt A., Carter B., Abbott J. Et al. Pain experience, expression and coping in boys and young men with Duchenne Muscular Dystrophy — A pilot study using mixed methods. Eur. J. Pediatric Neurol. 2016; 20: 630 – 638. DOI: 10.1016/j.ejpn.2016.03.002.
11. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования: метод. пособие. СПб.: Речь, 2005. 400 с.
12. Бизюк А.П. Патопсихология: краткий курс в контексте общей и клинической психологии: учеб. пособие / Под ред. Л.М. Шипицыной. СПб.: Речь; 2010. 175 с.
13. McDonald C.M., Meier T., Voit T. et al. Idebeneone reduced respiratory complications in patients with Duchenne muscular dystrophy. Neuromuscul. Disord. 2016; 26 (8): 473–480. doi: 10.1016/j.nmd.2016.05.008.
14. Gaiad T., Araujo K., Caromano F., Eduardo C. Duchenne Muscular Dystrophy: Experimental models on Physical Therapy. In: M. Hegde (ed). Muscular Dystrophy [Internet], 2012. [http:// www.intechopen.com/books/muscular-dystrophy/duchennemuscular-dystrophy-experimental-models-on-physical-therapy](http://www.intechopen.com/books/muscular-dystrophy/duchennemuscular-dystrophy-experimental-models-on-physical-therapy).
15. Landisch R.M., Kosir A.M., Nelson S.A. et al. Adaptative and nonadaptative responses to voluntary wheel running by mdx-mice. Muscle Nerve 2008; 38: 1290—1303.
16. Vainzof M, Ayub-Guerrieri D, Onofre PC, Martins PC, Lopes VF, Zilberztajn D, et al. Animal models for genetic neuromuscular diseases. J Mol Neurosci. 2008;34(3):241-8.

Bibliography

1. McMillan H.J., Gregas M., Darras B.T. et al. Serum transaminase levels in boys with Duchenne and Becker muscular dystrophy. Pediatrics. 2011; 127 (1): e132–e136. DOI: 10.1542/peds.2010-0929.
2. Zhu Y., Zhang H., Sun Y. Serum enzyme profiles differentiate five types of muscular dystrophy. Dis. Markers. 2015; 2015: 543282. DOI: 10.1155/2015/543282.
3. Osorio A.N., Cantillo J.M., Salas A.C. et al. Consensus on the diagnosis, treatment and follow-up of patients with Duchenne muscular dystrophy. Neurologia. 2019; 34 (7): 469–481. DOI: 10.1016/j.nrleng.2018.01.001.
4. Grinio L.P. Атлас нервно-мышечных болезней. М.: Издательский дом АНС. 2004; 168 с.
5. Gatta V, Scarciolla O, Gaspari AR, Palka C, De Angelis MV, Di Muzio A, Guanciali-Franchi P, Calabrese G, Uncini A, Stuppia L. Identification of deletions and duplications of the DMD gene in affected males and carrier females by multiple ligation probe amplification (MLPA). 2005 Jun;117(1):92-8.

6. Hwa HL, Chang YY, Chen CH, Kao YS, Jong YJ, Chao MC, Ko TM. Multiplex ligation-dependent probe amplification identification of deletions and duplications of the Duchenne muscular dystrophy gene in Taiwanese subjects. *J Formos Med Assoc.* 2007 May;106(5):339-46.
7. Kwon J.M., Abdel-Hamid H.Z., Al-Zaidy S.A. et al. Clinical follow-up for Duchenne muscular dystrophy newborn screening: a proposal. *Muscle & Nerve.* 2016; 54: 186–191. DOI: 10.1002/mus.25185.
8. Pichiecchio A., Alessandrino F., Bortolotto C. Et al. Muscle ultrasound elastography and MRI in preschool children with Duchenne muscular dystrophy. *Neuromusc. Dis.* 2018; 28: 476–483. DOI: 10.1016/j.nmd.2018.02.007.
9. Vill K., Ille L., Schroeder S.A. et al. Six-minute walk test versus two-minute walk test in children with Duchenne muscular dystrophy: Is more time more information? *Eur. J. Pediatric Neur.* 2015; 19: 640–646. DOI: 10.1016/j.ejpn.2015.08.002.
10. Hunt A., Carter B., Abbott J. Et al. Pain experience, expression and coping in boys and young men with Duchenne Muscular Dystrophy — A pilot study using mixed methods. *Eur. J. Pediatric Neurol.* 2016; 20: 630 – 638. DOI: 10.1016/j.ejpn.2016.03.002.
11. Bizyuk A.P. Компендиум методов нејропсихологическогo истраживања: метод. посobie. SPb.: Rech`, 2005. 400 s.
12. Bizyuk A.P. Патопсихологија: краткиј курс в контексте обшхеј и клиническој психологиј: учеб. посobie / Под ред. L.M. Shipicynoj. SPb.: Rech`; 2010. 175 s.
13. McDonald C.M., Meier T., Voit T. et al. Idebeneone reduced respiratory complications in patients with Duchenne muscular dystrophy. *Neuromuscul. Disord.* 2016; 26 (8): 473–480. doi: 10.1016/j.nmd.2016.05.008.
14. Gaiad T., Araujo K., Caromano F., Eduardo C. Duchenne Muscular Dystrophy: Experimental models on Physical Therapy. In: M. Hegde (ed). *Muscular Dystrophy* [Internet], 2012. <http://www.intechopen.com/books/muscular-dystrophy/duchennemuscular-dystrophy-experimental-models-on-physical-therapy>.
15. Landisch R.M., Kosir A.M., Nelson S.A. et al. Adaptive and nonadaptive responses to voluntary wheel running by mdx-mice. *Muscle Nerve* 2008; 38: 1290—1303.
16. Vainzof M, Ayub-Guerrieri D, Onofre PC, Martins PC, Lopes VF, Zilberztajn D, et al. Animal models for genetic neuromuscular diseases. *J Mol Neurosci.* 2008;34(3):241-8.

Сведения об авторах

Лайпанова Фатима Анзоровна- студентка 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел.: +89886171547, e-mail: ifatima309@gmail.com ул. Мира 310, 355002

Зенковская Анастасия Геннадьевна- студентка 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел.: + 89889381502, e-mail: zenkovskaya.nastya@mail.ru ул. Мира 310, 355002

Доценко Ольга Алексеевна, студентка 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел.: + 79887605707, e-mail: Oley1992_1992@mail.ru ул. Мира 310, 355002

Колесникова Евгения Викторовна- ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел.: +79187416360, e-mail: Childneuro@inbox.ru ул. Мира 310, 355002

Минаева Ольга Александровна- к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел.: +79624064054, e-mail: minaevaneuro@inbox.ru ул. Мира 310, 355002

Information about the authors

Laipanova Fatima Anzorovna, 5th year student of the Faculty of General Medicine of the Stavropol State Medical University of the Ministry of Health of Russia, tel.: +89886171547, e-mail: ifatima309@gmail.com [310 Mira Street, 355002](#)

Zenkovskaya Anastasia Gennadievna, 5th year student of the Faculty of General Medicine of the Stavropol State Medical University of the Ministry of Health of Russia, tel.: + 89889381502, e-mail: zenkovskaya.nastya@mail.ru [310 Mira Street, 355002](#)

Olga Alekseevna Dotsenko, 5th year student of the Faculty of General Medicine of the Stavropol State Medical University of the Ministry of Health of Russia, tel.: + 79887605707, e-mail: Oley1992_1992@mail.ru [310 Mira Street, 355002](#)

Evgeniya Viktorovna Kolesnikova, Assistant of the Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics, Stavropol State Medical University, Ministry of Health of Russia, tel.: +79187416360, e-mail: Childneuro@inbox.ru [310 Mira Street, 355002](#)

Olga Aleksandrovna Minaeva, PhD, Associate Professor of the Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics, Stavropol State Medical University, Ministry of Health of Russia, tel.: + +79624064054, e-mail: minaevaneuro@inbox.ru [310 Mira Street, 355002](#)

УДК:37.04-053

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОЗЖЕЧКОВОЙ СТИМУЛЯЦИИ НА
ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ РЕЧЕВЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ

Дубинина И.В., Орлова Г.И., Шенбергер Е.Б., Вильданова Е.Л.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г.Москвы

Реферат. В данной статье описан опыт применения мозжечковой стимуляции на логопедических занятиях у детей с различными речевыми нарушениями. Логопедическая работа была апробирована у 32 детей дошкольного школьного возраста с положительными результатами.

Ключевые слова: мозжечковая стимуляция, речевые нарушения, нейropsychологический подход.

EXPERIENCE OF USING CEREBELLA STIMULATION IN SPEECH THERAPY
SESSIONS IN CHILDREN WITH VARIOUS SPEECH DISORDERS

Dubinina I.V., Orlova G.I., Shenberger E.B., Vildanova E.L.

*State Budgetary Healthcare Institution Scientific and Practical Center for Pediatric
Psychoneurology of the Moscow Healthcare Department*

Abstract. This article describes the experience of using cerebellar stimulation in speech therapy sessions for children with various speech disorders. Speech therapy work was tested in 32 children of preschool school age with positive results.

Key words: cerebellar stimulation, speech disorders, neuropsychological approach.

Актуальность. Из года в год в мире стало появляться все больше детей, страдающих различными речевыми нарушениями, причинами которых является нарушения развития центральной нервной системы в перинатальный период, в процессе родов и в первые месяцы жизни ребенка. У таких детей, как правило, отмечается

несформированность фонематического слуха, нарушенное звукопроизношение, словарный запас беден, не развиты лексический и грамматический строй речи, недоразвитие общей и мелкой моторики. Поиск эффективных подходов коррекции определяют актуальность нашей темы и наталкивают нас на необходимость совмещения когнитивных методов коррекции с нейропсихологическим подходом, исследованиями которого занимаются Т.Г. Визель, Ж.М. Глозман, М.И. Лынская, А.В. Семенович [1-4]. Одним из популярных приемов нейрокоррекции с недавних пор стал метод мозжечковой стимуляции - комплекс упражнений, направленных на совершенствование функций мозжечка и ствола головного мозга, принимающего активное участие в формировании всех речевых функций. Использование мозжечковой стимуляции в коррекционной работе по преодолению трудностей речевого развития у детей предполагает внедрение в занятия упражнений, которые будут способствовать совершенствованию общей и артикуляционной моторики, улучшению концентрации внимания и покажет положительные результаты во всех аспектах речевого развития.

Цель. Раскрыть значение мозжечковой стимуляции в работе с детьми с различными речевыми нарушениями.

Материалы и методы. На базе НПЦ ДП мы адаптировали и внедрили в занятия мозжечковой стимуляции логопедические приемы [6-8]. План коррекционной работы составлялся для каждого ребенка индивидуально с учетом выявленных нарушений. Все дети занимались с логопедом индивидуально, а на занятиях мозжечковой стимуляции закреплялись и совершенствовались полученные знания и навыки. В исследовании с января 2022 по сентябрь 2023 года участвовали 32 ребенка. В результате проведенного комплекса реабилитационных мероприятий, у 13(41%) детей была выявлена выраженная положительная динамика, это те дети, которые получали процедуру мозжечковой стимуляции два и более раз за год. У 16 (50%) положительная динамика (получали процедуру в неполном объеме, или до 2х раз за год). Остальные 3 (9%) детей со специфическими расстройствами речи- с минимальной положительной динамикой.

Выводы. Организованные нами систематические комплексные занятия мозжечковой стимуляции дали положительные результаты. Занятия, организованные в игровой форме, не утомляют детей, снимают напряжение и создают благоприятную атмосферу для развития взаимодействия педагог-ребенок, стимулируют ребенка на принятие самостоятельных решений, учат быть уверенными в своих действиях. Мозжечковая стимуляция – эффективный метод, который можно использовать в коррекционной работе по преодолению трудностей речевого развития у детей.

Список литературы

1. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. – М.: Изд-во В. Секачев 2019 – 276 с.
2. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. – М.: Изд-во МГУ, 2003. – 384 с.3.
3. Лынская М.И. Формирование речевой деятельности у неговорящих детей с использованием инновационных технологий: под ред. С.Н. Шаховской. — М.:
4. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. - М., Генезис, 2021. – 474 с.
5. Нищева Н.В. Система коррекционной работы в логопедической группе для детей с общим недоразвитием речи. - СПб. 2017. 83 с.
6. Воробьева Т.А., Крупенчук О.И. Артикуляционная гимнастика. – «Издательский дом «Литера»», Санкт-Петербург 2020, 34 с
7. Быстрова Г. А., Шуйская, Т. А. Сизова Э. А. Логопедические игры и задания. – М., 2008.97с. КАРО Г. А.
8. Логопедические игры и упражнения по лексике. Электронный ресурс

<https://nsportal.ru/download/yandex.html>

https://nsportal.ru/sites/default/files/2020/04/11/igry_po_leksike.doc

Bibliography

1. Wiesel T.G. Fundamentals of neuropsychology. – M.: Publishing house V. Sekachev 2019 – 276 p.
2. Luria A.R. Fundamentals of neuropsychology. – M.: Moscow State University Publishing House, 2003. – 384 p.3.
3. Lynskaya M.I. Formation of speech activity in non-speaking children using innovative technologies: ed. S.N. Shakhovskaya.
4. Semenovich A.V. Neuropsychological correction in childhood. - M., Genesis, 2021. – 474 p.
5. Nishcheva N.V. System of correctional work in a speech therapy group for children with general speech underdevelopment. - St. Petersburg. 2017. 83 p.
6. Vorobyova T.A., Krupenchuk O.I. Articulation gymnastics. – “Publishing house “Litera””, St. Petersburg 2020, 34 copies.
7. Bystrova, T. A. Shuiskaya, E. A. Sizova Speech therapy games and tasks. – M., 2008.97 p. KARO
8. Speech therapy games and vocabulary exercises. Electronic resource <https://nsportal.ru/download/yandex.html>
https://nsportal.ru/sites/default/files/2020/04/11/igry_po_leksike.doc

Сведения об авторах

Дубинина Ирина Викторовна – логопед ПНО №4 ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (Россия, Москва). Адрес:119602, Москва, Мичуринский проспект, д.74 Тел.+7965-206-83-78 Email: iren4353@bk.ru

Орлова Галина Ивановна – заведующий отделением коррекционно-логопедической и психолого-педагогической службы, логопед ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (Россия, Москва). Адрес:119602, Москва, Мичуринский проспект, д.74 Тел.+7916-595-58-94 Email: galina.lado@yandex.ru

Шенбергер Евгения Борисовна – логопед ПНО №4 ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (Россия, Москва). Адрес:119602, Москва, Мичуринский проспект, д.74 Тел.+7965-206-83-78 Email: prostaj2099@rambler.ru

Вильданова Елена Леонидовна - логопед ПНО №12 ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (Россия, Москва). Адрес:119602, Москва, Мичуринский проспект, д.74 Тел.+7965-206-83-78 Email: info@npcdp.ru

Information about authors

Dubinina Irina Viktorovna – is a speech therapist at PNO No. 4 of the State Budgetary Institution “Scientific and Practical Center for Pediatric Psychoneurology of the Moscow Department of Health” (Russia, Moscow). Address: 119602, Moscow, Michurinsky prospect, 74 Tel. +7965-206-83-78 Email: prostaj2099@rambler.ru

Orlova Galina Ivanovna – head of the department of correctional speech therapy and psychological and pedagogical service, speech therapist of the Scientific and Practical Center for Pediatric Psychoneurology of the Moscow Department of Health (Russia, Moscow). Address: 119602, Moscow, Michurinsky prospect, 74 Tel. +7916-595-58-94 Email: galina.lado@yandex.ru

Evgenia Borisovna Shenberger - is a speech therapist at PNO No. 4, Scientific and Practical Center for Pediatric Psychoneurology of the Moscow Department of Health (Russia, Moscow). Address: 119602, Moscow, Michurinsky prospect, 74 Tel. +7965-206-83-78 Email: prostaj2099@rambler.ru

Vildanova Elena Leonidovna – is speech therapist PNO No. 12 of the State Budgetary Institution "Scientific and Practical Center for Pediatric Psychoneurology of the Moscow

УДК:616.8

ЭФФЕКТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С
ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВНОЙ
ОЦЕНКИ

Жеребцова В.А., Григорьева Е.А.

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

Реферат. В статье затрагивается актуальный вопрос оказания реабилитационной помощи детям с двигательными нарушениями и определяется оптимальный набор шкал, позволяющих оценить весь спектр проблем пациента.

Ключевые слова: *церебральный паралич, реабилитационная помощь, МКФ, шкала GMFCS*

EFFECTIVE REHABILITATIVE CARE FOR CHILDREN WITH MOTOR
DISORDERS: MODERN METHODS OF OBJECTIVE ASSESSMENT

Zherebtsova V.A., Grigoryeva E.A.

Tula Regional Children's Psychoneurological Center, Tula, Tula region

Abstract. This article addresses the pressing issue of providing rehabilitative assistance to children with motor disorders and identifies the optimal set of scales for assessing the full spectrum of the patient's problems.

Keywords: *cerebral palsy, rehabilitative care, MCF, GMFCS scale.*

Актуальность. Эффективная реабилитационная помощь детям с двигательными нарушениями подразумевает междисциплинарный формат, включающий нутритивную поддержку и оптимизацию процесса кормления, физическую реабилитацию, эрготерапию, ортезирование и подбор технических средств реабилитации (ТСР), подбор средств альтернативной и дополнительной коммуникации. Современная модель эффективной реабилитации предполагает постановку SMART целей с учетом пожеланий семьи, руководствуясь выявленными проблемами, обозначенными доменами МКФ (международная классификация функционирования). Как на этапе постановки цели, так и на этапе оценки результатов реабилитации необходима качественная и количественная оценка.

Цель. Для оценки эффективности реабилитации применяются стандартизированные шкалы, подбираемые соответственно разделам помощи. В зависимости от выявленных проблем, целей реабилитации и запроса семьи выбирается определенный набор шкал.

Материалы и методы. За годы работы специалистами центра был определен оптимальный набор шкал, позволяющих оценить весь спектр проблем пациента. Критериями выбора являлись высокая информативность и минимальная трудоемкость. При поступлении в стационар мультидисциплинарной командой специалистов проводится первичная оценка по каждому из разделов с применением оценочных шкал и МКФ.

Результаты. В Центре детской психоневрологии ежегодно проходят лечение более 4000 пациентов, из них около 500 детей с детским церебральным параличом (ДЦП) [1]. При описании пациента с ДЦП используются шкалы оценки функционального состояния: GMFCS (Gross Motor Function Classification System), MACS (Manual Ability Classification System), FMS (Functional motor scale), EDACS (Eating and Drinking Ability Classification System), CFCS (Communication Function Classification System). Для всех специальностей применима шкала достижения цели GAS (Goal Attainment Scaling). Нутритивный статус оценивается с помощью центильных таблиц с учетом уровня по GMFCS и типа питания (отдельно для детей с зондом и гастростомой). Для целей физической терапии и эрготерапии применяются шкалы оценки динамики двигательных функций: GMFM (Gross Motor Function Measure), PMAL, BFMF (Bimanual Fine Motor Function), для оценки спастичности – шкалы Тардье и Эшворта. Для оценки коммуникативных навыков используют матрицу коммуникации, для оценки сиалореи – шкалу DIS (Dissociative Experience Scale), позиционирование при кормлении оценивается по шкале SAFE (Scaled Agile Framework), функцию глотания наши специалисты описывают при помощи Теста 3 унций. Далее совместно с семьей формируется цель реабилитации, подбираются методы реабилитации, способствующие достижению целей. При необходимости дополнительно прописываются ТСП, ортезы, либо коммуникативные устройства, подбирается адаптивная посуда, консистенция и специальные продукты питания. После проведения курса стационарной реабилитации проводится повторная оценка, формируется домашняя программа реабилитации. В период между стационарными курсами специалисты центра общаются с пациентом и семьей по телекоммуникационным каналам, корректируют при необходимости домашнюю программу. При повторном поступлении ребенка (как правило, через 3-4 месяца) оценивается достижение цели и формируется программа следующего реабилитационного цикла.

Выводы. Использование МКФ и оценочных шкал является необходимым инструментом объективной оценки эффективной реабилитации детей с двигательными нарушениями. Отслеживая достижения своих детей, родители получают дополнительную мотивацию к активному участию в процессе реабилитации. В связи с вводом в клиническую практику патогенетического лечения ряда генетических заболеваний (СМА, миодистрофия Дюшена), появившейся возможностью эффективной реабилитации этой группы пациентов, актуальным становится обучение специалистов работе со шкалами оценки состояния пациентов с этими заболеваниями.

Список литературы

1. Жеребцова В.А., Чибисов И.В., Максименко А.А., Григорьева Е.А. Консервативная ортопедическая коррекция и ботулинотерапия в программе комплексной реабилитации детей с двигательными нарушениями, в том числе с детским церебральным параличом (методические рекомендации). Тула. 2022. 42 с.

Bibliography

1. Zherebtsova V.A., Chibisov I.V., Maksimenko A.A., Grigorieva E.A. Conservative orthopedic correction and botulinum therapy in the comprehensive rehabilitation program for children with motor disorders, including cerebral palsy (methodological recommendations). Tula. 2022. 42 p.

Сведения об авторах

Жеребцова Валентина Александровна, доктор биологических наук, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации детей, в том числе детей-инвалидов в ЦФО РФ; главный детский специалист по медицинской реабилитации министерства здравоохранения Тульской области; директор ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии».

Григорьева Елена Анатольевна, заведующий центром ДЦП и дневным стационаром, ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии», врач-невролог, врач-психиатр, 300035, г. Тула, ул. Бундурина, д. 43, (4872)36-76-94, guz.npcknn@tularegion.ru

Information about authors

Valentina Alexandrovna Zhrebtsova, doctor of biological sciences, chief freelance specialist of medical rehabilitation of children, including disabled children in the Central Federal District of the Russian Federation; chief pediatric specialist in medical rehabilitation of the ministry of health of Tula Region; director of the Tula Regional Children's Psychoneurological Center.

Elena Anatolyevna Grigoryeva, head of the Cerebral Palsy Center and day time hospital of Tula Regional Children's Psychoneurological Center, neurologist, psychiatrist, Address: 43 Bundurina Street, Tula, 300035, Russia, Phone: +7 (4872) 36-76-94, Email: guz.npcknn@tularegion.ru

УДК:616.8

КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЦП С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ

Жеребцова В.А., Максименко А.А.

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

Реферат. В тезисах представлен опыт работы специалистов мультидисциплинарной команды ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» в коррекции нарушении функции верхних конечностей с сочетанным применением методов с доказанной эффективностью.

Ключевые слова: *церебральный паралич, функция руки, ботулинотерапия, ортезирование, эрготерапевтические подходы*

CORRECTION OF FUNCTIONAL IMPAIRMENTS IN THE UPPER LIMBS OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY USING EVIDENCE-BASED METHODS

Zhrebtsova V.A., Maksimenko A.A.

Tula Regional Children's Psychoneurological Center, Tula, Tula region

Abstract. This abstract presents the experience of specialists from the multidisciplinary team at Tula Regional Children's Psychoneurological Center in correcting upper limbs function impairments using a combination of evidence-based methods.

Keywords: *cerebral palsy, hand function, botulinum toxin therapy, orthotics, occupational therapy approaches.*

Актуальность. До 80 % пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) имеют нарушение функции верхних конечностей [1]. Высокий мышечный тонус в верхних конечностях при ДЦП может привести к формированию вторичных ортопедических осложнений, что, в конечном итоге, влияет на бимануальные навыки, возможность перемещения, способность к самообслуживанию, а также повышает нагрузку на ухаживающих лиц.

Цель. Определить объективные критерии эффективности сочетания методов физической реабилитации и ботулинотерапии в реабилитации детей с нарушением функции верхней конечности.

Материалы и методы. В 2020 году зарегистрированы показания к применению препарата гемагглютинин – комплекс ботулинического токсина типа А при спастичности

верхней конечности у детей старше 2 лет, что позволило увеличить количество многоуровневых инъекций БТА. 21 пациенту в возрасте от 2 до 8 лет со спастичностью мышц верхней конечности были проведены инъекции ботулотоксина. Исходный уровень двигательной функции верхней конечности оценивался по шкале MACS или mini-MACS. Для оценки мышечного тонуса использовалась модифицированная шкала Эшворта, для определения углов движений в суставах верхней конечности – гониометрия, для оценки динамики двигательной функции верхней конечности – шкала бимануального функционирования тонкой моторики BFMF и шкала оценки моторной активности верхних конечностей PMAL.

Результаты. Наиболее частыми паттернами спастичности мышц верхней конечности являлись: приведение и внутренняя ротация плеча, сгибание в локтевом суставе, пронация предплечья, сгибание в лучезапястном суставе. После проведения инъекций ботулотоксина мультидисциплинарной командой в составе невролога, ортопеда, врача по физической реабилитации и специального педагога разрабатывался индивидуальный план реабилитации, включающий в себя функциональное ортезирование, сплентирование, использование эрготерапевтических подходов (терапия ограничения здоровой конечности, тренировки бимануальной деятельности, «зеркальная» терапия), электрическую миостимуляцию мышц-антагонистов верхней конечности, тренировки с биологической обратной связью (механотерапевтические тренажеры, комплекс с БОС для верхней конечности), домашнюю реабилитационную программу.

Выводы. Сочетанное применение ботулинотерапии с последующим ортезированием, методами физической реабилитации, эрготерапевтическими подходами позволяет значительно улучшить функцию верхней конечности, что подтверждается объективными методами оценки: уменьшением спастичности по шкале Эшворта на 1-2 балла, увеличением объема движений в локтевом, лучезапястном суставах на 5-15 градусов, улучшением моторной активности верхних конечностей по шкале оценки моторной активности PMAL, позволяет добиться двуручного функционирования, улучшения навыков самообслуживания и тем самым повлиять на качество жизни ребенка с ДЦП.

Список литературы

2. Surveillance of cerebral palsy in Europe. Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). Dev Med Child Neurol. 2000; 42: 816–824.; Makki et al. J Child Orthop. 2014;8(3):215-9; Graham et al. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:15082).

Bibliography

1. Surveillance of cerebral palsy in Europe. Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). Dev Med Child Neurol. 2000; 42: 816–824.; Makki et al. J Child Orthop. 2014;8(3):215-9; Graham et al. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:15082).

Сведения об авторах

Жеребцова Валентина Александровна, доктор биологических наук, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации детей, в том числе детей-инвалидов в ЦФО РФ; главный детский специалист по медицинской реабилитации министерства здравоохранения Тульской области; директор ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии».

Максименко Анна Александровна, заведующий психоневрологическим отделением № 1 для медицинской реабилитации детей дошкольного возраста ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии», врач невролог, 300035, г. Тула, ул. Бундурина, д. 43, (4872)36-76-94, guz.npcknn@tularegion.ru

Information about authors

Valentina Alexandrovna Zherebtsova, doctor of biological sciences, chief freelance specialist of medical rehabilitation of children, including disabled children in the Central Federal

District of the Russian Federation; chief pediatric specialist in medical rehabilitation of the ministry of health of Tula Region; director of the Tula Regional Children's Psychoneurological Center.

Anna Alexandrovna Maksimenko, head of the psychoneurological department No. 1 for medical rehabilitation of preschool children, Tula Regional Children's Psychoneurological Center, neurologist, Address: 43 Bundurina Street, Tula, 300035, Russia, Phone: +7 (4872) 36-76-94, Email: guz.npckmn@tularegion.ru

УДК:617.3

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ГРАНИЦЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Жеребцова В.А., Чибисов И.В.

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

Реферат. В данной работе рассматривается реабилитационная помощь, оказываемая детям с двигательными нарушениями с целью предотвращения развития ортопедических осложнений. Представлены объективные методы оценки ортопедического статуса. Рассмотрен опыт комплексного консервативного лечения с применением методов этапного «ортезирования» и ботулинотерапии.

Ключевые слова: *церебральный паралич, ортопедические осложнения, ботулотоксин типа А, эквинус, гипсование, ортезирование, физическая терапия, реабилитация.*

ORTHOPEDIC COMPLICATIONS IN CHILDREN WITH MOTOR DISORDERS: LIMITS OF CONSERVATIVE THERAPY

Zherebtsova V.A., Chibisov I.V.

Tula Regional Children's Psychoneurological Center, Tula, Tula region

Abstract. This study examines rehabilitative care provided to children with motor disorders aimed at preventing the development of orthopedic complications. Objective methods for assessing orthopedic status are presented. The experience of comprehensive conservative treatment using a staged approach involving orthotics and botulinum toxin therapy is discussed.

Keywords: *cerebral palsy, orthopedic complications, botulinum toxin type A, equinus, casting, orthotics, physical therapy, rehabilitation.*

Актуальность. Ортопедические осложнения являются основной причиной прогрессирующего ухудшения двигательной активности у детей с церебральным параличом (ЦП), влияют на качество жизни, медицинский и социальный прогноз. В настоящее время формируется устойчивая положительная тенденция к ранней профилактике вторичных ортопедических осложнений. Сочетанное и своевременное применение методов и технологий с доказанной эффективностью, комплексной программы медицинской реабилитации могут привести к уменьшению числа оперативных вмешательств у детей с двигательными нарушениями [1]

Цель. Обзор опыта применения программ мероприятий с доказанной эффективностью для консервативной профилактики ортопедических нарушений у детей.

Материалы и методы. С 2020 года специалистами мультидисциплинарной реабилитационной команды в работу Центра внедрена программа наблюдения детей по Шведской системе CPUP. Проведено 576 обследований, включающих определение степени спастичности мышц нижних конечностей (по шкале Эшворта), гониометрию суставов нижних конечностей, проведение рентгенологического обследования тазобедренного сустава. Оценка паттерна ходьбы производилась по Эдинбургской шкале оценки походки, а также с использованием реабилитационного комплекса для восстановления двигательной активности, координации движений конечностей, с возможностью функциональной оценки (системы для видеоанализа движения). Для анализа состояния костно-мышечной системы проводились рентгенологическое исследование, гониометрия, стабилметрия, оценка уровня спастичности по модифицированной шкале Эшворта. На основе полученной информации формировался исходный ортопедический профиль с учетом которого разрабатывалась комплексная программа работы мультидисциплинарной команды.

Результаты. За последние 5 лет в условиях учреждения проведено 536 процедур этапного «ортезирования» детям с I-III уровнями функционирования по GMFCS (GMFCS I – 64 (12 %); GMFCS II – 370 (69 %); GMFCS III – 102 (19 %)). Одной полностью проведенной процедурой считалось гипсование одной нижней конечности на период не менее 6 дней. Этапное «ортезирование» (первый этап) в сочетании с ботулинотерапией выполнялось на 10-14 день после введения препаратов ботулотоксина типа А. Длительность каждой иммобилизации составляла от 6 до 10 дней, с последующей сменой повязок, что давало возможность постепенного увеличения объема движений вовлеченной конечности. Применяемый для ортезирования полимерный бинт является гипоаллергенным, пропускает воздух, а также испарения со стороны иммобилизованной части тела, точно принимает форму анатомического сегмента. Важным аспектом метода является возможность активной нагрузки иммобилизованной конечности в процессе проведения этапного «ортезирования». Методика способствует растяжению спастичной мышцы в течение длительного времени, позволяет поддерживать и постепенно увеличивать объем активных и пассивных движений в суставе [2]. В дальнейшем, с целью сохранения и закрепления полученного объема движений конечности, назначалось использование туторов и аппаратов. Данный вид медицинской реабилитации относится к уровню убедительности рекомендаций В, уровню достоверности доказательств 2А [3]. Положительные результаты в виде увеличения угла тыльного сгибания голеностопного сустава достигнуты у всех пациентов, получавших терапию: 24% детей имели прибавку от 0 до 5 градусов, 55% – от 5 до 10 градусов, 7% – от 10 до 15 градусов, свыше 15 градусов – 14%. Более чем у 70% пациентов отмечалось улучшение походки. У всех пациентов, получавших комплексную антиспастическую терапию (введение ботулотоксина, этапное «ортезирование»), отмечалось снижение уровня спастичности по модифицированной шкале Эшворта на 1-2 балла.

Выводы. Раннее начало реабилитации с использованием методов с доказанной эффективностью, семейно-центрированный подход с постановкой SMART- цели, исходя из запросов ребенка и родителей, значимо приводит к снижению риска формирования вторичных ортопедических осложнений, что отражается в объективных показателях: снижении уровня спастичности по модифицированной шкале Эшворта, увеличении объема движений в суставах, улучшении паттерна ходьбы, отсутствии отрицательной динамики на рентгенограмме, прибавке баллов по шкале GMFM 66. Раннее выявление и консервативная коррекция ортопедических осложнений позволяют своевременно скорректировать программу реабилитации, уменьшить процент оперативных вмешательств у детей с ЦП, повлиять на качество жизни ребенка и семьи.

Список литературы

3. Iona Novak, Sarah McIntyre, Catherine Morgan, Lanie Campbell, Leigha Dark, Natalie Morton, Elise Stumbles, Salli-Ann Wilson, Shona Goldsmith. A systematic review of

interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2019

4. A.M. Blackmore, E. Boettcher-Hunt, M Jordan, M D Y Chan. A systematic review of the effects of casting on equinus in children with cerebral palsy: an evidence report of the AACPD. *Dev Med Child Neurol* 2007; 49: 781–90.

5. Баранов А.А., Батышева Т.Т., Бурсагова Б.И., Вишнева Е.А., Вольский Г.Б., Губина Е.Б., Гузева В.И., Змановская В.А., Каримова Х.М., Клочкова О.А., Кузенкова Л.М., Куренков А.Л., Литус А.Ю., Мамедъяров А.М., Намазова-Баранова Л.С., Попков Д.А., Рябых С.О., Феськов Г.П., Федеральные клинические рекомендации по ДЦП, 2017 г

Bibliography

1. Iona Novak, Sarah McIntyre, Catherine Morgan, Lanie Campbell, Leigha Dark, Natalie Morton, Elise Stumbles, Salli-Ann Wilson, Shona Goldsmith. A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2019

2. A.M. Blackmore, E. Boettcher-Hunt, M Jordan, M D Y Chan. A systematic review of the effects of casting on equinus in children with cerebral palsy: an evidence report of the AACPD. *Dev Med Child Neurol* 2007; 49: 781–90.

3. Baranov A.A., Batysheva T.T., Bursagova B.I., Vishneva E.A., Volsky G.B., Gubina E.B., Guzeva V.I., Zmanovskaya V.A., Karimova Kh.M., Klochkova O.A., Kuzenkova L.M., Kurenkov A.L., Litus A.Yu., Mamedyarov A.M., Namazova-Baranova L.S., Popkov D.A., Ryabykh S.O., Feskov G.P., Federal clinical guidelines for cerebral palsy, 2017

Сведения об авторах

Жеребцова Валентина Александровна- доктор биологических наук, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации детей, в том числе детей-инвалидов в ЦФО РФ; главный детский специалист по медицинской реабилитации министерства здравоохранения Тульской области; директор ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии».

Чибисов Илья Владимирович- заведующий отделением медицинской реабилитации для детей с психоневрологической патологией ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии», врач травматолог-ортопед, врач физической и реабилитационной медицины, 300035, г. Тула, ул. Бундурина, д. 43, (4872)36-76-94, guz.npcknn@tularegion.ru

Information about authors

Valentina Alexandrovna Zherebtsova, doctor of biological sciences, chief freelance specialist of medical rehabilitation of children, including disabled children in the Central Federal District of the Russian Federation; chief pediatric specialist in medical rehabilitation of the ministry of health of Tula Region; director of the Tula Regional Children's Psychoneurological Center.

Ilya Vladimirovich Chibisov, head of the medical rehabilitation department for children with psychoneurological pathology, Tula Regional Children's Psychoneurological Center, orthopedic surgeon, physical and rehabilitation medicine specialist, Address: 43 Bundurina Street, Tula, 300035, Russia, Phone: +7 (4872) 36-76-94, Email: guz.npcknn@tularegion.ru

УДК: 616-056.24-053.2-009.2

ОЦЕНКА НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С
ОГРАНИЧЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Захарова Н.А.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и
реабилитации», г.Минск, Республика Беларусь*

Реферат. Заболевания нервной системы занимают одну из лидирующих позиций в структуре инвалидности детского населения и проявляются, прежде всего, двигательными нарушениями, в том числе, нарушениями манипуляционной функции кисти, а также функции хвата и удержания. Способность к самообслуживанию, является одной из базовых категорий жизнедеятельности, применяемых для проведения медико-социальной экспертизы в Республике Беларусь, а ее ограничение ранжируется по 5-балльной шкале (от 0 до 4). Целью представленного исследования стало изучение особенностей ограничения способности к самообслуживанию у детей-инвалидов с ограничением двигательной функции вследствие заболеваний нервной системы. Было проведено клиничко-экспертное исследование 21 ребенка-инвалида с нарушением статодинамической функции и манипуляционной функции кисти вследствие заболеваний нервной системы в возрасте от 1 до 17 лет. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием приложения Vassarstats. С целью исследования особенностей формирования навыков самообслуживания с учетом факта зависимости от лица, осуществляющего уход, была использована модифицированная для детского возраста шкала «Оценка сформированности навыков самообслуживания по Бартел». Результаты исследования продемонстрировали, что среди детей-инвалидов с нарушением двигательной функции вследствие заболеваний нервной системы причиной инвалидности в 33,3% (95ДИ: 17,2-54,6) случаев стал ДЦП. Оценка сформированности навыков самообслуживания у исследуемой группы пациентов по шкале Бартел выявила, что в 57,4% (95ДИ: 36,5-75,5) случаев отмечалась умеренная степень зависимости пациентов от лица, осуществляющего уход. Комплексное клиничко-экспертное исследование показало, что у 38,1% (95ДИ: 20,6-59,1) детей-инвалидов с заболеваниями нервной системы, сопряженными с нарушением двигательной функции, возникло ограничение способности к самообслуживанию легкой степени выраженности (ФК 1).

Ключевые слова: самообслуживание, дети-инвалиды, ограничение, функция, шкала Бартел

ASSESSMENT OF SELF-CARE SKILLS IN DISABLED CHILDREN WITH
LIMITED MOTOR FUNCTION

Zakharova N.A.

*State Institution «Republican Scientific and Practical Center for Medical Expertise and
Rehabilitation», Minsk, Republic of Belarus*

Abstract. Diseases of the nervous system occupy one of the leading positions in the structure of disability of the child population and are manifested, first of all, by motor disorders, including disorders of the manipulative function of the hand, as well as the function of grip and hold. The ability to self-care is one of the basic categories of life activity used for medical and social examination in the Republic of Belarus, and its limitation is ranked on a 5-point scale (from 0 to 4). The purpose of the presented study was to study the characteristics of limited ability to self-care in disabled children with limited motor function due to diseases of the nervous

system. A clinical expert study was conducted on 21 disabled children with impaired statodynamic function and manipulative function of the hand due to diseases of the nervous system, aged from 1 to 17 years. Statistical processing of the study results was carried out using the Vassarstats application. In order to study the characteristics of the formation of self-care skills, taking into account the fact of dependence on the person caring for them, the scale “Assessment of the formation of self-care skills according to Barthel”, modified for childhood, was used. The results of the study made it possible to establish that among disabled children with impaired statodynamic function and manipulative function of the hand, the cause of disability in 33.3% (95CI: 17.2-54.6) of cases was cerebral palsy. Assessment of the development of self-care skills in the study group of children using the Barthel scale revealed that in 57.4% (95CI: 36.5-75.5) of cases there was a moderate degree of dependence of patients on the caregiver. A comprehensive clinical expert study revealed that 38.1% (95CI: 20.6-59.1) of disabled children with diseases of the nervous system associated with impaired statodynamic function and manipulative function of the hand developed a mild limitation in the ability to self-care (FC 1).

Key words: *self-care, disabled children, limitation, function, Barthel scale.*

Актуальность. Детская инвалидность представляет собой одну из важных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны, а также служит индикатором состояния здоровья детского населения и качества оказания медицинской помощи детям и их матерям [1-3]. Заболевания нервной системы занимают одну из лидирующих позиций в структуре инвалидности детского населения и проявляются, прежде всего, двигательными нарушениями, в том числе, нарушениями манипуляционной функции кисти, а также функции хвата и удержания, что препятствует участию детей в процессе повседневного осуществления заботы о себе и о своём здоровье. По этой причине большинство детей-инвалидов с патологией нервной системы имеют ограничение способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию [4-7]. Способность к самообслуживанию, является одной из базовых категорий жизнедеятельности, применяемых для проведения медико-социальной экспертизы в Республике Беларусь и определяется как способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе использовать навыки личной гигиены, обеспечивающая эффективное независимое (в соответствии с возрастными особенностями) существование в окружающей среде [8]. Ограничение способности к самообслуживанию у детей в Республике Беларусь ранжируется по 5-балльной шкале (от 0 до 4): «функциональный класс» (ФК) 0 (0-4%) – характеризует нормальное состояние или незначительное ограничение категории жизнедеятельности; ФК I (5-25%) – легкое; ФК II (26-50%) – умеренное; ФК III (51-75%) – выраженное; ФК IV (76-100%) – резко выраженное вплоть до полной утраты способности [8].

Цель. Изучить особенности ограничения способности к самообслуживанию у детей-инвалидов с ограничением двигательной функции вследствие заболеваний нервной системы.

Материалы и методы. Для реализации поставленных целей было проведено клиничко-экспертное исследование 21 ребенка-инвалида с нарушением статодинамической функции и манипуляционной функции кисти вследствие заболеваний нервной системы в возрасте от 1 до 17 лет. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием приложения Vassarstats. С целью отражения качественных показателей определялись абсолютное число (абс.), относительная величина (р, %), 95% доверительный интервал (95ДИ). С целью исследования особенностей формирования навыков самообслуживания с учетом факта зависимости от лица, осуществляющего за ними уход, была использована модифицированная для детского возраста шкала «Оценка сформированности навыков самообслуживания по Бартел». Оценка по шкале Бартел включала пункты, относящиеся к сфере самообслуживания и мобильности: прием пищи,

персональный туалет, одевание, прием ванны, контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация), посещение туалета, вставание с постели, передвижение, подъем по лестнице. Оценка навыков самообслуживания по шкале Бартел позволяла установить уровень зависимости ребенка от посторонней помощи: показатели от 0 до 20 баллов соответствовали полной зависимости, от 21 до 60 баллов – выраженной зависимости, от 61 до 90 баллов – умеренной, от 91 до 99 баллов – легкой зависимости в повседневной жизни. Максимальное количество (100 баллов) свидетельствовало об отсутствии зависимости от посторонней помощи (полной независимости ребенка в повседневной жизни от лица, осуществляющего уход).

Результаты. Полученные результаты исследования показали, что в 33,3% (95ДИ: 17,2-54,6) случаев основной инвалидизирующей патологией стал ДЦП; в 23,8% (95ДИ: 10,6-45,1) – последствия раннего органического поражения ЦНС с двигательными и координаторными нарушениями; с равнозначной частотой в 14,3% (95ДИ: 4,9-34,6) случаев отмечены травматическое повреждение в родах плечевого сплетения и новообразования головного мозга, соответственно; и, в равной степени, у 4,8% (95ДИ: 0,8-22,7) – врожденный порок развития ЦНС, последствия инфаркта мозга, последствия энцефаломиелимита, соответственно. Оценка сформированности навыков самообслуживания у детей-инвалидов с нарушением двигательной функции по шкале Бартел позволила установить, что в 57,4% (95ДИ: 36,5-75,5) случаев отмечалась умеренная степень их зависимости от лица, осуществляющего уход; в 23,8% (95ДИ: 10,6-45,1) – полная зависимость; в 14,3% (95ДИ: 4,9-34,6) – выраженная; в 4,8% (95ДИ: 0,8-22,7) – легкая. Проведенное комплексное клинико-экспертное исследование выявило, что у 38,1% (95ДИ: 20,6-59,1) детей-инвалидов с заболеваниями нервной системы возникло ограничение способности к самообслуживанию легкой степени выраженности (ФК 1), у 28,6% (95 ДИ: 13,8-49,9) – умеренной (ФК 2), у 14,3% (95ДИ: 4,9-34,6) – выраженной (ФК 3), у 19,1% (95 ДИ: 7,7-4,0) – резко выраженной (ФК 4).

Выводы. Результаты исследования продемонстрировали, что среди детей-инвалидов с ограничением двигательной функции вследствие заболеваний нервной системы причиной инвалидности в 33,3% (95ДИ: 17,2-54,6) случаев стал ДЦП. Оценка сформированности навыков самообслуживания у исследуемой группы пациентов по шкале Бартел показала, что в 57,4% (95ДИ: 36,5-75,5) случаев отмечалась умеренная степень зависимости пациентов от лица, осуществляющего уход. Комплексное клинико-экспертное исследование позволило установить, что у 38,1% (95ДИ: 20,6-59,1) детей-инвалидов с заболеваниями нервной системы, сопряженными с ограничением двигательной функции, возникло ограничение способности к самообслуживанию легкой степени выраженности (ФК 1).

Список литературы

1. Смычек, В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В. Б. Смычек, Г. Я. Хулуп, В. К. Милькаманович. – Минск : Юнипак, 2005. – 420 с.
2. Смычек, В. Б. Реабилитация больных и инвалидов / В.Б. Смычек. – Москва : Медицинская литература, 2009. – 560 с.
3. Смычек, В. Б. Современные аспекты инвалидности / В. Б. Смычек. – Минск: БГАТУ, 2012. – 268 с.
4. Немкова, С. А. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений: учеб.-метод. пособие / С. А. Немкова. – М.: Союз педиатров России, 2012. – 62 с.
5. Хольц, Р. Помощь детям с церебральным параличом. / Р. Хольц. пер. с нем. А. Н. Неговориной; под ред. Е.В. Ключковой. – Москва: Теревинф, 2007. – 336 с.
6. Шипицына, Л. М. Детский церебральный паралич / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. – СПб. : «Дидактика Плюс», 2001. – 272 с.

7. Батышева, Т. Т. Детский церебральный паралич – современные представления о проблеме (обзор литературы) / Т. Т. Батышева, Быкова О. В., Виноградов А. В. // РМЖ. – 2012. – № 8. – С. 401.

8. О вопросах медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 9 июня 2021 г., № 77 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22136972&p1=1>. – Дата доступа: 15.08.2023

Bibliography

1. Smychek, V. B. Medical and social examination and rehabilitation / V. B. Smychek, G. Ya. Khulup, V. K. Milkamanovich. – Minsk: Unipack, 2005. – 420 p.

2. Smychek, V.B. Rehabilitation of sick and disabled people / V.B. Smychek. – Moscow: Medical literature, 2009. – 560 p.

3. Smychek, V. B. Modern aspects of disability / V. B. Smychek. – Minsk: BGATU, 2012. – 268 p.

4. Nemkova, S. A. Cerebral palsy: diagnosis and correction of cognitive impairment: educational method. allowance / S. A. Nemkova. – M.: Union of Pediatricians of Russia, 2012. – 62 p.

5. Holtz, R. Helping children with cerebral palsy. / R. Holtz. lane with him. A. N. Negovorina; edited by E.V. Klochkova. – Moscow: Terevinf, 2007. – 336 p.

6. Shipitsyna, L. M. Cerebral palsy / L. M. Shipitsyna, I. I. Mamaichuk. – St. Petersburg. : «Didactics Plus», 2001. – 272 p.

7. Batysheva, T. T. Cerebral palsy - modern ideas about the problem (literature review) / T. T. Batysheva, Bykova O. V., Vinogradov A. V. // RMJ. –2012. – No. 8. – P. 401.

8. On issues of medical and social examination [Electronic resource]: resolution of the Ministry of Health of the Republic of Belarus, June 9, 2021, No. 77 // National legal Internet portal of the Republic of Belarus. – Access mode: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22136972&p1=1>. – Access date: 08/15/2023

Сведения об авторах

Захарова Наталья Александровна, научный сотрудник лаборатории медицинской экспертизы и реабилитации детей ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, Республика Беларусь; 8(017)513-90-73; электронная почта: natochkavip@gmail.com

Information about authors

Zakharova Natalya Aleksandrovna, researcher at the laboratory of medical examination and rehabilitation of children State Institution «Republican Scientific and Practical Center for Medical Expertise and Rehabilitation», Minsk; Republic of Belarus; 8(017)513-90-73; e-mail: natochkavip@gmail.com

УДК: 616-009.12

ИНТРАЛАМИНАРНЫЙ ОПЕРАЦИОННЫЙ ДОСТУП ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НИЖНЕЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ДОРЗАЛЬНОЙ РИЗОТОМИИ

Зиненко Д.Ю., Смолянкина Е.И.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Пирогова ОСП педиатрии и детской хирургии им. Ю. Е. Вельтищева, г.Москва

Ключевые слова: ДЦП, спастичность, диплегия, селективная дорзальная ризотомия

INTRALAMINAR SURGICAL ACCESS WHEN PERFORMING LOWER SELECTIVE DORZOTOMY

Zinenko D.Yu., Smolyankina E.I.

Federal State Autonomous Educational Institution of Russian National Research Medical University named after. Pirogov OSP of Pediatrics and Pediatric Surgery named after. Yu. E. Veltishcheva, Moscow

Key words: *cerebral palsy, spasticity, diplegia, selective dorsal rhizotomy*

Актуальность. Селективная дорзальная ризотомия (СДР) как метод стойкого лечения спастичности существует более 100 лет [1]. Однако, за время существования претерпел множество модификаций, которые после введения нейрофизиологического мониторинга в основном были направлены на обеспечение минимальной травматизации операционного доступа [2,3].

Материалы и методы. На базе нейрохирургического отделения НИКИ педиатрии с 2020 по 2023 год проведено 287 селективных дорзальных ризотомий у детей (от 2 до 18 лет) с разной этиологией спастичности нижних конечностей одной операционной бригадой. 268 оперативных вмешательств выполнено с помощью интраламинарного доступа, 19 – одноуровневой ламинотомии. Произведена оценка операционного времени (от кожного разреза до ушивания), размер послеоперационного рубца, костной резекции, оценка болевого синдрома по шкале ВАШ и сроки вертикализации пациентов.

Результаты. Среднее время оперативного вмешательства при проведении интраламинарного доступа составило 82 мин (58-118мин), при одноуровневой ламинотомии – 96 мин (93-130мин). Костная резекция в первой группе составила 0,5x1см, во второй – в объеме дужки позвонка до 2,5x1,5см. Послеоперационный рубец 4,8см и 7,3см соответственно. В послеоперационном периоде при применении аналогичной анальгезии (НПВС) в двух группах по ВАШ 2,36. и 5,26. Сроки вертикализации 3 суток в группе интраламинарного доступа и 5 суток во второй группе. Послеоперационные осложнения наблюдались у 2 детей в I группе в виде подкожного скопления ликвора, потребовавших серию пункций, у 1 ребенка во II группе подкожное скопление ликвора потребовало имплантации дренажа.

Выводы. Интраламинарный доступ при проведении СДР обеспечивает наименьшую травматизацию, что позволяет ускорить сроки вертикализации, минимизировать болевой синдром при наилучшем косметическом эффекте.

Список литературы

1. P.Foerster. Resection of the posterior spinal nerve-roots in the treatment of gastric crises and spastic paralysis, SAGE Publications, 1911.
2. Warsi NM, Tailor J, Coulter IC, Shakil H, Workewych A, Haldenby R, Breitbart S, Strantzas S, Vandenberg M, Dewan MC, Ibrahim GM. Selective dorsal rhizotomy: an illustrated review of operative techniques. J Neurosurg Pediatr. 2020 Feb 7:1-8. doi: 10.3171/2019.12.PEDS19629. Epub ahead of print. PMID: 32032949.
3. Enslin, J. M. N., Langerak, N. G., & Fieggan, A. G. (2018). The Evolution of Selective Dorsal Rhizotomy for the Management of Spasticity. Neurotherapeutics. doi:10.1007/s13311-018-00690-4

Bibliography

1. P.Foerster. Resection of the posterior spinal nerve-roots in the treatment of gastric crises and spastic paralysis, SAGE Publications, 1911.
2. Warsi NM, Tailor J, Coulter IC, Shakil H, Workewych A, Haldenby R, Breitbart S, Strantzas S, Vandenberg M, Dewan MC, Ibrahim GM. Selective dorsal rhizotomy: an illustrated

review of operative techniques. J Neurosurg Pediatr. 2020 Feb 7:1-8. doi: 10.3171/2019.12.PEDS19629. Epub ahead of print. PMID: 32032949.

3. Enslin, J. M. N., Langerak, N. G., & Fiegggen, A. G. (2018). The Evolution of Selective Dorsal Rhizotomy for the Management of Spasticity. Neurotherapeutics. doi:10.1007/s13311-018-00690-4

Сведения об авторах

1. Зиненко Дмитрий Юрьевич д.м.н., профессор, зав. отделением нейрохирургии ОСП НИКИ педиатрии и детской хирургии им. Ак. Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г.Москва, zinenko1959@mail.ru

2. Смолянкина Екатерина Игоревна, врач-нейрохирург ОСП НИКИ педиатрии и детской хирургии им. Ак. Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, katya.mal@bk.ru

Information about authors

1. Zinenko Dmitry Yurievich Doctor of Medical Sciences, Professor, Head. Department of Neurosurgery OSP NIKI Pediatrics and Pediatric Surgery named after. Ak. Yu.E. Veltishchev RNRMU named after. N.I. Pirogov, Moscow, zinenko1959@mail.ru

2. Ekaterina Igorevna Smolyankina, neurosurgeon, OSP NIKI Pediatrics and Pediatric Surgery named after. Ak. Yu.E. Veltishchev RNRMU named after. N.I. Pirogov, Moscow, katya.mal@bk.ru

УДК: 616-009.12

РЕЗУЛЬТАТЫ НИЖНЕЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ДОРЗАЛЬНОЙ РИЗОТОМИИ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Зиненко Д.Ю., Смолянкина Е.И.

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Пирогова ОСП педиатрии и детской хирургии
им. Ю. Е. Вельтищева, г.Москва*

Ключевые слова: ДЦП, спастичность, диплегия, селективная дорзальная ризотомия

RESULTS OF LOWER SELECTIVE DORSAL RHIZOTOMY IN CHILDREN OF DIFFERENT AGE GROUPS

Zinenko D.Yu., Smolyankina E.I.

Federal State Autonomous Educational Institution of Russian National Research Medical University named after. Pirogov OSP of Pediatrics and Pediatric Surgery named after. Yu. E. Veltishcheva, Moscow

Key words: cerebral palsy, spasticity, diplegia, selective dorsal rhizotomy

Актуальность. Селективная дорзальная ризотомия (СДР) – хирургический метод стойкой коррекции спастичности. Одной из наиболее актуальных проблем в данной области является осуществление отбора пациентов. По данным мировой литературы, оптимальный возраст – 3-9 лет [1]. В отношении детей более старшей возрастной группы до сих пор существует противоречивые мнения об эффективности СДР [1-3].

Материалы и методы. На базе нейрохирургического отделения НИКИ педиатрии с 2020 по 2023 год проведено 287 селективных дорзальных ризотомий. Пациенты были разделены на две группы по возрастному критерию: 2-9 лет и 10-18 лет. Отбор и оперативное вмешательство выполнялось одной группой нейрохирургов по собственной методике с интраламинарным оперативным доступом. Послеоперационное ведение пациентов было одинаковым в двух группах. В качестве критерия сравнения выбрана до и послеоперационная гониометрия, а также катamnестическая субъективная оценка законных представителей пациентов.

Результаты. В первой группе пациентов (198 человек) в послеоперационном периоде отмечалось среднее увеличение объема пассивных движений на 12,5 градусов при отведении бедра, на 38,2 градуса – в подколенном угле, на 16,7 при тыльном сгибании стопы. Во второй группе (89 человек) показатели составили: 11,8 градуса; 32,8 градуса; 15,3 градуса соответственно. При сравнении показателей гониометрии двух групп отмечался исходно меньший объем пассивных движений во второй группе. Субъективная удовлетворенность результатом через 6 месяцев после СДР составила 96,5% в первой группе и 95,7% во второй группе. В двух случаях первой группы отмечалось подкожное скопление ликвора, потребовавшее серии пункций. Три ребенка (3,37%) второй группы отмечают снижение чувствительности внутренней поверхности бедра. Нарушений функций тазовых органов, инфекционных и иных осложнений в обеих группах не было.

Выводы. СДР является одинаково эффективным оперативным вмешательством для детей всех возрастных групп, принимая во внимания исходно худший статус детей старше 10 лет в виду формирования ортопедических деформаций.

Список литературы

1. Gillespie, C. S., George, A. M., Hall, B., Toh, S., Islim, A. I., Hennigan, D., Alder Hey Physiotherapy Group, Kumar, R., & Pettorini, B. (2021). The effect of GMFCS level, age, sex, and dystonia on multi-dimensional outcomes after selective dorsal rhizotomy: prospective observational study. *Child's nervous system : ChNS : official journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery*, 37(5), 1729–1740. <https://doi.org/10.1007/s00381-021-05076-0>
2. Hou X, Yan Y, Zhan Q, Wang J, Xiao B, Jiang W. Unsupervised machine learning effectively clusters pediatric spastic cerebral palsy patients for determination of optimal responders to selective dorsal rhizotomy. *Sci Rep*. 2023 May 19;13(1):8095. doi: 10.1038/s41598-023-35021-x. PMID: 37208393; PMCID: PMC10199040.
3. Tedroff K, Löwing K, Jacobson DN, Åström E. Does loss of spasticity matter? A 10-year followup after selective dorsal rhizotomy in cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2011, 53:724-729. 10.1111/j.1469-8749.2011.03969.x

Bibliography

1. Gillespie, C. S., George, A. M., Hall, B., Toh, S., Islim, A. I., Hennigan, D., Alder Hey Physiotherapy Group, Kumar, R., & Pettorini, B. (2021). The effect of GMFCS level, age, sex, and dystonia on multi-dimensional outcomes after selective dorsal rhizotomy: prospective observational study. *Child's nervous system : ChNS : official journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery*, 37(5), 1729–1740. <https://doi.org/10.1007/s00381-021-05076-0>
2. Hou X, Yan Y, Zhan Q, Wang J, Xiao B, Jiang W. Unsupervised machine learning effectively clusters pediatric spastic cerebral palsy patients for determination of optimal responders to selective dorsal rhizotomy. *Sci Rep*. 2023 May 19;13(1):8095. doi: 10.1038/s41598-023-35021-x. PMID: 37208393; PMCID: PMC10199040.
3. Tedroff K, Löwing K, Jacobson DN, Åström E. Does loss of spasticity matter? A 10-year followup after selective dorsal rhizotomy in cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2011, 53:724-729. 10.1111/j.1469-8749.2011.03969.x

Сведения об авторах

1. Зиненко Дмитрий Юрьевич д.м.н., профессор, зав. отделением нейрохирургии ОСП НИКИ педиатрии и детской хирургии им. Ак. Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г.Москва, zinenko1959@mail.ru

2. Смолянкина Екатерина Игоревна, врач-нейрохирург ОСП НИКИ педиатрии и детской хирургии им. Ак. Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г.Москва, katya.mal@bk.ru

Information about authors

1. Zinenko Dmitry Yurievich Doctor of Medical Sciences, Professor, Head. Department of Neurosurgery OSP NIKI Pediatrics and Pediatric Surgery named after. Ak. Yu.E. Veltishchev RNRMU named after. N.I. Pirogov, Moscow, zinenko1959@mail.ru

2. Ekaterina Igorevna Smolyankina, neurosurgeon, OSP NIKI Pediatrics and Pediatric Surgery named after. Ak. Yu.E. Veltishchev RNRMU named after. N.I. Pirogov, Moscow, katya.mal@bk.ru

УДК: 616.8-07

КОМОРБИДНОСТЬ ЭПИЛЕПСИИ И СИНДРОМА ВОЛЬФА-ХИРШХОРНА

Зыков В.П.,¹ Чебаненко Н.В.¹, Федотова Ю.А.¹, Буткевич А.С.², Медная Д.М.³

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва,

²ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ, г. Москва

³Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» МЗ РФ, г.Москва

Реферат. Синдром Вольфа-Хиршхорна — это редкое генетическое заболевание, возникающее вследствие делеции дистальной части короткого плеча хромосомы 4, характеризующееся различными фенотипическими признаками, в том числе и эпилепсией, нередко фармакорезистентного течения. Цель исследования. Демонстрация клинического случая эпилепсии с церебральным параличом при синдроме Вольфа-Хиршхорна. Материалы и методы. Мальчик в возрасте 2 лет 5 месяцев находился под наблюдением в неврологическом отделении ДГКБ им З.А. Башляевой с 24.04.2023 по 13.05.2023. Результаты. Дебют эпилепсии случился на 5-6-е сутки жизни ребенка, когда после кормления возник приступ судорог, продолжавшийся в течение часа. В терапию был введен леветирацетам сироп 100 мг/мл по 20 мг x 2 раза в сутки. Кроме того у пациента имели место церебральный паралич, астатическая форма, характерные черты внешности, врожденный порок сердца - дефект межпредсердной перегородки, выраженное отставание в физическом развитии. Проведено молекулярно-цитогенетического исследования, в ходе которого было выявлено сочетание терминальной делеции участка короткого плеча 4 хромосомы и терминальной микродупликации участка длинного плеча 20 хромосомы с высокой вероятностью несбалансированной транслокации между указанными хромосомами. Установлен диагноз: Синдром Вольфа – Хиршхорна. Фокальная генетическая эпилепсия. Выводы. Проведение генетического обследования у детей с ранним дебютом судорог, с тяжелым течением эпилепсии в сочетании с церебральным параличом помогает в понимании этиологии эпилепсии, определении прогноза и выборе тактики ведения пациента.

Ключевые слова: синдром Вольфа – Хиршхорна, эпилепсия, церебральный паралич, делеция хромосомы 4

COMORBIDITY OF EPILEPSY AND WOLF-HIRSCHHORN SYNDROME

Zykov V.P.,¹ Chebanenko N.V.¹, Fedotova Yu.A.¹, Butkevich A.S.², Mednaya D.M.³

¹*Federal state budgetary educational institution of additional professional education “Russian Medical Academy of Continuing Professional Education” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow,*

²*DGKB named Bashlyaeva Department of Health, Moscow*

³*Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov” Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow*

Abstract. Wolf-Hirschhorn syndrome is a rare genetic disease that occurs as a result of deletion of the distal part of the short arm of chromosome 4, characterized by various phenotypic features, including epilepsy, often drug-resistant. Purpose of the study. Demonstration of a clinical case of epilepsy with cerebral palsy in Wolf-Hirschhorn syndrome. Materials and methods. A boy aged 2 years 5 months was under observation in the neurological department of the Children's City Clinical Hospital named after Z.A. Bashlyaeva from 04/24/2023 to 05/13/2023. Results. The debut of epilepsy occurred on the 5th-6th day of the child's life, when, after feeding, an attack of convulsions occurred that lasted for an hour. Levetiracetam syrup 100 mg/ml, 20 mg x 2 times a day, was introduced into therapy. In addition, the patient had cerebral palsy, astatic form, characteristic appearance features, congenital heart disease - atrial septal defect, and severe retardation in physical development. A molecular cytogenetic study was carried out, during which a combination of a terminal deletion of a section of the short arm of chromosome 4 and a terminal microduplication of a section of the long arm of chromosome 20 with a high probability of an unbalanced translocation between these chromosomes was identified. A diagnosis was made: Wolff-Hirschhorn syndrome. Focal genetic epilepsy. Conclusions. Conducting genetic testing in children with early onset of seizures and severe epilepsy in combination with cerebral palsy helps in understanding the etiology of epilepsy, determining prognosis and choosing patient management tactics.

Key words: *Wolf-Hirschhorn syndrome, epilepsy, cerebral palsy, deletion of chromosome 4.*

Актуальность. Синдром Вольфа-Хиршхорна- это редкое генетическое заболевание, возникающее вследствие делеции дистальной части короткого плеча хромосомы 4, характеризующееся различными фенотипическими признаками, в том числе и эпилепсией, нередко фармакорезистентного течения [1]. Принимая во внимание редкость указанного синдрома, очень важна регистрация каждого случая проявления эпилепсии при нем. Понимание этиологии судорожного синдрома у пациента благодаря своевременному генетическому обследованию, а также анализ течения заболевания и оценки эффективности применяемой терапии в дальнейшем могут стать основой для разработки новой тактики лечения пациентов.

Цель. Демонстрация клинического случая пациента с синдромом Вольфа-Хиршхорна, проявившимся ранним дебютом эпилепсии.

Материалы и методы. Мальчик в возрасте 2 лет 5 месяцев находился под наблюдением в неврологическом отделении ДГКБ им З.А. Башляевой с 24.04.2023 по 13.05.2023.

Результаты. Ребенок от 2-ой беременности, протекавшей без особенностей, 2 родов на 39 неделе (ноябрь 2020г), путем экстренного кесарева сечения по причине

подозрения на декомпенсированную патологию сердца плода. Масса тела ребенка при рождении 2190г, сведения об оценке по шкале Апгар не сохранились. Дебют развития проявления эпилепсии приходится на 5-6е сутки жизни у ребенка, когда после кормления отмечался приступ судорог, разрешившийся в течение часа. После этого через 2 дня – серия приступов с интервалом в 1 час. Мальчик был госпитализирован в отделение реанимации, затем ввиду отсутствия повторения судорог отделение патологии новорожденных, где снова развилось судорожное состояние. После разрешения острого состояния мальчик был выписан домой с рекомендациями принимать леветирацетам сироп 100 мг/мл по 20 мг (0,2 мл) x 2 раза в сутки, ежедневно, длительно. В декабре 2021 года повторился однократный приступ генерализованных тонико-клонических судорог с остановкой дыхания, цианозом кожи. Проведена корректировка терапии в виде повышения дозы леветирацетама до 50 мг (0,5 мл) x 2 раза в сутки. В феврале 2022 года – повторный приступ с остановкой дыхания и цианозом лица, длительностью секунд 8-10 секунд, в августе 2022 года – приступ сопровождался просыпанием, плачем и тоническим напряжением ног, длительностью до 1 мин. Доза леветирацетама была увеличена до 190 мг x 2 раза в день (58мг\кг в сутки). Проведено молекулярно-цитогенетическое исследование, в ходе которого было выявлено сочетание терминальной делеции участка короткого (p) плеча 4 хромосомы и терминальной микродупликации участка длинного (q) плеча 20 хромосомы с высокой вероятностью несбалансированной транслокации между указанными хромосомами. С 24.04.23г. по 13.05.2023г. стационарное обследование и лечение в ДГКБ им. З.А. Башляевой. Помимо жалоб на судорожные приступы, отсутствие произвольных движений, задержку предречевого и психического развития, обращали на себя внимание эпизоды выраженного беспокойства. При осмотре можно отметить снижение мышечного тонуса, снижения сухожильных рефлексов, отсутствие произвольных движений, смешанный тетрапарез, присутствие характерных черт внешности (шлем греческого война, клювовидный нос, деформация и низкое расположение ушных раковин, опущение уголков рта), отсутствие способности фиксации и прослеживания взгляда, задержку физического и психического развития (масса тела 6.8кг, длина тела 70см, окружность головы 42 см, окружность грудной клетки 44 см). Двигательные навыки: попытка удерживать голову, поворот на бок. На ЭЭГ - выраженные общемозговые изменения биоэлектрической активности головного мозга, том числе ирритативного характера. Зональные различия сглажены, возрастной ритм дезорганизован. Непостоянная межполушарная асимметрия в затылочной (теменно-затылочной) области за счет повышения амплитуды волн слева и преобладания медленно волновой активности слева (реже справа); в височной (центрально-височной, теменно-височной) области за счет повышения амплитуды волн и преобладания медленно волновой активности справа (эпизодически слева). При проведении пробы фотостимуляции и фоностимуляции без существенных отличий от фоновой записи. Отмечаются признаки дисфункции срединных структур. Эпилептиформные потенциалы на фоне артефактов в височной и затылочной областях слева, эпизодически. На МРТ головного мозга - картина гидроцефальных изменений по смешанному типу, глиозных зон в белом веществе паравентрикулярных отделов обеих лобных, теменных, затылочных долей более вероятно гипоксически-ишемического генеза. Гипоплазия мозолистого тела. Арахноидальная киста задней черепной ямки. Киста межуточного паруса. Снижение пневмотизации барабанной полости и ячеек сосцевидного отростка снижена слева. Основной диагноз: синдром Вольфа-Хиршхорна. Сопутствующие заболевания: фокальная генетическая эпилепсия. Синдромальная форма заболевания - ВПС: дефект межпредсердной перегородки. Недостаточность трикуспидального клапана легкой степени. НК 0-1 ст. Церебральный паралич, атаксическая форма, GMFCS 5. Дисфазия развития тяжелой степени. Учитывая состояние ребенка, выраженность судорожных приступов, принято решение о проведении противосудорожной терапии двумя препаратами: леветирацетам сироп по 2 мл 2 раза в

сутки, окскарбазепин сироп 0,5 мл 2 раза в сутки. Данные катамнеза, собранные спустя 5 месяцев после госпитализации: по причине низкой массы тела и выраженного беспокойства ребенка ребенок начал получать зондовое питание, на фоне чего мальчик стал более спокойным, масса тела увеличилась до 7,5 кг, при неизменной длине тела (70 см); на фоне противосудорожной терапии повторных судорожных приступов не отмечалось; ребенок хорошо удерживает голову, переворачивается с живота на спину и обратно, присутствует лепет.

Выводы. Представленный клинический случай интересен ранним дебютом эпилепсии, а также тяжестью первых приступов. Проведение генетического обследования у лиц с ранним дебютом, тяжелым течением эпилепсии, сочетанным с церебральным параличом с характерным фенотипом, помогает в понимании этиологии, составлении прогноза и выборе тактики ведения пациента.

Список литературы

1. 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 при синдроме Вольфа-Хиршхорна: обзор литературы и описание клинических случаев. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2018;10(4):39-52

Bibliography

1. Mironov M.B., Chebanenko N.V., Ayvazyan S.O., Vladimirova S.A., Osipova K.V., Burd S.G., Rubleva Yu.V., Krasilshchikova T.M., Bychenko V.G. Epilepsy combined with Wolf-Hirschhorn syndrome: a literature review and description of clinical cases. Epilepsy and paroxysmal conditions. 2018;10(4):39-52. (In Russ.) <https://doi.org/10.17749/2077-8333.2018.10.4.039-052>

Сведения об авторах

1. Чебаненко Наталья Владимировна – к.м.н., доцент кафедры неврологии детского возраста ГБОУ ДПО РМАПО МЗ России, 125993, Российская Федерация, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1. Тел. +7(910)422-30-36. E-mail: nataqwe@yandex.ru <https://orcid.org/0000-0002-7231-0249>

2. Зыков Валерий Петрович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии детского возраста ГБОУ ДПО РМАПО МЗ России, 125993, Российская Федерация, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1. e-mail: zykov_vp@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1401-5479>

3. Федотова Юлиана Александровна - ординатор кафедры неврологии детского возраста ГБОУ ДПО РМАПО МЗ России, 125993, Российская Федерация, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1. Тел. +7(977)978-49-44. E-mail: fedouliana3@gmail.com

4. Буткевич Анна Сергеевна – заведующая неврологическим отделением ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ, г. Москва. +7 (916) 938-49-31 E-mail: butkanna@mail.ru

5. Медная Диана Максимовна – студентка медико-биологического факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России. E-mail: mednayadiana@yandex.ru <https://orcid.org/0000-0002-1828-9442>

Information about authors

Natalia V. Chebanenko – MD, PhD, docent of Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education «Russian Medical Academy of Continuous Professional Education» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Moscow, Russia, 2/1, barricadnaya str., Moscow, 125993, Russian Federation. Тел. +7(910)422-30-36. E-mail: nataqwe@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-7231-0249.

Valery P. Zykov - doctor of medical Sciences, Professor, head of the Department of pediatric neurology of Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education «Russian Medical Academy of Continuous Professional Education» of the Ministry of

Healthcare of the Russian Federation. Moscow, Russia, 2/1, barricadnaya str., Moscow, 125993, Russian Federation. E-mail: zykov_vp@mail.ru

Juliana A. Fedotova - Resident of the 1st year of study of the Department of Pediatric Neurology of Further Professional Education «Russian Medical Academy of Continuous Professional Education» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Moscow, Russia, 2/1, barricadnaya str., Moscow, 125993, Russian Federation. Тел. +7(977)978-49-44. E-mail: fedoulina3@gmail.com

Anna S. Butkevich – head of the neurological department of the Children's City Clinical Hospital of the Z.A. Bashlyaeva Design Bureau, Moscow +7 (916) 938-49-31 E-mail: butkanna@mail.ru

Diana M. Mednaya – Student of the Faculty of Medicine and Biology Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov» Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia, E-mail: mednayadiana@yandex.ru. <https://orcid.org/0000-0002-1828-9442>

УДК: 615.851

ОПЫТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Иванова А.А., Якименкова Л.В., Типсина Н.В.

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

Реферат. В работе представлены результаты исследования взаимодействия внутри семей, воспитывающих ребёнка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Рассматривается семейно-центрированный подход, при котором основной акцент в терапии таких детей делается на коррекции отношений внутри семьи. Использовались семейное консультирование, родительский тренинг с обучением общению с детьми на языке эмоций, индивидуальное консультирование по вопросам воспитания и развития детей. Дополнительно оценивается эффект от участия в ранее описанной психообразовательной программе у группы родителей, прошедших индивидуальную психотерапию. Подтверждается закономерность зависимости эмоциональной стабильности детей от психологического состояния их родителей.

Ключевые слова: психотерапия, дети, синдром дефицита внимания и гиперактивности

EXPERIENCE OF PSYCHOTHERAPEUTIC WORK WITH PARENTS OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY SYNDROME

Ivanova A.A., Yakimenkova L.V., Tipsina N.V.

State Budgetary Institution "Scientific and Practical Center for Pediatric Psychoneurology" of the Moscow Healthcare Department

Abstract. This paper presents the results of a study of interaction within families raising a child with attention deficit hyperactivity disorder. A family-centered approach is considered, in which the main emphasis in the treatment of such children is on correcting relationships within the family. Family counseling, parent training with training in communicating with children in the language of emotions, and individual counseling on issues of child upbringing and development were used. Additionally, the authors identified an attempt to assess the effect of

participation in the previously described psychoeducational program to group of parents who underwent individual psychotherapy. The pattern of dependence of the children's emotional stability on the psychological state of their parents is confirmed.

Keywords: *psychotherapy, children, attention deficit hyperactivity disorder*

Актуальность. Психотерапия – процесс обучения адаптивным стереотипам мышления и поведения [1]. Это метод немедикаментозной коррекции, используемый в мире уже очень давно. Важным аспектом работы в семьях, воспитывающих ребёнка с психоневрологической патологией, является работа и с другими членами семьи. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) не теряет своей значимости среди болезненных состояний уже длительное время. Важно отметить, что среди детей с трудностями обучения в школе данное состояние встречается в 80% случаев [2]. Ранее СДВГ относили к одной из форм проявления минимальной мозговой дисфункции. Поэтому терапия данного состояния, в первую очередь, направлена на коррекцию постгипоксических метаболических изменений организма ребёнка. Однако, не менее важной является работа, направленная на социальную адаптацию. А так как ребёнок, прежде всего, обучается и воспитывается в семье, неотъемлемой частью лечения является психотерапевтическая работа с родителями. Про психологическое просвещение родителей и поведенческую терапию говорят как в России [3], так и за рубежом [4,5].

Цель. Оценить эффективность семейно-центрированной психотерапевтической работы с родителями детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 15 семей, с детьми (средний возраст 5-9 лет) с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Использовался семейно-центрированный подход, при котором обучали навыкам эффективного взаимодействия в семье, а также, по запросу проводили индивидуальную психотерапию матери и отцу ребёнка. Родителям была оказана психотерапевтическая поддержка в решении психоэмоциональных проблем разного характера. Обязательным условием для психотерапевтической работы было выполнение рекомендаций лечащего врача.

Результаты. После курса психотерапевтической работы (психотерапевтической программы), проведённой с родителями детей наблюдается положительная динамика в виде стабилизации психоэмоционального состояния ребёнка. По данным опроса родителей через год после начала психотерапевтической работы отмечаются следующие тенденции: ребёнок спокойнее относится к стрессовым факторам, чаще общается с родителем по волнующим его эмоциональным вопросам. У эмоционально стабильных родителей и родителей, в предыдущие разы либо заблаговременно прошедших работу с собственными эмоциональными состояниями (9(60%) семей) отмечается значительное улучшение во взаимодействии с ребёнком. У группы, отказавшейся от индивидуальных психотерапевтических сеансов (6(40%) семей), обучающейся только навыкам эффективного общения с ребёнком, результат оказался хуже, чем у группы, где родитель перед психологическим просвещением по вопросам воспитания и развития ребёнка, проходил индивидуальную психотерапию.

Выводы. Важность психотерапевтической работы с ребёнком очевидна, но прямая включённость родителя в процесс воспитания и развития ребёнка, позволяет детям успешнее адаптироваться в социуме, переживать собственные, в том числе не всегда комфортные, эмоциональные состояния. Психотерапевтическая работа в формате индивидуальной психотерапии родителей и родительского тренинга имеет определённую эффективность в семьях с детьми с СДВГ.

Список литературы

1. Захаров Р.И. Этиопатогенетическая психотерапия психосоматических расстройств. Сборник тезисов IV Ежегодной межвузовской научно-практической

конференции «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы-2018» / Р. И. Захаров, И. А. Уваров. - Москва: ООО «СИНАПС», 2018. - 125-127 с.

2. Глозман, Ж. М. Нейропсихология детского возраста / Ж. М. Глозман. - М.: Академия, 2009. - 272 с.

3. Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: Практическое руководство. – 2-е изд., - М. : Генезис, 2016. – 337 с.

4. van den Hoofdakker BJ, van der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PMG, Minderaa RB, Nauta MH. Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Oct;46(10):1263-1271. doi: 10.1097/chi.0b013e3181354bc2. PMID: 17885567.

5. Hornstra R, Onghena P, van den Hoofdakker BJ, van der Veen-Mulders L, Luman M, Staff AI, van der Oord S. Components of Behavioral Parent Training for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Series of Replicated Single-Case Experiments. *Behav Modif*. 2023 Sep;47(5):1042-1070. doi: 10.1177/01454455231162003. Epub 2023 Apr 13. PMID: 37056055; PMCID: PMC10403966.

Bibliography

1. Zakharov, R.I. Etiopathogenetic psychotherapy of psychosomatic disorders. Collection of abstracts of the IV Annual Interuniversity Scientific and Practical Conference “Psychosomatic Medicine in Russia: Achievements and Prospects-2018” / R. I. Zakharov, I. A. Uvarov. - Moscow: SINAPS LLC, 2018. - 125-127 p.

2. Glozman, Zh. M. Neuropsychology of childhood / Zh. M. Glozman. - M.: Academy, 2009. - 272 p.

3. Romanchuk O.I. Attention deficit hyperactivity disorder in children: A practical guide. – 2nd ed., - M.: Genesis, 2016. – 337 p.

4. van den Hoofdakker BJ, van der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PMG, Minderaa RB, Nauta MH. Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Oct;46(10):1263-1271. doi: 10.1097/chi.0b013e3181354bc2. PMID: 17885567.

5. Hornstra R, Onghena P, van den Hoofdakker BJ, van der Veen-Mulders L, Luman M, Staff AI, van der Oord S. Components of Behavioral Parent Training for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Series of Replicated Single-Case Experiments. *Behav Modif*. 2023 Sep;47(5):1042-1070. doi: 10.1177/01454455231162003. Epub 2023 Apr 13. PMID: 37056055; PMCID: PMC10403966.

Сведения об авторах

Анастасия Андреевна Иванова – врач-психотерапевт дневного стационара №5 научно-практического центра детской психоневрологии ДЗ г. Москвы, служебный телефон 8-926-825-13-53, электронная почта: i_am_an@mail.ru

Лия Вениаминовна Якименкова – врач-невролог дневного стационара №5 научно-практического центра детской психоневрологии ДЗ г. Москвы, служебный телефон 8-926-825-13-53, электронная почта dr.Leah@mail.ru

Наталья Валентиновна Типсина – врач-невролог, заведующая отделением дневного стационара №5 научно-практического центра детской психоневрологии ДЗ г. Москвы, служебный телефон 8-926-825-13-53, электронная почта tipsina81@mail.ru

Information about the authors

Anastasiia Andreevna Ivanova – psychotherapist, day hospital No. 5, Scientific and Practical Center of Pediatric Psychoneurology, Moscow Healthcare Department, office phone 8-926-825-13-53, e-mail: i_am_an@mail.ru

Liya Veniaminovna Yakimenkova – neurologist, day hospital No. 5, Scientific and Practical Center of Pediatric Psychoneurology, Moscow Healthcare Department, office phone 8-926-825-13-53, e-mail: dr.Leah@mail.ru

Natalia Valentinovna Tipsina – neurologist, head of the department of day hospital No. 5, Scientific and Practical Center of Pediatric Psychoneurology, Moscow Healthcare Department, office phone 8-926-825-13-53, e-mail: tipsina81@mail.ru

УДК: 616.8-07

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Колосова О.Т., Тисленко И.Г. Слабова Г.А.

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

Реферат. В материале описывается клинический случай ребенка с врожденными пороками развития (синдром Ледда, врожденный порок сердца), двигательными нарушениями, проходящего восстановительное лечение в условиях дневного стационара. Анализируются результаты работы междисциплинарной команды специалистов. Авторами сделан вывод о необходимости индивидуального подхода, так же раннего начала реабилитации детей с врожденными пороками развития.

Ключевые слова: *врожденные пороки развития, индивидуальный подход*

CLINICAL CASE OF A CHILD WITH COMBINED MALFORMATIONS

Kolossova O.T., Tislenko I.G., Slabova G.A.

Research and clinical Center of Pediatric psychoneurology Moscow

Abstract. The material describes a clinical case of a child with congenital malformations (Ledd syndrome, congenital heart disease), motor disorders, undergoing rehabilitation treatment in a day hospital. The results of the work of an interdisciplinary team of specialists are analyzed. The authors concluded that an individual approach is necessary, as well as an early start in the rehabilitation of children with congenital malformations.

Key words: *congenital malformations, individual approach.*

Актуальность. В структуре детской заболеваемости, инвалидности и смертности в развитых странах в последнее десятилетие отмечается увеличение случаев рождения детей с сочетанными врожденными пороками развития (ВПР), что представляет значительную медицинскую и социальную проблему. Задача лечащего врача состоит в определении не только тактики лечения, но и разработки последующей реабилитации. Врожденные пороки развития или врожденные дефекты развития могут быть определены как структурные или функциональные отклонения от нормы (например, метаболические расстройства), которые проявляются в период внутриутробного развития и могут быть выявлены до рождения, во время рождения, а иногда на более поздних этапах жизни [1]. Синдром Ледда (СЛ) – это врожденная патология с невыясненными этиологическими факторами. При этом с генетическими мутациями ее связь не установлена, аномалии возникают спонтанно при воздействии тератогенных факторов (физических, химических, биологических) на женский организм в 1-м триместре. Основным клиническим проявлением СЛ является кишечная непроходимость, обусловленная сдавлением двенадцатиперстной кишки и заворотом средней кишки и нередко угрожающая тяжелыми осложнениями. Заворот с нарушением кровообращения на большом протяжении или возникновением стремительного некроза кишечника с развитием перитонита может

наступить как внутриутробно, так и после рождения ребенка и носить рецидивирующий характер [2].

Цель. Изучение динамики неврологических проявлений в случае комплексной реабилитации ребенка с врожденными пороками развития: врожденный порок сердца (ВПС), синдромом Ледда, проходившим курс реабилитации в ДС №4 НПЦ ДП; оценка возможности улучшения динамики неврологической симптоматики и повышения качества жизни.

Результаты. Мальчик Ф. 1 г. 7 мес. поступил в ДС №4 на курс восстановительного лечения с жалобами на задержку психо-речевого и моторного развития: самостоятельно не сидит, не ходит. Из анамнеза известно, ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне гестационного сахарного диабета (1-я медицинский аборт). Роды оперативные, плановые на 41-й неделе, Масса 2850г, длина 49 см, 7/8 баллов по Апгар с диагнозом: врожденная пневмония, синдромальная форма ВПС – дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) парамембранозный субтрикуспидальный в аневризме. Двухстворчатый клапан легочной артерии с умеренным стенозом. Расширение ствола и ветвей легочной артерии. ОО 2,5 мм. Небольшая резидуальная фетальная легочная гипертензия (ЛГ). Гипертрофия левого желудочка. I ФК по Ross. Синдром Ледда. Оперирован в возрасте 9 дней, 24.11.2021г. В январе 2022г. прошёл лечение с диагнозом: Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, пневмония правосторонняя, дыхательная недостаточность (ДН) I ст; в марте 2022г: Внебольничная двусторонняя пневмония, возможно аспирационного генеза. ДН II ст. Развитие с задержкой: голову держит с 3 месяцев, стоит и ползает с 1 года 5 мес., не ходит самостоятельно, сидит неустойчиво. Обратились к неврологу в КДО ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», направлен на восстановительный курс лечения в ДС №4. В возрасте 1 года 7 мес. впервые поступил в дневной стационар №4 ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ». При поступлении: имеются множественные стигмы дисэмбриогенеза. Окружность головы: 47см, ЧМН: глазные щели D<S, птоз правого века, зрачки средней величины, симметричные, фотореакции живые, подвижность глазных яблок в полном объеме, слух при грубой проверке не нарушен, лицо симметричное, глотание и фонация сохранены, язык по средней линии, установка голова по средней линии, движения головы в полном объеме. Мышечный тонус переменный асимметричный S>=D, асимметрия более выражена в аддукторах бедер и верхних конечностях: Iй палец приведен к ладони, ползает с опорой на кулачки. Атрофии и контрактур нет. Сухожильные рефлексы живые симметричные S>=D. Симптом Бабинского положительный с обеих сторон. Чувствительность визуально сохранена. Вегетативные знаки – отрицательные. ПМР: сидит неустойчиво, ползает на четвереньках, встает у опоры самостоятельно с дистонической установкой правой стопы. При вертикализации опора на плоско-вальгусные стопы D>S. Слов нет, активно лепечет. Проведен дифференциальный диагноз, на основании жалоб, анамнеза, данных обследования и психо-неврологического статуса ребенку был выставлен диагноз: G96.8 Другие уточненные поражения ЦНС. Синдром двигательных нарушений, левосторонний гемисиндром. Задержка психо-моторного развития. Сопутствующий диагноз: Q21.1 ДМЖП парамембранозный субтрикуспидальный в аневризме. Двухстворчатый клапан легочной артерии с умеренным стенозом. Расширение ствола и ветвей легочной артерии. ОО 2,5 мм. Небольшая резидуальная фетальная ЛГ. Гипертрофия левого желудочка. I ФК по Ross. Q43.3 Синдром Ледда. Состояние после оперативного лечения 24.11.2021г. Ребенку были назначены: психолого-педагогическая коррекция, консультация и занятия с психологом, логопедом, дефектологом, консультации мануального терапевта, физиотерапевта, врача ЛФК, рефлексотерапевта. Проведены: курс массажа, физиотерапевтическое лечение (ФТЛ): электрофорез с 1% раствором аминафиллина и 1% раствором неостигмина метилсульфата, парафин-озокеритовые аппликации на стопы и кисти; занятия по развитию мелкой моторики, ЛФК, курс рефлексотерапии. Медикаментозное лечение: магния лактата дигидрат+магния пидолат+пиридоксина гидрохлорид р-р д/приема внутрь амп. 10 мл по 8 мл 1раз в день. Ребенок прошел курс

реабилитации в полном объеме. Отмечена положительная динамика: улучшение координации движений, укрепление мышц туловища, нижних конечностей и свода стопы, скорректировалась мелкая моторика, улучшился захват предметов; устойчиво самостоятельно сел, стал активно ходить возле опоры, появился интерес к совместной деятельности, к игрушкам.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует значимость мультидисциплинарного подхода к реабилитации детей с сочетанными ВПР. Раннее начало восстановительного лечения повышает эффективности реабилитационных мероприятий и улучшает качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), официальный сайт url.: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>
2. Синдром Ледда у новорожденных/ Н.Ш. Эргашев, Ж.Б. Саттаров, Б.Б. Эргашев// Детская хирургия. 2015. – №2

Bibliography

1. World Health Organization (WHO), official website url.: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>
2. Ledd syndrome in newborns / N.Sh. Ergashev, Zh.B. Sattarov, B.B. Ergashev // Pediatric surgery. 2015. – No. 2

Сведения об авторах

Колосова О.Т.- ГБУЗ НПЦ Детской психоневрологии ДЗМ, врач-невролог, врач-физиотерапевт, тел.: 8-926-118-16-72, kolosowi@mail.ru

Тисленко И.Г.- БУЗ НПЦ Детской психоневрологии ДЗМ, врач-педиатр, тел.: +7-963-771-51-04, innatislenko9@gmail.com

Слабова Г.А.- ГБУЗ НПЦ Детской психоневрологии ДЗМ, заведующий отделением, врач-невролог, 8-916-186-52-65, gulil70@mail.ru

Information about authors

Kolosova O.T. - State Budgetary Healthcare Institution Scientific and Practical Center of Children's Psychoneurology, Department of Health, Neurologist, Physiotherapist, tel.: 8-926-118-16-72, kolosowi@mail.ru

Tislenko I.G. - BUZ SPC Children's Psychoneurology, Department of Health, Pediatrician, tel.: +7-963-771-51-04, innatislenko9@gmail.com

Slabova G.A. - State Budgetary Healthcare Institution Scientific and Practical Center for Children's Psychoneurology, Department of Health, Head of Department, neurologist, 8-916-186-52-65, gulil70@mail.ru

УДК: 616.8-08

ПРИМЕНЕНИЕ МНЕМОТЕХНИК В КОРРЕКЦИИ И РАЗВИТИИ СВЯЗНОЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ II-III УРОВНЯ

Купрацевич О.Н., Ильина С.В., Тишкова-Горынина А.В., Айнетдинова А.М., Слабова Г.А. Гунченко М. М.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Реферат. В работе рассматривается использование метода мнемотехники для развития связной речи у детей с общим недоразвитием речи II-III уровня дошкольного возраста, выявляется его эффективность в развитии связной речи, памяти, внимания.

Ключевые слова: *мнемотаблицы, связная речь, мнемотехника, общее недоразвитие речи.*

THE USE OF MNEMONICS IN THE CORRECTION AND DEVELOPMENT OF COHERENT SPEECH IN PRESCHOOL CHILDREN WITH GENERAL SPEECH UNDERDEVELOPMENT OF LEVEL II-III

Kupratsevich O.N., Ilyina S.V., Tishkova-Gorynina A.V., Ainnetdinova A.M., Slabova G.A. Gunchenko M. M.

Research and clinical Center of Pediatric psychoneurology Moscow

Abstract. The work examines the use of the mnemonic method for the development of coherent speech in children with general speech underdevelopment of the II-III level of preschool age, and reveals its effectiveness in the development of coherent speech, memory, and attention.

Key words: *mnemonic tables, coherent speech, mnemonics, general speech underdevelopment*

Актуальность. Успешность обучения детей в школе во многом зависит от уровня овладения ими связной речи. Актуальность применения мнемотехник у детей с общим недоразвитием речи обусловлена тем, что в дошкольном возрасте преобладает наглядно-образная память. Использование мнемотаблиц облегчает и помогает детям лучше запоминать, усваивать материал и овладевать связным высказыванием, устанавливать причинно-следственные связи, развивать логическое мышление. Мнемотехника – это система методов и приемов, обеспечивающих успешное запоминание, сохранение и воспроизведение информации [1].

Цель. Выявить эффективность применения мнемотехник в развитии связной речи у детей с общим недоразвитием речи II-III уровня дошкольного возраста.

Материалы и методы. Наша работа по развитию связной речи с использованием мнемотехники строилась по принципу от простого к сложному. На начальном этапе использовались мнемоквадраты. Это картинки, которые обозначают одно слово или словосочетание. Затем задания усложнялись применением мнемодорожек. Это таблицы, которые состоят из 4-х последовательных картинок. Далее переходили к мнемотаблицам, состоящим из блоков схематических изображений, позволяющих составлять рассказ и являющихся наиболее сложной структурой [2]. В коррекционной работе по развитию связной речи использовались материалы Омельченко Л.В. [2], Ткаченко Т.А.[3], Большой Т. В.,[4].

Результаты. За период с 09.01.23 по 09.10.23 в ДС № 4, было пролечено 216 детей с общим недоразвитием речи II-III уровня дошкольного возраста, с которыми проводилась работа по развитию связной речи с использованием мнемотехник. По результатам проведенной коррекционно-логопедической работы наблюдалась положительная динамика в формировании и развитии связной речи, а также улучшение внимания, памяти и воображения. Выраженная динамика отмечалась у 86(40%) детей. Дети самостоятельно, последовательно могли пересказать текст и составить предложения с помощью мнемодорожек. У 107(50%) детей была отмечена умеренная динамика, дети составляли рассказы и предложения с небольшой помощью педагога. Незначительная динамика, выявленная у 23(10%) детей обуславливалась наличием у этой группы детей сопутствующих нарушений и отмечалась в том, что дети научились составлять только предложения, используя мнемодорожки с помощью педагога.

Выводы. Таким образом, мы можем отметить, что использование мнемотехник является эффективным средством в коррекционной работе по развитию связной речи у детей с общим недоразвитием речи II-III уровня.

Список литературы

1. Полянская Т.Б. Использование метода мнемотехники в обучении рассказыванию детей дошкольного возраста. СПб: Детство-Пресс., 2010.
2. Омельченко Л.В. Использование приемов мнемотехники в развитии связной речи. Ж-л «Логопед», №4, 2008.
3. Ткаченко Т.А. Использование схем в составлении описательных рассказов. Дошкольное воспитание. 1990.- №10
4. Большова Т.В. Учимся по сказке: Развитие мышление дошкольников с помощью мнемотехники. // Учебно-методическое пособие // СПб: Детство-Пресс, 2011.

Bibliography

1. Polyanskaya T.B. Using the mnemonics method in teaching storytelling to preschool children. SPb: Childhood-Press. 2010.
2. Omelchenko L.V. The use of mnemonic techniques in the development of coherent speech. Journal "Speech therapist", No. 4, 2008.
3. Tkachenko T.A. Using diagrams in writing descriptive stories. Preschool education. 1990.- No. 10
4. Bolshova T.V. Learning from a fairy tale: Developing the thinking of preschoolers with the help of mnemonics. // Educational and methodological manual // St. Petersburg: Detstvo-Press, 2011.

Сведения об авторах

Слабова Гоар Александровна – ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» Дневной стационар №4, заведующая, адрес: 123317 Москва, 3-я Красногвардейская ул., д.4, тел.: 8-499-256-50-84; e-mail: gulil70@mail.ru;

Гунченко Марина Михайловна - ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», заместитель директора по амбулаторно-поликлинической работе, адрес: 119602 Москва, Мичуринский проспект, д.74, тел: +7(495)430-80-96; e-mail: g_mm@mail.ru

Купрацевич Олеся Николаевна – ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» Дневной стационар №4, логопед, адрес: 123317 Москва, 3-я Красногвардейская ул., д.4, тел.: 8-499-256-50-84; e-mail: Olesy56@yandex.ru

Ильина Светлана Валерьевна – ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» Дневной стационар №4, логопед, адрес: 123317 Москва, 3-я Красногвардейская ул., д.4, тел.: 8-499-256-50-84; e-mail: lana3003@mail.ru;

Тишкова-Горынина Александра Владиславовна – ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» Дневной стационар №4, логопед, канд.пед.наук, адрес: 123317 Москва, 3-я Красногвардейская ул., д.4, тел.: 8-499-256-50-84, e-mail: lesha.a.o@mail.ru

Айнетдинова Алсу Маликовна – ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» Дневной стационар №4, логопед, адрес: 123317 Москва, 3-я Красногвардейская ул., д.4, тел.: 8-499-256-50-84; e-mail: aynetdinova68@bk.ru;

Information about authors

Goar Aleksandrovna Slabova – State Budgetary Healthcare Institution “NPC DP DZM” Day hospital No. 4, head, address: 123317 Moscow, 3rd Krasnogvardeyskaya st., no. 4, tel.: 8-499-256-50-84; e-mail: gulil70@mail.ru;

Gunchenko Marina Mikhailovna - State Budgetary Healthcare Institution "NPC DP DZM", Deputy Director for Outpatient Work, address: 119602 Moscow, Michurinsky Prospekt, 74, tel: +7(495)430-80-96; e-mail: g_mm@mail.ru

Kupratsevich Olesya Nikolaevna – State Budgetary Healthcare Institution “NPC DP DZM” Day hospital No. 4, speech therapist, address: 123317 Moscow, 3rd Krasnogvardeyskaya st., no. 4, tel.: 8-499-256-50-84; e-mail: Olesy56@yandex.ru

Pyina Svetlana Valerievna – State Budgetary Healthcare Institution “NPC DP DZM” Day hospital No. 4, speech therapist, address: 123317 Moscow, 3rd Krasnogvardeyskaya st., no. 4, tel.: 8-499-256-50-84; e-mail: lana3003@mail.ru;

Alexandra Vladislavovna Tishkova-Gorynina – State Budgetary Healthcare Institution “NPC DP DZM” Day hospital No. 4, speech therapist, Candidate of Pedagogical Sciences, address: 123317 Moscow, 3rd Krasnogvardeyskaya st., no. 4, tel.: 8-499-256- 50-84, e-mail: lesha.a.o@mail.ru

Ainetdinova Alsu Malikovna – State Budgetary Healthcare Institution “NPC DP DZM” Day hospital No. 4, speech therapist, address: 123317 Moscow, 3rd Krasnogvardeyskaya st., no. 4, tel.: 8-499-256-50-84; e-mail: aynetdinova68@bk.ru;

УДК: 616-08-039.73

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Лебедева Н.М.¹, Шелыхманова А.А.²

¹Государственное казённое учреждение Самарской области «Чапаевский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Надежда», г. Чапаевск, Самарская область

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Самарская область

Реферат. Одним из современных направлений в реабилитации двигательных нарушений является применение аппаратно-программных комплексов с биологической обратной связью. В исследовании была проведена оценка применения аппаратно-программного комплекса «ReviMotion» у 41 пациента. Исследование показало, что использование мультисенсорной системы двигательной реабилитации у детей с ДЦП сопровождается улучшением со стороны психоэмоциональной сферы, что проявляется повышением концентрации внимания, пониманием обращенной речи и приобретением способности говорить.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, реабилитация, аппаратно-программный комплекс ReviMotion

EXPERIENCE OF USING A HARDWARE-SOFTWARE COMPLEX IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Lebedeva N.M.¹, Shelykmanova A.A.²

¹State government institution of the Samara region “Chapaevsky rehabilitation center for children and adolescents with disabilities “Nadezhda”, Chapaevsk, Samara region

²Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Samara State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Samara, Samara Region

Abstract. One of the modern trends in the rehabilitation of movement disorders is the use of hardware and software complexes with biofeedback. The study assessed the use of the ReviMotion hardware-software complex in 41 patients. The study showed that the use of a multisensory system of motor rehabilitation in children with cerebral palsy is accompanied by an

improvement in the psycho-emotional sphere, which is manifested by an increase in concentration, understanding of spoken speech and the acquisition of the ability to speak.

Key words: *cerebral palsy, rehabilitation, ReviMotion hardware and software complex*

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) является одной из ведущих причин детской инвалидности [1]. Частота детского церебрального паралича в популяции составляет 2,5 на 1000 живых новорожденных [2]. Численность детей инвалидов с патологией нервной системы составляет 6,3%, где лидирующее место занимает детский церебральный паралич (ДЦП). Спастические формы составляют 80 % всех детских церебральных параличей [3]. При своевременно начатой реабилитации и системном подходе дети начинают ходить, говорить и могут вести вполне самостоятельный образ жизни. Реабилитация детей с ДЦП занимает длительный период времени, поэтому ведется постоянный поиск методов восстановления, которые могли бы ускорить данный процесс. Возникает необходимость постоянно совершенствовать подход к реабилитации детей с данной патологией с привлечением компьютерных технологий, в частности, систем виртуальной реальности [4]. Одним из современных направлений в реабилитации двигательных нарушений является применение аппаратно-программного комплекса с биологической обратной связью «ReviMotion» [5,6].

Цель. Изучить влияние аппаратно-программного комплекса «ReviMotion» на динамику восстановления детей с ДЦП.

Материалы и методы. На базе ГКУ СО Чапаевский РЦДиПОВ «Надежда» в период с 2020 года по 2022 год включительно под нашим наблюдением находились 84 ребенка с диагнозом ДЦП. Из них 52 (61,9%) мальчика, 32(38,1%) девочки в возрасте от 7 лет до 17 лет, средний возраст $9,3 \pm 1,7$ лет. По формам заболевания пациенты распределялись следующим образом: спастическая диплегия – 44(52,4%) ребенка, гемиплегия – 25 (29,8%) случаев; двойная гемиплегия 7 (8,3%); спастико-гиперкинетическая форма 8 (9,5%) детей. По степени тяжести: средне-тяжелая форма была диагностирована у 63(75%) человек; тяжелая у 21(25%) человека. Проведен проспективный анализ динамики состояния пациентов за 3 года. Оценивали физическое и психоэмоциональное состояние, степень спастичности, функцию опоры и ходьбы. Физическое и психоэмоциональное состояние оценивали по 100 бальной шкале, характеризующей 10 основных психомоторных функций. Из них 7 характеризуют двигательные возможности пациента (держание головы; держание игрушки в руке; поворачивание с живота на спину; ползание на животе; сидение; стояние; хождение), а 3 его психоэмоциональную сферу (слежение глазами за игрушкой; понимание обращенной речи; способность говорить). Степень спастичности оценивали по шкале Эшворта. Функцию опоры и ходьбы по системе классификации больших моторных функций (GMFCS). Оценка по шкалам проводилась при поступлении и перед выпиской, с подсчетом разницы между показателями. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программных приложений Microsoft Excel 2013 и Statistica 13.0 фирмы STATSOFT, Россия. Описательные статистики представлены в работе в виде среднего и стандартного отклонения ($M \pm SD$). Сравнение средних значений для параметрических показателей производили с использованием критерия Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в исследовании принимали $p < 0,05$. Из всех наблюдаемых нами детей рандомизированным методом были сформированы две группы: основная и группа сравнения. Основную группу составили 41 человек, из них 24 (58,5%) мальчика и 17(41,5%) девочек в возрасте от 7-16 лет. Группу сравнения составили 43 человека, из них 28(65,1%) мальчиков и 15(34,9%) девочек в возрасте от 7 до 17 лет. По формам заболеваний и степени тяжести достоверных различий между группами не было. В группе сравнения детям проводили реабилитационные мероприятия, включающие лечебную гимнастику, иппотренажёр, Тренажёр Гросса, лечебно-нагрузочный костюм Адели. Иппотренажёр воздействовал на мышцы нижних конечностей и таза, тренировал

вестибулярный аппарат и равновесие. Тренажёр Гросса позволял детям перемещаться в пространстве, делать самостоятельно шаги, укреплять опорную функцию, бороться с синдромом страха. Лечебно-нагрузочный костюм Адели корректировал позу и движения ребёнка при тренировках ходьбы по ровной поверхности и по лестнице. В основной группе помимо выше указанных методов применяли тренировки на аппаратно-программном комплексе ReviMotion (Институт инновационного развития ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара) – тренажер активной двигательной реабилитации с биологической обратной связью, с аудиальными и визуальными эффектами, возможностью решения когнитивных задач.

Результаты. В результате лечебно-реабилитационных мероприятий в группе сравнения отмечали достоверное снижение степени спастичности по шкале Эшворта с $3,5 \pm 0,2$ до $2,7 \pm 0,1$; улучшение показателей по шкале функциональной активности с $65,7 \pm 0,3\%$ до $71,3 \pm 0,5\%$; улучшение возможностей самостоятельного передвижения по системе GMFCS на 1 уровень у 30(69,8%) детей. Из двигательных навыков: 32(74,4%) ребенка начали держать голову; 31(72,1%) человек научились самостоятельно сидеть; 6(13,9%) детей начали ходить без поддержки. Психоземotionalная сфера: у 23(53,5%) пациентов улучшилась концентрация внимания и понимание обращенной речи; 25(58,1%) человек приобрели способность говорить. В основной группе отмечали достоверное снижение степени спастичности по шкале Эшворта с $3,5 \pm 0,2$ до $2,5 \pm 0,1$; улучшение показателей по шкале функциональной активности с $65,9 \pm 0,3\%$ до $72,9 \pm 0,5\%$; улучшение возможностей самостоятельного передвижения по системе GMFCS на 1 уровень у 28(68,3%) детей. Из двигательных навыков: 31(75,6%) ребенок начал держать голову; 29(70,7%) человек научились самостоятельно сидеть; 5(12,2%) пациентов начали ходить без поддержки. Со стороны психоземotionalной сферы: у 29(70,7%) человек улучшилась концентрация внимания и понимание обращенной речи; 31(75,6%) пациент приобрел способность говорить. Улучшение со стороны функциональной активности между сравниваемыми группами не имело достоверной разницы. Улучшение психоземotionalной сферы наблюдали достоверно чаще в основной группе.

Выводы. У детей с ДЦП реабилитационные мероприятия, включающие лечебную гимнастику, ишготренажёр, тренажёр Гросса, лечебно-нагрузочный костюм Адели способствуют достоверному улучшению функциональной активности. Использование аппаратно-программного комплекса ReviMotion у этих пациентов сопровождается более выраженным улучшением со стороны психоземotionalной сферы по отношению к группе сравнения, что проявляется повышением концентрации внимания, пониманием обращенной речи и приобретением способности говорить. При совместном его использовании с лечебной гимнастикой и механотерапией наблюдается нормализация мышечного тонуса и улучшение координации движений.

Список литературы

1. Ткаченко Е.С., Голева О.П. Детский центральный паралич одна из ведущих причин детской инвалидности современности. Евразийский союз ученых. 2015;(7-3): 86-89.
2. Булекбаева Ш.А., Сейсембеков Т.А., Оспанова Ш.К., Ризванова А.Р., Кенжебекова М.О., Кененбаева Б.С., Сыздыкова А.О. Использование международных шкал для диагностики и оценки эффективности реабилитации детей с детским церебральным параличом. Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. 2010;(1):31.
3. Газдиева Б.М., Милованова О.А., Пузин С.Н. Анализ статистических показателей детей, впервые и повторно признанных инвалидами вследствие детского церебрального паралича. Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2022;(1):80-86.
4. Шалькевич Л.В. Эффективность использования технологий виртуальной реальности в комплексной реабилитации мануальной активности у детей с детским

церебральным параличом. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2020;18(6): 716-721.

5. Тачилина А.С. Обзор тренажерно-игровых комплексов и тренажерных устройств для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Международный научный журнал «Вестник науки». 2022;2(6): 292-300.

6. Курманова Д. Б., Хасанова А. Х., Аби Н. Ж., Возможности применения аппаратно-программного комплекса «ReviMotion» в системе реабилитации пациентов с детским церебральным параличом после селективной дорсальной ризотомии. В сб.: V Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных «Современные аспекты медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения»; 21 Апреля 2023; Москва; 2023. С. 56-57.

Bibliography

1. Tkachenko E.S., Goleva O.P. Infantile central paralysis is one of the leading causes of childhood disability in modern times. Eurasian Union of Scientists. 2015;(7-3): 86-89.

2. Bulekbaeva Sh.A., Seisembekov T.A., Ospanova Sh.K., Rizvanova A.R., Kenzhebekova M.O., Kenenbaeva B.S., Syzdykova A.O. The use of international scales for diagnosing and assessing the effectiveness of rehabilitation of children with cerebral palsy. Bulletin of the Almaty State Institute for Advanced Medical Studies. 2010;(1):31.

3. Gazdieva B.M., Milovanova O.A., Puzin S.N. Analysis of statistical indicators of children who were first and repeatedly recognized as disabled due to cerebral palsy. Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and the Rehabilitation Industry. 2022;(1):80-86.

4. Shalkevich L.V. The effectiveness of using virtual reality technologies in complex rehabilitation of manual activity in children with cerebral palsy. Journal of Grodno State Medical University. 2020;18(6): 716-721.

5. Tachilina A.S. Review of training and gaming complexes and training devices for children with musculoskeletal disorders. International scientific journal "Bulletin of Science". 2022;2(6): 292-300.

6. Kurmanova D. B., Khasanova A. Kh., Abi N. Zh., Possibilities of using the “ReviMotion” hardware-software complex in the rehabilitation system for patients with cerebral palsy after selective dorsal rhizotomy. In: V International Scientific and Practical Conference of Students and Young Scientists “Modern Aspects of Medical Rehabilitation and Sanatorium Treatment”; April 21, 2023; Moscow; 2023. pp. 56-57.

Сведения об авторах

Лебедева Наталия Михайловна – врач по лечебной физкультуре Государственного казённого учреждения Самарской области «Чапаевский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Надежда», E-mail: Leb8n@mail.ru; тел: +79639109877.

Шелыхманова Анастасия Алексеевна – студентка института педиатрии Самарского государственного медицинского университета Минздрава России, E-mail: shelykhmanova99@mail.ru, тел: 89370701698

Information about authors

Lebedeva Nataliia Mikhailovna – physical therapy doctor of the State State Institution of the Samara region «Chapaevsky Rehabilitation Center for children and adolescents with disabilities «Nadezhda», E-mail: Leb8n@mail.ru; tel: +79639109877.

Shelyhmanova Anastasia Alekseevna- is a student of the Institute of Pediatrics of the Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia. E-mail: shelykhmanova99@mail.ru , tel: 89370701698.

УДК 16.831-009.11

О ПОСЛЕДСТВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И НЕКОТОРЫХ МЕТОДАХ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

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

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

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

Резюме. В статье представлены некоторые ранние проявления перинатального поражения центральной нервной системы и его последствий, причины и патогенетические основы их возникновения, современные подходы к восстановительному лечению детей с перинатальным поражением центральной нервной системы. Обоснована необходимость как можно более раннего начала применения реабилитационных мероприятий с целью вторичной профилактики нарушений психо-речевого и моторного развития детей. Разработано и внедрено в клиническую практику оптимальное поэтапное лечение больных.

Ключевые слова: *последствия перинатального поражения центральной нервной системы, причины и факторы риска, детский церебральный паралич, восстановительное лечение больных*

ABOUT THE CONSEQUENCES OF PERINATAL DAMAGE TO THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM AND SOME METHODS OF SECONDARY PREVENTION

Levchenkova V.D.¹, Titarenko N.Yu.², Batsheva T.T.¹

¹ *Research and clinical Center of Pediatric psychoneurology Moscow*

² *FSBSI Scientific Center of Children's Health, Moscow, Russia*

Abstract. The paper presents some initial manifestations of perinatal central nervous system impairment and its consequences as well as the causes and pathogenetic basis of the damage. It also describes up-to-date techniques of management in patients with perinatal central nervous system impairment. We have substantiated that it has been necessary to start treating the children as early as possible to prevent psycho-speech and motor disorders. We have developed and introduced into clinical practice optimal step-by-step therapy in the patients.

Key words: *consequences of perinatal central nervous system impairment, causes and risk factors, cerebral palsy, rehabilitation therapy*

Актуальность. Среди пациентов детского возраста с нарушениями функций нервной системы значительную часть составляют дети с последствиями внутриутробного и перинатального поражения центральной нервной системы, клинические проявления которых очень разнообразны: от незначительной задержки психического, речевого развития и лёгкой моторной неловкости до тяжёлых нарушений развития познавательных функций, экспрессивной речи и произвольной моторики с формированием различных клинических форм детского церебрального паралича (ДЦП), в зависимости от токсичности и длительности воздействия неблагоприятных факторов на мозг ребёнка в ante- и перинатальном периодах развития.

К наиболее часто встречающимся повреждающим факторам и факторам риска относятся: хронические заболевания матерей; перенесённые во время беременности острые инфекции; наблюдавшиеся во время беременности стрессовые ситуации, отрицательные эмоции, психотравмирующие эпизоды; отягощенный акушерский анамнез (невынашивание предшествующих беременностей); угроза выкидыша в течение

настоящей беременности; анемия; различные формы гестозов; гестационный диабет; мало- или многоводие; низкая плацентация; преждевременное старение плаценты, фетоплацентарная недостаточность; слабость родовой деятельности; длительный безводный период; интранатальная асфиксия; применение агрессивных акушерских пособий (стимуляция родовой деятельности с формированием гиперэргических схваток); быстрые или стремительные роды и другие вредности периода беременности и родов [1-6]. Нередко патологическое течение беременности приводит в дальнейшем к нарушению родовой деятельности, что усугубляет поражение центральной нервной системы плода. Несмотря на разнообразие повреждающих факторов, изменения центральной нервной системы, которые они вызывают, однотипны и заключаются в сочетании признаков дизонтогенетического развития головного мозга с дистрофией всех структурных элементов мозга, иногда с очаговым аутоиммунным неспецифическим воспалением вещества головного мозга и оболочек [2, 7].

Клинически глубокое повреждение центральной нервной системы в ante- и интранатальном периодах выявляется сразу же после рождения ребёнка, чаще в виде общего угнетения деятельности мозга: гипотонии, гипорефлексии, ослабления или отсутствия врожденных рефлексов. При наличии такой клинической картины заболевания новорождённому должно проводиться адекватное лечение в родильном доме и, если позволяет состояние ребёнка, то его необходимо перевести в специализированное психоневрологическое отделение для новорождённых. Такое отделение существует в ГБУЗ Научно-практическом центре детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы, куда дети поступают из родильных домов в возрасте 3-5-7 дней жизни. При поступлении больного в отделение проводится консультация офтальмолога (исследование глазного дна), ортопеда, педиатра; восстановительной терапией занимается бригада специалистов в составе невролога, ортопеда, педиатра, врача физиотерапии, врача и инструктора по лечебной физкультуре и массажу, логопеда, психолога.

Больным, начиная с периода новорождённости, с учётом индивидуальных особенностей неврологического статуса, психического и речевого развития, проводится комплексная восстановительная терапия, направленная на стимуляцию периферической афферентации нейронов, формирование новых ассоциативных связей в центральной нервной системе с использованием лечебной гимнастики, массажа, гидрокинезотерапии, после проведения которых конечности следует фиксировать ортопедическими лонгетами в физиологическом положении. В грудном возрасте целесообразно по показаниям применять озокеритовые, парафиновые, грязевые аппликации на область конечностей, использовать имитатор опорной функции стоп «Корвит». С периода новорождённости на положительном эмоциональном фоне – с улыбкой, доброжелательно, с использованием ярких игрушек – должны проводиться занятия с логопедом, психологом по развитию зрительных и слуховых ориентировочных реакций, по развитию речи, когнитивных функций, навыков общения, формирования мотивации к проводимым занятиям, которые следует продолжить в домашних условиях ежедневно наряду с лечебной гимнастикой до следующей госпитализации. Необходимо в стационаре обучить родителей доступным методам занятий с ребёнком по развитию познавательных функций, речи, произвольной моторики. Лечение в стационаре в течение первых 2-х лет жизни должно проводиться регулярно, через каждые 3-4 месяца. Поступивший в ГБУЗ НПЦ детской психоневрологии ребёнок получает поэтапное лечение, состоит под наблюдением невролога в течение всего периода детства.

Однако, последствия ante- и интранатального повреждения центральной нервной системы могут проявиться не сразу, а через какой-то период времени после рождения ребёнка в виде задержки темпов двигательного, психического, речевого развития, негрубых нарушений координации движений, недостаточного развития тонкой моторики рук, трудностей в формировании навыков самообслуживания. Если родители ребёнка с

такими особенностями развития, оказываются неосведомлёнными в отношении темпов нормального развития здорового ребёнка и не обращаются за консультацией специалистов, а надеются, что ребёнок самостоятельно «догонит» в двигательном, речевом и психическом развитии здоровых сверстников, (особенно это касается суждений родителей преждевременно рождённых детей), то в дальнейшем отставание в психоречевом развитии ребёнка может усугубляться. Поэтому очень важны профилактические осмотры детей в первые недели, месяцы и на протяжении первых двух лет жизни. Необходимо вовремя диагностировать различные нарушения функций центральной нервной системы с учётом особенностей анамнеза заболевания, чтобы своевременно начать адекватное восстановительное лечение.

В раннем возрасте процессы репарации структурных элементов головного мозга в виде гипертрофии отдельных нейронов, увеличения количества сателлитов, окружающих нейроны, увеличения количества олигодендроглиоцитов выражены более активно, чем у детей в старшем возрасте [2]. Пластичность нервной системы в раннем возрасте наиболее выражена, поэтому не вызывает сомнения особая важность максимально раннего начала адекватного лечения детей с неврологическими нарушениями, начиная с первых дней, недель, месяцев и первых двух лет жизни, для предотвращения формирования патологической доминанты двигательных нарушений в центральной нервной системе [8].

Одним из наиболее частых последствий ante- и интранатального повреждения центральной нервной системы является задержка темпов речевого развития и речевые нарушения, наиболее тяжёлые из них (дизартрия, алалия, заикание, общее недоразвитие речи), часто присутствуют в клинической картине ДЦП. Профессором К.А. Семёновой вместе с учениками [5, 9-11] разработана и внедрена система ранней логопедической помощи больным с нарушениями речи, которая входит в состав комплексной, регулярной, поэтапной восстановительной терапии больных с последствиями внутриутробного и перинатального поражения центральной нервной системы. Следует подчеркнуть, что только ранняя диагностика последствий ante- и перинатального поражения центральной нервной системы и последующая комплексная адекватная восстановительная терапия, будут способствовать положительной динамике в приобретении новых навыков и адаптации ребёнка в социальной среде.

Список литературы

1. Бадалян Л.О. Защита развивающегося мозга – важнейшая задача перинатальной медицины // Вестник АМН СССР, 1990, № 7, с.44-46.
2. Левченкова В.Д. Патогенетические основы формирования детского церебрального паралича: //Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2001. 206 с.
3. Левченкова В.Д. Семёнова К.А. Современные представления о морфологической основе детского церебрального паралича: Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. т. 112. Вып. 2. 2012. №7 С. 4-8
4. Odding E., Roebroek M.E., Stam H.J. The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors // Disabil. Rehabil. 2006 Feb. 28(4). P. 183-91
5. Семёнова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. Закон и порядок //М. 2007. – 616 с.
6. Физическая и реабилитационная медицина при церебральном параличе у детей. Национальное руководство часть I / [под ред. Т.Т. Батышевой]. 2021. 260 с.
7. Semenov A.S., Skalny A.V. Immunopathological and Pathobiochemical Aspects of Pathogenesis of Perinatal Cerebral Lesions (Cerebral palsy, Fetal alcohol syndrome) - Lviv. ‘Papuga’ – 2013. 352 p.
8. Крыжановский Г.Н. Пластичность в патологии нервной системы // Журнал неврологии и психиатрии» 2001, №2, С. 4-6
9. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Академия, 2001, 192 с.
10. Архипова Е.Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год

жизни ребенка. Современный образовательный стандарт. М., 2012. - 160 с.

11. Левченкова В.Д., Батышева Т.Т., Павловская Н.Т., Сальков В.Н., Титаренко Н.Ю. Особенности лечебно-педагогической коррекции моторной алалии при спастических формах детского церебрального паралича. Научно-практический журнал «Детская и подростковая реабилитация» № 2 (47) М. – 2022 – С. 28-32

Bibliography

1. Badalyan L.O. Protecting the developing brain is the most important task of perinatal medicine // Bulletin of the USSR Academy of Medical Sciences, 1990, No. 7, pp. 44-46.

2. Levchenkova V.D. Pathogenetic bases of the formation of cerebral palsy: // Diss. ... doc. honey. Sci. – М., 2001. – 206 p.

3. Levchenkova V.D. Semyonova K.A. Modern ideas about the morphological basis of cerebral palsy: Journal of Neurology and Psychiatry named after. S.S. Korsakov. v. 112. Issue. 2. 2012. No. 7 P. 4-8

4. Odding E., Roebroek M.E., Stam H.J. The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors // Disabil. Rehabil. 2006 Feb. 28(4). P. 183-91

5. Semenova K.A. Restorative treatment of children with perinatal damage to the nervous system and cerebral palsy. Law and order //М. 2007. – 616 p.

6. Physical and rehabilitation medicine for cerebral palsy in children. National leadership part I / [ed. T.T. Batysheva]. 2021. 260 p.

7. Semenov A.S., Skalny A.V. Immunopathological and Pathobiochemical Aspects of Pathogenesis of Perinatal Cerebral Lesions (Cerebral palsy, Fetal alcohol syndrome) - Lviv. "Papuga" – 2013. 352 p.

8. Kryzhanovsky G.N. Plasticity in pathology of the nervous system // Journal of Neurology and Psychiatry" 2001, No. 2, pp. 4-6

9. Levchenko I.Yu., Prikhodko O.G. Technology of training and education of children with musculoskeletal disorders. – М.: Academy, 2001, 192 p.

10. Arkhipova E.F. Early diagnosis and correction of developmental problems. The first year of a child's life. Modern educational standard. М., 2012. - 160 p.

11. Levchenkova V.D., Batysheva T.T., Pavlovskaya N.T., Salkov V.N., Titarenko N.Yu. Features of therapeutic and pedagogical correction of motor alalia in spastic forms of cerebral palsy. Scientific and practical journal "Children and adolescent rehabilitation" No. 2 (47) М. – 2022 – P. 28-32

Сведения об авторах

Вера Дмитриевна Левченкова – д.м.н., ведущий научный сотрудник Научно-практического центра детской психоневрологии ДЗ г. Москвы; 119602, г. Москва, Мичуринский пр-т, д. 74, Тел. 8-499-726-13-60, E-mail: Levchenkova_vera@mail.ru

Наталья Юрьевна Титаренко – к.м.н., невролог Научно-производственного центра «Огонёк» г. Москвы, 127273, г. Москва, Отрадный проезд, д. 3 б, Тел.: 8-499-202-02-40, E-mail: schperrung@yandex.ru

Татьяна Тимофеевна Батышева – д.м.н., профессор, заслуженный врач России, директор Научно-практического центра детской психоневрологии ДЗ г. Москвы; главный внештатный специалист по детской неврологии Департамента здравоохранения г. Москвы; внештатный специалист по детской реабилитации Министерства здравоохранения Российской Федерации; Президент Национальной ассоциации экспертов по детскому церебральному параличу и сопряженным заболеваниям, 119602, г. Москва, Мичуринский пр-т, д. 74, Тел. 8-495-430-93-78, E-mail: dpcb18@rambler.ru

Information about authors

Vera Dmitrievna Levchenkova - Doctor of Medical Science, leading researcher of the Scientific and Practical Center for Child Psychoneurology, Moscow; 74 Michurinsky Ave., Moscow, 119602, Ph: 8-499-726-13-60, E-mail: Levchenkova_vera@mail.ru

Natalia Yurevna Titarenko - Candidate of Medical Science, neurologist, "Ogonyok" Research and Production Center, Moscow, 3 b Otradny pr., Moscow, 127273, Ph: 8-499-202-02-40, E-mail: schperrung@yandex.ru

Tatiana Timofeevna Batysheva - Doctor of Medical Science, Professor, Honored Doctor of Russia, Director of Applied Research Center of Child Psychoneurology, Moscow City Health Department; chief specialist for child neurology of Moscow City Health Department; President of National Association of Experts on Child Cerebral Palsy and Associated Disorders, 74 Michurinsky Ave., Moscow, 119602, Ph: 8-495-430-93-78, E-mail: dpnb18@rambler.ru

УДК: 159.9

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И КОРРЕКЦИЯ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Марченко Д. В.¹, Марченко Т. М.², Исмаилова Н. А.², Типсина Н. В.¹

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

²ГБУСО МО Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации "Домодедовский", MAOU СОШ № 9 г.Домодедово, Московская область

Реферат. Результаты исследования показали, что семьи, воспитывающие детей с задержкой психо-речевого развития, характеризуются дисфункциональными детско-родительскими отношениями на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях, испытывают затруднения в выборе воспитательной стратегии и нуждаются в квалифицированной психологической помощи.

Ключевые слова: семейная система, структурные компоненты отношений детей и родителей, дошкольники с задержкой психоречевого развития, детско-родительская группа

DYSFUNCTIONAL MANIFESTATIONS AND CORRECTION OF CHILDREN-PARENT RELATIONS IN FAMILIES RAISING CHILDREN WITH DELAYED PSYCHORECENTICAL DEVELOPMENT

Marchenko D. V.¹, Marchenko T. M.², Ismailova N. A.², Tipsina N. V.¹

¹GBUZ Scientific and Practical Center for Pediatric Psychoneurology, Moscow Healthcare Department,

²GBUSO MO Integrated Center for Social Services and Rehabilitation "Domodedovo", MAOU Secondary School No. 9, Domodedovo, Moscow Region

Abstract. The results of the study showed that families raising children with delayed psycho-speech development are characterized by dysfunctional child-parent relationships at the cognitive, emotional and behavioral levels, experience difficulties in choosing an educational strategy and need qualified psychological help.

Key words: family system, structural components of relations between children and parents, preschoolers with delayed psycho-speech development, child-parent group

Актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью речевой патологии различного генеза у детей дошкольного возраста, осложняющей процесс социально-психологической адаптации и социализации личности ребенка, подготовку к

обучению в школе, общение со сверстниками и родителями; ролью неблагоприятных условий семейного воспитания как основного патологизирующего социального фактора в формировании вторичных психогенных расстройств; проблемой организации психологической помощи семьям, воспитывающих детей данной категории, и методической – специалистам [1-4].

Цель. Изучение особенностей детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с задержкой психо-речевого развития (ЗПРР), для разработки научно обоснованной программы и выбора методов коррекционной работы.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 70 диад «мать-ребёнок», из них: 40 детей с ЗПРР, 40 их родителей, 30 нормотипичных детей и 30 их родителей. Основные составляющие детско-родительских отношений имеют трёхкомпонентную структуру: когнитивный, эмоциональный и поведенческий [4]. Каждый компонент структуры родительского отношения исследовался с помощью следующих методик: PARI E. Шеффер и Р. Белла; ОРО А.Я. Варга и В.В. Столина; АСВ Э.Г. Эйдемиллера; компоненты детского отношения – с помощью методики Рене Жилия. По результатам диагностического исследования была разработана программа коррекции дисфункциональных проявлений отношений детей и родителей в условиях детско-родительской группы по модульно-блочному принципу.

Результаты. Дисфункциональность отношений в семьях, воспитывающих детей с задержкой психо-речевого развития, проявляется:

а) у детей – дефицитностью положительных эмоциональных отношений с родителями и полноценного общения с ними, неприятием родителей как четы, стремлением к уединению и отгороженности; конфликтностью и агрессивностью;

б) у *родителей* – установлением дистанции в семейных отношениях, разобщенностью членов семьи, блокировкой у ребенка потребности в общении в диаде «родитель-ребёнок», диктат матери, наличием тревожности, воспитательной неуверенностью, преобладанием нарушенного стиля воспитания по типу эмоционального отвержения и гиперпротекции, как достаточно частой характеристики материнского отношения к ребенку с особенностями в развитии.

Содержание программы работы детско-родительской группы соотносилось с поэтапной последовательностью взаимодействий специалиста с семьёй [3,5]. В работе групп участвовало 28 детей 6 -7 лет с ЗПРР (из них: 14 детей с расстройством экспрессивной речи; 6 человек – с расстройством экспрессивной речи и синдромом дефицита внимания (СДВГ); 4 детей с детским церебральным параличом (ДЦП), 4 человека с расстройством аутистического спектра (РАС) и 28 их родителей. Количество участников в группе – 4–5 детей (независимо от сложности дефекта) и 4–5 родителей соответственно; продолжительность занятия – 60 минут 1 раз в неделю.

Выводы. Проведенное исследование показало, что детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих детей с ЗПРР, имеют признаки неблагополучия, показателями которого выступают психологические особенности детского и родительского отношения на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Положительные изменения всех аспектов личностного функционирования как детей, так и родителей в условиях детско-родительской группы способствуют гармонизации отношений детей и родителей и, в целом, повышению уровня социальной адаптации семей данной категории.

Список литературы

1. Лисина М.И. Формирование личности ребёнка в общении. СПб: Питер, 2009 г. – 320с.
2. Макаров И.В., Емелина Д.А. Нарушения речевого развития у детей //Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – № 4.
3. Смид, Р. Групповая работа с детьми и подростками / пер. с англ. / Р.Смид. – 2-е изд.,испр. – М.:Академия, 2005. – С.288.

4. Шевцова, И. В. Работа психолога с родителями. Коррекция родительских отношений. / И. В. Шевцова. – М., 2000. – 390 с

5. Эйдемиллер, Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи, 4-е изд. – СПб: Питер, 2015. – С. 672.

Bibliography

1. Lisina M.I. Formation of a child's personality in communication. St. Petersburg: Peter, 2009 – 320 p.

2. Makarov I.V., Emelina D.A. Speech development disorders in children // Social and clinical psychiatry. – 2017. – No. 4.

3. Smid, R. Group work with children and adolescents / trans. from English / R.Smid. – 2nd ed., rev. – М.:Academy, 2005. – P.288.

4. Shevtsova, I. V. Psychologist's work with parents. Correction of parental relationships. / I. V. Shevtsova. □ М., 2000. – 390 с.

5. Eidemiller, E.G., Yustitskis V.V. Psychology and family psychotherapy, 4th ed. – St. Petersburg: Peter, 2015. – P. 672.

Сведения об авторах

Дарья Викторовна Марченко – ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», Дневной стационар №5, медицинский психолог, Москва, ул.Гарibaldi, д.8к6, Тел. +7-916-354-45-80, E-mail: dmmarchenko@mail.ru

Марченко Татьяна Михайловна - ГБУСО МО КЦСО «Домодедовский»; MAOU СОШ № 9 г.Домодедово, специалист по реабилитации в социальной сфере, педагог-психолог, Домодедово, ул. Туполева 20, Тел. +7-906-733-20-20, E-mail: tmmarchenko@mail.ru

Исмаилова Надежда Алексеевна – MAOU СОШ № 9 г.Домодедово, зам.директора Тел.+7-962-920-39-88, E-mail: detsad_49ulibka@mail.ru

Типсина Н. В. – ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», Дневной стационар №5, заведующая отделением Дневного стационара №5, г.Москва, ул.Гарibaldi, д.8к6, Тел. +7-962-975-54-55, E-mail: tipsina81@mail.ru

Information about authors

Daria Viktorovna Marchenko – State Budgetary Healthcare Institution “NPC DP DZM”, Day Hospital No. 5, medical psychologist, Moscow, Garibaldi St., 8k6, Tel. +7-916-354-45-80, E-mail: dmmarchenko@mail.ru

Marchenko Tatyana Mikhailovna - GBUSO MO KCSO "Domodedovo"; MAOU Secondary School No. 9, Domodedovo, rehabilitation specialist in the social sphere, educational psychologist, Domodedovo, st. Tupolev 20, Tel. +7-906-733-20-20, E-mail: tmmarchenko@mail.ru

Ismailova Nadezhda Alekseevna – MAOU Secondary School No. 9, Domodedovo, Deputy Director Tel. +7-962-920-39-88, E-mail: detsad_49ulibka@mail.ru

Tipsina N.V. – State Budgetary Healthcare Institution “NPC DP DZM”, Day Hospital No. 5, Head of Department of Day Hospital No. 5, Moscow, Garibaldi St., 8k6, Tel. +7-962-975-54-55, E-mail: tipsina81@mail.ru

УДК:616.8

ОСОБЕННОСТИ ПОДБОРА КРЕСЕЛ-КОЛЯСОК У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Матвеев Л.Е.

ФКУ «ГБ МСЭ по Тульской области» Минтруда России, г.Тула, Тульская область

Реферат. В работе представлен опыт работы специалистов медико-социальной экспертизы при подборе технического средства реабилитации – кресла-коляски у детей с ДЦП. Представлены методики подбора основных характеристик технического средства и показания для назначения дополнительных функций кресла-коляски.

Ключевые слова: *церебральный паралич, техническое средство реабилитации, кресло-коляска, основные параметры кресла-коляски, дополнительные функции.*

FEATURES OF SELECTION OF WHEELCHAIRS FOR CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Matveev L.E.

FKU «GB MSE for the Tula Region» Ministry of Labor of Russia, Tula, Tula region

Abstract. The theses present the experience of medical and social experts in the selection of technical means of rehabilitation - wheelchairs for children with cerebral palsy. Methods for selecting the main characteristics of a technical device and indications for assigning additional functions of a wheelchair are presented.

Key words: *cerebral palsy, technical means of rehabilitation, wheelchair, basic parameters of a wheelchair, additional functions.*

Актуальность. Использование технического средства реабилитации (ТСР) – кресла-коляски у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) позволяет компенсировать имеющиеся двигательные нарушения. Правильный подбор основных параметров кресла-коляски и дополнительных функций позволяет максимально эффективно и безопасно использовать техническое средство для реабилитации больного ребенка [1].

Цель. Определить критерии эффективности назначения основных параметров кресла-коляски и дополнительных функций в процессе реабилитации детей с нарушением функции передвижения.

Материалы и методы. В 2022-2023 годах при проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ) специалистами МСЭ были использованы методики индивидуального подбора основных параметров и дополнительных функций технического средства реабилитации – кресел-колясок, что позволяет компенсировать имеющиеся двигательные нарушения и предотвратить развитие осложнений при использовании ТСР.

Результаты и обсуждение. Использование индивидуального подбора основных параметров и дополнительных приспособлений ТСР кресло-коляски позволяет максимально полно и безопасно реализовать реабилитационный потенциал ребенка-инвалида с ДЦП, компенсировать имеющиеся нарушения двигательных функций, обеспечить распределение массы тела пациента на возможно более широкой поверхности, предупредить соприкосновение и трение участков тела о боковые стенки кресла-коляски, свести к минимуму проблему перемещения маломобильного ребенка-инвалида в ограниченных пространствах. Все эти меры позволяют снизить риск развития осложнений

и травм при использовании кресла-коляски как самостоятельно ребенком-инвалидом, так и с помощью сопровождающего лица.

Выводы. Индивидуальный подбор характеристик технического средства реабилитации позволяет максимально эффективно провести реабилитационные и абилитационные мероприятия, с минимальным риском осложнений и травм, сделать использование кресла-коляски максимально комфортным, эффективным и безопасным и, в результате повлиять на качество жизни как ребенка, так и его семьи.

Список литературы

1. Методические рекомендации по установлению медицинских показаний и противопоказаний при назначении специалистами медико-социальной экспертизы технических средств реабилитации инвалида и методика их рационального подбора. Том 1. Под ред. О.С. Андреевой, М.А. Дымочки. Москва, 2013 г.

Bibliography

1. Methodological recommendations for establishing medical indications and contraindications when medical and social examination specialists prescribe technical means of rehabilitation for a disabled person and methods for their rational selection. Volume 1. Ed. O.S. Andreeva, M.A. Smokes. Moscow, 2013

Сведения об авторах

Матвеев Леонид Евгеньевич- руководитель экспертного состава ФКУ «Главное бюро МСЭ по Тульской области» Минтруда России, врач по медико-социальной экспертизе, врач-реабилитолог, 300034, г. Тула, ул. Демонстрации, д. 26, (4872) 21-43-32, gbmse71@fbmse.ru

Information about authors

Leonid Evgenievich Matveev- head of the expert staff of the Federal Institution «Main Bureau of the ITU for the Tula Region» of the Ministry of Labor of Russia, medical and social examination doctor, rehabilitation doctor.

Address: 26 Demonstraciya Street, Tula, 300034, Russia

Phone: +7 (4872) 21-43-32

Email: gbmse71@fbmse.ru

УДК: 616.8-07

РОЛЬ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ МОТОРНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Наумова Т.Л., Бакиева Г.Г., Слабова Г.А.

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

Реферат. В тезисах рассматривается роль сенсорной интеграции в формировании моторного планирования у детей старшего дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра и эффективность применяемых методик в рамках абилитационного периода.

Ключевые слова: сенсорная интеграция, расстройства аутистического спектра (РАС), моторное планирование, абилитация

THE ROLE OF SENSORY INTEGRATION IN THE FORMATION OF MOTOR PLANNING IN OLDER PRESCHOOL CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Abstract. The theses examine the role of sensory integration in the formation of motor planning in older preschool children with autism spectrum disorder and the effectiveness of the techniques used during the habilitation period.

Keywords: *sensory integration, autism spectrum disorder (ASD), motor planning, habilitation*

Актуальность. Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой целую группу различных состояний. Для всех из них характерны те или иные трудности с социальным взаимодействием и общением. К числу других особенностей относятся нетипичные модели действий и поведения, например трудности с переходом от одного вида деятельности к другому, сосредоточенность на деталях и нестандартные реакции на внешние стимулы [1]. Сенсорная интеграция (СИ) – это организация сенсорных сигналов, благодаря которым мозг обеспечивает эффективные реакции тела и формирует эмоции и поведение. Целью этого процесса является планирование и выполнение соответствующих действий в ответ на сенсорный раздражитель, внешний или внутренний [2]. Моторное развитие таких детей представляется на первый взгляд гораздо более нарушенным, чем у детей первой группы. Здесь нет пластичных движений, своеобразной ловкости в освоении пространства. Наоборот, движения напряженно скованны, механистичны, действия рук и ног плохо скоординированы [3].

Цель. Формирование моторного планирования путем сенсорной интеграции в рамках лечебно-реабилитационного процесса.

Материалы и методы. Разработка абилитационного периода зависит от выраженности степени нарушения моторного планирования с учетом индивидуального подхода к каждому ребенку с расстройством аутистического спектра. В рамках абилитации большая роль отводится расстройству сенсорной модуляции (сенсорная повышенная чувствительность; сенсорная пониженная чувствительность; поиск сенсорных ощущений: вестибулярные раскачивания, прыжки на батуте, ходьба по линии, полоса препятствий), сенсорно-дискриминационным расстройствам, сенсорным моторным расстройствам (постуральные нарушения; диспраксия: поочередные прыжки, прыжок кенгуру, хоп-хлоп).

Результаты. При тестировании и диагностике детей с расстройством аутистического спектра было выявлено 162 ребенка с нарушением сенсорной интеграции. У 114(70%) пациентов применяемый метод показал выраженную динамику (улучшилось чувство равновесия, ощущение положения тела в пространстве и способность восстанавливать равновесие) уже в течение двух месяцев абилитации, еще 49 (30%) пациентов показали умеренную, незначительную динамику (улучшилось чувство равновесия, снизилась боязнь движений) за тот же период.

Выводы. По итогам абилитационных мероприятий с детьми с расстройством аутистического спектра с нарушением сенсорной интеграции отмечается положительный эффект в формировании моторного планирования. Комплекс используемых методик оказывает благоприятное воздействие на формирование эмоционально-волевой сферы, способствуют снижению психоэмоционального напряжения и агрессивного поведения по отношению к себе и окружающим.

Список литературы

1. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990 г.
2. Айрес, Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э. Дж. Айрес; [пер. с англ. Юлии Даре]. - М. :Теревинф, 2009.

3. Ульянова Р.К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми//газета "Педагогический поиск", № 9, 1999 г.

Bibliography

1. Lebedinsky V.V., Nikolskaya O.S., Baenskaya E.R., Liebling M.M. Emotional disorders in childhood and their correction M.: Publishing house Mosk. University, 1990

2. Ayres, E. J. The child and sensory integration. Understanding hidden developmental problems / E. J. Ayres; [transl. from English Yulia Dara]. - M.: Terevinf, 2009.

3. Ulyanova R.K. Problems of correctional work with autistic children//newspaper "Pedagogical Search", No. 9, 1999

Сведения об авторах

Наумова Т.Л.- ГБУЗ НПЦ Детской психоневрологии ДЗМ, учитель дефектолог, 8-915-165-69-44, tatuananaum@mail.ru

Бакиева Г.Г.- ГБУЗ НПЦ Детской психоневрологии ДЗМ, медицинский психолог, 8-906-754-19-04, formort@yandex.ru

Слабова Г.А.- ГБУЗ НПЦ Детской психоневрологии ДЗМ, заведующий отделением, врач невролог, 8-916-186-52-65, gulil70@mail.ru

Information about authors

Naumova T.L. - State Budgetary Healthcare Institution Scientific and Practical Center of Children's Psychoneurology, Department of Health of the Department of Health, teacher defectologist, 8-915-165-69-44, tatuananaum@mail.ru

Bakieva G.G. - GBUZ Scientific and Practical Center for Child Psychoneurology, Department of Health, Medical Psychologist, 8-906-754-19-04, formort@yandex.ru

Slabova G.A. - State Budgetary Healthcare Institution Scientific and Practical Center for Children's Psychoneurology, Department of Health, Head of Department, neurologist, 8-916-186-52-65, gulil70@mail.ru

УДК: 37.04-053

ВАРИАТИВНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА У ШКОЛЬНИКОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Орлова Г.И., Шенбергер Е.Б., Вильданова Е.Л., Садовникова А.В., Афонина Л.Н.,
Дубинина И.В., Бондарева О.О.

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

Реферат. В данной статье описан о вариативный подход к коррекции нарушений письма у школьников с церебральным параличом. Логопедическая работа по коррекции нарушений письма была апробирована на 30 детях школьного возраста с церебральным параличом и по итогам работы были получены положительные результаты.

Ключевые слова: *коррекция нарушений письма, церебральный паралич, школьный возраст*

A VARIABLE APPROACH TO THE CORRECTION OF WRITING DISORDERS IN SCHOOLCHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Orlova G.I., Shenberger E.B., Vildanova E.L., Sadovnikova A.V., Afonina L.N.,
Dubinina I.V., Bondareva O.O.

GBUZ Scientific and Practical Center for Pediatric Psychoneurology of the Moscow Healthcare Department,

Abstract. This article describes a variable approach to correcting writing impairments in schoolchildren with cerebral palsy. Speech therapy work to correct writing impairments was tested on 30 school-age children with cerebral palsy and the results of the work yielded positive results.

Key words: *correction of writing disorders, cerebral palsy, school age.*

Актуальность. Процесс письма требует от ребенка не только физических, интеллектуальных, но и эмоциональных усилий. Всякого рода перегрузки и, связанные с ними переутомления, самым негативным образом сказываются на овладении графическими навыками и, более того, на развитие детского организма [1]. Поэтому необходимо проводить комплексные вариативные логопедические коррекционно-развивающие занятия для детей с детским церебральным параличом по коррекции процесса письма.

Цель. Описание и апробирование вариативного подхода к коррекции нарушений письма у школьников с церебральным параличом.

Материалы и методы. Вариативная логопедическая работа по данному направлению была апробирована на 30 детях школьного возраста с церебральным параличом (10-13 лет), занятия проходили курсами по 21 день (30 минут 3 раза в неделю). Каждый ребенок прошел 3 курса логопедических занятий, в конце третьего курса занятий проводилось повторное исследование. Нами была разработана модель организации работы по коррекции нарушений письма у обучающихся с церебральным параличом, включающая 4 блока. В основе данной модели лежит мотивационный компонент, реализуемый через творческие задания, подобранные с учетом индивидуальных и возрастных особенностей школьников с детским параличом [2]. Помимо этого, включенность семьи, выполнение заданий на примере взрослых и похвала родителей повышает уровень мотивации ребенка при выполнении заданий [3].

Модель вариативной логопедической работы:

I БЛОК «Коррекция специфических и орфографических ошибок», включающий распределительные виды диктантов для отработки правописания, словарные орфографические виды диктантов для отработки правописания, классические виды проверочных диктантов, варианты диктантов по исправлению ошибок и списывание без ошибок для отработки конкретных правил правописания, варианты списывания текста с дописыванием сюжета [4].

II БЛОК «Развитие самостоятельной письменной речи», включающий классические виды изложений, написание текста по серии дидактических картинок, написание текста по дидактической картинке, написание сюжета по серии дидактических картинок в виде комикса, незаконченные виды изложений с творческим заданием.

III БЛОК «Поддержание уровня сформированности графомоторных навыков», включающий одновременную графомоторную работу обеими руками по обводке контура (в зависимости от индивидуальных моторных возможностей), сложные, адаптированные виды контурных прописей, сложные варианты графических диктантов, как по схеме, так и по инструкции педагога, начертания непрерывных линий в разных вариантах сложных лабиринтов, сложные варианты с мелкими деталями изображений – раскрашивание по номерам [5].

IV БЛОК «Нейрокоррекционные упражнения», включающий вариативные статические усложняющиеся упражнения для пальцев и кистей рук, вариативные динамические усложняющиеся упражнения для пальцев и кистей рук (10-15 повторов), вариативные статические усложняющиеся упражнения для всего тела, в зависимости от индивидуальных возможностей ребенка, вариативные динамические усложняющиеся упражнения для всего тела, в зависимости от индивидуальных возможностей ребенка (10-15 повторов) [6].

Результаты. В результате применения вариативной логопедической работы с детьми школьного возраста с церебральным параличом были получены положительные результаты у всех участников исследования. Улучшились показатели письма и письменной речи, что выражается в уменьшении количества таких характерных трудностей как недописывание букв, слогов, несформированность фонетико-фонематического восприятия, трудности звуко-буквенного анализа, форсирование темпа письма, трудности концентрации внимания, трудности использования правил на письме (замена буквы, сливание предлогов и слов, отсутствие точки и т.п.), ухудшение почерка, пропуски, замены при письме под диктовку, ошибки при письме, пропуски согласных и главных букв (определенного характера) замены согласных букв близких по звучанию, сильный нажим, тремор, нестабильность графических форм, недостаточная сформированность моторных функций, нарушение координации движений, неправильная поза, неправильное положение ручки, сильное утомление, функциональное напряжение. Выделение основных блоков логопедической работы сделало проведение занятий с детьми школьного возраста более структурными, насыщенными. Был применен индивидуальный подход к каждому ребенку.

Выводы. Логопедическая работа по коррекции нарушений письма у школьников с церебральным параличом должна содержать вариативные виды заданий в соответствии с программой обучения ребенка. Специалисту необходимо грамотно выстроить систему работы со школьником, учитывая его индивидуальные особенности.

Список литературы

1. Абдрахманова Э. Р. Особенности навыков письма у школьников с ДЦП / Э. Р. Абдрахманова // Логопед. 2014. № 2. С. 14-20.
2. Астахова Т.В. Формирование графо-моторных навыков у младших школьников: пособие для педагогов нач.кл. и логопедов / Т.В. Астахова.– М.: Гуманитарный изд.центр ВЛАДОС, 2014. 192 с.
3. Безруких М. М. Психофизиологические механизмы формирования навыка письма у детей 6-7 и 9-10лет: М. М. Безруких, О. Ю. Крещенко // Новые исследования. 2013. Вып.4 (37). С. 4-19.
4. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений: учеб.-метод, пособие / М-во здравоохранения и соц. развития Российской Федерации, Науч. центр здоровья детей РАМН, Российский нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И. Пирогова; [сост.: С.А. Немкова и др.]. — М. : Союз педиатров России, 2012. 60 с.
5. Ипполитова М. В., Мастюкова Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. М., 1985. 52 с.
6. Лалаева Р. И., Сятка-Высоцка Г. С. О симптоматике дисграфий у детей с церебральным параличом // Изучение динамики речевых и нервно-психических нарушений – М., 1983. С.117-124.

Bibliography

1. Abdrakhmanova E. R. Features of writing skills in schoolchildren with cerebral palsy / E. R. Abdrakhmanova // Speech therapist. 2014. No. 2. pp. 14-20.
2. Astakhova T. V. Formation of graphomotor skills in younger schoolchildren: a manual for teachers of the elementary school and speech therapists / T. V. Astakhova. – Moscow : VLADOS Humanitarian Publishing Center, 2014. 192 p.
3. Bezrukikh M. M. Psychophysiological mechanisms of writing skill formation in children 6-7 and 9-10 years old: M. M. Bezrukikh, O. Y. Khreshchenko // New research. 2013. Issue 4 (37). pp. 4-19.
4. Cerebral palsy: diagnosis and correction of cognitive disorders: studies.-method, manual / Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Scientific Center for Children's Health of the Russian Academy of Medical Sciences, Russian National research honey. N.I. Pirogov University; [comp.: S.A. Nemkova et al.]. Moscow : Union of Pediatricians of Russia, 2012. 60 p.

5. Ippolitova M. V., Mastyukova E. M. Speech disorders in children with cerebral palsy. M., 1985. 52 p.

6. Lalaeva R. I., Syatka-Vysotskaya G. S. On the symptoms of dysgraphia in children with cerebral palsy // Studying the dynamics of speech and neuropsychiatric disorders - M., 1983. pp.117-124.

Сведения об авторах

Галина Ивановна Орлова – заведующий отделением коррекционно-логопедической и психолого-педагогической службы, логопед ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (Россия, Москва). Адрес:119602, Москва, Мичуринский проспект, д.74 Тел.+7916-595-58-94 Email: galina.lado@yandex.ru

Евгения Борисовна Шенбергер – логопед ПНО №4 ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (Россия, Москва). Адрес:119602, Москва, Мичуринский проспект, д.74 Тел.+7965-206-83-78 Email: prostaj2099@rambler.ru

Елена Леонидовна Вильданова - логопед ПНО №12 ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (Россия, Москва). Адрес:119602, Москва, Мичуринский проспект, д.74 Тел.+7965-206-83-78 Email: info@npcdp.ru

Анна Владимировна Садовникова - логопед ПНО №4 ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (Россия, Москва). Адрес:119602, Москва, Мичуринский проспект, д.74 Тел.+7980-897-77-93 Email: sadovnikova.56@list.ru

Людмила Николаевна Афонина - логопед ПНО №12 ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (Россия, Москва). Адрес:119602, Москва, Мичуринский проспект, д.74 Тел.+7910-425-17-25 Email: luyda3108@mail.ru

Дубинина Ирина Викторовна - логопед ПНО №4 ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (Россия, Москва). Адрес:119602, Москва, Мичуринский проспект, д.74 Тел.+7965-206-83-78 Email: iren4353@bk.ru

Бондарева Ольга Олеговна- учитель - дефектолог ПНО №1 ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (Россия, Москва). Адрес:119602, Москва, Мичуринский проспект, д.74 Тел.+7977-338-91-54 Email: olga1488395@icloud.com

Information about authors

Galina Ivanovna Orlova – Head of the Department of Correctional speech therapy and Psychological and pedagogical service, speech therapist of the State Medical Institution "Scientific and Practical Center of Child Psychoneurology of the Department of Health of Moscow" (Russia, Moscow). Address:74 Michurinsky Prospekt, Moscow, 119602 Tel.+7916-595-58-94 Email: galina.lado@yandex.ru

Evgeniya Borisovna Schoenberger is a speech therapist of the NNO No. 4 GBUZ "Scientific and Practical Center of Child Psychoneurology of the Moscow Department of Health" (Russia, Moscow). Address:74 Michurinsky Prospekt, Moscow, 119602 Tel.+7965-206-83-78 Email: prostaj2099@rambler.ru

Elena Leonidovna Vildanova is a speech therapist of the NNO No. 12 GBUZ "Scientific and Practical Center of Child Psychoneurology of the Moscow Department of Health" (Russia, Moscow). Address:74 Michurinsky Prospekt, Moscow, 119602 Tel.+7965-206-83-78 Email: elena3107vil@mail.ru

Anna Vladimirovna Sadovnikova - speech therapist of the State Educational Institution No. 4 GBUZ "Scientific and Practical Center of Child Psychoneurology of the Moscow

Department of Health" (Russia, Moscow). Address: 74 Michurinsky Prospekt, Moscow, 119602 Tel. +7980-897-77-93 Email: sadovnikova.56@list.ru

Lyudmila Nikolaevna Afonina - is a speech therapist of the NNO No. 12 GBUZ "Scientific and Practical Center of Child Psychoneurology of the Moscow Department of Health" (Russia, Moscow). Address: 74 Michurinsky Prospekt, Moscow, 119602 Tel. +7910-425-17-25 Email: luyda3108@mail.ru

Irina Viktorovna Dubinina - is a speech therapist of the PNO No. 4 of the State Budgetary Institution "Scientific and Practical Center for Pediatric Psychoneurology of the Moscow Department of Health" (Russia, Moscow). Address: 119602, Moscow, Michurinsky prospect, 74 Tel. +7965-206-83-78 Email: iren4353@bk.ru

Olga Olegovna Bondareva - teacher - defectologist of the PHE No. 1 GBUZ "Scientific and Practical Center of Child Psychoneurology of the Moscow Department of Health" (Russia, Moscow). Address: 74 Michurinsky Prospekt, Moscow, 119602 Tel. +7977-338-91-54 Email: olga1488395@icloud.com

УДК: 159.9

ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКТИВНОСТИ НЕПРОИЗВОЛЬНОЙ И ПРОИЗВОЛЬНОЙ ПАМЯТИ В ДЕТСКОМ И ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ

Плаkitина А.А.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Реферат. В работе на основе анализа зарубежного опыта исследования памяти как компонента сложной системы, делается предположение о различиях в продуктивности запоминания в зависимости от побочных факторов, таких как: внимание, латерализация, информация для запоминания. Среди ключевых направлений исследования рассматриваются проблемы различий механизмов произвольной и непроизвольной памяти. В заключение делается вывод о преимуществах и недостатках запоминания в различных условиях, что может послужить дополнительным инструментом в нейропсихологической коррекции детей, имеющих трудности в обучении.

Ключевые слова: произвольная память, непроизвольная память, внимание, нейропсихология, дети, трудности обучения

FEATURES OF PRODUCTIVITY OF INVOLUTIONARY AND ARBITRARY MEMORY IN CHILDREN AND ADULTS

Plakitina A.A.

GBUZ Scientific and Practical Center for Pediatric Psychoneurology of the Moscow Healthcare Department

Abstract. In the work, based on an analysis of foreign experience in the study of memory as a component of a complex system, an assumption is made about differences in memorization productivity depending on secondary factors, such as: attention, lateralization, information for memorization. Among the key areas of research, the problems of differences between the mechanisms of voluntary and involuntary memory are considered. In conclusion, a conclusion is drawn about the advantages and disadvantages of memorization in various conditions, which can serve as an additional tool in the neuropsychological correction of children with learning difficulties.

Key words: *voluntary memory, involuntary memory, attention, neuropsychology, children, learning difficulties*

Актуальность. В нейробиологии исследование памяти направлено на изучение объема, скорости и прочности заучивания различного материала, том числе слухоречевого и зрительного, а также способности воспроизводить, заключающейся в длительном хранении информации и многократном введении ее в сферу сознания [1]. Воспоминания могут различаться в зависимости от того, вызваны ли они сознательно или спонтанно; отсюда различие между произвольной и непроизвольной памятью. Произвольную память также связывают с функцией внимания [2]. На протяжении всей жизни процессы памяти видоизменяются, развиваются или деградируют, умножаются или утрачиваются. Дальнейшие исследования привели к выводу, что непроизвольные воспоминания имели более короткое время восстановления при припоминании, что предполагало приложение меньших усилий. А значит для людей разных возрастов продуктивность в условиях произвольного и непроизвольного запоминания может различаться в зависимости от вида запоминаемого материала.

Цель. Изучение соотношения продуктивности произвольной и непроизвольной памяти в четырех разных возрастных группах. На выборке из 80 испытуемых: 20 детей в возрасте 7-9 лет ($M = 7,9$ лет), 20 детей в возрасте 10-13 лет ($M = 11,5$), 20 подростков в возрасте 14-17 лет ($M = 16,1$ лет), 20 взрослых в возрасте 18-25 лет ($M = 21,75$ лет), в каждой группе из которых 50% лиц мужского пола и 50% лиц женского пола, была проведена проверка следующих гипотез: 1. Продуктивность работы памяти в условиях непроизвольного и произвольного запоминания будет отличаться в различных возрастных периодах. 2. Продуктивность работы памяти в условиях запоминания вербальной и невербальной информации будет отличаться в различных возрастных периодах. 3. Внимание, в качестве параметра «эффективность работы», не влияет на разницу в результатах продуктивности непроизвольного и произвольного запоминания.

Материалы и методы. Для исследования произвольной памяти были выбраны следующие методики: для слухоречевой «10 слов», для зрительной «Опосредованное запоминание по Леонтьеву». Для непроизвольной памяти: для слухоречевой «Пересказ рассказов», для зрительной «Геометрические фигуры». Также использовались «Таблицы Шульте» для оценки уровня внимания по трем параметрам: эффективность работы, вработываемость и психическая устойчивость.

Результаты. В младшей школьной группе мы получили наиболее высокие показатели непроизвольного слухового запоминания, а в средней школьной и подростковой группе - показатели произвольного зрительного запоминания. В старшей группе (взрослые) гипотеза о незначительных различиях не подтвердилась. Запоминание зрительной информации (невербальной) было успешнее, чем слуховой (невербальной) информации. Уровень внимания испытуемого оказывает одинаковое влияние, как на произвольную память, так и на непроизвольную.

Выводы. Продуктивность работы памяти в условиях непроизвольного и произвольного запоминания отличается в различных возрастных периодах. Для детей до 9 лет наиболее продуктивным выступает непроизвольное запоминание, в более старшем возрасте на первый план выходит произвольное запоминание. Принято считать, что вербальная информация запоминается успешнее. Однако полученные результаты противоречат накопленным данным. Стоит отметить, что запоминание зрительного материала во всех возрастах было успешнее, чем запоминание слухового, кроме группы младших школьников в условиях непроизвольного запоминания.

Список литературы

1. Berntsen D., Rasmussen A. S., Miles A. N., Nielsen N. P., Ramsgaard S.B. Spontaneous or intentional. Involuntary versus voluntary episodic memories in older and younger adults // *Psychology and aging*. – 2017. – Т. 32. – №. 2. – С. 192.

2. Schlagman S., Kvavilashvili L., Schulz J. Effects of age on involuntary autobiographical memories //Involuntary memory. – 2007. – С. 87-112.

Bibliography

1. Berntsen D., Rasmussen A. S., Miles A. N., Nielsen N. P., Ramsgaard S.B. Spontaneous or intentional. Involuntary versus voluntary episodic memories in older and younger adults //Psychology and aging. – 2017. – Т. 32. – №. 2. – С. 192.

2. Schlagman S., Kvavilashvili L., Schulz J. Effects of age on involuntary autobiographical memories //Involuntary memory. – 2007. – С. 87-112.

Сведения об авторах

Плаkitина Анна Афанасьевна- медицинский психолог. Филиал НПЦ ДП ДЗМ отделение Дневной стационар №5, г. Москва, РФ. Ул. Гарибальди д,8/6, тел. (499)138-19-44, э/почта: ds.gar@npcdp.ru

Information about authors

Plakitina Anna Afanasyevna - medical psychologist. Branch of SPC DP DZM department Day hospital No. 5, Moscow, Russian Federation. St. Garibaldi 8/6, tel. (499)138-19-44, e-mail: ds.gar@npcdp.ru

УДК 616.832-004.2

АНАЛИЗ РАБОТЫ КАБИНЕТА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В МОСКВЕ ЗА ПЕРИОД 2021-2022. СТРУКТУРА ДИАГНОЗОВ И КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ С ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ДРУГОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ОЧАГОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ НА МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Платонова А.Н.¹, Гасан О.С.¹, Репп Ф.С.¹, Быкова О.В.^{1,2}

¹ ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы,
² ФНМО МИ Российский университет дружбы народов, кафедра неврологии, физической и реабилитационной медицины детского возраста, г. Москва

Реферат. В работе представлены данные по структуре диагнозов и количеству пациентов с демиелинизирующими заболеваниями нервной системы и другой патологией с очаговыми изменениями на МРТ головного мозга, находившимися под наблюдением в Московском городском кабинете по лечению детей и подростков с рассеянным склерозом за период 2021-2022гг. Отмечен рост числа детей с установленным рассеянным склерозом (G35) на 15,9% (в 2021г- 44 детей, в 2022г- 51 ребенка) и значительный рост числа больных с различными демиелинизирующими заболеваниями нервной системы (G36.0, G37.8, G37.9, G61.8, G04.8, G04.0) на 97,3% (в 2021г -37 детей, в 2022г- 73 больных).

Ключевые слова: демиелинизирующие заболевания, острый рассеянный энцефаломиелит, оптиконеуромиелит, воспалительные полиневропатии, рассеянный склероз, дети, подростки, Москва

ANALYSIS OF THE WORK OF THE OFFICE OF MULTIPLE SCLEROSIS IN MOSCOW FOR THE PERIOD 2021-2022. STRUCTURE OF DIAGNOSIS AND NUMBER OF PATIENTS WITH DEMYELINATING DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM AND OTHER PATHOLOGY WITH FOCAL CHANGES ON MRI OF THE BRAIN

Platonova A.N.¹, Gasan O.S.¹, Repp F.S.¹, Bykova O.V.^{1,2}

¹ Research and clinical Center of Pediatric psychoneurology Moscow

Abstract. The paper presents data on the structure of diagnoses and the number of patients with demyelinating diseases of the nervous system and other pathologies with focal changes on MRI of the brain, who were under observation in the Moscow city office for the treatment of children and adolescents with multiple sclerosis for the period 2021-2022. There was an increase in the number of children with established multiple sclerosis (G35) by 15.9% (44 children in 2021, 51 children in 2022) and a significant increase in the number of patients with various demyelinating diseases of the nervous system (G36.0, G37.8, G37.9, G61.8, G04.8, G04.0) by 97.3% (37 children in 2021, 73 patients in 2022).

Key words: *demyelinating diseases, acute disseminated encephalomyelitis, neuromyelitis optica, inflammatory polyneuropathies, multiple sclerosis, children, adolescents, Moscow*

Актуальность. Московский городской специализированный кабинет для лечения детей и подростков, страдающих рассеянным склерозом (РС) и другими демиелинизирующими заболеваниями нервной системы успешно работает на базе ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии с 2007г [1]. В кабинете осуществляется постановка диагноза демиелинизирующего заболевания, в том числе рассеянный склероз, наблюдение, лечение, ведение федерального регистра больных РС, оформление льготного лекарственного обеспечения для всех больных[2]. Помимо пациентов с РС в кабинет направляются все диагностически неясные пациенты с очаговыми изменениями на МРТ головного и спинного мозга для уточнения диагноза и терапии[3].

Цель. Представить структуру диагнозов и количество пациентов с демиелинизирующими заболеваниями нервной системы и другой патологией с очаговыми изменениями на МРТ головного мозга, находившимися под наблюдением в Московском городском кабинете по лечению детей и подростков с рассеянным склерозом за период 2021-2022гг

Материалы и методы. Проспективный и ретроспективный анализ работы Московского городского кабинета по лечению детей и подростков с рассеянным склерозом за период 2021-2022гг

Результаты. Врачами кабинета РС в 2022г проведено 556 консультаций пациентов в возрасте 0-18 лет. В московском сегменте федерального регистра больных с РС (G35) в конце 2022г наблюдалось 51 ребенка до 18 лет с диагнозом РС (в 2021г- 44 пациента). В связи с выявленными очаговыми изменениями на МРТ головного мозга в кабинет РС были направлены 8 детей с мигренью (в 2021г- 5 пациентов). Также наблюдалось 3 детей с лейкодистрофией (в 2021г- также 3 больных). Помимо больных с РС в кабинете наблюдались пациенты со следующими демиелинизирующими заболеваниями: оптикомиелит (болезнь Девика)- 17 детей (в 2021г- 13 больных), другие уточненные/неуточненные демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы- 42 ребенка (в 2021г- 18 пациентов), воспалительные полинейропатии- 5 пациентов (в 2021г- 1 больной), острый рассеянный энцефаломиелит (ОРЭМ), энцефалит, миелит- 9 детей (в 2021г- 5 пациентов). Таким образом, в 2022г отмечается рост числа детей с установленным рассеянным склерозом (G35) на 15,9% (в 2021г- 44 детей, в 2022г- 51 ребенка) и значительный рост числа больных с различными демиелинизирующими заболеваниями нервной системы (G36.0, G37.8, G37.9, G61.8, G04.8, G04.0) на 97,3% (в 2021г -37 детей, в 2022г- 73 больных).

Таблица 1. Структура диагнозов и количество пациентов с демиелинизирующими заболеваниями нервной системы, помимо РС, находившимися под наблюдением в

Московском городском кабинете по лечению детей и подростков с рассеянным склерозом за период 2021-2022гг.

Код МКБ 10	Нозологическая группа	2021 (абс.)	2022(абс.)
G36.0	Оптикомиелит (болезнь Девика)	13	17
G37.8, G37.9	Демиелинизирующие заболевания НС	18	42
G61.8	Воспалительные полиневропатии	1	5
G04.8, G04.0	Энцефалиты, миелиты, ОРЭМ	5	9
Всего		37	73

Выводы. В настоящий момент не вполне ясно с чем связан значительный рост числа больных детей с демиелинизирующими заболеваниями нервной системы в 2022г по сравнению с 2021г на 97,3%, что требует дальнейшего наблюдения с последующие периоды. Тем не менее, все пациенты в Москве полностью и своевременно обеспечиваются всем необходимым дорогостоящим лечением, которое благодаря различным государственным программам обходится для всех больных бесплатно.

Список литературы

1. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы №5 от 10.01.2007 «Об организации специализированного кабинета для лечения детей и подростков, страдающих рассеянным склерозом, в Детской психоневрологической больнице №18» на базе поликлинического отделения больницы.

2. Рассеянный склероз. Клинические рекомендации МЗ РФ.-2022г. Разработчики: Всероссийское общество неврологов, Национальное общество нейрорадиологов, Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний, Российский комитет исследователей рассеянного склероза

3. Быкова О.В., Платонова А.Н., Нанкина И.А.Эпидемиология приобретенного демиелинизирующего синдрома (Acquired demyelinating syndrome-ADS) и рассеянного склероза в педиатрической популяции Москвы. Анализ работы Московского городского кабинета по лечению детей и подростков с рассеянным склерозом и другими демиелинизирующими заболеваниями за период 2018-2021гг. Ж-л Детская реабилитация.- 2022. Том: 4, ном.3, С.-31-39

Bibliography

1. Order of the Moscow Department of Health No. 5 dated January 10, 2007 “On the organization of a specialized room for the treatment of children and adolescents suffering from multiple sclerosis at the Children’s Psychoneurological Hospital No. 18” on the basis of the hospital’s outpatient department.

2. Multiple sclerosis. Clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation - 2022. Developers: All-Russian Society of Neurologists, National Society of Neuroradiologists, Medical Association of Doctors and Centers for Multiple Sclerosis and Other Neuroimmunological Diseases, Russian Committee for Multiple Sclerosis Researchers

3. Bykova O.V., Platonova A.N., Nankina I.A. Epidemiology of acquired demyelinating syndrome (ADS) and multiple sclerosis in the pediatric population of Moscow. Analysis of the work of the Moscow City Office for the treatment of children and adolescents with multiple sclerosis and other demyelinating diseases for the period 2018-2021. J-1 Children's rehabilitation.-2022. Volume: 4, no. 3, pp.-31-39

Сведения об авторах

Платонова Анна Николаевна- канд. мед. наук, врач невролог, научный сотрудник научно-исследовательского отдела ГБУЗ Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Тел.: +7 (495) 430 80 67.

Гасан Ольга Сергеевна- врач невролог ГБУЗ Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы Тел.: +7(495)430 80 67.

Репп Фатима Семедовна- врач невролог ГБУЗ Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы Тел.:+7 (495)430 80 67.

Быкова Ольга Владимировна – д-р мед. наук, врач-невролог, заведующий научно- исследовательским отделом ГБУЗ Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москве, профессор кафедры неврологии, физической и реабилитационной медицины детского возраста ФНМО МИ Российский университет дружбы народов 119602, г. Москва, ул. Мичуринский пр-т, 74, Российская Федерация. Тел.: +7 (495) 430 80 67. E-mail: avt496709@yandex.ru

Information about authors

Platonova Anna Nikolaevna - PhD, neurologist, researcher of the Research Department of the Scientific and Practical Center of Pediatric Psychoneurology of Moscow Department of Health, Tel.: +7 (495) 430 80 67.

Gasan Olga Sergeevna – neurologist, Scientific and Practical Center of Pediatric Psychoneurology of Moscow Health Department Tel.: +7 (495) 430 80 67.

Fatima Semedovna Repp – neurologist, Scientific and Practical Center of Pediatric Psychoneurology of Moscow Department of Health Tel.: +7 (495) 430 80 67.

Bykova Olga Vladimirovna -MD, PhD, doctor of medical sciences, Pediatric neurologist, Head of the research department Research and clinical Center of Pediatric psychoneurology Moscow Healthcare Department. Professor of the Department of pediatric neurology, physical and rehabilitative medicine RUDN university, 119602, Moscow, st. Michurinsky Ave, 74, Russian Federation. Phone: +7 (495) 430 80 67. E-mail: avt496709@yandex.ru

УДК 616.89

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Польская А.В., Малахова И.С., Алексенко О.В., Калита А.О., Фокина Е.С.

Клиника детской неврологии доктора Польской, г. Белгород, Белгородская область

Ключевые слова: *расстройство аутичного спектра, коммуникация, навыки, интервью диагностики аутизма*

USE OF DIAGNOSTIC TECHNIQUES FOR AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN YOUNG CHILDREN

Polskaya A.V., Malakhova I.S., Aleksenko O.V., Kalita A.O., Fokina E.S.

Clinic of Pediatric Neurology of Dr. Polskaya, Belgorod, Belgorod Region

Keywords: *autism spectrum disorder, communication, skills, autism diagnostic interview*

Актуальность. Диагностировать расстройство аутистического спектра (РАС) в раннем возрасте довольно сложно по ряду причин. В медвузах крайне мало внимания уделяется образованию будущих специалистов в вопросах диагностики РАС. В результате остро стоит проблема недостаточной компетенции врачей в вопросах выявления начальных признаков, диагностики и способах коррекции: клиническое описание в протоколах врачей не содержит указания и анализа отдельных признаков и навыков развития, описывающих особенности коммуникации и стереотипного поведения таких детей. По всем этим причинам диагностические границы и критерии на практике остаются довольно размытыми. Находясь на стыке психиатрии, неврологии и педиатрии, РАС по-прежнему остаётся одним из самых непринятых родителями диагнозов, что не может не вносить вклад в сложности вопросов дальнейшей помощи таким семьям.

Цель. Оценить описательные методики, характеризующие особенности коммуникации и стереотипного поведения у детей с РАС с целью повышения качества диагностики.

Материалы и методы. Из обследованных нами 94 детей раннего возраста, родители которых обратились на амбулаторный прием с вопросами нарушения развития в 2023 году, с помощью использования дополнительных валидных методик диагноз РАС был установлен у 42 человек (средний возраст составлял $2,8 \pm 0,7$ лет). Помимо стандартного совместного осмотра невролога и психиатра, в комплексном обследовании применялись описательные методики. В многочисленных исследованиях и в нашей практике как достоверный способ диагностики зарекомендовало себя интервью ADI-R (Autism Diagnostic Interview) и методика CASD (Checklist for Autism Spectrum Disorders) в качестве стандартизированного наблюдения за аспектами поведения и описания языка и речи, социального взаимодействия, стереотипного поведения и узконаправленных интересов обследуемых детей [1-3]. Как сопутствующая скрининговая методика, применялась SCQ (Social Communication Questionnaire) - социально-коммуникативный опросник при аутизме [1,4]. Эмоциональные и поведенческие нарушения у обследуемых детей оценивались с помощью проверочного листа поведения (Child Behavior Check List (CBCL/1½-5)) Системы эмпирически обоснованного оценивания Ахенбаха (ASEBA) [5].

Результаты. Благодаря совместному осмотру невролога и психиатра, увеличению длительности приема до 1,5 часов, применению дополнительных методик обследования установка диагноза РАС была обоснованной и достоверной. При направлении на медико-социальную экспертизу по ф088/у результаты вышеупомянутых дополнительных методов обследования прикладывались к готовому пакету медицинских документов. Это служило дополнительным критерием оценки врачебной комиссией состояния детей и уровня их адаптивных навыков, что значительно облегчало порядок прохождения медико-социальной экспертизы.

Выводы. С целью снижения субъективизма и повышения достоверного качества диагностики РАС рекомендуется использовать дополнительные описательные валидные методики, анализирующие особенности речи и языка, социального взаимодействия, стереотипного поведения и узконаправленных интересов обследуемых детей.

Список литературы

1. Батышева Т.И., Коровина Н.Ю., Ахадова Л.Я., Сорокин А.Б., Зотова М.А., Портнова А.А. Скрининговые методы раннего выявления расстройств аутистического спектра // Детская и подростковая реабилитация. 2016. Том 28 № 3. С. 34-36. eLIBRARY ID: 28102226
2. Сорокин А.Б., Давыдова Е.Ю., Самарина Л.В., Ермолаева Е.Е., Антохина К.Ю., Кузембаева Е.А., Хаустов А.В., Баландина О.В., Мамохина У.А. Стандартизированные методы диагностики аутизма: опыт использования ADOS-2 и ADI-R // Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 1. С. 12–24. doi:10.17759/autdd.2021190102

3. Lebersfeld J. B. et al. Systematic review and meta-analysis of the clinical utility of the ADOS-2 and the ADI-R in diagnosing autism spectrum disorders in children //Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2021. – Т. 51. – №. 11. – С. 4101-4114.

4. Мамохина У.А., Сорокин А.Б. Сотрудничество с родителями при использовании диагностических инструментов (SCQ и ADOS) для выявления расстройств в спектре аутизма // Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра. Сборник материалов II Всероссийской конференции, Москва, 22-24 ноября 2017, с. 181-185 входит в РИНЦ

5. Achenbach, T.M. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles / T.M. Achenbach, L.A. Rescorla. – Burlington, VT: University of Vermont, research center for children, Youth, & Families, 2001. – 238 p.

Bibliography

1. Batysheva T.I., Korovina N.Yu., Akhadova L.Ya., Sorokin A.B., Zotova M.A., Portnova A.A. Screening methods for early detection of autism spectrum disorders // Children's and adolescent rehabilitation. 2016. Volume 28 No. 3. P. 34-36. eLIBRARY ID: 28102226

2. Sorokin A.B., Davydova E.Yu., Samarina L.V., Ermolaeva E.E., Antokhina K.Yu., Kuzembaeva E.A., Khaustov A.V., Balandina O.V., Mamokhina U.A. Standardized methods for diagnosing autism: experience using ADOS-2 and ADI-R // Autism and Developmental Disorders. 2021. Vol. 19. No. 1. pp. 12–24. doi:10.17759/autdd.2021190102

3. Lebersfeld J. B. et al. Systematic review and meta-analysis of the clinical utility of the ADOS-2 and the ADI-R in diagnosing autism spectrum disorders in children //Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2021. – Т. 51. – No. 11. – pp. 4101-4114.

4. Mamokhina U.A., Sorokin A.B. Collaboration with parents when using diagnostic tools (SCQ and ADOS) to identify autism spectrum disorders // Comprehensive support for children with autism spectrum disorders. Collection of materials of the II All-Russian Conference, Moscow, November 22-24, 2017, p. 181-185 is included in the RSCI

5. Achenbach, T.M. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles / T.M. Achenbach, L.A. Rescorla. – Burlington, VT: University of Vermont, research center for children, Youth, & Families, 2001. – 238

Сведения об авторах

Польская Алина Викторовна- невролог, Клиника детской неврологии доктора Польской, Белгородская область, г, Белгород, ул Калинина, 29, 89102283152@mail.ru, +79912123152

Малахова Ирина Сергеевна- невролог, Клиника детской неврологии доктора Польской, Белгородская область, г, Белгород, ул Калинина, 29, malakh.ir@yandex.ru, +79155632279

Алексенко Оксана Васильевна- невролог, Клиника детской неврологии доктора Польской, Белгородская область, г, Белгород, ул Калинина, 29, aleksenko.ok@yandex.ru, +79511502915

Калита Алиса Олеговна- психиатр, Клиника детской неврологии доктора Польской, Белгородская область, г, Белгород, ул Калинина, 29, alisa_miroshkina@mail.ru, +79066014003

Фокина Елизавета Сергеевна- психиатр, Клиника детской неврологии доктора Польской, Белгородская область, г, Белгород, ул Калинина, 29, elizavetka.belyaeva@inbox.ru +79102177400

Information about authors

Polskaya Alina Viktorovna - neurologist, Clinic of Pediatric Neurology of Dr. Polskaya, Belgorod Region, Belgorod, Kalinina St., 29, 89102283152@mail.ru, +79912123152

Malakhova Irina Sergeevna - neurologist, Clinic of Pediatric Neurology of Dr. Polskaya, Belgorod Region, Belgorod, Kalinina St., 29, malakh.ir@yandex.ru, +79155632279

Aleksenko Oksana Vasilievna - neurologist, Clinic of Pediatric Neurology of Dr. Polskaya, Belgorod Region, Belgorod, Kalinina St., 29, aleksenko.ok@yandex.ru, +79511502915

Kalita Alisa Olegovna - psychiatrist, Clinic of Child Neurology of Dr. Polskaya, Belgorod Region, Belgorod, Kalinina St., 29, alisa_miroshkina@mail.ru, +79066014003

Fokina Elizaveta Sergeevna - psychiatrist, Clinic of Child Neurology of Dr. Polskaya, Belgorod Region, Belgorod, Kalinina St., 29, elizavetka.belyaeva@inbox.ru +79102177400

УДК: 616.61-002

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО МАРШРУТА ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК В КАТЕГОРИЯХ
МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ,
ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

Сафина Е.В., Плотникова И.А.

*ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава
России, г.Екатеринбург, Свердловская область*

Реферат. В настоящее время отсутствуют протоколы ведения пациентов детей раннего возраста с заболеваниями почек, включающие междисциплинарный подход, что сопряжено с риском перехода острых заболеваний в хроническую форму. Авторами проведена оценка эффективности терапии заболеваний мочевыделительной системы с использованием интегративного подхода к анализу МКФ и лабораторно-инструментальных исследований.

Ключевые слова: МКФ, заболевания почек, лечебно-реабилитационный маршрут

EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT AND REHABILITATION ROUTE OF
YOUNG CHILDREN WITH KIDNEY DISEASES IN THE CATEGORIES OF THE
INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONAL DISORDERS, DISABILITY AND
HEALTH

Safina E.V., Plotnikova I.A.

*FGBOU VO Ural state medical university of the Ministry of Health of the Russian
Federation, Ekaterinburg, Sverdlovsk region*

Abstract. Currently, there are no protocols for the management of sick young children with kidney diseases, including an interdisciplinary approach, which is associated with the risk of the disease becoming chronic. The authors assessed the effectiveness of therapy for diseases of the urinary system (USD) using an integrative analysis of the ICF and laboratory and instrumental studies.

Keywords: ICF, kidney diseases, medical and rehabilitation route

Актуальность. Заболевания мочевыделительной системы (МВС) — это значимая коморбидная патология у пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП), последствиями черепно-мозговой и спинальной травмы, врожденными аномалиями. Несмотря на совершенствование диагностики и лечения [1,2], в настоящее время отсутствуют протоколы ведения пациентов, включающие мультидисциплинарный и персонализированную реабилитацию детей с пиелонефритами, особенно при наличии врожденной аномалии развития (ВАР) почек. Это повышает риск хронического течения с утратой функции органа [3].

Цель. Оценка эффективности лечебно-реабилитационного маршрута детей раннего возраста с заболеваниями МВС при применении категорий МКФ к параметрам лабораторно-инструментальных исследований, выявляющих степень структурно-функциональных нарушений мочевыделительной системы.

Материалы и методы. С 2018 по 2023 г. проводилось когортное лонгитюдное исследование детей раннего возраста. Характеристика выборки: основная группа (n=69) – доношенные дети с наличием мочевого синдрома и УЗ изменений МВС (возраст 0 - 36 мес., отсутствие тяжелой сопутствующей патологии). Структура диагноза: хронический пиелонефрит (62,3%) острый пиелонефрит (33,3%), хронический тубулоинтерстициальный нефрит (4,3%). У 76,1% детей с хроническим пиелонефритом были изолированные и комбинированные ВПР: пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), гидронефрозы, дистопии, мультикистоз, гипоплазия почки. Группа сравнения (n=35) - дети в возрасте 0 - 36 мес., I–II группы здоровья, не имеющие хронических заболеваний МВС. Статистическая обработка: корреляционный анализ, критерий Манна-Уитни при сравнении результатов терапии в группах.

Результаты. Тяжелая степень функциональных нарушений по МКФ (коды s610, s6108, s4, b6100, b6108, b415, b 4150, b5402) соответствует параметрам: размеры лоханки и ширина мочеточника > 4,48 мм, повышение индекса резистентности (IR) почечных артерий на уровне ворот и устья > 1,10 у детей 1-11 мес., >1,05 у детей 12мес.- 3 года и на уровне паренхимы > 1,05 у детей 1-11 мес., > 1,01 у детей 12 мес.- 3 года; тяжелое нарушение фильтрационной функции: при протеинурии > 0,141 г/л, снижении СКФ < 38 мл/мин. Высокий уровень васкулоэндотелиального фактора (VEGF) в крови позволил спрогнозировать развитие хронической почечной недостаточности (ХПН) у 95% пациентов, в моче - поражение почечной паренхимы при наличии ПМР у 45% детей. Оперативное лечение получили 18 детей: эндовезикальная коррекция рефлюкса гелем-коллагеном, по Козну, резекция лоханочно-мочеточникового сегмента с наложением широкого пилороретрального анастомоза. Проведен анализ эффективности медикаментозного лечения: антибактериальная терапия в фазе обострения, антиоксидантные, метаболические и диуретические средства растительного происхождения, регуляторы обмена кальция и ФТ в фазе ремиссии (2-3 курса в год, длительностью 10-15 дней - электрофорез 1% эуфиллина и СМТ в стимулирующем режиме на область почек. Достоверно более высокая скорость клубочковой фильтрации зарегистрирована в группе детей, получивших курсы токоферола ацетата и препаратов группы нитрофурана (p=0,000). Наиболее значимые положительные изменения (количество эритроцитов, VEGF в моче, концентрация мочевины, креатинина, уровень лейкоцитов, тромбоцитов и VEGF в крови, размеры лоханок, размеры чашечек, ширина мочеточника) были отмечены в группах детей, получавших защищенные пенициллины, этидроновую кислоту, токоферола ацетат, золототысячника трава + любистока лекарственного корня + розмарина обыкновенного листья, амплипульс в стимулирующем режиме на почки (p=0,000).

Выводы. Хирургическая коррекция, курсы медикаментов и физиотерапии при динамическом наблюдении за детьми показали высокую эффективность в предотвращении тяжелых структурных, уродинамических, циркуляторных нарушений и восстановлении функций почек, что выражено в нормализации размеров лоханки и

ширины мочеточников, IR сосудов на уровне ворот, устья и паренхимы почек, VEGF, креатинина и мочевины, а также снятии ограничений активности по коду d5702.0 (поддержание здоровья – вакцинация и закаливание). Результаты реабилитации по категориальному профилю МКФ (Шошмин А.В.) показали отличные результаты по восстановлению структур (4,6), функций (6,5), вкпе с активностью и участием – 18,75. Таким образом, МКФ является оптимальным инструментом для обоснования, своевременной реализации и оценки эффективности лечебно-реабилитационного маршрута у детей с заболеваниями МВС в раннем возрасте.

Список литературы

1. Вялкова А. А., Гриценко В. А. Современные подходы к диагностике и лечению ренальной инфекции у детей // Нефрология. –2018. –№3. – С.72-87.
2. Buettcher M, Trueck J, Niederer-Loher A, Heininger U, Agyeman P, Asner S, Berger C, Bielicki J, Kahlert C, Kottanattu L, Meyer Sauter PM, Paioni P, Posfay-Barbe K, Rely C, Ritz N, Zimmermann P, Zucol F, Gobet R, Shavit S, Rudin C, Laube G, von Vigier R, Neuhaus TJ. Swiss consensus recommendations on urinary tract infections in children. Eur J Pediatr. 2021 Mar;180(3):663-674. doi: 10.1007/s00431-020-03714-4.
3. Кутырло И. Э., Савенкова Н. Д. САКУТ-синдром у детей // Нефрология. –2017. – Т. 21. –№ 3. –С. 18–24. doi: 10.24884/1561- 6274-2017-3-18-24. 12;

Bibliography

1. Vyalkova AA, Gritsenko VA. Modern approaches to the diagnosis and treatment of renal infection in children // Nephrology. 2018;(3).72-87 (in Russian).
2. Buettcher M, Trueck J, Niederer-Loher A, Heininger U, Agyeman P, Asner S, Berger C, Bielicki J, Kahlert C, Kottanattu L, Meyer Sauter PM, Paioni P, Posfay-Barbe K, Rely C, Ritz N, Zimmermann P, Zucol F, Gobet R, Shavit S, Rudin C, Laube G, von Vigier R, Neuhaus TJ. Swiss consensus recommendations on urinary tract infections in children. Eur J Pediatr. 2021 Mar;180(3):663-674. doi: 10.1007/s00431-020-03714-4.
3. Kutyrla IE, Savenkova ND. САКУТ-syndrome in children. Nephrology. 2017;21(3):18–24. doi: 10.24884/1561- 6274-2017-3-18-24.

Сведения об авторах

Инга Альбертовна Плотникова – д.м.н., доцент кафедры детских болезней лечебно-профилактического факультета ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, E-mail: inga63@bk.ru

Елена Валентиновна Сафина – ассистент кафедры детских болезней лечебно-профилактического факультета ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, E-mail: evsafina84@mail.ru

Information about authors

Inga Albertovna Plotnikova – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Childhood Diseases of the Faculty of Treatment and Prevention of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Ural State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, E-mail: inga63@bk.ru

Elena Valentinovna Safina – assistant at the Department of Childhood Diseases of the Faculty of Treatment and Prevention of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Ural State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, E-mail: evsafina84@mail.ru

УДК 61

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ – СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ

Смоляк А.М., Турок Г.А.

ГАОУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие», Астрахань, Астраханская область

Реферат. Ведущие места в структуре первичной детской инвалидности занимают врожденные аномалии развития, болезни нервной системы и психические расстройства. Среди заболеваний нервной системы главной причиной детской инвалидности является детский церебральный паралич, распространенность которого составляет 2–2,5 случая на 1000 детей

Ключевые слова: *детская инвалидность, детский церебральный паралич*

CEREBRAL PALSY – MODERN IDEAS ABOUT THE PROBLEM

Smolyak A.M., Turok G.A.

State Autonomous Institution JSC "Scientific and Practical Center for Children's Rehabilitation "Correction and Development", Astrakhan, Astrakhan Region

Abstract. The leading places in the structure of primary childhood disability are occupied by congenital developmental anomalies, diseases of the nervous system and mental disorders. Among diseases of the nervous system, the main cause of childhood disability is cerebral palsy, the prevalence of which is 2–2.5 cases per 1000 children

Key words: *childhood disability, cerebral palsy*

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) – это термин, используемый для обозначения группы непрогрессирующих нарушений позы тела и движений, вызванных повреждением центральной нервной системы (ЦНС), произошедшим в антенатальном, интранатальном или неонатальном периоде. Двигательные нарушения, характерные для ДЦП, часто сопровождаются интеллектуально-мнестическими, речевыми, пароксизмальными расстройствами [1]. Около 50% от всех случаев ДЦП составляют нарушения у детей, родившихся недоношенными. Достижения здравоохранения в области выхаживания недоношенных детей значительно повысили выживаемость этих хрупких новорожденных. Однако, статистика неумолимо показывает, что по мере снижения гестационного срока и веса плода на момент рождения риск перинатальной патологии с исходом в ДЦП резко возрастает. Например, по сравнению с доношенными детьми риск формирования церебрального паралича у детей, рожденных на 37–41 неделе беременности, возрастает в 5 раз, а у детей, рожденных до 28 недели гестации – почти в 50 раз [2,3]. Несмотря на то, что ДЦП является ведущей причиной детской неврологической инвалидности как в России, так и во всем мире, и борьбой с этой патологией озабочены ученые и врачи всего мира, за последние 20 лет заболеваемость ДЦП имеет тенденцию не к снижению, а к росту. Следует отметить, что современные достижения медицины оказывают на статистику ДЦП двоякое влияние. С одной стороны, такие факторы риска патологии, как резус-конфликт матери и плода с последующим развитием билирубиновой энцефалопатии, в настоящее время хорошо поддаются контролю и лечению, что несколько уменьшило частоту гиперкинетических форм ДЦП, с другой стороны, значительно увеличился удельный вес таких факторов риска ДЦП, как преждевременные роды и многоплодные беременности.

Исторически в разные времена церебральному параличу приписывались различные патогенетические механизмы. В XX в. основной концепцией формирования ДЦП считалась механическая родовая травма, приводящая к асфиксии плода и новорожденного. Однако эпидемиологические исследования показали, что механическая родовая травма является причиной только 5–10% случаев ДЦП [4]. Другими предположительными механизмами патогенеза церебрального паралича являются: нарушение закладки (формирования) структур головного мозга, пренатальные факторы, прямо или косвенно повреждающие нейроны развивающейся нервной системы, а также различные «страдания» головного мозга в течение первых 7 суток жизни. Следует отметить, что если отечественные авторы традиционно считают ДЦП результатом поражения ЦНС, произошедшего в перинатальном периоде, то зарубежные авторы, как правило, включают в статистику церебральных параличей все случаи ишемически–травматического повреждения мозга, имевшего место в жизни плода, новорожденного и ребенка первых трех лет жизни и приведшего к формированию симптомокомплекса характерных для ДЦП двигательных нарушений.

Учитывая ведущие этиопатогенетические причины церебральных параличей, все случаи заболевания можно условно подразделить на две большие группы: генетическую и негенетическую, однако, большинство больных окажутся где–то посередине. Поэтому предпочтительнее все–таки пользоваться классификацией, опирающейся на время воздействия патологического фактора, и выделять пренатальную, интранатальную и постнатальную группы причин заболевания. Случаи ДЦП, связанные с многоплодными беременностями и преждевременными родами, целесообразно рассматривать отдельно.

Симптомы ДЦП можно условно подразделить на основные и сопутствующие. К основным симптомам целесообразно отнести непосредственные результаты поражения структур ЦНС, приводящие к нарушению моторной и координаторной функции (парезы и спастичность мышц, нарушения координации и мелкой моторики, дистонические атаки и гиперкинезы). Несмотря на то, что церебральный паралич не является прогрессирующим заболеванием, степень и выраженность его основных симптомов с течением времени могут меняться, а также сопровождаться осложнениями (например, длительно существующая спастичность может привести к формированию контрактур, патологическим позым установкам и деформациям суставов и конечностей, требующим хирургической коррекции).

Сопутствующие неврологические проявления церебрального паралича также являются следствием поражения ЦНС, часто сопровождают церебральный паралич, однако не являются обязательными его спутниками и не имеют отношения к двигательной сфере: интеллектуальные/познавательные нарушения и нарушения поведения, эпилепсия и другие пароксизмальные расстройства, нарушения зрения и слуха, нарушения речи (дизартрия) и питания. Сопутствующие симптомы церебрального паралича зачастую снижают качество жизни пациентов больше, чем основные симптомы заболевания. В качестве примера можно привести следующие статистические данные: около 1/3 больных ДЦП имеют средние и тяжелые интеллектуальные и познавательные нарушения, около 1/3 – легкие нарушения интеллекта и обучения, и только у 1/3 пациентов с церебральным параличом интеллект не поврежден.

Постановка диагноза. Для церебрального паралича не существует универсального диагностического теста, однако, ряд факторов могут обратить на себя внимание врача сразу после рождения ребенка: низкий балл по шкале Апгар, наличие аномального мышечного тонуса и движений. Тем не менее чаще всего диагноз определяется к исходу первых 12–18 месяцев жизни малыша, когда по сравнению со здоровыми сверстниками патология двигательной системы становится очевидной [4]. В диагностике ДЦП активно используют параклинические методики, например ультразвуковую, компьютерную магнитно–резонансную нейровизуализацию (выявление перивентрикулярной лейкомаляции, венрикуломегалии, очагов ишемии или кровоизлияний или структурных

аномалий ЦНС). Нейрофизиологические исследования (электроэнцефалография, электромиография, регистрация вызванных потенциалов) и лабораторные (биохимические анализы, генетические тесты), как правило, используют для выявления часто сопутствующих церебральному параличу патологических состояний (атрофия зрительных нервов, тугоухость, эпилептические синдромы) и дифференциальной диагностики ДЦП с множеством наследственных и обменных заболеваний, дебютирующих на первом году жизни ребенка [5].

Восстановительное лечение. Церебральный паралич не вылечивается, именно поэтому речь идет о восстановительном лечении или реабилитации, однако, своевременное и правильное восстановительное лечение способно привести к значительному улучшению функций, нарушенных болезнью. Программа восстановительного лечения ребенка с церебральным параличом зависит от тяжести, характера и преимущественной локализации симптомов, а также от наличия или отсутствия сопутствующих церебральному параличу нарушений слуха, зрения, поведения, познавательной деятельности и т.д. Наиболее серьезными препятствиями к реабилитации ребенка с церебральным параличом являются сопутствующее нарушение интеллекта и познавательной деятельности, которое мешает адекватному взаимодействию между пациентом и инструктором, и эпилептические судороги, которые при отсутствии медикаментозного контроля могут создавать для ребенка риск жизнеугрожающих осложнений на фоне активного стимулирующего лечения. Тем не менее на сегодняшний день разработаны специальные «мягкие» программы реабилитации для детей с эпилепсией, так же как и методики общения с интеллектуально–сниженными пациентами с ДЦП, то есть для каждого пациента может и должна быть разработана своя, индивидуальная программа реабилитации, учитывающая его возможности, потребности и проблемы. Продолжительность восстановительного лечения для пациента с церебральным параличом не ограничена, при этом программа должна быть гибкой и учитывать постоянно меняющиеся факторы жизни больного. Основной целью реабилитации при церебральном параличе является адаптация больного человека в социуме и его полноценная и активная жизнь.

Лечебная физкультура, трудотерапия и логопедия. Спастичность мышц, парезы, нарушение осанки и походки значительно влияют на подвижность больных ДЦП. Лечебная физкультура при этом заболевании направлена на максимальное развитие имеющихся двигательных способностей пациента и компенсацию имеющихся двигательных нарушений с помощью так называемых «технических средств реабилитации», к которым относятся инвалидные коляски, ходунки, обувные вставки, костыли, ортезы, аппараты. Логопедия, как традиционная, так и высокотехнологичная (внедрение управляемых компьютером устройств связи для больных с тяжелой дизартрией) способна принципиально изменить качество жизни больного церебральным параличом, создавая возможность социального общения.

Список литературы

1. Джонсон Энн. Распространенность и характеристики детей с церебральным параличом в Европе // 2002. Развивающий мед. детский невроз. – 2002. – Том 44 (9). – С. 633-640.
2. Панет Н., Левитон А., Гольдштейн М. и др. Отчет: Определение и классификация церебрального паралича апрель 2006 г. // Dev. Med. Детский невроз. – 2007.– Дополнение 109. – С. 8-14.
3. Эренкранц Р.А., Дусик А.М., Вохр Б.Р. Рост в отделении интенсивной терапии новорожденных влияет на показатели развития нервной системы и роста младенцев с экстремально низкой массой тела при рождении // Педиатрия. – 2006.– Том 117 (4). – С. 1253-1261.
4. Иммс С. Участие детей с церебральным параличом: обзор литературы // Disabil.Реабилитация. – 2008. – Том 11/30;30(24).– С.1867–1884.

5. Колаволе Т.М., Патель П.Дж., Махди А.Х. Компьютерная томография (КТ) при детском церебральном параличе (ДЦП) // Педиатр. Радиол.–1989.–Том 20 (1-2). – С. 23-27.

Bibliography

1. Johnson Ann. Prevalence and characteristics of children with cerebral palsy in Europe // 2002. Developmental med. child neurol. – 2002. – Vol.44(9).– P. 633–640.
2. Paneth N., Leviton A., Goldstein M. et al. A report: The definition and classification of cerebral palsy April 2006 // Dev. Med. Child Neurol. –2007.– Suppl. 109. – P. 8–14.
3. Ehrenkranz R.A., Dusick A.M., Vohr B.R. Growth in the neonatal intensive care unit influences neurodevelopmental and growth outcomes of extremely low birth weight infants // Pediatrics. – 2006.– Vol. 117 (4).– P. 1253–1261.
4. Imms C. Children with cerebral palsy participate: a review of the literature // Disabil.Rehabil. – 2008. – Vol. 11/30;30(24).– P.1867–1884.
5. Kolawole T.M., Patel P.J., Mahdi A.H. Computed tomographic (CT) scans in cerebral palsy (CP) // Pediatr. Radiol. – 1989. – Vol. 20 (1–2).– P. 23–27.

Сведения об авторах

Аркадий Маркович Смоляк- Детский врач психиатр высшей категории ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие», Астрахань, Астраханская область, e-mail: Smolar66@mail.ru

Турок Галина Анатольевна- Заведующая Медико-социальной службой, врач педиатр высшей категории ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие», Астрахань, Астраханская область, e-mail: turok.galinka@mail.ru

Information about authors

Arkady Markovich Smolyak - Pediatric psychiatrist of the highest category, State Autonomous Institution JSC "Scientific and Practical Center for the Rehabilitation of Children "Correction and Development", Astrakhan, Astrakhan Region, e-mail: Smolar66@mail.ru

Turok Galina Anatolyevna - Head of Medical and Social Service, pediatrician of the highest category, State Autonomous Institution JSC "Scientific and Practical Center for Children's Rehabilitation "Correction and Development", Astrakhan, Astrakhan Region, e-mail: turok.galinka@mail.ru

УДК: 159.937.522

РАЗВИТИЕ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОСРЕДСТВОМ ДИДАКТИЧЕСКИХ ИГР

Тучак О.Н., Типсина Н.В., Титова Е.Г., Елизарова А.В., Маринова В.А.

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

Реферат. Целью работы является доказательство эффективности использования дидактических игр и упражнений в развитии пространственных представлений у детей с задержкой психического развития

Ключевые слова: дидактические игры, задержка психического развития, развитие пространственных представлений у детей, пространственные отношения, дидактические упражнения, коррекционно-педагогическая работа, формирование умений.

DEVELOPMENT OF SPATIAL CONCEPTS IN CHILDREN WITH MENTAL DEVELOPMENT RETARDS THROUGH DIDACTIC GAMES

GBUZ Scientific and Practical Center for Pediatric Psychoneurology of the Moscow Healthcare Department,

Abstract. The purpose of the work is to prove the effectiveness of using didactic games and exercises in the development of spatial concepts in children with mental retardation

Key words: *didactic games, mental retardation, development of spatial concepts in children, spatial relationships, didactic exercises, correctional pedagogical work, skills formation.*

Актуальность. В настоящее время с каждым годом увеличивается число детей с задержкой психического развития (ЗПР). Задержка психического развития характеризуется незрелостью таких психических функций как память, внимание, восприятие, мышление, регуляция поведения, трудности ориентировки в пространстве, недостаточный уровень развития мелкой моторики и т.д., всё это последствия различных неблагоприятных факторов, которые и приводят к отставанию психической деятельности. Многие трудности можно скорректировать с помощью своевременного и планомерного коррекционного обучения. Задержка в развитии в большинстве случаев проявляется в ранние возрастные периоды. Ориентировка в пространстве имеет универсальное значение для всех сторон жизни человека, охватывая различные стороны его взаимодействия с окружающим миром, и представляет собой важнейшее свойство человеческой психики. Развитие ребенка невозможно без развития у него способности к ориентировке в пространстве, которое является важнейшим показателем развития. Проблема ориентации ребенка в пространстве достаточно многогранна. Владение знаниями о пространстве предполагает умение выделять и различать пространственные признаки и отношения, умение их правильно словесно обозначать, ориентироваться в пространственных отношениях при выполнении различных действий, опирающихся на пространственные представления. Слабое развитие наглядно-образного и пространственного мышления является основной причиной затруднений при обучении детей чтению, письму, счету, рисованию и другим действиям. Несформированность к концу дошкольного возраста пространственной ориентировки является одной из причин, вызывающих затруднения при овладении детьми школьными навыками.

Коррекционно-педагогическая работа по развитию ориентировки в пространстве у детей с задержкой психического развития осуществляется посредством различных материалов и методов. В своей работе для достижения поставленной цели, мы используем различные виды дидактических игр: игры с предметами, настольно-печатные игры, словесные игры, сюжетно-ролевые игры. Дидактическая игра – это вид учебных занятий, организуемых в виде учебных игр, реализующих ряд принципов игрового, активного обучения и отличающихся наличием правил, фиксированной структуры игровой деятельности и системы оценивания, один из методов активного обучения (В. Н. Кругликов) [1]. Дидактические игры содержат несколько последовательных правил, игровых действий и варианты их усложнения. Дидактические упражнения направлены на планомерное организованное выполнение различных действий с целью их усвоения (Коменский Я.А.) [2]. Дидактическая игра помогает сделать любой учебный материал увлекательным, облегчает процесс усвоения знаний, создает радостное рабочее настроение, вызывает у детей глубокое удовлетворение. Благодаря

применению различных дидактических игр, например, таких как: игра «Поставь на место» (цель: узнать у ребенка умение определять пространственные отношения между предметами (на, под, в, над, за, от, между, к); игра «Выше-ниже, дальше-ближе?» (цель: сформировать у ребенка навык определения местоположения объекта и правильное его обозначение); игра «Найди местоположение» (цель: формирование умений детей занимать определенное пространственное положение по заданному условию (от себя, от предмета); игра «Куда пойдешь и что найдешь» (цель: формирование умений ориентироваться в движении); игра «Назови соседей», «Графический диктант», «Отгадай – где...» (цель: формирование умений ориентироваться на плоскости (ориентировка на листе бумаги: справа — слева, вверху — внизу, в середине, в углу) то есть в двухмерном пространстве); игра «Мы домой пойдем, все дружно уберем» (цель: развитие пространственных представлений, ориентировки по заданной схеме); игра «Угадай где?» (цель: развивать умение ориентироваться в окружающей местности с закрытыми глазами, с опорой на слуховое восприятие, учить понимать смысл пространственных отношений (вверху — внизу, впереди (спереди)-сзади (за), слева- справа, между, рядом с, около).

Результаты. Применение различных дидактических игр в нашей работе, доказало, что это достаточно эффективный способ помощи детям с задержкой психического развития в овладении пространственными представлениями. В игровой деятельности ребенок практически осваивает пространство и предметную деятельность, а вместе с тем значительно совершенствуется и сам механизм восприятия пространства.

Список литературы

1.Кругликов В. Н. «Активное обучение в техническом вузе: Теоретико-методологический аспект.тема дис. и автореф. д.п.н. - СПб: Санкт-Петербургский государственный университет, 2000. - 424 с.

2.Коменский Я.А. Великая дидактика СПб Санкт-Петербург 1875г.

Bibliography

1. Kruglikov V. N. "Active learning in a technical university: Theoretical and methodological aspect, dissertation topic. and author's abstract. Ph.D. - St. Petersburg: St. Petersburg State University, 2000. - 424 p.

2. Komensky Y.A. Great didactics St. Petersburg St. Petersburg 1875

Сведения об авторах

Тучак О.Н. - дефектолог, 1я-категория, филиал НПЦ ДП ДЗМ отделение Дневной стационар №5, г. Москва, РФ. Ул. Гарибальди д,8.к6; тел. (499)138-19-44, э/почта: ds.gar@npcdp.ru,

Типсина Н.В. - врач-невролог, высшая категория; заведующая филиала НПЦ ДП ДЗМ отделение Дневной стационар №5, г. Москва, РФ. Ул. Гарибальди д,8.к6; тел. (499)138-19-44, э/почта: ds.gar@npcdp.ru,

Титова Е.Г. -логопед, высшая категория; филиал НПЦ ДП ДЗМ отделение Дневной стационар №5, г. Москва, РФ. Ул. Гарибальди д,8.к6; тел. (499)138-19-44, э/почта: ds.gar@npcdp.ru,

Елизарова А.В. -логопед, 1-я категория; филиал НПЦ ДП ДЗМ отделение Дневной стационар №5, г. Москва, РФ. Ул. Гарибальди д,8.к6; тел. (499)138-19-44, э/почта: ds.gar@npcdp.ru,

Маринова В.А. -логопед, высшая категория, филиал НПЦ ДП ДЗМ отделение Дневной стационар №5, г. Москва, РФ. Ул. Гарибальди д,8.к6; тел. (499)138-19-44, э/почта: ds.gar@npcdp.ru,

Information about authors

Tuchak O.N. - defectologist, 1st category, branch of the NPC DP DZM, department Day hospital No. 5, tel. (499)138-19-44, e-mail: ds.gar@npcdp.ru, Moscow, Russian Federation. St. Garibaldi d.8.k6;

Tipsina N.V. - neurologist, highest category; branch of the NPC DP DZM, department Day hospital No. 5, tel. (499)138-19-44, e-mail: ds.gar@npcdp.ru, Moscow, Russian Federation. St. Garibaldi d.8.k6;

Titova E.G. - speech therapist, highest category; branch of the NPC DP DZM department Day hospital No. 5, tel. (499)138-19-44, e-mail: ds.gar@npcdp.ru, Moscow, Russian Federation. St. Garibaldi d.8.k6;

Elizarova A.V. -speech therapist, 1st category; branch of the NPC DP DZM department Day hospital No. 5, tel. (499)138-19-44, e-mail: ds.gar@npcdp.ru, Moscow, Russian Federation. St. Garibaldi d.8.k6;

Marinova V.A. -speech therapist, highest category, branch of the NPC DP DZM department Day hospital No. 5, tel. (499)138-19-44, e-mail: ds.gar@npcdp.ru, Moscow, Russian Federation. St. Garibaldi d.8.k6;

УДК: 37.04-053

КОММУНИКАТИВНО-РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С
ОВЗ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА
Флёрис Л.И.

*ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента
здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия*

Аннотация. В данной статье описаны результаты дифференциальной логопедической диагностики и коррекции нарушений коммуникативно-речевого развития детей раннего возраста с ОВЗ. Логопедическая диагностика и последующая коррекционная работа была проведена у 58-ми детей раннего возраста (от 1 г. 10 мес. – до 3-х лет) с ограниченными возможностями здоровья. По результатам дифференциальной диагностики было выделено 4 группы детей с нарушением коммуникативного и речевого развития, а также определены направления коррекционной работы с учётом степени выраженности и сочетанности нарушений.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, коммуникативное и речевое развитие, ранний возраст, дети с ограниченными возможностями здоровья.

COMMUNICATIVE AND SPEECH DEVELOPMENT OF EARLY CHILDREN WITH
DISABILITIES IN A DAY CARE CARE

Fleuris L.I.

*GBUZ Scientific and Practical Center for Pediatric Psychoneurology of the Moscow
Healthcare Department*

Abstract. This article describes the results of differential speech therapy diagnostics and correction of disorders of communicative and speech development of young children with disabilities. Speech therapy diagnostics and subsequent correctional work were carried out on 58 young children (from 1 year 10 months to 3 years) with disabilities. Based on the results of differential diagnostics, 4 groups of children with impaired communication and speech development were identified, and directions for correctional work were determined, taking into account the severity and combination of disorders.

Keywords: differential diagnosis, communication and speech development, early age, children with disabilities.

Актуальность. В настоящее время коммуникативное и речевое развитие детей в раннем возрасте стало предметом пристального внимания специалистов, как системы образования, так и здравоохранения. Ранний возраст является важным этапом развития ребенка, когда закладываются основные человеческие способности: речь, общение и взаимодействие с окружающими, познавательная активность, мышление.[1] Речь, коммуникация, познавательная активность существенным образом влияют на последующее интеллектуальное и личностное развитие ребенка, его поведение. Особую роль в становлении этих функций играет раннее детство - возраст до 3 лет. Этот период во многом определяет будущее физическое и психическое развитие ребенка. [2]

Цель. Диагностика коммуникативно-речевого развития детей раннего возраста с ОВЗ, проведение коррекционно-логопедических мероприятий в условиях дневного стационара.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Научно-практического центра детской психоневрологии (НПЦ ДП ДЗМ) в Дневном стационаре № 2. Всего обследовано 58 детей, которые прошли 4-5 курсов восстановительного лечения за период с апреля 2022 г. по октябрь 2023 г. Дифференциальная диагностика строилась по диагностической программе Приходько О.Г., включающей 4 линии развития ребенка: речевую, социальную (коммуникативную), познавательную и двигательную линию. Уровень сформированности различных функций оценивался по четырех бальной шкале (от минимального – 1 балл до максимального 4 балла). [3] Из 58-ми обследованных детей только у 5-ти детей не было нарушений коммуникативного развития, у 53-х отмечалось нарушение коммуникативно-речевого развития. По результатам обследования и анализа механизма нарушения было выделено 4 группы детей с отклонением в развитии.

1 группа – дети с отклонениями только в речевом развитии: 5 детей от общего числа – 8,63%. «Чистая» задержка речевого развития – ЗРР. Диспропорция в развитии импрессивной и экспрессивной речи.

2 группа – дети с нарушением познавательного, социального (коммуникативного) и речевого развития при преимущественном нарушении познавательного развития: 34 ребенка от общего числа – 58,62 %. Уровневые показатели интеллектуального и коммуникативно-речевого развития не соответствуют возрасту.

3 группа – дети с отклонениями в социальном (коммуникативном), речевом и познавательном развитии при преимущественном нарушении коммуникативного развития: 9 детей от общего числа – 15,51% у всех детей выраженные нарушения социализации, коммуникативно-речевого и познавательного развития. На первый план выступают нарушения коммуникативной функции речи (затруднение усвоения навыков общения). Несформированность средств языка при расстройстве аутистического спектра.

4 группа – дети с нарушением всех линий развития: познавательной, социальной (коммуникативной), речевой и двигательной. Развитие всех функциональных систем может носить как равномерный, так и неравномерный характер. В 4-ой группе 10 детей от общего числа - 17,24%: 3 ребенка с выраженной двигательной, познавательной и речевой патологией, сниженным социальным (коммуникативным) развитием. 2 ребенка с синдромальной патологией со средней степенью выраженности всех функций, 1 ребенок со смешанной нейросенсорной и кондуктивной тугоухостью, выраженным нарушением коммуникативно-речевого развития, познавательной деятельности, легкими двигательными нарушениями. 4 ребенка с разной степенью выраженности познавательных, коммуникативно-речевых и двигательных нарушений.

С детьми с нарушением коммуникативно-речевого развития проводились сенсорно-интегративные коррекционно-развивающие логопедические занятия с опорой на психолингвистический подход развития коммуникации и речи[5]. Занятия проходили в период госпитализации с привлечением родителей и последующей домашней работой в межгоспитальный период на основании рекомендаций логопеда и опыта взаимодействия в рамках занятия.

Также была составлена карта наблюдения коммуникативно-речевого развития ребенка раннего возраста для определения коммуникативных и речевых способностей [4]. С помощью данной карты можно видеть показатели нормативного развития и соотносить их с персональными показателями ребенка.

Результаты и обсуждения. В результате коррекционно-логопедической работы с детьми раннего возраста с ОВЗ была отмечена положительная динамика у всех детей из 4-х групп. В группе 1 отмечена наиболее выраженная положительная динамика речевых процессов. В группе 2 у детей с первично нарушенной познавательной деятельностью и в группе 3 с первично нарушенной социально-коммуникативной сферой отмечается динамика разной степени выраженности: от минимальной до выраженной на фоне медикаментозного лечения. В группе 4 у детей с вариативными разноуровневыми сочетаниями отклонений в развитии познавательных, речевых, социальных и двигательных функций также отмечается положительная динамика: минимальная в одних сферах и умеренная в других.

Заключения и выводы. Ранняя дифференциальная логопедическая диагностика в возрасте до 3-х лет, комплексный подход в реабилитации, заинтересованное и активное участие родителей позволяют наиболее эффективно провести коррекционную работу и минимизировать проявление вторичных нарушений на последующих этапах развития ребенка.

Список литературы:

Диагностическое обследование детей раннего и младшего дошкольного возраста / Под ред. Н.В.Серебряковой. – СПб.: КАРО, 2008. – 64 с. – (Серия «Коррекционная педагогика»)

Логопедия. Основы теории и практики. /Н.С.Жукова, Е.М.Мастюкова, Т.Б.Филичева. – М.: Эксмо, 2021.- 288 с.: ил.

Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: Методическое пособие. – СПб.: КАРО, 2006. – 112 с.

Приходько О.Г., Левченко И.Ю. и др. Система ранней комплексной помощи детям с ОВЗ и их родителям: научная монография. – М.: Изд-во Парадигма, 2018

Речь ребенка: Проблемы и решения / Под ред. Т.Н.Ушаковой. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. С. 169-199.

List of literature:

Diagnostic examination of children of early and early preschool age/Ed. N.V. Serebyakova. - St. Petersburg: KARO, 2008. - 64 p. - (Series "Correctional Pedagogy")

Speech therapy. Fundamentals of theory and practice /N.S. Zhukova, E.M. Masyukova, T.B. Filicheva. - M.: Eksmo, 2021.- 288 p.: il.

Prikhodko O.G. Early assistance to children with motor pathology in the first years of life: Methodological manual. – St. Petersburg: KARO, 2006. – 112 p.

Prikhodko O.G., Levchenko I.Y., etc. Early comprehensive care system for children with disabilities and their parents: scientific monograph. - M.: Publishing house Paradigm, 2018

Child's speech: Problems and solutions/Ed. T. N. Ushakova. - M.: Publishing House "Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences," 2008. S. 169-199.

Сведения об авторах:

Людмила Ивановна Флёрис – логопед ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (Россия, Москва). Дневной стационар № 2, 111116, Москва, ул. Энергетическая, д.8, крп.2, стр.1) Тел.+7910-483-20-06 Email: ludine@mail.ru.

Information about the authors:

Liudmila Ivanovna Flyoris is a speech therapist of the DH No. 2 GBUZ "Scientific and Practical Center of Child Psychoneurology of the Moscow Department of Health" (Russia, Moscow). Address: 8 korp.2 str.1 Energeticheskaya street, Moscow, 119602 Tel.+7965-206-83-78 Email: ludine@mail.ru

УДК: 616.8-007

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ У ДЕТЕЙ, ПОДВЕРЖЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЮ ДИОКСИНОВ: ОСОБЕННОСТИ ВО ВЬЕТНАМЕ

Чан М.Д.¹, Нгуен В.Н.²

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва,

²ФГАОУ ВО "Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы", г. Москва

Реферат. В период с 1961 по 1971 год вооруженные силы США применили больше 80 миллионов литров гербицидов, содержащих диоксины, на войне во Вьетнаме. Последствия от них спустя 50 лет остаются тяжелыми. Дети третьего и четвертого поколения страдали от долговременных воздействий диоксинов. У зараженных лиц могут присутствовать невро- и полиневропатии, психические расстройства, врожденные пороки развития нервной системы, в том числе spina bifida. Вопросы о взаимодействии между «Агент Оранж» и врожденными дефектами до конца не выяснены. Правительство и Министерства Социалистической Республики Вьетнам, а также различные вьетнамские и международные организации разрабатывают программы с целью ликвидации последствий от диоксинов в окружающих средах, лечения и профилактики диоксиновых заболеваний и пороков развития, особенно у детей.

Ключевые слова: «Агент Оранж», диоксины, ТХДД, врожденные дефекты, Вьетнам, дети.

NEUROLOGICAL DISORDERS AND CONGENITAL DEFECTS IN CHILDREN EXPOSED TO DIOXINS: SPECIFICATIONS IN VIETNAM

Chan M.D.¹, Nguyen V.N.²

¹Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Russian National Research Medical University named after N. I. Pirogov" of the Ministry of Health of Russia, Moscow,

²Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Russian Peoples' Friendship University named after Patrice Lumumba", Moscow

Annotation: Between 1961 and 1971, the U.S. military used more than 80 million liters of herbicides containing dioxins in the Vietnam War. The consequences from them 50 years later remain severe. Third and fourth generation children have suffered long-term effects from dioxins. Neuro- and polyneuropathies, psychiatric disorders, and congenital malformations of the nervous system, including spina bifida, may be present in infected individuals. Questions about the interaction between Agent Orange and birth defects have not been fully elucidated. The Government and Ministries of the Socialist Republic of Vietnam and various Vietnamese and

international organizations have been developing and implementing many works and programs to eliminate the effects of dioxins in the environment and to treat and prevent dioxin-related diseases and malformations, especially in children.

Keywords: *"Agent Orange", dioxins, TCDD, birth defects, Vietnam, children.*

Актуальность. В ходе боевых операций с 1961 по 1971 год, которые выполнили вооруженные силы США, больше 80 миллионов литров гербицидов хранилось во многих авиабазах и распылено на центральной и южной территории Вьетнама [1]. Один из этих ядов, «оранжевый агент», содержащий 2,3,7,8-тетрахлородибензодиоксин (ТХДД), относится к наиболее токсичным и мутагенным диоксидам. При этом, примерно 3 миллиона вьетнамцев были подвержены различным заболеваниям от диоксинов. В частности, 150 тысяч детей родились с врожденными дефектами [2]. Многие дети третьего и четвертого поколения страдали от диоксиновой катастрофы. В 1997 году Международное агентство по изучению рака классифицировало ТХДД как канцероген первой группы [3].

Диоксины имеют широкий спектр поражения в зависимости от концентрации, кратности, возраста, а также пола человека. Хроническое воздействие диоксинов на организм может привести к системным расстройствам, в том числе и нарушению нервной системы [4]. В 2016 году опубликовался Министерством здравоохранения и Министерством труда, социального развития и по делам инвалидов Социалистической Республики Вьетнам (СРВ) перечень 17 заболеваний и пороков развития, вызванных диоксидами [5]. Согласно этому реестру, зафиксированы следующие патологии со стороны нервной системы: острые и хронические невро- и полиневропатии, психические расстройства, врожденные пороки развития нервной системы, включая *spina bifida*.

Диоксины обладают химической устойчивостью и могут сохраняться годами в окружающей среде. Они могут проникать в организм человека контактно-бытовым и воздушно-капельным путем, но главным образом через пищевые продукты или грудное вскармливание ребенка и хорошо накапливается в жировых тканях. Период полураспада диоксинов составляет 7-11 лет [4]. По данным Всемирной организации здравоохранения, ТХДД не оказывает влияния на генетический материал, однако его токсичность обуславливает массовыми изменениями в метаболических процессах, что приводит к биохимическому дисбалансу функциональных систем, в частности репродуктивной и нервной системы. Такие модификации могут отличаться у разных поколений [6]. В то же время диоксиновые эффекты на человека продолжают длительно и через поколения. По результатам исследований зарубежных публикаций, девочки с подтвержденным поражением диоксинов через 25 лет родили болевших новорожденных [7]. С другой стороны, у мальчиков, подвергшихся воздействию диоксина до полового созревания, наблюдалось количественное и качественное снижение сперматозоидов через 22 года, в отличие от тех, кто заражен в подростковом возрасте, у которого выявлены увеличенные количественные показатели [8].

В исследованиях американских авторов остались спорные вопросы о взаимодействии между «оранжевый агент» и врожденными дефектами [9]. Оказалось, что воздействие ТХДД может привести к врожденным порокам развития на моделях животных, однако исследования на людях дали противоречивые результаты. По результатам Комитета Института медицины Национальной академии наук США пришли к выводу, что существуют «несоответственные/недостаточные доказательства» для подтверждения связи между воздействием «агент Оранжевый» и врожденными дефектами, за исключением *spina bifida*. В метаанализе Нгуен В.Т. и соав. указали, что американский комитет не включил вьетнамские и зарубежные неопубликованные исследования. Кроме того, при анализе 22 исследований, которые состоят из 13 вьетнамских и 9 невьетнамских работ, суммарный относительный риск врожденных дефектов, связанных с ТХДД, составил 1,95 при значительной гетерогенности между исследованиями. Степень связи

имела тенденцию повышаться по мере увеличения интенсивности и продолжительности воздействия, а также концентрации ТХДД, измеренной у пострадавших людей. Сила связи у вьетнамского населения была значительно выше, чем у других стран. Это согласуется с выводами о том, что более высокие концентрации диоксинов были обнаружены у вьетнамского населения в пострадавших районах, чем у американских ветеранов. Одним из ограничений данного исследования является то, что многие из вьетнамских исследований оказались со слабой достоверностью по некоторым методологическим критериям. При исключении вьетнамских исследований из метаанализа авторы наблюдали более низкий суммарный относительный риск, который оставался статистически значимым и равен 1,29. Необходимо отметить, что в неопубликованных вьетнамских исследованиях были использованы данные в период с 1970 до 1994 года. Шектер А. и Констебл Дж. показали, что среди вьетнамских пациентов с повышенным содержанием ТХДД в более позднем периоде времени ни у одного из них не были такими высокими, как в 1970 году [10].

Умеренные нарушения, вызванные диоксинами у детей раннего периода, многочисленны и включают изменение гормонов щитовидной железы и иммунной системы, расстройство слухового нейрорегулирования, познавательной деятельности и гендерного поведения, а также ряд других физических и психических отклонений [6]. Было проведено несколько исследований среди вьетнамских жителей, проживающих в районах бывших американских авиабаз. Показано, что диоксины вызывают негативные действия на вес, рост, окружность головы и живота, а также психомоторное развитие у младенцев, особенно у мальчиков [11]. Кроме того, у детей с высоким содержанием ТХДД в перинатальном периоде выявлен значительно увеличенный риск развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у девочек и трудности в обучении у мальчиков в школьном возрасте [1, 12].

Основными методами лечения детей, перенесших неврологические осложнения диоксинами, являются симптоматические. Они включают нейрохирургические вмешательства при *spina bifida*, комплексные реабилитационные мероприятия и психологические консультации. В каждый год утверждаются различные проекты по борьбе с отравлением и распространению диоксинов в экосистеме. После 1980 г. и особенно с 2000 г. отмечен рост количества научно-исследовательских работ по уменьшению влияния диоксинов на окружающую среду. Современные исследования о здоровье зараженных людей, в основном, проводятся на определенных жителях в зараженных территориях. Несмотря на то, что концентрация ТХДД в данных местах в 2010-е годы остается высокой, знания местных жителей о диоксине и мерах по предупреждению воздействия диоксина от загрязненных продуктов питания были ограниченными. Соответственно, дополнительные программы были проведены для населения в районах бывших авиабаз, включая Бьенхоа и Дананг [13]. Они разделились на 3 компонента: обучение и повышение квалификации членов в сфере здравоохранения по профилактическим вопросам, проведение информационных, образовательных и коммуникационных мероприятий по предотвращению диоксинов, а также политическую пропаганду для местных жителей. В результате уровень знаний населения значительно улучшился. Наряду с этим, они готовы выполнять рекомендации по снижению риска диоксинов.

С 2012 г. Агентство США по международному развитию и Министерство обороны СРВ совместно запустили проект по оценке и ликвидации загрязненной почвы в зараженных местах. Правительство выделяет бюджет на ежемесячные субсидии, здравоохранение и реабилитационные мероприятия для зараженных лиц, а также на поддержку районов, пострадавших от диоксинов. Дети получают специальное медицинское обследование и лечение и учатся в специализированных школах. В настоящее время имеется 12 учреждений, называемый «Деревни дружбы», и множество центров воспитания, которые обеспечивают стационарные условия, а также социальное

обслуживание детей, подвергшихся воздействию «Агента Оранж». С целью первичной профилактики врождённых пороков развития в Ханое и Хошимине активно проводится медико-генетическое консультирование для лиц, зараженных диоксинами.

Выводы. Прошло более 50 лет, но последствия от «Агент Оранж» до сих пор остаются серьезными. ТХДД вызывает многие неврологические заболевания и осложнения. Однако, врожденные дефекты у детей, как результат поражения ТХДД были научно неоднозначны. Отдаленные последствия диоксинов, в том числе неврологические нарушения и конгенитальные пороки развития у детей, а также профилактические мероприятия для лиц, находящихся в зоне их заражения, являются предметом дальнейших исследований.

Список литературы

1. Чан Н.Н., Фам Т.Т., Фам Т.Н., Ву, Т.Х., Луонг, Н.К., Нишиджо, М., Эффекты перинатального воздействия ТХДД на развитие нервной системы отличаются от эффектов других ПХДД/Ф у вьетнамских детей, живущих вблизи бывшей авиабазы США в Дананге, Вьетнам. Токсики, 2023. 11(2).

2. Нго, А.Д., Бролан, К., Фицджеральд, Л., Фам, В., Фан, Х., Голоса из Вьетнама: опыт детей и молодежи с ограниченными возможностями, а также их семей из сельского региона, пострадавшего от «Агента Оранж». Инвалидность и общество, 2013. 28(7): с. 955-969.

3. Стинланд К., Бертацци П., Баккарелли А., Кожевинас М., «Возврат к диоксину: изменения, произошедшие после классификации МАИР в 1997 году диоксина как канцерогена для человека». Перспектива здоровья окружающей среды, 2004. 112(13): с. 1265-8.

4. Всемирная организация здравоохранения. Диоксины и их влияние на здоровье человека. 2016. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dioxins-and-their-effects-on-human-health>.

5. Статья 7, Совместный циркуляр № 20/2016/ТТЛТ-ВУТ-ВЛӨТВХН, 30/6/2016 Министерства здравоохранения и Министерства труда, социального развития и по делам инвалидов Социалистической Республики Вьетнам (СРВ) «Перечень 17 заболеваний и пороков развития, вызванных диоксинами». <https://vava.org.vn/van-ban-phap-luat/danh-muc-17-benh-tat-di-dang-di-tat-co-lien-quan-den-phoi-nhiem-voi-chat-doc-da-cam-92.html>.

6. Уайт С.С., Бирнбаум Л.С. Обзор воздействия диоксинов и диоксиноподобных соединений на позвоночных, подтвержденных данными человеческой и экологической эпидемиологии. J Environ Sci Health C Environ Carcinog Ecotoxicol Rev, 2009. 27(4): р. 197-211.

7. Баккарелли А., Джакомини С.М., Корбетта С., Ланди М.Т., Бонзини М., Консонни Д., Грилло П., Паттерсон Д.Г., Пезатори А.С., Бертацци П.А. Функция щитовидной железы новорожденных у Сесесо через 25 лет после воздействия диоксина на мать. PLoS Med. 29 июля 2008 г.;5(7):e161. doi: 10.1371/journal.pmed.0050161.

8. Мокарелли, П., Герту, П.М., Паттерсон-младший, Д.Г., Милани, С., Лимонта, Г., Бертона, М., Синьорини, С., Трамасере, П., Коломбо, Л., Креспи, К., Брамбилла, П., Сарто, К., Каррери, В., Сэмпсон, Э.Дж., Тернер, В.Е., Нидэм, Л.Л. Воздействие диоксина, начиная с младенчества и до полового созревания, вызывает эндокринные нарушения и влияет на качество спермы человека. Перспектива здоровья окружающей среды, 2008. 116(1): с. 70-7.

9. Нго А.Д., Тейлор Р., Робертс К.Л., Нгуен В.Т. Связь между «Агентом Оранж» и врожденными дефектами: систематический обзор и метаанализ. Int J Epidemiol, 2006. 35(5): с. 1220-30.

10. Шектер А., Констебль Дж.Д. Комментарий: «Агент Оранж» и врожденные дефекты во Вьетнаме. Международный журнал эпидемиологии., 2006. 35(5), 1230–1232. <https://doi.org/info:doi/>.

11. Нгуен, А.Т.Н., Нишидзё, М., Фам, Т.Т., Чан, Н.Н., Чан, Х.А., Хоанг, В.Л., Бода, Х., Морикава, Ю., Нишино, Ю., Нишидзё, Х., С учетом пола Влияние перинатального воздействия диоксина на пищевое поведение трехлетних вьетнамских детей. *ВМС Педиатр*, 2018. 18(1): с. 213.

12. Фам Т.Т., Нишидзё М., Фам Н.Т., Ву Т.Х., Чан Н.Н., Чан Х.А., Хоанг В.Л., До К., Нишино Ю., Нишидзё Х. Перинатальное воздействие диоксина и Симптомы синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей, живущих в горячей точке загрязнения диоксинами во Вьетнаме. *Токсики*, 2022. 10(5).

13. Чан, Т.Т.Х., Нгуен, Н.Б., Ле, В.А., Новая стратегия снижения риска воздействия диоксина для местных жителей, окружающих горячие точки диоксина во Вьетнаме. *Glob Health Action*, 2013. 6: с. 21105.

Bibliography

1. Tran, N.N., Pham, T.T., Pham. T.N., Vu, T.H., Luong, N.K., Nishijo, M., Neurodevelopmental Effects of Perinatal TCDD Exposure Differ from Those of Other PCDD/Fs in Vietnamese Children Living near the Former US Air Base in Da Nang, Vietnam. *Toxics*, 2023. 11(2).

2. Ngo, A.D., Brolan, C., Fitzgerald, L., Pham, V., Phan, H., Voices from Vietnam: experiences of children and youth with disabilities, and their families, from an Agent Orange affected rural region. *Disability & Society*, 2013. 28(7): p. 955-969.

3. Steenland, K., Bertazzi, P., Baccarelli, A., Kogevinas, M., Dioxin revisited: developments since the 1997 IARC classification of dioxin as a human carcinogen. *Environ Health Perspect*, 2004. 112(13): p. 1265-8.

4. World Health Organization. Dioxins and their effects on human health. 2016. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dioxins-and-their-effects-on-human-health>.

5. Article 7, Joint Circular No. 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH, 30/6/2016 of the Ministry of Health and the Ministry of Labor, Social Development and Invalids of the Socialist Republic of Vietnam (SRV) "List of 17 diseases and malformations caused by dioxins". <https://vava.org.vn/van-ban-phap-luat/danh-muc-17-benh-tat-di-dang-di-tat-co-lien-quan-den-phoi-nhiem-voi-chat-doc-da-cam-92.html>.

6. White, S.S., Birnbaum, L.S., An overview of the effects of dioxins and dioxin-like compounds on vertebrates, as documented in human and ecological epidemiology. *J Environ Sci Health C Environ Carcinog Ecotoxicol Rev*, 2009. 27(4): p. 197-211.

7. Baccarelli A, Giacomini SM, Corbetta C, Landi MT, Bonzini M, Consonni D, Grillo P, Patterson DG, Pesatori AC, Bertazzi PA. Neonatal thyroid function in Seveso 25 years after maternal exposure to dioxin. *PLoS Med*. 2008 Jul 29;5(7):e161. doi: 10.1371/journal.pmed.0050161.

8. Mocarelli, P., Gerthoux, P.M., Patterson Jr, D.G, Milani, S., Limonta, G., Bertona, M., Signorini, S., Tramacere, P., Colombo, L., Crespi, C., Brambilla, P., Sarto, C., Carreri, V., Sampson, E.J., Turner, W.E., Needham, L.L., Dioxin exposure, from infancy through puberty, produces endocrine disruption and affects human semen quality. *Environ Health Perspect*, 2008. 116(1): p. 70-7.

9. Ngo, A.D., Taylor, R., Roberts, C.L., Nguyen, V.T., Association between Agent Orange and birth defects: systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*, 2006. 35(5): p. 1220-30.

10. Schecter, A, Constable, J.D., Commentary: Agent Orange and birth defects in Vietnam. *International Journal of Epidemiology*, 2006. 35(5), 1230–1232. <https://doi.org/info:doi/>.

11. Nguyen, A.T.N., Nishijo, M., Pham, T.T., Tran, N.N., Tran, H.A., Hoang, V.L., Boda, H., Morikawa, Y., Nishino, Y., Nishijo, H., Sex-specific effects of perinatal dioxin exposure on eating behavior in 3-year-old Vietnamese children. *BMC Pediatr*, 2018. 18(1): p. 213.

12. Pham, T.T., Nishijo, M., Pham, N.T., Vu, T.H., Tran, N.N., Tran, H.A., Hoang, V.L., Do, Q., Nishino, Y., Nishijo, H., Perinatal Dioxin Exposure and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Symptoms in Children Living in a Dioxin Contamination Hotspot in Vietnam. *Toxics*, 2022. 10(5).

13. Tran, T.T.H., Nguyen, N.B., Le, V.A., New strategy toward dioxin risk reduction for local residents surrounding severe dioxin hotspots in Vietnam. *Glob Health Action*, 2013. 6: p. 21105.

Сведения об авторах

Чан Минь Дык, аспирант, кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ЛФ, ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, дом 1. Телефон: +79650439017. Email: tmdlyd1@gmail.com.

Нгуен Ван Нам, клинический ординатор, кафедра нервных болезней и нейрохирургии им. Ю.С. Мартынова, ФГАОУ ВО "Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы", 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. Телефон: +79604377652. Email: nguyenvannamqy@gmail.com

Information about authors

Tran Minh Duc, post-graduate student, Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics, Faculty of General Medicine, Pirogov Russian National Research Medical University. Phone number: +79650439017. Email: tmdlyd1@gmail.com.

Nguyen Van Nam, resident, Department of Neurology and Neurosurgery, Peoples' Friendship University of Russia. Phone number: +79604377652. Email: nguyenvannamqy@gmail.com.

УДК: 615.838.5.7:616.831-001.34-0.53.5

ПРИМЕНЕНИЕ СУХИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Чепурная Л.Ф.

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

Реферат. Под наблюдением находилось 62 ребенка с последствиями легкой черепно-мозговой травмы (ЧМТ) с цереброастеническим синдромом, прибывших на санаторно-курортное лечение. Проведен анализ биоэлектрической активности головного мозга методом электроэнцефалографии, состояние тонуса церебральных сосудов у детей с последствиями ЧМТ изучали с помощью метода реоэнцефалограммы. Был проведен сравнительный анализ состояния вегетативной нервной системы и функций сердца в наблюдаемых группах детей. По лечебному фактору были сформированы две группы: основная группа (ОГ)- 21 ребенок, получившие комплексное санаторно-курортное лечение и сухие углекислые ванны (СУВ) и группа сравнения (ГС)- 41 ребенок, получившие базовое лечение без сухих углекислых ванн.

Ключевые слова: *дети, последствия черепно-мозговой травмы, санаторно-курортное лечение, сухие углекислые ванны.*

USE OF DRY CARBON DIOXIDE BATHS IN COMPREHENSIVE SPA TREATMENT IN CHILDREN WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY

Abstract. We observed 62 children with consequences of mild traumatic brain injury (TBI) with cerebroasthenic syndrome who arrived for sanatorium-resort treatment. The bioelectrical activity of the brain was analyzed using electroencephalography; the state of cerebral vascular tone in children with consequences of TBI was studied using the rheoencephalogram method. A comparative analysis of the state of the autonomic nervous system and heart functions in the observed groups of children was carried out. According to the treatment factor, two groups were formed: the main group (MG) - 21 children who received complex sanatorium-resort treatment and dry carbon dioxide baths (DCB) and the comparison group (CG) - 41 children who received basic treatment without dry carbon dioxide baths.

Key words: *children, consequences of traumatic brain injury, sanatorium-resort treatment, dry carbon dioxide baths.*

Актуальность. Проблема детского нейротравматизма чрезвычайно актуальна. Удельный вес осложнений черепно-мозговых травм (ЧМТ), их распространенность и многообразие и, соответственно, высокая социальная значимость заболевания обуславливают необходимость применения санаторно-курортного лечения, как одного из важных этапов реабилитации больных в общем поэтапном (стационар-поликлиника-санаторий) лечении. Санаторно-курортный этап включает двигательный режим, климатолечение, полноценную диету, массаж, грязелечение, бальнеолечение, аппаратную физиотерапию, психолого-педагогическую и логопедическую коррекцию, ароматерапию и другие дополнительные средства реабилитации.

Включение в комплексное санаторно-курортное лечение комбинированного и сочетанного применения природных и преформированных лечебных факторов, как правило, приводит к высоким результатам эффективности не только основного, но и сопутствующих заболеваний детей. Работами ученых Центрального НИИ курортологии и физиотерапии [1,2] и Ялтинского НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И.М. Сеченова [3-5] показано благоприятное влияние сухих углекислых ванн на функции центральной и вегетативной нервной систем, высшие отделы центральной нервной системы (ЦНС), которое проявляется снижением симпатических влияний на функции органов, восстановлением силы нервных процессов, их уравновешенности, снижением симптомов астении [6]. В работах под руководством профессора М.А. Хан показано корригирующее влияние курса сухих углекислых ванн на гемодинамику, процессы реполяризации миокарда, отмечено улучшение мозгового кровообращения в результате перераспределения кровотока и открытия коллатералей, вазодилатирующее действие на периферические сосуды, стимуляция кислородотранспортной системы у детей с синдромом вегетативной дисфункции [7-10]. Показано положительное применение сухих углекислых ванн в комплексной санаторно-курортной реабилитации у больных детским церебральным параличом [11,12].

С целью научного обоснования возможности и целесообразности применения сухих углекислых ванн у детей с последствиями ЧМТ в санаторно-курортных условиях были проведены клинические наблюдения и сравнительные исследования по разработке дифференцированных методик лечебного воздействия.

Материалы и методы. При отборе пациентов применялись следующие критерии включения: возраст от 10 до 15 лет; давность ЧМТ от 1 месяца до 24 месяцев; подтвержденный диагноз закрытой ЧМТ; отсутствие в анамнезе тяжелой пре- и перинатальной патологии; отсутствие значимых сопутствующих соматических заболеваний на период исследования; прием препаратов, влияющих на состояние ЦНС.

Под наблюдением находилось 62 ребенка с последствиями легкой ЧМТ, с церебрастеническим синдромом, прибывших на санаторно-курортное лечение в «Санаторий для детей и детей с родителями «Искра». При поступлении на санаторно-курортное лечение у 82,1% детей выявлены жалобы на головные боли, головокружения 51,8% и тошноты 18,0%, утомляемость и раздражительность 62,5%, плохую переносимость душных помещений 30,4% и плохую переносимость транспорта 26,8%. Лабильность настроения 35,7% и беспокойный сон отмечали 12,5% больных. Преобладала бытовая травма (80,3%). По лечебному фактору были сформированы две группы: I группа основная (ОГ)- 21 ребенок, получившие комплексное санаторно-курортное лечение (двигательный режим, климатолечение, полноценную диету, массаж, грязелечение) и сухие углекислые ванны (СУВ) с концентрацией газовой смеси — 20,0%, температурой ванны — 28°C, длительность каждой процедуры 10 мин. проводились через день, в дни свободные от грязелечения, на курс 8 процедур. II группа сравнения (ГС)- 41 ребенок, получившие базовое лечение без СУВ.

Результаты. Проведен анализ биоэлектрической активности головного мозга методом электроэнцефалографии (ЭЭГ). Состояние тонуса церебральных сосудов у детей с последствиями ЧМТ изучали с помощью метода реоэнцефалограммы (РЭГ) во фронтально-мастоидальных отведениях. С помощью эхоэнцефалоскопии (Эхо-Эс) по индексу бокового желудочка оценивали состояние внутричерепного давления. Был проведен сравнительный анализ состояния вегетативной нервной системы и функций сердца в наблюдаемых группах детей. Изучалось психоэмоциональное состояние.

Выводы. У 21 ребенка с последствиями ЧМТ было изучено применение СУВ на фоне комплексного санаторно-курортного лечения в сравнении с 41 ребенком, получившими базовое санаторно-курортное лечение. Отмечалось значительное улучшение самочувствия: почти у всех детей прошли головные боли и головокружения, что подтверждалось нормализацией пульсового полушарного кровенаполнения, нормализацией тонуса артерий среднего калибра и артериол у больных с исходно повышенными показателями и достоверным $p > 0,01$ улучшением венозного оттока, снижением выраженности внутричерепной гипертензии. У детей с последствиями ЧМТ с функциональными отклонениями биоэлектрической активности головного мозга в виде повышения активирующих влияний неспецифических регуляторных систем, комплексное лечение с сухими углекислыми ваннами оказало благоприятное влияние в виде улучшения корково-подкорковых взаимоотношений. Наблюдалось улучшение показателей ЭКГ с восстановлением процессов реполяризации миокарда. Отмечалось улучшение психоэмоционального состояния. Лечебный комплекс с сухими углекислыми ваннами, по сравнению с санаторно-курортным лечением, оказал более выраженное положительное влияние. Таким образом, результаты проводимых исследований свидетельствуют о положительной динамике предложенных комплексов в санаторно-курортной реабилитации детей с последствиями ЧМТ. Данные разработанные комплексы могут быть рекомендованы к использованию в санаторно-курортных и лечебных учреждениях. Внедрены в лечебный комплекс больных детей в «Санаторий для детей и детей с родителями «Искра».

Выводы

1. У значительной части обследованных нами детей с последствиями ЧМТ легкой степени в отдаленном периоде от 1 до 24 месяцев имелись жалобы на головные боли, головокружения и тошноты, утомляемость и раздражительность, плохую переносимость душных помещений и поездку в транспорте,

2. Выявлены отклонения от возрастных норм в функциональном состоянии центральной нервной системы. Отмечена дистония церебральных сосудов, которая характеризовалась гипертонической направленностью с признаками затруднения венозного оттока из полости черепа. Отмечены нарушения функции проводимости и процесса реполяризации по данным ЭКГ,

3. Комплексное санаторно-курортное лечение с применением сухих углекислых ванн оказало положительное влияние на клинические и функциональные изменения у детей с последствиями черепно-мозговой травмы.

Список литературы

1. Болотов Д.Д. «Современная система суховоздушной бальнеотерапии «Реабокс» в реабилитации больных». / Болотов Д.Д., Шакула А.В., Щегольков А.М. // Учебно-методическое пособие. – М.: РМАПО, 2013, - 26 с.

2. Сорокина Е. И. Сухие углекислые ванны в лечении и профилактике. – М. - 2016. – 87 с.

3. Ежов В.В. Применение сухих углекислых ванн в клинической практике (научный обзор) / В.В. Ежов, А.Ю. Царёв, Т.Е. Платунова // Вестник физиотерапии и курортологии. - 2017. - №2. - С.63-75.

4. В.В. Ежов Особенности лечебного действия сухих углекислых ванн у пациентов с кардио- и цереброваскулярными заболеваниями / В.В. Ежов, В.И. Мизин, Н.А. Северин, А.Ю. Царев, Т.Е. Платунова. // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2017. - № 4 - С. 88-95.

5. Применение сухих углекислых ванн «Реабокс» в клинической практике. Методические рекомендации. Ялта 2017. – 24 с.

6. Сухие углекислые ванны в комплексном санаторно-курортном лечении детей и подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Методические рекомендации. Пятигорск 2018. – 11 с.

7. Хан М.А. Применение «сухих» углекислых ванн в терапии бронхиальной астмы у детей / М.А. Хан, Л.В. Иванова, В.А. Ревякина, И.В. Аджимамудова, Ю.В. Дворяковский, В.С. Реутова // Пособие для врачей. - Москва. - 2003. - 14 с.

8. Никитюк Ю.В. Применение сухих углекислых ванн в медицинской реабилитации детей с различными заболеваниями / Никитюк Ю.В., Хан М.А., Микитченко Н.А., Иванова И.И., Дедурина А.В. // Вестник восстановительной медицины. – 2020. - № 4 (98). - С.62-70.

9. Вахова Е.Л. Сухие углекислые ванны в медицинской реабилитации детей. / Вахова Е.Л., Лян Н.А., Григорьева О.К. // Вестник восстановительной медицины. 2015. - № 6 - С. 48-52.

10. М.А. Хан Сухие углекислые ванны в медицинской реабилитации детей / М.А. Хан, И. В. Погонченкова, Е. Л. Вахова, М. А. Рассулова, Н. А. Лян, И. А. Бокова. // Педиатрия – 2018. - №5 (149). - С.51-56.

11. Чепурная Л.Ф. Обоснование применения сухих углекислых ванн у больных детским церебральным параличом на санаторно-курортном этапе / Чепурная Л.Ф., Слюсаренко А.В., Бура Г.В., Рябцова Л.М., Томина Л.Г. // 2-й национальный междисциплинарный конгресс с международным участием. «Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии: традиции и инновации» 21-22 марта 2019. - С. 126.

12. Применение сухих углекислых ванн в комплексной санаторно-курортной реабилитации у больных детским церебральным параличом Методические рекомендации Евпатория 2021. – 14 с.

Bibliography

1. Bolotov D.D. “Modern system of dry air balneotherapy “Reabox” in the rehabilitation of patients.” / Bolotov D.D., Shakula A.V., Shchegolkov A.M. // Educational and methodological manual. – М.: RMAPO, 2013, - 26 p.

2. Sorokina E.I. Dry carbon dioxide baths in treatment and prevention.–М.- 2016. – 87 p.

3. Ezhov V.V. The use of dry carbon dioxide baths in clinical practice (scientific review) / V.V. Ezhov, A.Yu. Tsarev, T.E. Platunova // Bulletin of physiotherapy and balneology. - 2017. - No. 2. - P.63-75.

4. V.V. Ezhov Features of the therapeutic effect of dry carbon dioxide baths in patients with cardio- and cerebrovascular diseases / V.V. Ezhov, V.I. Mizin, N.A. Severin, A.Yu. Tsarev, T.E. Platunova. // Bulletin of physiotherapy and balneology. – 2017. - No. 4 - P. 88-95.

5. Use of dry carbon dioxide baths “Reabox” in clinical practice. Guidelines. Yalta 2017. – 24 p.

6. Dry carbon dioxide baths in complex sanatorium-resort treatment of children and adolescents with diseases of the cardiovascular system. Guidelines. Pyatigorsk 2018. – 11 p.

7. Khan M.A. The use of “dry” carbon dioxide baths in the treatment of bronchial asthma in children / M.A. Khan, L.V. Ivanova, V.A. Revyakina, I.V. Adzhimudova, Yu.V. Dvoryakovsky, V.S. Reutova // Manual for doctors. - Moscow. - 2003. - 14 p.

8. Nikityuk Yu.V. The use of dry carbon dioxide baths in medical rehabilitation of children with various diseases / Nikityuk Yu.V., Khan M.A., Mikitchenko N.A., Ivanova I.I., Dedurina A.V. // Bulletin of restorative medicine. – 2020. - No. 4 (98). - P.62-70.

9. Vakhova E.L. Dry carbon dioxide baths in medical rehabilitation of children. / Vakhova E.L., Liang N.A., Grigorieva O.K. // Bulletin of restorative medicine. 2015. - No. 6 - P. 48-52.

10. M.A. Khan Dry carbon dioxide baths in medical rehabilitation of children / M.A. Khan, I. V. Pogonchenkova, E. L. Vakhova, M. A. Rassulova, N. A. Liang, I. A. Bokova. // Pediatrics – 2018. - No. 5 (149). - P.51-56.

11. Chepurnaya L.F. Rationale for the use of dry carbon dioxide baths in patients with cerebral palsy at the sanatorium-resort stage / Chepurnaya L.F., Slyusarenko A.V., Bura G.V., Ryabtsova L.M., Tomina L.G. // 2nd national interdisciplinary congress with international participation. “Physical and rehabilitation medicine in pediatrics: traditions and innovations” March 21-22, 2019. - P. 126.

12. The use of dry carbon dioxide baths in complex sanatorium-resort rehabilitation for patients with cerebral palsy Methodological recommendations Evpatoria 2021. – 14 p.

Сведения об авторах

Чепурная Людмила Федоровна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, заведующая отделением медицинской реабилитации детей «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, Россия. E-mail: chepurnaja.ljudmila@mail.ru Тел.+7-978-727-56-97

Information about authors

Chepurnaya Ljudmila Fedorovna, Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher, Head of the Department of Medical Rehabilitation of Children "Scientific Research Institute of Children's Balneology, Physiotherapy and Medical Rehabilitation", Evpatoria, Russia, E-mail: chepurnaja.ljudmila@mail.ru Тел.+7-978-727-56-97

УДК 616.8

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ МЕБИУСА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Яковлева А.А. Гунченко М.М.

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

Реферат. Синдром Мебиуса – наследственное заболевание, проявляющееся врожденным парезом черепно-мозговых нервов. Синдром несет в себе инвалидизирующие нарушения функционирования иннервируемых мышц, приводя к грубой моторной дисфункции, стойкой утрате социально-бытовых навыков. Данный

клинический случай демонстрирует ценность мультидисциплинарного подхода к ведению и лечению пациентов с синдромом Мебиуса, определяющего дальнейшие перспективы гармоничного развития ребенка.

Ключевые слова: синдром Мебиуса, косоглазие, лагофтальм

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO THE MANAGEMENT OF A PATIENT WITH MOEBIUS SYNDROME. CLINICAL CASE

Yakovleva A.A. Gunchenko M.M.

GBUZ Scientific and Practical Center for Pediatric Psychoneurology of the Moscow Healthcare Department,

Abstract. Mobius syndrome is a hereditary disease manifested by congenital cranial nerve palsy. The syndrome carries disabling dysfunction of the innervated muscles, leading to gross motor dysfunction and persistent loss of social and everyday skills. This clinical case demonstrates the value of a multidisciplinary approach to the management and treatment of patients with Moebius syndrome, which determines the future prospects for the harmonious development of the child.

Key words: *Mobius syndrome, strabismus, lagophthalmos*

Актуальность. Синдром Мебиуса – редкое заболевание, характеризующееся врожденным полным или частичном параличом черепных нервов (VI, VII, VIII, XI, XII), проявляющимся нарушением работы глазодвигательных мышц, мимической, жевательной мускулатуры, расстройствами глотания и речи [1]. Этиология заболевания носит наследственный характер, передается аутосомно-доминантным, аутосомно-рецессивным либо X-сцепленным путем. При рождении примерно у 90% новорожденных наблюдается обструкция дыхательных путей из-за сопутствующих черепно-лицевых аномалий [2]. Этиопатогенетических подходов к лечению данного заболевания не существует, в ряде случаев эффективно оперативное вмешательство, некоторые подходы в лечении носят исключительно симптоматический характер. Однако, несмотря на агенезию черепно-мозговых ядер и зачастую значительную денервацию лицевой, мимической, жевательной мускулатуры, актуальным остается вопрос восстановительного лечения, направленного на коррекцию звукопроизношения, моторной дисфункции лицевых мышц. Большинство пациентов нуждается в психологической поддержке.

Материалы и методы. Представлен клинический случай

Результаты. Пациент А, в возрасте 5 лет, в сопровождении родителей обратился на прием в консультативное поликлиническое отделение НПЦ детской психоневрологии с жалобами на нарушение движения глаз, отсутствие движений в мимической мускулатуре, ограничение подвижности губ, нарушение глотания, частые поперхивания, запоры, ограничение походки. Из анамнеза заболевания известно, что перинатальный анамнез не отягощен, ребенок родился в срок, однако при рождении был переведен в реанимационное отделение в связи с дыхательной недостаточностью I степени. Предположительный диагноз «двусторонний синдром Мебиуса» выставлен при рождении на основании отсутствия лицевой мимики, сходящегося косоглазия, лагофтальма, выраженной дисфагии. Через 3 месяца ребенок консультирован генетиком, для верификации диагноза рекомендовано проведение ЭНМГ лицевых нервов, МРТ головного мозга с визуализацией ядер ЧМН. По результатам ЭНМГ: мигательный рефлекс с обеих сторон не зарегистрирован, кожная интерференционная ЭМГ с жевательных и височных мышц зарегистрирована, частотная характеристика снижена. Прямая стимуляция лицевого нерва и регистрация

отведения с круговой мышцы глаза- вызванный ответ резко сниженной амплитуды зарегистрирован. Интерференционный паттерн с круговой мышцы глаза и мышцы, поднимающей угол рта – сниженной амплитуды. По результатам МРТ головного мозга: структурной патологии вещества головного мозга не обнаружено. Диагноз верифицирован: Синдром Мебиуса с вовлечением VI, VII, XI, XII пар черепно-мозговых нервов. На момент консультации при неврологическом осмотре обращает на себя внимание ограничение движения глазных яблок – перемещение исключительно в вертикальной плоскости, двусторонний лагофталм, грубое нарушение звукопроизношения, амимичное лицо «лицо-маска», ограничения при выполнении мимических проб. Со слов родителей к возрасту 5 лет сохраняются трудности с глотанием, которые проявляются в сложности приема твердой пищи. В плане оперативное вмешательство с целью коррекции глазодвигательных нарушений – рецессия круговых мышц глаза, восстановительное лечение, включающее логопедическую коррекцию, физические методы, направленные на коррекцию дисфункции лицевой мускулатуры.

Выводы. Синдром Мебиуса- заболевание, сопровождающееся стойким неврологическим дефицитом, не поддающимся в большинстве случаев полной коррекции. Вовремя поставленный диагноз и мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с данной нозологией позволяет начать в ранние сроки восстановительную терапию и грамотно подготовить ребенка к проведению оперативного вмешательства. Все вышеперечисленные мероприятия способствуют адаптации ребенка в социальной среде и гармонизируют его психо-моторное развитие.

Список литературы

1. Pedersen LK, Maimburg RD, Hertz JM, et al. Moebius sequence -a multidisciplinary clinical approach. Orphanet J Rare Dis. 2017;12(1):4. doi: 10.1186/s13023-016-0559-z
2. Cuestas G, Quiroga V, Zanetta A, Giménez E. Manejo de la vía aérea en el neonato con síndrome de Moebius. An Pediatr (Barc). 2019;91:264-267

Bibliography

1. Pedersen LK, Maimburg RD, Hertz JM, et al. Moebius sequence -a multidisciplinary clinical approach. Orphanet J Rare Dis. 2017;12(1):4. doi: 10.1186/s13023-016-0559-z
2. Cuestas G, Quiroga V, Zanetta A, Giménez E. Manejo de la vía aérea en el neonato con síndrome de Moebius. An Pediatr (Barc). 2019;91:264-267

Сведения об авторах

Яковлева Алла Анваровна – НПЦ детской психоневрологии, г. Москва, врач-невролог, alpetal1@yandex.ru

Гунченко Марина Михайловна - НПЦ детской психоневрологии, г. Москва, врач-невролог высшей категории, заместитель директора по амбулаторно-поликлинической работе