



детские
реабилитологи
национальная
ассоциация

Детская реабилитация

The pediatric rehabilitation

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Сборник тезисов

02

ТОМ №2
2020

ISSN 2686-7656

Главный редактор

Батышева

Татьяна Тимофеевна

Президент «Национальной ассоциации детских реабилитологов», 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», заслуженный врач РФ, профессор, д.м.н., (Россия, Москва)

Первый заместитель главного редактора

Разумов Александр Николаевич

академик РАН, профессор, д.м.н., (Россия, Москва)

Научный редактор

Быкова Ольга Владимировна

д.м.н., (Россия, Москва)

Выпускающий редактор

Лалабекова Марина Валерьевна

к.м.н., (Россия, Москва)

Ответственный секретарь

Тихонов Сергей Владимирович

ученый секретарь ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», к.б.н., (Россия, Москва)

Члены редколлегии и редакционного совета

Бадалян Оганес Леонович
проф., д.м.н. (Россия, Москва)

Баиндурашвили
Алексей Георгиевич
академик РАН, профессор, д.м.н.
(Россия, Санкт-Петербург)

Баранов Александр Александрович
академик РАН, профессор, д.м.н.,
(Россия, Москва)

Бурд Сергей Георгиевич
проф., д.м.н. (Россия, Москва)

Валиуллина Светлана Альбертовна
проф., д.м.н. (Россия, Москва)

Гайнетдинова Дина Дамировна
действительный член АНРТ,
проф., д.м.н. (Россия, Республика
Татарстан)

Гузева Валентина Ивановна
проф., д.м.н. (Россия, Санкт-
Петербург)

Гусева Мария Евгеньевна
доц., к.м.н. (Россия, Москва)

Гусева Наталья Борисовна
проф., д.м.н. (Россия, Москва)

Дегтярев Дмитрий Николаевич
проф., д.м.н. (Россия, Москва)

Диордиев Андрей Викторович
проф., д.м.н. (Россия, Москва)

Иванов Дмитрий Олегович
д.м.н. (Россия, Санкт-Петербург)

Иванова Галина Евгеньевна
проф., д.м.н. (Россия, Москва)

Камалов Армаис Альбертович
академик РАН, профессор, д.м.н.,
(Россия, Москва)

Козьявкин Владимир Ильич
проф., д.м.н. (Кипр, Limassol)

Климов Юрий Андреевич,
доц., к.м.н. (Россия, Москва)

Лайшева Ольга Арленовна
проф., д.м.н. (Россия, Москва)

Левченко Ирина Юрьевна
проф., д.психол.н., (Россия, Москва)

Мохов Дмитрий Евгеньевич
проф., д.м.н. (Россия, Санкт-
Петербург)

Полетаев Александр Борисович
проф., д.м.н. (Россия, Москва)

Плотникова Инга Альбертовна
д.м.н. (Россия, Москва)

Приходько Оксана Георгиевна
проф., д.п.н. (Россия, Москва)

Румянцев Александр Григорьевич
академик РАН, проф., д.м.н.,
(Россия, Москва)

Пузин Сергей Никифорович
академик РАН, проф., д.м.н.
(Россия, Москва)

Разенкова Юлия Анатольевна
д.п.н. (Россия, Москва)

Солдатова Ирина Геннадьевна
проф., д.м.н. (Россия, Москва)

Троицкая Любовь Анатольевна
профессор, д.п.н., (Россия, Москва)

Фисенко Андрей Петрович
проф., д.м.н. (Россия, Москва)

Хан Майя Алексеевна
проф., д.м.н. (Россия, Москва)

Школьников Мария
Александровна
проф., д.м.н., (Россия, Москва)

«Детская реабилитация» научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год.

Журнал зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых
коммуникаций (Роскомнадзор)
ПИ № ФС77-75782 от 24.05.2019 г.

E-mail: nadr.ru@gmail.com
www.nasdr.ru

Учредитель и Издатель:

Региональная общественная
организация «Национальная
ассоциация детских
реабилитологов»



**детские
реабилитологи**
национальная
ассоциация

Адрес редакции:

Москва, Мичуринский проспект, д. 74
Тел. (факс): +7 (495) 430-80-17
E-mail: nadr.ru@gmail.com

ISBN 9772686765009



Перепечатка и любое воспроизведение материалов
и иллюстраций в печатном или электронном виде
из журнала «Детская реабилитация» допускается
только с письменного разрешения издателя

Формат 60х90 1/8. Усл. печ. л. 20.5.
Отпечатано в ООО «Лакшери Принт»
115142, Москва, ул. Речников, д. 21, стр. 7
Тел.: +7 (495) 775-91-60
Тираж 1 500 экз.

Дата выхода — 30 апреля 2020 года
Свободная цена

The pediatric rehabilitation

ISSN 2686-7656

02 VOL. №2
2020

Editor-in-Chief

Batysheva

Tatyana Timofeevna

President of the National Association of Pediatric Rehabilitators, Chief Out-of-Staff Childhood Specialist of the Ministry of Health of Russia on medical rehabilitation, Chief Out-of-Staff Specialist of Moscow Healthcare Department on childhood neurology, director of SBHI «The Scientific and Practical Center for Pediatric Psychoneurology of Health Department of the City of Moscow», Honored Doctor of Russian Federation, professor, Doctor of Science in medicine (Russia, Moscow);

First Deputy Editor-in-Chief

Razumov Aleksandr Nikolaevich

Academician of RAS, professor, Doctor of Sc. (Russia, Moscow)

Science editor

Bykova Olga Vladimirovna

Doctor of Sc., (Russia, Moscow)

Commissioning editor

Lalabekova Marina Valeryevna

Ph.D., (Russia, Moscow)

Executive Secretary

Tikhonov Sergey Vladimirovich

the Scientific Secretary of SBHI «The Scientific and Practical Center for Pediatric Psychoneurology of Health Department of the City of Moscow», Ph.D. (Russia, Moscow)

Editorial board members of the journal

Badalyan Oganess Levonovich
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Baindurashvili Aleksey Georgievich
academician of RAS, Prof., Doctor of Sc., (Russia, Saint-Petersburg);

Baranov Alexander Alexandrovich
academician of RAS, Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Burd Sergey Georgievich
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Valiullina Svetlana Albertovna
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Gaynetdinova Dina Damirovna
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Republic of Tatarstan);

Guzeva Valentina Ivanovna
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Saint-Petersburg);

Guseva Maria Evgenyevna
Associate Professor, Ph.D., (Russia, Moscow);

Guseva Natalya Borisovna
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Degtyarev Dmitriy Nikolaevich
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Diordiev Andrey Viktorovich
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Ivanov Dmitriy Olegovich
Doctor of Sc., (Russia, Saint-Petersburg);

Ivanova Galina Evgenyevna
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Kamalov Armais Albertovich
academician of RAS, Professor, MD, (Russia, Moscow);

Kozyavkin Vladimir Ilyich
Prof., Doctor of Sc., (Cyprus, Limassol);

Klimov Yuri Andreevich
Associate Professor, Ph.D., (Russia, Moscow);

Laysheva Olga Arlenovna
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Levchenko Irina Yuryevna
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Mohov Dmitriy Evgenyevich
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Saint-Petersburg);

Poletaev Aleksandr Borisovich
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Plotnikova Inga Albertovna
Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Puzin Sergey Nikiforovich
academician of RAS, Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Razenkova Yuliya Anatolyevna
Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Prikhodko Oksana Georgievna
prof., Doctor of Pedagogical Sciences (Russia Moscow)

Rumyantsev Alexander Grigoryevich
academician of RAS, prof., MD, (Russia, Moscow);

Soldatova Irina Gennadyevna
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Troitskaya Lyubov Anatolyevna
Professor, Doctor of Pedagogical Sciences, (Russia, Moscow);

Fisenko Andrey Petrovich
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Han Maya Alekseevna
Prof., Doctor of Sc., (Russia, Moscow);

Shkolnikova Maria Aleksandrovna
prof., MD, (Russia, Moscow)

"The pediatric rehabilitation" scientific and practical journal

The journal is registered by the Federal Service for Supervision in the Sphere of Telecom, Information Technologies and Mass Communications (ROSKOMNADZOR)
PI № ФЦ77-75782 on 24.05.2019 r.

E-mail: nadr.ru@gmail.com
www.nasdr.ru

Founder and publisher:
Children Rehabilitologists
«National Association»



**детские
реабилитологи
национальная
ассоциация**

Editorial office:
Moscow, 74, Michurinsky Prospekt
Tel. (Fax): +7 (495) 430-80-17
E-mail: nadr.ru@gmail.com

ISBN 9772686765009



9 772686 765009 >

Reprinting and any reproduction of materials and illustrations in printed or electronic version from the journal "Children Rehabilitation" is allowed only with the written permission of the publisher

Size 60x90 1/8. Conventional printing 20.5.
Printed in "Luxury Print"
115142, Moscow, st. Reznikov, d. 21, p. 7
Tel.: +7 (495) 775-91-60
Edition of 1500 copies.

Release date — April 30, 2020
Free of price.



Уважаемые коллеги!

Данный выпуск журнала посвящен результатам III Национального Междисциплинарного конгресса с международным участием «Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии: традиции и инновации», который состоялся с 20 по 22 августа 2020 года и впервые прошел в ONLINE формате, собрав на своих научных площадях 4445 посетителей из 42 регионов Российской Федерации и 12 государств ближнего и дальнего зарубежья.

Основными темами, которые обсуждались на конгрессе, стали вопросы, связанные с актуальнейшей проблемой современности – коронавирусной инфекцией в масштабе детской популяции страны, с дистанционными телемедицинскими технологиями, применяемыми в практике реабилитации детей и подростков, с внедрением в детскую практику Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, с обсуждением готовности регионов к работе в условиях нового Порядка организации медицинской реабилитации детского населения, который вступает в действие с 1 января 2021 года, с адаптивной физической культурой и спортом, с различными технологиями реабилитации: от современных технологий виртуальной реальности и робототехники до традиционных остеопатических методик.

Мы представляем вашему вниманию ряд материалов конгресса и напоминаем, что для членов РОО «Национальная ассоциация детских реабилитологов» открыт и будет сохраняться бессрочно доступ для просмотра материалов Конгресса по ссылке <https://www.nasdr.online/videostream>.

Т.Т. Батышева

*Главный редактор, Президент «Национальной ассоциации детских реабилитологов»,
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», заслуженный врач РФ,
профессор, д.м.н., (Россия, Москва)*

ОГЛАВЛЕНИЕ

Аблаева Э.Н., Гадебская Р.Н., Ильницкая М.Р., Куксова Т.С., Ларина Т.В., Мушникова Т.А., Ришко Е.М., Третьяков Ю.Г. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ ПАТОЛОГИЮ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ: ФАКТОРЫ РИСКА И ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ	0
Абрамова Е. В., Аптекарь И. А. АЛГОРИТМ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ. ТОЧКА ЗРЕНИЯ ВРАЧА-ОСТЕОПАТА	0
Авцина В.В., Соколова Н.П., Петкевич Н.П., Батышева Т.Т. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЭКВИНУСОМ СТОП РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ	0
Адкина Е.А., Диордиев А.В., Яковлева Е.С., Шагурин Р.В. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ИНЕРТНОГО ГАЗА КСЕНОН У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	0
Адкина Е.А., Диордиев А.В., Яковлева Е.С., Шагурин Р.В., Гудилина О.Н. ВАРИАНТЫ АНЕСТЕЗИИ НА ОСНОВЕ КСЕНОНА И ЭПИДУРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	0
Артыкова М.А., Набиева Н.А. УРОВЕНЬ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ В СЫВОРОТКЕ И СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ЭПИЛЕПСИЕЙ	0
Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Григоров А.А., Давыдова Л.А., Типсина Н.В., Уханова А.Н., Якименкова Л.В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	0
Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Сафронова Н.А., Дагаева А.Е. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА С СИНДРОМОМ СЕТРЕ- ЧОТЗЕНА	0
Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Сафронова Н.А., Кузнецова С.И. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ДС №3	0
Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Типсина Н.В., Маринова В.А., Титова Е.Г., Елизарова А.В., Тучак О.Н., Тишкова-Гарынина Л.В. МОЗЖЕЧКОВАЯ СТИМУЛЯЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБОРУДОВАНИЯ LEARNING BREAKTHROUGH KIT (BALAMETRICS)	0
Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Якименкова Л.В., Типсина Н.В., Проскурина Ю.К., Уханова А.Н. МИКРОДЕЛЕЦИОННЫЙ СИНДРОМ. ТЕРМИНАЛЬНАЯ МИКРОДЕЛЕЦИЯ ДЛИННОГО ПЛЕЧА 1 ХРОМОСОМЫ. (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	0
Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Быкова О.В., Нанкина И.А., Саржина М.Н., Гунченко М.М., Малышева Т.В., Климов Ю.А. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО КАБИНЕТА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ПО ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В МОСКВЕ В 2019 ГОДУ	0
Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Сафронова Н.А., Сафонова Е.А., Опарина Н.М. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ №12 ГБУЗ НПЦ ДП ДЗМ	0

Беркутова И.Ю. ПОВЫШЕНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ УЧАСТНИКОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА: РЕБЕНОК-СЕМЬЯ-СПЕЦИАЛИСТЫ	0
Беркутова И.Ю., Сынкova Е.В. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВЫВИХА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА	0
Бойко Е.А., Иванчук Е.В., Петрова Е.В., Петкевич Н.П., Гунченко М.М., Батышева Т.Т. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИНАУРАЛЬНЫХ РИТМОВ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ, ОПЕРАЦИОНАЛЬНЫХ И РЕГУЛЯТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	0
Борисова М.Н., Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Малышева Т.В. ИНФАРКТ МОЗГА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	0
Боровицкая М.Ш., Грищенко М.В., Рубинова Ю.Л., Николаева Е.Б., Гаджиалиева З.М., Платонова А.Н., Пшемьская И.А., Батышева Т.Т. ВЛИЯНИЕ ВЕНТРИКУЛОМЕГАЛИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПАТТЕРНА СНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ	0
Бурэ Н.П., Сулова Г.А. ГИДРОКИНЕЗОТЕРАПИЯ (ГКТ) В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ (ЛЕЧЕБНО- ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «УМНЫЕ РЫБКИ»)	0
Бурэ Н.П., Сулова Г.А., Коростовцев Д.Д., Захаров Д.В. МЕДИЦИНСКАЯ ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ПОВРЕЖДЕНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ	0
Бурэ Н. П., Сулова Г. А., Орел В.В., Сулов В.М ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА	0
Валиев В.К., Красавина Д.А., Гарибьянц В.В. СИНДРОМ КОРОТКОЙ НОГИ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ЭТАП НАРУШЕНИЯ ПОСТУРАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ У ДЕТЕЙ	0
Варелджян К.Р. EASI КАК АКТУАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОЦЕНКИ КЛЮЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ДЕТЕЙ ОТ 3 ДО 12 ЛЕТ	0
Василевская А.А., Варелджян К.Р. ОЦЕНКА ОБЩИХ ДВИЖЕНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО МЕТОДУ ПРЕХТЛЬ И ИМИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, КАК СПОСОБ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	0
Вахова Е.Л., Александров А.В., Румянцева М.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	0
Выборнов Д.Ю., Хан М.А., Тарасов Н.И., Куянцева Л.В., Коротеев В.В. ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ И ОПЕРАТИВНОМ ВЕДЕНИИ	0
Ганузин В.М., Ганузина Г.С., Шинакова Л.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕМЕНТОВ ЙОГИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ	0

Ганузин В.М., Черная Н.Л., Маскова Г.С. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ	0
Гросс Н.А., Шарова Т.Л., Молоканов А.В. РЕАКЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ- ИНВАЛИДОВ ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АППАРАТА И ОПОРНЫХ ЗОН СТОП	0
Губанова М.Д., Савина Ю.В., Воробьев А.А., Гуменюк О.И., Черненко Ю.В. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ	0
Гусева Н.Б., Корсунский А.А., Крапивкин А.И., Колодяжная А.В., Хлебутина Н.С. ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ	0
Давлицаров М.А., Чудопалова В.С., Малышева Л.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА РУБИНШТЕЙНА-ТЕЙБИ	0
Давлицаров М.А., Чудопалова В.С., Малышева Л.А. СИНДРОМ МОЗАИЧНОЙ ТРИСОМИИ 9 ХРОМОСОМЫ У НОВОРОЖДЕННОГО	0
Данилина К.К. Коровина Н.Ю., Батышева Т.Т. ТАКТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЁНКА С СИНДРОМОМ МАРТИНА- БЕЛЛИ	0
Дегтярева Е.А., Крупянко С.М., Павлова Е.С., Петрунина Л.В. К ВОПРОСУ О КРИТЕРИЯХ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ТЕХНОЛОГИЯХ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	0
Димитриева А.Ю., Кенис В.М. ПЛОСКОСТОПИЕ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ. ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРЕНИРОВОК БАЛАНСА ТЕЛА	0
Евтушенко Е.М., Тимербулатов И.Ф. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ	0
Елисеева Л.В. ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, ПОСТУПИВШИХ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА	0
Ефимова Н.В., Поромова М.Э., Ковалева Е.Н. ВОЗМОЖНОСТИ ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА	0
Жевнеронок И.В., Лемеш О.Ю. ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕМОРБИДНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ	0
Жеребцова В.А., Григорьева Е.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ С РИГИДНОСТЬЮ ПОЗВОНОЧНИКА 1 ТИПА	0
Жеребцова В.А., Максименко А.А. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ: ОПЫТ РАБОТЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ	0

Жеребцова В.А., Максименко А.А., Сапогова А.И., Ксензова А.Ф., Корнилова И.Ю. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ДИСФАГИИ	0
Жеребцова В.А., Чибисов И.В. ПРОФИЛАКТИКА ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕРИЙНОГО «ГИПСОВАНИЯ» В СОЧЕТАНИИ С БОТУЛИНОТЕРАПИЕЙ	0
Жеребцова В.А., Шилина С.А. ВОЗМОЖНОСТИ ПРАВИЛЬНОГО ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	0
Жуков М.Ю., Митраков Н.Н., Корочкин А.В., Лайшева О.А., Жарков П. А. КИНЕЗИО- ТЕЙПИРОВАНИЕ КАК МЕТОД БОРЬБЫ С ОСТРО ВОЗНИКШИМИ СИМПТОМАМИ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН	0
Журавлева Я.В., Тумарова З.А., Гуменюк О.И., Черненко Ю.В. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ	0
Зыков В.П., Чебаненко Н.В. ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА	0
Зыков В.П., Чебаненко Н.В., Комарова И.Б., Сафронов Д.Л., Вергизова А.А., Егожева А.А. АЛЬТЕРНИРУЮЩАЯ ГЕМИПЛЕГИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	0
Игнатова Т.С., Сарана А.М., Щербак С.Г., Скоромец А.П., Данилов Ю.П. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП	0
Исанова В.А. СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ МИНИСТЕРСТВА СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН	0
Исанова В.А. ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ НА ПРИМЕРЕ ПРОДВИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ АВТОРСКИХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, РАЗРАБОТАННЫХ В КГМУ	0
Клих Т.Ю. ВОЗМОЖНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	0
Козьявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Волошин Т.Б., Славич Н.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ РАЗВИТИЕМ ТОНКОЙ МОТОРИКИ РУК И РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С АУТИЗМОМ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ПО МЕТОДУ КОЗЬЯВКИНА	0
Колодяжная А.В., Батышева Т.Т., Гусева Н.Б., Крапивкин А.И., Хлебутина Н.С. ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ЭНУРЕЗОМ ПРИ НИЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ	0
Корочкин А.В., Митраков Н.Н., Лайшева О.А. ВАЖНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОГО НАЧАЛА И ВЫБОРА МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО, ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО И ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	0
Ларина Н.В., Корсунская Л.Л., Голубова Т.Ф., Власенко С.В., Кушнир Г.М. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ ФУНКЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКСОСКЕЛЕТА КИСТИ, УПРАВЛЯЕМОГО ИНТЕРФЕЙСОМ «МОЗГ- КОМПЬЮТЕР»	0

Левченкова В.Д., Батышева Т.Т., Слободчикова Н.С., Титаренко Н.Ю. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	0
Лян Н.А., Филатова Т.А., Уянаева А.И. ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	0
Макаров И.В., Емелина Д.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ У РЕБЕНКА С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И АУТИСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ	0
Малютина Ю.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ ГЕМАТОЛОГИИ И ОНКОЛОГИИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. УФЫ	0
Милова О.И., Павлова Н.Т., Абрамова И.Г., Трофимова А.Г., Кочеткова Т.В. ИСХОДЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	0
Митраков Н.Н., Лайшева О.А. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ (МКФ) ПЕРВОГО УРОВНЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	0
Митраков Н.Н., Щербуха А.В., Шафран П.А., Лайшева О.А. КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВИДЕОИЗОБРАЖЕНИЯ РЕФЛЕКСОЛОКОМОЦИЙ «КЛАВИР» ДЛЯ ОЦЕНКИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ (ОЛЛ) НА РАННИХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ	0
Молодцов А.Д. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ДИАГНОЗОМ «СПИНАЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ 2 ТИПА» В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ	0
Московцева Ж.М., Панкова Т. Б., Ключникова И.В., Панков Д.Д. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП	0
Мошкова Е.Д., Каладзе Н.Н. ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	0
Мошкова Е.Д., Каладзе Н.Н. СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТАЯ КОМОРБИДНОСТЬ ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО- КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	0
Налобина А.Н., Стоцкая Е.С., Волова М.В. КРИТЕРИИ ДОЗИРОВКИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ЗАНЯТИЯХ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКОЙ С ДЕТЬМИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	0
Наседкина Т.В., Семенова В.В., Лисица Т.С. РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО ГЕНЕТИКА НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЗАВЕРШИВШИХ ПРОТИВООПУХОЛЕВУЮ ТЕРАПИЮ	0
Николаева Е.Б., Гаджалиева З.Г., Батышева Т.Т. УЗИ- ДИАГНОСТИКА У ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ЦНС)	0
Османов Э.А., Голубова Т.Ф., Власенко С.В., Османова Е.С. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ ФУНКЦИИ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ	0

Пастор О.Н., Москвитина Н.А. КОРРЕКЦИОННО- РАЗВИВАЮЩИЙ МАРШРУТ У ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	0
Попова О.А. ГОРНЫЕ ЛЫЖИ КАК МЕТОД ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП	0
Самойлова Д.А., Колесникова Т.В., Арустамян А.В., Рахманина И.Н. РОЛЬ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ НА ЭТАПЕ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С ОВЗ	0
Самсонова Т.В., Назаров С.Б., Магомедова Н.М., Чистякова А.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С НАРУШЕНИЕМ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ	0
Самсонова Т.В., Назаров С.Б., Магомедова Н.М., Чистякова А.А. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СТАБИЛОМЕТРИИ НА ФОНЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ	0
Саржина М.Н., Гаджиалиева З.М., Дороничева М.М., Шатилова Н.Н., Батышева Т.Т. ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИАЛОРЕИ	0
Сафоницева О.Г. МЕТОДЫ ОЦЕНКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС	0
Седненкова Т.А., Букреева Е.А., Катуженков А.А., Ротанова Р.И., Ворона Л.Д., Ишутина Ю.Л., Сергеенко Е.Ю. РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АКУШЕРСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	0
Сидорова К.Ю., Кузнецова Т.В., Батышева Т.Т. КИНЕЗИОТЕРАПИРОВАНИЕ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	0
Соколова Н.П., Петкевич Н.П., Батышева Т.Т. ВАННЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДЦП	0
Соловьев Р.С. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПОСРЕДСТВОМ СПОРТА	0
Сосина А.В., Харитонов Е.И. ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ МАНИПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	0
Тальковский Е.М., Рассулова М.А., Смирнов А.Н., Ипатова М.Г. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРом	0
Торишнева Е.Ю., Кишко Т.Н., Лобанова Ю.О. ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ОСНОВЕ ГИДРОКИНЕЗОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ДЦП	0
Торишнева Е.Ю., Кишко Т.Н., Шашин С.А. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ НА ОСНОВЕ ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА	0

Фролков Г.А., Фролкова Ю.В. ХОРЕОГРАФИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	0
Халпахчян Л.Х., Батышева Т.Т. СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ОБМЕНА	0
Халпахчян Л.Х., Боровицкая М.Ш., Батышева Т.Т. ЗРИТЕЛЬНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	0
Хан М.А., Вахова Е.Л., Почкин Е.О., Микитченко Н.А., Тарасов Н.И., Исаев И.Н. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ КАПСУЛЬНО- СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА КОЛЕННОГО СУСТАВА	0
Хан М. А., Капранов Н. И., Микитченко Н. А. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ	0
Химченко Ю.В. ПРОЕКТИРОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ СРЕД ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ НА ПРИМЕРЕ ГБУ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ «ОПТИМИСТ»	0
Хлебутина Н.С., Гусева Н.Б., Батышева Т.Т., Крапивкин А.И. РОЛЬ СЕМЬИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ И НЕЗРЕЛЫМ ТИПОМ МОЧЕИСПУСКАНИЯ	0
Чебаненко Н.В., Зыков В.П., Денисова Л.Ю. СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МИОПАТИЕЙ ДЮШЕННА	0
Чебаненко Н.В., Зыков В.П., Канивец И.В., Удалова В.Ю., Яковлева Ю.К. ВОЗМОЖНОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В УСТАНОВЛЕНИИ ЭТИОЛОГИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	0
Чебаненко Н.В., Зыков В.П., Соколов П.Л. ПРОПРИОЦЕПТИВНЫЕ СИСТЕМЫ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ	0
Чепурная Л.Ф., Слюсаренко А.В., Бура Г., Глотова Н.Д., Карпович С.В., Томина Л.Г. ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ САНАТОРНО- КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КЛИНИКО- ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ДЦП	0
Черлина Н.А. ФОРМИРОВАНИЕ ПРОГНОЗА И ПРАКСИСА У ДЕТЕЙ С ОВЗ С ПОМОЩЬЮ АВТОРСКОГО МАГНИТНОГО КОНСТРУКТОРА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ОРИЕНТАЦИИ С ПОМОЩЬЮ 4-Х ЦВЕТОВ	0
Черненко Ю.В., Панина О.С., Захаров И.А., Вагнер Е.И., Бекмухамбетова Г.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	0
Чеснокова Л.В., Соловьева О.О., Симонова М.Г., Лапина Т.В., Колесникова Т.В., Соловьева О.А., Кутявина С.И., Андреева О.И., Леонтьева Л.А., Чуракова А.В., Шмыкова Е.Н., Третьякова Н.В., Байбородова И.В., Трубицына О.В., Полозкова И.Б., Сапожникова И.Н., Александрова Е.А., Самохвалова М.Р., Гребенкина Л.И. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА ФОНЕ ПРОВОДИМЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ	0

Чеснокова Л.В., Соловьева О.О., Симонова М.Г., Мелека Т., Лапина Т.В., Колесникова Т.В., Соловьева О.А., Кутявина С.И., Андреева О.И., Леонтьева Л.А., Чуракова А.В., Шмыкова Е.Н., Байбородова И.В., Трубицына О.В., Полозкова И.Б., Сапожникова И.Н., Александрова Е.А., Самохвалова М.Р., Гребенкина Л.И. ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	0
Чубарова А.И., Хан М.А., Дегтярева М. Г., Румянцева М.В, Микитченко Н.А. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС	0
Шайхеева М.Р. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ФОРМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ДОМУ НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ГБУ СО МО «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ «ОПТИМИСТ»	0
Шутин М.А., Митраков Н.Н. , Корочкин А.В. , Лайшева О.А. ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ОПУХОЛЬЮ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ	0
Юденкова О.А., Крутикова Н.Ю. ВЗГЛЯД ПЕДИАТРА НА СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ПРОЧНОСТИ И ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ (ЗНО)	0
Яковлева Е.С., Диордиев А.В., Адкина Е.А., Шагурин Р.В. БЕЗОПАСНАЯ И КОМФОРТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНОЙ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ	0

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ ПАТОЛОГИЮ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ: ФАКТОРЫ РИСКА И ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ

Аблаева Э.Н., Гадебская Р.Н., Ильницкая М.Р., Куксова Т.С., Ларина Т.В.,
Мушникова Т.А., Ришко Е.М., Третьяков Ю.Г.

ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Центр медицинской реабилитации, г. Белгород, Белгородская область

Актуальность. Развитие медицины и реабилитации в детстве является одним из ключевых показателей уровня здоровья будущего населения страны. Нервно- психическое здоровье ребенка обусловлено рядом показателей и факторов, одними из которых являются перинатальные. В планировании реабилитационного процесса специалистами учет и системный анализ данных факторов происходит не всегда, что отражается на постановке диагноза и выборе тактики реабилитационных мероприятий.

Цель. Определить факторы риска в нервно- психическом развитии и особенности реабилитационного процесса детей, перенесших перинатальную патологию.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 86 детей и их семьи (ближайшее социальное окружение). Средний возраст- 4 года. Основные диагнозы: 32 ребенка – задержка психоречевого развития, 19 детей – детские неврозы (фобии, навязчивые движения, тики), 18 детей – органическое поражение ЦНС, 9 детей – СДВГ, 8 детей – аутизм. Дети проходили комплексный врачебный осмотр, функциональное обследование и консультации клинического психолога, логопеда. После сбора необходимых данных о соматическом, нервно-психическом, речевом и функциональном состоянии назначался соответствующий курс реабилитации. После курса реабилитации дети направлялись на повторный осмотр для отслеживания эффективности пройденных процедур и назначенного лечения, последующей корректировки курса реабилитации.

Результаты. В ходе исследования были выявлены наиболее значимые факторы, учет которых формирует тактику реабилитационного процесса: преждевременные роды (маловесный и недоношенный плод), разрыв плодного пузыря, токсикозы во время беременности, гипоксия плода, уровень образования родителей, профессиональная деятельность родителей, особенности прохождения военной службы родителями, количество детей в семье, особенности воспитания (гипер- или гипоопека), наличие наследственных заболеваний в семье, наличие в анамнезе неврозов и психотравм у родителей. Важным моментом, с точки зрения реабилитационного процесса, является то, что данные факторы могут взаимодействовать друг с другом усиливая свое дестабилизирующее воздействие на физиологическое и психологическое состояние ребенка, либо исключать эффект от некоторых видов реабилитационных процедур и коррекционных мероприятий. Аналогично важно подключение членов семьи в процесс реабилитации, что в последующем позволяет повысить реабилитационный потенциал ребенка. Реабилитационный процесс детей, перенесших тяжелую перинатальную патологию, выстраивается в зависимости от выявленного соотношения вышеперечисленных дестабилизирующих факторов. Всесторонний осмотр позволяет выявить действие фактора риска и направить ребенка на необходимый коррекционный комплекс процедур и развивающих занятий.

Выводы. Комплексный мультидисциплинарный подход специалистов детского неврологического реабилитационного отделения в совокупности с применением и поэтапным анализом факторов риска нервно-психического здоровья детей обеспечивает наиболее эффективный процесс реабилитации.

АЛГОРИТМ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ. ТОЧКА ЗРЕНИЯ ВРАЧА-ОСТЕОПАТА

Абрамова Е. В.^{1, 2, 3}, Аптекарь И. А.^{1, 2}

¹АНО «Тюменский институт мануальной медицины», г. Тюмень, Тюменская область

²НОУ ДПО «Тюменский институт остеопатической медицины», г. Тюмень, Тюменская область

³ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ Минздрава России», г. Тюмень, Тюменская область

Актуальность. В последние годы в Российской Федерации, по данным ВОЗ, в среднем до 30% детей ко времени начала обучения в школе нуждаются в дополнительных корригирующих мероприятиях в связи с общими нарушениями речи. При этом наиболее актуальным становится не только расширение немедикаментозных методов восстановления речевых функций, но и мультидисциплинарный подход к реабилитации.

Цель. Обоснование алгоритма мультидисциплинарного взаимодействия, позволяющего активно использовать остеопатическую коррекцию для оптимизации восстановительного лечения у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития.

Материалы и методы. На базе АНО ТИММ в 2012-2018гг было выполнено проспективное контролируемое рандомизированное исследование детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития. Задачи исследования включали не только изучение факторов риска и структуры соматических дисфункций у детей с нарушениями речевого развития, но и разработку алгоритма диагностики нарушений речевого развития у детей и метода их комплексного лечения, применяемого в амбулаторных условиях. Пациенты как основной, так и контрольной группы прошли полный коррекционно-обучающий курс у логопеда с посещением индивидуальных занятий. Дополнительно пациенты основной группы получили остеопатическую коррекцию в соответствии с разработанным алгоритмом.

Результаты. В период исследования использовалась разработанная модель алгоритма мультидисциплинарного взаимодействия, включающая совместное ведение пациентов и перекрестное консультирование. Остеопатическая коррекция выявленных соматических дисфункций у детей с нарушениями речевого развития проводилась при соблюдении определенной последовательности методов устранения нарушений соединительной ткани, включающих обязательную декомпрессию, устранение отёка и гипоксии. На фоне комплексной терапии, включающей остеопатическую коррекцию и индивидуальные занятия с логопедом, у пациентов основной группы отмечены статистически значимое снижение частоты выявления соматических дисфункций региона головы, шеи, грудного, локальных соматических дисфункций швов черепа и грудобрюшной диафрагмы ($p < 0,05$) и снижение степени выраженности речевых нарушений по сравнению с пациентами контрольной группы ($p < 0,00001$).

Выводы. 1. Применение предложенной модели алгоритма мультидисциплинарного взаимодействия позволяет не только оценивать промежуточные результаты и отслеживать динамику терапевтических процессов, но и своевременно корректировать лечение и фиксировать полученный результат, определяя необходимость и тактику дальнейшей помощи. 2. Внедрение остеопатической коррекции в комплексную реабилитацию детей с нарушениями речевого развития позволяет добиться статистически значимого улучшения состояния по сравнению со стандартным лечением.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЭКВИНУСОМ СТОП РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Авцина В.В., Соколова Н.П., Петкевич Н.П., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Эквинус стоп - частый синдром, встречающийся среди детей, получающих лечение в НППЦ ДП. Эффективность терапии синдрома эквинуса, как и выбор методов его коррекции зависит, в первую очередь, от его этиологии, а также от особенностей течения данного состояния у каждого пациента. За время наблюдения за детьми, получавшими лечение по поводу эквинуса стоп в дневном стационаре №1, была отмечена тенденция к более высокой эффективности терапии у детей с нарушениями мышечного тонуса по сравнению с детьми, имеющими в основе данного состояния психические нарушения.

Цель. Оценить эффективность метода кинезиологического тейпирования у детей с эквинусом стоп, имеющих тонусные или психические нарушения.

Материалы и методы. Исследовались две группы детей: дети с динамическим эквинусом (78 детей) и дети с психическими нарушениями: расстройство аутистического спектра и обсессивно-компульсивный синдром (18 детей), каждая из которых подразделялась на две равные по количеству группы детей: получивших базовый курс восстановительного лечения (дифференцированный массаж, ЛФК, физиолечение с акцентом на расслабление икроножных мышц, лекарственную терапию по показаниям) и детей, которым в дополнение к базовым методам проводилось кинезиологическое тейпирование. Исключены дети, имеющие эквинусную деформацию, требующую оперативного лечения, дети, поднимающиеся «на мысочки» только в моменты эмоционального возбуждения, не имеющие стойкого стереотипа ходьбы в эквинусе. Дети были разделены на группы: техника наложения тейпа выбиралась соответственно характеру и степени имеющихся нарушений. Критериями эффективности считались снижение мышечного тонуса по шкале Ашворт при динамическом эквинусе и изменение стереотипа ходьбы у детей с психическими нарушениями.

Результаты. Среди детей с динамическим эквинусом, получивших только базовый курс снижение балла по шкале Ашворт достигнуто у 26 из 39 детей, а среди получивших дополнительно тейпирование - у 34 из 39 детей. Среди детей с психическими нарушениями, получивших только базовый курс изменение стереотипа ходьбы достигнуто у 4 из 9 детей, а среди детей, которым в дополнение к базовым методам проводилось тейпирование - у 7 из 9 детей. Таким образом, выявилась относительно высокая эффективность метода кинезиологического тейпирования для лечения эквинуса стоп у детей с различной патологией.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ИНЕРТНОГО ГАЗА КСЕНОН У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Способность инертного газа ксенон вызывать состояние общей анестезии и анальгезии известна с середины прошлого столетия. Благодаря этим свойствам последние десятилетия ксенон используется в качестве средства для общей анестезии. Анестезия ксеноном известна хорошей переносимостью, отсутствием органной токсичности и влияния на метаболизм, стимулирующим действием на гемодинамику, а также самым быстрым временем восстановления сознания. Кардио- и нейропротективные эффекты ксенона доказаны в многочисленных экспериментальных и клинических исследованиях. В нашей стране ксенон разрешен к применению у детей с возраста 1 года в качестве средства для общей анестезии. Помимо анестетических свойств, ксенон обладает нейропротективным и антистрессорным эффектами, что используется в терапевтических целях в области неврологической и психиатрической патологии. Ксенон успешно применяется в терапии болевого синдрома, энцефалопатий различной этиологии, тревожно- фобических расстройств, невротических состояний, посттравматического стрессового расстройства, фармакорезистентной эпилепсии. За рубежом ксенон применяется в терапии новорожденных с перинатальной гипоксически- ишемической энцефалопатией. В нашей стране в качестве терапевтического средства ксенон разрешен к применению у пациентов старше 18 лет. Единственным препятствием к широкому применению терапии ксеноном является высокая стоимость препарата.

Материалы и методы. Проведено исследование ксенона в составе общей анестезии у детей с церебральным параличом на базе НПЦ ДП.

Результаты. Ксенон в составе общей анестезии показал отсутствие отрицательного влияния на послеоперационные когнитивные функции у детей с церебральным параличом. Положительное влияние ксенона на функции ЦНС открывает перспективы его использования у детей с церебральным параличом. Основываясь как на мировом опыте применения ксенона, так и на собственных данных, мы предполагаем, что ксенон может применяться в составе комплексной реабилитации у детей с церебральным параличом. Ксеноноотерапия может применяться курсами 5-10 ингаляций в следующих целях:

- прекондиционирование центральной нервной системы перед предстоящим оперативным вмешательством,
- уменьшение частоты судорожных приступов и снижение дозировок противоэпилептических препаратов при сопутствующей эпилепсии,
- повышение адаптации к физическим и интеллектуальным нагрузкам при проведении программы реабилитации,
- улучшение познавательных функций, концентрации внимания и памяти,
- терапия стрессовых состояний, улучшение психоэмоционального фона.

Выводы. Терапия ксеноном является перспективным направлением в реабилитации детей с церебральным параличом, однако ее широкому применению препятствует отсутствие разрешения к применению ксенона в качестве терапевтического средства в детском возрасте и высокая стоимость терапии. Для внедрения терапии ксеноном в клиническую практику у пациентов детского возраста требуется проведение клинических испытаний.

ВАРИАНТЫ АНЕСТЕЗИИ НА ОСНОВЕ КСЕНОНА И ЭПИДУРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Адкина Е.А., Диордиев А.В., Яковлева Е.С., Шагурин Р.В., Гудилина О.Н.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Несмотря на значительный прогресс в подходах к анестезиологическому обеспечению у детей с церебральным параличом (ЦП), остаются нерешенными проблемы отрицательного влияния анестезии на гемодинамику и когнитивные функции у данной группы пациентов

Цель. Сравнительная оценка методов сочетанной анестезии на основе ксенона и эпидуральной анестезии у детей с церебральным параличом.

Материалы и методы. Сочетанная анестезия на основе ксенона и эпидуральной блокады была проведена у 57 детей с церебральным параличом в возрасте от 3 до 17 лет. Пациенты были разделены на группы по методу поддержания анестезии: у 33 пациентов использовался ксенон, у 24 – ксенон с парами севофла-

люрана. Оценивались особенности течения анестезии, интраоперационная гемодинамика и когнитивные функции до и после операции.

Результаты. Использование ксенона при всех изученных вариантах анестезии приводило к увеличению показателей производительности сердца и стабильному гемодинамическому профилю на всех этапах анестезии, несмотря на депрессивное влияние эпидуральной блокады на гемодинамику. Психологическое тестирование показало отсутствие отрицательного влияния анестезии ксеноном на когнитивные функции у детей с церебральным параличом (таблица 1).

Таблица 1. Динамика когнитивной дисфункции

Функции	Дефицит от возрастной нормы (%)					
	До операции		1 сутки после операции		3 сутки после операции	
	Xe	Xe+Sev	Xe	Xe+Sev	Xe	Xe+Sev
Внимание	36,8*	38,1	46,1*	41,4	36,7	39,3
Мышление	26,5	25,4	28,5	30,9	22,3	25,1
Память	22,0	20,1*	27,1	31,9*	21,9	22,0
Суммарный когнитивный дефицит, %	28,4	27,8	33,9	34,7	26,9	28,8

*На уровне значимости $p < 0,05$ отличий между группами и этапами не выявлено

Выводы. Сочетанная анестезия с использованием ксенона и эпидуральной блокады у детей с церебральным параличом эффективна, безопасна и легко управляема. Анестетик ксенон обеспечивает гемодинамическую стабильность анестезии даже в условиях кардиодепрессивных эффектов эпидуральной блокады. Сочетание ксенона с севофлураном позволяет сохранить преимущества ксенона, при этом компенсирует недочеты его изолированного применения. Нейропротективные и кардиостимулирующие свойства ксенона позволяют рекомендовать его применение у пациентов с ЦП.

УРОВЕНЬ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ В СЫВОРОТКЕ И СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ЭПИЛЕПСИЕЙ

Артыкова М.А., Набиева Н.А.

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Актуальность. Анализ мировой и отечественной статистики показал стабильный рост инвалидов вследствие детского церебрального паралича (ДЦП) за последние 50 лет: в середине XX века - 0,4 случая на 1000 новорождённых, а в начале XXI века - до 13-15 случаев, то есть увеличение составило 35-37 раз. Симптоматическая эпилепсия (СЭ) усугубляет болезнь. Адекватная реабилитация и социальная адаптация этих больных зависят от своевременной диагностики. Спинно-мозговая жидкость (СМЖ) является специфическим защитным иммунологическим барьером. Любые изменения состава в головном мозге отражаются на биохимическом составе СМЖ, что позволяет её использовать в диагностике заболеваний. Тиреоидные гормоны способствуют ветвлению дендритов, запускают миелинизацию и созревание биохимических механизмов, в частности метаболизма глюкозы. Поэтому мы изучили содержание тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови и СМЖ больных ДЦП с СЭ и без неё.

Цель. Изучить клинко-диагностические особенности гормональных изменений в сыворотке крови и СМЖ у больных ДЦП с СЭ и без неё.

Материалы и методы. Содержание ТТГ в сыворотке крови и СМЖ определяли у 85 больных ДЦП с СЭ и 77 без эпилепсии. Исследования проведены в лаборатории VITROS DIAGNOSTICS на современном высокотехнологичном оборудовании. Уровень гормона определяли радиоиммунологическим методом с использованием стандартных наборов.

Результаты. Установлено достоверное снижение ТТГ и его содержания в сыворотке крови, выраженность которого зависела от формы ДЦП и наличия СЭ. Наиболее выраженное снижение мы наблюдали у больных двойной гемиплегией и гиперкинетической формой - в 1,7 и 1,6 раза от контроля; при других формах ДЦП изменения были незначимыми. Изменения уровня ТТГ зависели также от возраста обследованных детей. Низкий уровень ТТГ указывает на недостаточность гипофиза или гипоталамуса и исключает первичное нарушение функции щитовидной железы. Учитывая, насколько важны тиреоидные гормоны в процессах роста, развития и дифференцировки органов и тканей можно предположить, что их дефицит будет способствовать нарушению формирования нервной системы. Подтверждает это предположение низкий уровень ТТГ в СМЖ у больных с ДЦП во всех обследованных группах: при двойной гемиплегии,

гемиплегии, спастической диплегии и гиперкинетической формах в 1,6; 1,7; 1,65 и 1,9 раза, соответственно формам. Наименьшее снижение уровня ТТГ было отмечено у больных с атонически-астатической формой ДЦП и в 1,2 раза. При СЭ на фоне ДЦП, у пациентов с двойной гемиплегией, гемиплегической и гиперкинетической формами уровень ТТГ в сыворотке крови в 1,5; 1,2 и 1,8 раза превышал показатели детей без СЭ. У детей атонически-астатической и спастической диплегией он ещё больше снижался - в 1,3 и 1,4 раза; а при гиперкинетической форме существенных различий не выявлено. У детей с атонически-атаксической и спастической диплегией содержание ТТГ снижалось в 1,7 и 1,2 раза, соответственно, а при гиперкинетической форме установлено превышение нормативных величин в 1,14 раза. Можно предположить, что эктопический очаг возбуждения несколько повышает функциональную активность гипоталамуса и гипофиза у пациентов с двойной гемиплегией, гемиплегией и гиперкинетической формой ДЦП.

Выводы. У больных ДЦП уровень ТТГ снижен в сыворотке крови и, особенно, в СМЖ. Дефицит ТТГ замедляет эволюцию мозга и нарушает его цитоархитектонику. Подтверждает это предположение дефицит ТТГ в СМЖ у больных ДЦП с СЭ. Это является одной из причин более тонких изменений на клеточном молекулярном уровне, нарушения нейромедиаторной регуляции в возникновении эпилептического приступа.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Григоров А.А., Давыдова Л.А.,
Типсина Н.В., Уханова А.Н., Якименкова Л.В.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В последнее время сохраняются высокие показатели заболеваемости и инвалидизации населения (И.Г. Низамов, 2008; А.И. Потапов, 2009; О.П. Щепин, Е. П. Какорина, В.О. Флек, 2011). Проблема недоношенности – одна из ключевых в детской неврологии, педиатрии и неонатологии. Документированное увеличение выживаемости детей, рожденных с низкой массой тела (НМТ), за последние 20 лет сопровождалось ростом инвалидизации, зачастую за счет увеличения случаев ДЦП (Давыдова Л.А., 2019). Частота преждевременных родов в большинстве развитых стран за последние два десятилетия достигает 5-10% от числа родившихся детей (А.Б. Пальчик, 2012). В России ежегодно рождаются недоношенными и с низкой массой тела не менее 9-10% детей (Баранов А.А., 2012). Среди детей, родившихся с экстремально НМТ, в 15–23% случаев формируется ДЦП (А.Б. Пальчик, Л.А. Федорова, А.Е. Понятишин, 2010; Stephens BE, Vohr BR., 2009; Vohr BR и соавт., 2005), из них на долю спастической диплегии приходится 40-50 % случаев ДЦП. Такой группе детей необходимо наблюдение и реабилитационная помощь в условиях стационара (Л.А. Давыдова, 2019). Поэтому одним из наиболее эффективных и менее затратных видов стационар-замещающих технологий являются стационары дневного пребывания (К.Ш. Зыятдинов, Л.И. Рыбкин, 2000; В.Т. Карташев, В.В. Романовский, 2003; О.П. Щепин, Е. П. Какорина, В. О. Флек, 2006; А.А. Калинская, А.Ф. Стукалев, Т.Т. Аликова, 2008; С.Р. Волков, 2010). Организация стационаров дневного пребывания в больничных учреждениях позволяет более широко и эффективно использовать их ресурсные возможности, структурировать коечный фонд по степени интенсивности лечения. В стационаре дневного пребывания получает лечение контингент больных, не требующих круглосуточного наблюдения (Г.П. Сквирская, 2000; В.И. Стародубов, 2001; В.И. Ярохно, 2005; О.Н. Ефанкина, 2010).

Цель. Оценить эффективность проведения реабилитации детей с неврологическими заболеваниями в условиях дневного стационара.

Материалы и методы. Проведен анализ амбулаторных карт и выписных эпикризов дневного стационара №5 Научно-практического центра детской психоневрологии. Оценка эффективности проводилась междисциплинарной командой врачей.

Результаты. За период наблюдения медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара №5 Научно-практического центра детской психоневрологии получили 16 детей до 1-го года, 128 детей – от 1 до 3 лет, 218 детей – от 3 до 10 лет, 86 детей – от 10 до 18 лет. Длительность медицинской реабилитации в условиях дневного стационара составляла в среднем от 4 до 5 часов в день в течение 21 дня. Положительная динамика в виде снижения неврологической симптоматики (улучшения функций опорно-двигательного аппарата, коррекция когнитивного дефицита) наблюдалась у 95% обследованных детей.

Выводы. Эффективность проводимой реабилитации должна определяться с соблюдением основных принципов реабилитации: своевременным началом, непрерывностью, преемственностью, комплексностью, последовательностью в организации и проведении. Очень важным является отношение родителей маленького пациента к реабилитации, вера в достижение положительных результатов. Безусловно, эффективность реабилитации также зависит от характера и тяжести дезадаптирующей патологии, своевременно назначенной комплексной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА С СИНДРОМОМ СЕТРЕ- ЧОТЗЕНА

Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Сафронова Н.А., Дагаева А.Е.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Синдром Сетре – Чотзена (акроцефалосиндактилия)- наследственное заболевание, для которого характерна асимметрия черепа и лица, вызванная преждевременным срастанием костей черепа (краниосиностоз). Кроме этого, характерны пороки развития конечностей, лицевые аномалии, включая деформацию полости рта. В редких случаях возможно снижение интеллекта. Фенотипические проявления синдрома не универсальны и могут существенно различаться даже в пределах одной семьи. Причиной заболевания могут выступать как генетические аномалии (мутации в генах TWIST1 и FGFR3), так и факторы окружающей среды. Основным методом лечения является хирургическая коррекция. Заболевание наследуется по аутосомно- доминантному типу с полной пенетрантностью. Общая частота встречаемости в мире 1 случай на 25000 – 50000 новорожденных. Частота встречаемости в России неизвестна.

Цель. Представить клинический случай ребенка с синдромом Сетре – Чотзена.

Материалы и методы. Представлен клинический случай ребенка 11 лет с диагнозом синдром Сетре – Чотзена проходившим обследование и лечение в дневном стационаре №3 НПЦ ДП.

Результаты. Мальчик Н., 11 лет, поступил на курс восстановительного лечения в дневной стационар №3 с жалобами на ограничение движений в правом коленном и голеностопных суставах, нарушение походки, эмоциональную лабильность, утомляемость. Из анамнеза мальчик от 2 беременности, протекающей на фоне анемии, отеков в 1 и 2 триместрах, многоводия в 3 триместре. На 20 неделе по УЗИ, у плода выявлено отставание роста конечностей, заподозрена возможность врожденных пороков развития. Роды 2 на 41 неделе, домашние (в присутствии медицинского работника), в головном предлежании, вес 3580 гр, по шкале Апгар 8/9 баллов, кефалогематома левой теменной области. На 19 день жизни отмечено значительное увеличение переднезаднего размера головы. Неврологом по месту жительства поставлен диагноз: гипертензионно-гидроцефальный синдром, рекомендовано амбулаторное лечение. В 9 месяцев нейрохирургом верифицирован диагноз: скафоцефалия, сагиттальный синостоз. Оперативное лечение не проводилось. Раннее моторное развитие ребёнка с задержкой: голову держит с 4 месяцев, сидит с 7 месяцев, ходит с 1 года 3 месяцев. Речевое развитие по возрасту. В 4 года мальчик осмотрен ортопедом, с диагнозом: множественные пороки развития, скафоцефалия, сагиттальный синостоз, низкорослость, гипохондродисплазия, субкомпенсированная гидроцефалия направлен на консультацию к генетику. В 4 года заподозрен синдром Сенсенбреннера, однако, по данным одномерного электрофореза гликозаминогликанов патологии выявлено не было. В 5 лет установлена инвалидность. По данным МРТ головного мозга- картина скафоцефалической деформации черепа, признаки внутренней гидроцефалии, каудальная дистопия миндалин мозжечка. В 9 лет в РДКБ проведена нейрохирургическая коррекция (пластика) краниовертебрального перехода. В 10 лет в МГНЦ РАМН молекулярно-генетическим методом подтвержден диагноз: Синдром Сетре- Чотзена, с гетерозиготной мутацией р.Asn542L ys в гене FGFR3. В ЦИТО в связи с синдромальной низкорослостью выполнено хирургическое удлинение нижних конечностей с помощью аппаратов Илизарова. Достигнуто увеличение конечностей на 10 см. После демонтажа конструкций пациент поступил на реабилитацию в дневной стационар №3 НПЦ ДП ДЗМ. При поступлении в ДС № 3: скафоцефалическая деформация черепа, двусторонний экзофтальм, микрогнатия. На фоне диффузной мышечной гипотонии активные и пассивные движения ограничены в локтевых, правом коленном, левом и правом голеностопных суставах. Сгибание в правом коленном суставе – меньше 10 градусов, приведение переднего отдела левой стопы до 5 градусов. Сухожильные рефлексы с рук и ног симметрично снижены. Опора на полную стопу. Передвижение возможно с посторонней помощью или со вспомогательными средствами (костыли). При интеллектуальной сохранности на первый план выступают эмоционально- личностные реакции в виде эмоционального напряжения, высокого самоконтроля, волнения, настороженность, сниженное настроение, напряжённость, утрированная серьёзность в сочетании с нерешительностью. Проводимое лечение было направлено на разработку функциональных контрактур и увеличение объёма активных движений в суставах. Выполнялся массаж, ЛФК, парафиново- озокеритовые аппликации на нижние конечности, электрофорез с эуфилином продольно на позвоночник, витаминотерапия группы В. В связи с особенностями психологического статуса и с тем, что ребёнок обучается в общеобразовательной школе, где подвергается травле со стороны сверстников, проводились занятия с психологом. По окончании курса лечения отмечена положительная динамика в виде увеличения амплитуды движений в коленном суставе до 40 градусов, в голеностопных суставах до 10 градусов, улучшился общий эмоциональный фон, снизилось эмоциональное напряжение, уменьшилась астенизация.

Выводы. Синдром Сетре- Чотзена является генетически детерминированным заболеванием, для которого характерны дисморфии лица, особенности строения черепа и костей конечностей, что приводит не

только к двигательной, но и социальной дезадаптации пациента, трудностям обучения в школе (даже при сохранном интеллекте), интеграции в обществе. Представленный случай наглядно демонстрирует необходимость комплексной и своевременной специализированной помощи для таких пациентов.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ДС №3

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Для гармоничного развития ребёнка необходимым условием является не только нормальное физическое развитие, но и своевременное становление двигательных и речевых навыков. Причинами нарушения движения в младенческом и детском возрасте могут быть поражения головного мозга в перинатальном периоде, травматические нарушения центральной и периферической нервной системы различного генеза, нервно-мышечные заболевания, генетически детерминированные состояния. Главенствующее место в структуре двигательных нарушений детского возраста занимает детский церебральный паралич. Это группа нарушений развития движений и положения тела, вызывающих ограничения активности, вследствие непрогрессирующего поражения развивающегося мозга плода или ребёнка. В зависимости от уровня и степени поражения мозга развиваются двигательные расстройства по типу центральных парезов и параличей, реже- гиперкинезы, атактические нарушения, часто в сочетании с нарушениями речи и психическими расстройствами.

Материалы и методы. Представлены результаты восстановительного лечения на базе дневного стационара (ДС) НПЦ ДПН в группе детей с двигательными нарушениями. Пациенты получали сочетанные курсы физической реабилитации (массаж, лечебная физкультура), медикаментозной и психолого-логопедической поддержки, физиотерапии. Из физиотерапевтических методик применялись электролечение (1. различные общие и сегментарные методики электрофореза с глутаминовой кислоты, бромом, кальцием, новокаином, калия иодидом по Вермелю, гальванический воротник по Щербаку с бромом или кальцием, электрофорез эуфиллина и никотиновой кислоты на шейно- воротниковую область по Ратнерус целью улучшения мозгового кровообращения. При контрактурах – электрофорез иодида калия на область суставов поперечно. На курс по 10-14 процедур, 2. Магнитотерапия: ПеМП (переменное магнитное поле), 3. Электросон, 4. СМТ-терапия (амплипульстерапия), 5. ультразвуковая терапия, 6. теплотечение (парафино-озокеритовые аппликации).

Результаты. Обследовано 149 детей с двигательными нарушениями, получивших лечение в условиях ДС №3. Из них физиолечение получали 91%, ЛФК 73%, массаж 100%, консультации психолога- 57%, логопеда- 54%. В результате комплексного лечения достигнуто значительное улучшение (навыки ходьбы) у 9%, еще у 83% отмечена положительная динамика в виде снижения спастичности и ригидности мышц и, как следствие, улучшения объёма активных и пассивных движений, координации движения, улучшение эмоционального фона и способности к передвижению, что несомненно изменило качество жизни пациентов в лучшую сторону. У 8% с низким реабилитационным потенциалом улучшение не достигнуто.

Выводы. Учитывая высокую пластичность нервной системы в младенческом и детском возрасте, раннее начало и последовательное проведение реабилитационных комплексных мероприятий с включением физиолечения является необходимым условием для получения наибольшего эффекта в лечении двигательной патологии, в том числе детского церебрального паралича, что, в свою очередь, способствует улучшению их социальной адаптации и качества жизни.

МОЗЖЕЧКОВАЯ СТИМУЛЯЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБОРУДОВАНИЯ LEARNING BREAKTHROUGH KIT (BALAMETRICS)

Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Типсина Н.В., Маринова В.А.,

Титова Е.Г., Елизарова А.В., Тучак О.Н., Тишкова-Гарынина Л.В.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Мозжечковая стимуляция - это серия реабилитационных методик, направленных на стимуляцию работы ствола головного мозга и мозжечка. Мозжечок связан со всеми структурами нервной системы человека. Червь мозжечка участвует в регуляции эмоций и внимания, а также связан с вестибулярной системой мозга, которая отвечает за равновесие и координацию движений тела. Полушария моз-

жечка активно участвуют в формировании двигательных навыков и развитии умственных способностей человека. Обратная связь от мозжечка к лобным долям помогает интегрировать сенсорное восприятие с двигательными актами, связывает эмоциональные реакции, языковую способность, способность планировать свои действия друг с другом. Программа Learning Breakthrough и оборудование Balametrics (LBK) разработаны американским доктором педагогических наук Фрэнком Бильгоу в 60-х годах XX-го века. Области применения программы мозжечковой стимуляции с применением оборудования Balametrics в условиях дневного стационара: нарушение координации движений, моторная неловкость; нарушение внимания; гиперактивность; нарушения аутистического спектра; нарушение устной и письменной речи; проблемы с овладением школьных навыков; дисграфия, дислексия; ЗПР, ЗРР, ММД, СДВГ.

Цель программы: стимуляция мозжечкового отдела головного мозга ребенка, лобных отделов, стволовых структур, периферической нервной системы, активизация моторных и речевых центров.

Материалы и методы. Проводится комплекс упражнений на специальном оборудовании Balametrics, который позволяет улучшать функционирование головного мозга, и как следствие, развитие и совершенствование высших психических функций. Основные принципы построения программы упражнений с применением оборудования LBK: «от простого к сложному» (начиная с легких упражнений, постепенно увеличивая нагрузку); «оптимальная нагрузка» (оптимальный уровень сложности для ребенка); «интуиция специалиста» (от опыта специалиста зависит эффективность программы, определения момента усложнения программы оптимального уровня); «включение мотивации» (оборудование создает дополнительную мотивацию для занятий, познавательная активность, игровая активность); «вариативность упражнений» (свободное поле для творчества); «би/моно/реципрокно» (выполнение упражнений двумя руками, правой, левой поочередно); «направление движения» (по центру, вправо, влево, по кругу); «целесообразность» (отбить/кинуть, попасть в цель)

Результаты занятий с использованием оборудования LBK: развитие межполушарного взаимодействия; стабилизация работы вестибулярной системы; развитие зрительно-пространственных представлений (чувство тела, схема тела, ориентация во времени и пространстве, координатные, метрические, пространственные представления); совершенствование зрительно-моторной координации; интеграция сенсорных систем (вестибулярная, зрительная, слуховая, тактильная); улучшение координации, моторной ловкости, мелкой/крупной моторики; расширение зрительно-оптического поля; развитие внимания: увеличение объема, переключаемости, концентрации (актуально для СДВГ, ММД); развитие саморегуляции и контроля; стимуляция психо-речевого развития (актуально для ЗПР, ЗРР, РДА); личностные изменения.

МИКРОДЕЛЕЦИОННЫЙ СИНДРОМ. ТЕРМИНАЛЬНАЯ МИКРОДЕЛЕЦИЯ ДЛИННОГО ПЛЕЧА 1 ХРОМОСОМЫ. (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Якименкова Л.В.,
Типсина Н.В., Проскурина Ю.К., Уханова А.Н.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Значительная часть хромосомных аномалий представлена мелкими абберациями (микроделециями и микродупликациями). Клинические проявления микроделеционных синдромов характеризуются умственной и психомоторной задержкой развития разной степени тяжести, множественными стигмами дисэмбриогенеза, врожденными пороками развития, различными функциональными нарушениями. Синдром микроделеции 1q44 - недавно описанный синдром, связанный с дисморфизмом лица, задержкой развития, задержкой развития речи, генерализованными тонико-клоническими приступами и мышечной гипотонией. Субтеломерные делеции 1q44 вызывают задержку умственного развития, задержку моторного развития, аномалии головного мозга, в том числе аномалии мозолистого тела (АСС), микроцефалию у большинства пациентов. Наиболее распространенные черты лица включают микроцефалию, гипертелоризм и тонкую верхнюю губу. Распространенность данного синдрома: <1/1000000 (по всему миру).

Цель. Представить редкий клинический случай, проанализировать особенности анамнестических и клинических данных истории болезни ребенка с терминальной микроделецией длинного плеча 1 хромосомы.

Материалы и методы. Пациентка К, 6 лет 8 мес. (03.04.2013). Поступила в психо-неврологическое отделение НПЦ ДП для прохождения курса реабилитации.

Результаты. Ребенок наблюдается неврологом с диагнозом: Микроделеционный синдром, терминальная микроделеция длинного плеча 1 хромосомы. Молекулярный кариотип 1q44. Жалобы: задержка психомоторного развития; самостоятельно не ходит, только с поддержкой, речевая продукция- отдельные звуки, моторная неловкость. Из анамнеза: девочка от 8 беременности (1-м/а., 2-выкидыш на 12 неделе, 3-роды-девочка здорова, 4-м/а., 5-выкидыш на 5 неделе, 6-выкидыш, 7-роды, мальчик здоров). На 20 неделе бере-

менности у ребенка диагностирован ВПС - транспозиция магистральных артерий. Роды 3 самостоятельные на 40 неделе в головном предлежании, двукратное обвитие, короткая пуповина. Масса 3100 г, рост 51 см, окружность головы/окружность груди – 35/33см, шкала Апгар 5/76. Состояние при рождении тяжелое, стигмы дисэмбриогенеза, множественные пороки развития, расщелина твердого и мягкого неба, аномалия развития позвоночника. После рождения подтвержден диагноз: транспозиция магистральных артерий, рестриктивный парамембранозный ДМЖП. На 12 сутки проведена радикальная операция по поводу ВПС-артериальное переключение, ушивание дефекта межпредсердной перегородки, пересечение открытого артериального протока в условиях ИК и кардиоплегии. На 5 сутки жизни ребенок консультирован генетиком. Заключение: синдромальная форма ВПС. Молекулярно-цитогенетическое исследование (хромосомный микроматричный анализ) на 19 с.ж.-молекулярный кариотип arr1q44(244938497-249224684)x1. Имеется микроделеция на длинном плече (q) 1 хромосомы с позиции 244938497 до позиции 249224684, захватывающая регион 1q44. В базах данных ISCA и DECIPHER обнаруженная микроделеция определена как патогенная, связанная с задержкой развития и характерным фенотипом (в т.ч. врожденными пороками развития). Молекулярно-цитогенетическое исследование (FISH)- обнаружена делеция субтеломерного района длинного плеча хромосомы 1. ish del(1)(qter-) (D1S378-, D1S379-). Заключение генетика- Микроделеционный синдром, терминальная микроделеция субтеломерного района длинного плеча 1 хромосомы. У девочки синдром множественных врожденных пороков развития с нарушением психоречевого развития хромосомной этиологии: микрокrania, мышечная гипотония, судорожный синдром, аномалии мозолистого тела, задержка развития. Раннее психомоторное развитие с задержкой: голову держит с 5 месяцев, улыбается с 8 месяцев, переворачивается с 9 месяцев, садится самостоятельно с 1,5 лет, ползает реципрочно с 3,5 лет, ходит с опорой за 2 руки с 5 лет. Наблюдается у эндокринолога с диагнозом: Субклинический гипотиреоз (принимает левотироксин 18,5 мг), конституциональная низкорослость. В 1г.8мес., произведена операция уранопластика, восстановлена целостность твердого и мягкого неба. Наблюдается в ЦИТО и ДГБ св. Владимира, по поводу аномалии развития позвоночника (клиновидные полупозвонки Th8, Th10), вальгусная деформация стоп и коленных суставов. Врожденный двусторонний подвывих бедра. Наблюдается нефрологом с диагнозом: врожденная аномалия развития мочевыделительной системы, неполное удвоение правой почки. ПМР 2-3ст., нейрогенная дисфункция мочевого пузыря по гипорефлекторному типу. двусторонняя пиелозктазия. При обследовании: на ЭЭГ- эпилептиформной активности нет. ЭНМГ- без патологии. КТ головного мозга: атрофические изменения в перивентрикулярном белом веществе левой лобной доли. Консультирована психиатром: тяжелая умственная отсталость с атипичным аутизмом в следствие синдромального состояния. Системное недоразвитие речи тяжелой степени. При осмотре отмечаются множественные стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, отечные веки, глазные щели сужены, асимметричный нос, короткий фильтр, тонкая верхняя губа, высокий лоб, низко посаженные уши, короткая шея. Взгляд фиксирует непродолжительно, пытается проследить за предметом, конвергенция отсутствует, черепно-лицевая асимметрия, лицо гипомимично. Твердую пищу не жует, глотает только жидкую пищу. Небные, глоточные рефлексы снижены. Расходящееся содружественное косоглазие. Диффузная мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы в руках снижены, равномерные; коленные живые равномерные, быстро истощаются. Брюшные рефлексы живые. Рефлекс Бабинского положительный с обеих сторон. Клонусов нет. Самостоятельно переворачивается с живота на спину, со спины на живот, на четвереньки становится, ползает реципрочно. Самостоятельно садится, сидит с круглой спиной. Ходит с поддержкой с 2-х сторон. Стопы плосковальгусные. Вальгусная деформация коленных суставов. Тянется к игрушке, берет и удерживает игрушку, перекладывает из руки в руку. Мелкая моторика резко снижена. Физиологические отправления не контролирует. Изредка реагирует на голос мамы. Познавательное и речевое развитие ниже возрастной нормы. Системное недоразвитие высших психических функций.

Выводы. Данный клинический случай показывает, что своевременная диагностика и постановка диагноза способствует уточнению прогноза заболевания, комплексному подходу к реабилитации, а также оценке риска повторного рождения ребенка с данным заболеванием в семье при планировании беременности.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО КАБИНЕТА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ПО ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В МОСКВЕ В 2019 ГОДУ

Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Быкова О.В., Нанкина И.А., Саржина М.Н.,
Гунченко М.М., Малышева Т.В., Климов Ю.А.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Согласно Приказу Департамента Здравоохранения от 10.02.2007 №5 был создан городской кабинет по лечению детей и подростков с рассеянным склерозом (РС) и другими демиелинизирую-

щими заболеваниями в Москве на базе детской психоневрологической больницы №18 (в настоящее время ГБУЗ НПЦ Детской психоневрологии). Задачами центра являются: диагностика, динамическое наблюдение детей и подростков с демиелинизирующими заболеваниями, подбор и коррекция иммуномодулирующей терапии у детей и подростков с РС, образовательные и социальные программы для семей, нейропсихологическая диагностика и коррекция нарушений у детей и подростков с РС, направление на реабилитационное лечение пациентов с РС, внесение в Федеральный регистр новых пациентов с РС, ведение московского сегмента Федерального регистра лиц, больных РС, организация обеспечения лекарственными препаратами изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС) детей с РС.

Цель. Представить показатели работы городского кабинета РС и других демиелинизирующих заболеваний у детей и подростков за 2019г.

Результаты. За период 2019г в кабинет рассеянного склероза обратилось 453 пациента в возрасте до 18 лет проживающих в Москве. Из них первично 186, повторно- 268 детей. Острый диссеминированный энцефаломиелит установлен 5 пациентам, клинически изолированный синдром- 20 больных, радиологически изолированный синдром- у 8 детей, аутоиммунный энцефалит Расмуссена- 1 ребенок, хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия- 1 пациент. В московском сегменте Федерального регистра лиц, больных РС категория "Дети", по данным на конец 2018года, числилось 52 ребенка, на конец 2019года- 41 ребенок. Диагноз рассеянный склероз за период 2019г впервые установлен 17 детям в возрасте 12лет 7мес- 17лет 10 мес. Терапию препаратами интерферон-бета-1а 44мг, по данным на конец 2019г, получали 12 детей, интерферон-бета-1а 30мкг- 5 детей, интерферон бета-1б- 9 человек, глатирамера ацетат -7 больных, терифлуномид- 3 пациентов, окрелизумаб - 4 больных. В течение года у 5 пациентов- смена терапии ПИТРС в связи с недостаточной эффективностью или нежелательными реакциями на препарат.

Выводы. Московский городской кабинет для детей и подростков с РС и другими демиелинизирующими заболеваниями является специализированной высококвалифицированной консультативной структурой, позволяющей проводить дифференциальную диагностику указанных болезней у пациентов детского и подросткового возраста, назначать и контролировать эффективность лечения,

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ №12 ГБУЗ НПЦ ДП ДЗМ

Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Сафронова Н.А., Сафонова Е.А., Опарина Н.М.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой группу комплексных дезинтегративных нарушений психического развития, характеризующихся отсутствием способности к социальному взаимодействию, коммуникации, стереотипностью поведения, приводящим к социальной дезадаптации. Данное расстройство, являясь клинически гетерогенной группой заболеваний, может вызываться различными факторами (генетическими, дизнейроонтогенетическими, иммунными, нейробиохимическими и др.), имеющими общность в нарушении развития мозга и его пластичности. Распространенность РАС среди детей составляет 0,6-1% в популяции. Соотношение у мальчиков и девочек 2,6:1 до 4:1. Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения (дефектологическая, психологическая, педагогическая, нейропсихологическая коррекция, психотерапевтическая социальная работа с пациентом и его семьей) является одним из основополагающих принципов курации аутистических расстройств у детей.

Материалы и методы. Комплексная реабилитация детей с РАС проводится в условиях психиатрического отделения (ПО) №12 с коечным фондом 45 коек. Пациенты с РАС составляют в среднем 76 % от всех госпитализированных детей. Остальные 24 % составляют пациенты с задержкой психического и речевого развития различного генеза, в том числе дети с синдромальной генетической патологией, умственной отсталостью легкой и умеренной степени, когнитивным дефицитом у детей с детским церебральным параличом. Пациенты сгруппированы и распределены по палатам соответственно возрасту и тяжести психического расстройства.

Результаты. При поступлении каждый ребенок обследуется командой специалистов отделения: педиатром, психиатром, неврологом, физиотерапевтом, логопедом и психологом. Определяется общий план лечения и реабилитации, включающий в себя режим пребывания и наблюдения, сбалансированное питание по возрасту, медикаментозное лечение, соответствующее психопатологии ребенка и принятым стандартам лечения РАС. Психотерапевтическая реабилитация подбирается индивидуально, с учетом основных психопатологических синдромов и степени их выраженности. Особое внимание уделяется подбору препаратов группы нейролептиков, так как основная масса детей поступает в отделение без подобранной адекватной медикаментозной

поддержки, что ухудшает течение заболевания и его прогноз. Родителям подробно разъясняется необходимость лекарственной терапии, проводимой в отделении. Реабилитационные мероприятия в отделении представлены групповой и индивидуальной психолого-логопедической коррекцией, физиотерапевтическими методами лечения, групповыми и индивидуальными занятиями с инструктором по лечебной физкультуре, массажем (с учётом сопутствующей патологии), остеопатическим воздействием. Логопеды-дефектологи и педагоги-воспитатели проводят регулярные индивидуальные и групповые коррекционные занятия с элементами арт- и музыкотерапии, создающие положительный психо-эмоциональный фон в процессе лечения и развивающие эмоционально-волевую сферу пациента, обеспечивающие снижение уровня тревожности, улучшающие общее физическое и психическое состояние ребенка. Так, например, чередование танцевальных движений на фоне правильного музыкального сопровождения, пения, по нашим наблюдениям уменьшало беспокойство, тревожность, выраженность стереотипий, вызывало адекватные положительные эмоции, улучшало контакт между детьми и со взрослыми, улучшало память, внимание, целенаправленную активность и моторную пластичность. Лечебная физкультура с четкими короткими командами и элементами игры и курсы массажа, мягкое остеопатическое воздействие играют важную роль в развитии моторики и когнитивных функций детей с РАС. Важное значение в нашей работе придается терпению, позитивному настрою персонала и родителей пациентов на успех, индивидуальному подходу, рационально сбалансированному отношению к каждому ребенку с расстройством аутистического спектра.

Выводы. Таким образом, своевременное и последовательное обеспечение медико-психолого-педагогического сопровождения детей с расстройством аутистического спектра и их семей в совокупности с медикаментозными методами лечения является залогом проведения эффективной абилитации, последующей лучшей социальной адаптации, улучшения качества жизни пациентов и их близких.

ПОВЫШЕНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ УЧАСТНИКОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА: РЕБЕНОК-СЕМЬЯ-СПЕЦИАЛИСТЫ

Беркутова И.Ю.

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

Актуальность темы обусловлена бурным развитием и совершенствованием методов и методик, применяемых в детской реабилитации, что, несомненно, требует от всех участников процесса постоянного повышения личностных и профессиональных компетенций.

Цель. Оценка эффективности реабилитационных маршрутов детей-инвалидов с тяжелыми двигательными нарушениями (ДЦП, генетические синдромы, СМА и др.).

Материалы и методы. Проанализировав медицинскую документацию, проведя тестирующие занятия и анкетирование родителей, мы увидели, что преобладающая на данный момент медицинская модель реабилитации, где в фокусе внимания болезнь, приводит к тому, что ребенок не в полной мере осваивает потенциально возможные навыки, семья не имеет четко выстроенного реабилитационного маршрута, что приводит к хаотичному и неоправданному использованию ресурсов, а специалисты работают разрозненно, не имея возможности повышения профессиональных компетенций для междисциплинарного взаимодействия и единой системы оценки эффективности.

Результаты. Нами предпринята попытка организации и внедрения в практику работы Детского центра физической реабилитации и спорта Гросско личностно-ориентированного социального подхода, который объединяет участников реабилитационного процесса в единую равноправную команду: ребенок-семья-специалисты. У детей не формируется синдром вынужденного бездействия, так как специалисты и семья активно включают ребенка во все реабилитационные занятия и бытовые рутины в соответствии с возрастом. Ребенок своевременно и активно вертикализируется, что расширяет его двигательные возможности. Родители овладевают альтернативными методами коммуникации, организуют дома развивающую двигательную среду, осваивают принципы пострурального менеджмента, предотвращая вторичные нарушения у детей, получают сопровождение в подборе TCP и организации питания ребенка. Специалисты разного профиля помимо профессионального совершенствования знакомятся с принципами правильного позиционирования ребенка во время занятий, формируют клиническое мышление, осваивая диагностику функционального класса по различным шкалам (GMFCS, MACS, CFCS, EDACS), что способствует междисциплинарному взаимодействию, выработке единой стратегии реабилитационного процесса и позволяет максимально индивидуализировать реабилитационный маршрут. Немаловажным звеном является применение программы профилактики вывихов тазобедренных суставов и ориентированность при работе на конкретные проблемы конкретного ребенка и его семьи.

Выводы. Все вышеуказанные мероприятия позволяют увеличить эффективность реабилитации, повысить качество жизни ребенка и семьи в целом, значительно уменьшить неэффективное использование физических, психологических и материальных ресурсов семьи и государства в целом.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВЫВИХА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Беркутова И.Ю., Сынькова Е.В.

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

Актуальность. Высокий риск развития вывихов тазобедренных суставов при ДЦП затрудняет и ограничивает процесс реабилитации, вынуждает проводить травматичные оперативные вмешательства, требующие больших физических, психологических и материальных затрат.

Цель. Внедрение в практику работы Детского центра физической реабилитации и спорта Гросско программы наблюдения и профилактики вывихов тазобедренных суставов, используя успешный опыт коллег из Тюмени под руководством В.А. Змановской.

Материалы и методы. Проведя анализ медицинской документации 50 детей с диагнозом ДЦП в возрасте от 3 до 7 лет, имеющих 3-5 уровень по GMFCS, мы выявили что 68% детей имеют подвывих тазобедренного сустава, причем 30 % двухсторонний. У 29 % детей уже сформирован вывих и только 3 % не имели проблем с тазобедренными суставами. При этом ни один ребенок не имел регулярного контроля состояния тазобедренных суставов, рентген диагностика проводилась хаотично, а в 11% случаев детям никогда не проводилась такая диагностика. Родители 95% детей вообще не слышали о принципах правильного позиционирования, 49% детей не вертикализировались регулярно. На настоящий момент в программе 12 детей с диагнозом ДЦП в возрасте 5-7 лет 3-4 уровень по GMFCS. Мы провели гониометрию тазобедренных, коленных и голеностопных суставов. Проанализировали имеющиеся рентгеновские снимки, измерили индекс миграции. Всем детям рекомендована повторная рентген диагностика в правильной укладке. С родителями проведены индивидуальные консультации по принципам позиционирования, организации домашнего пространства, рациональному подбору и использованию ТСП. Специалисты Центра, работающие с этими детьми – массажист, логопед, психолог, музыкальный терапевт и др. получили рекомендации по правильному положению ребенка во время занятий.

Результаты. Трудности, с которыми мы столкнулись при реализации программы: организационные вопросы, так как проведение гониометрии требует определенного времени, не менее 30 минут на ребенка и 2-3 специалистов для корректного измерения. Родители медленно осознают важность проводимых исследований. У всех детей используемые ТСП необходимо доработать или заменить, что связано с внесением изменений в ИПРА, а это требует времени, а порой и психологического дискомфорта. Несмотря на сложности, мы имеем первые успехи. У двоих детей наметилась положительная динамика в положении головки тазобедренного сустава. Родители большинства детей стали активнее обращать внимание на позиционирование детей в домашних условиях. Делают фото и видеосъемку, по которой специалист может дать необходимые рекомендации.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИНАУРАЛЬНЫХ РИТМОВ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ, ОПЕРАЦИОНАЛЬНЫХ И РЕГУЛЯТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В настоящее время в литературе встречается все больше исследований о позитивном влиянии прослушивания бинауральных ритмов на интегративную работу головного мозга, включая синхронизацию и активацию корковых нейронных сетей, улучшение межполушарного взаимодействия (С. Beauchene, N. Abaid, R. Moran et al., 2017; F.R. Carrick, G. Pagnacco, A. Hankir et al., 2018; Е.Н. Рябова, О.А. Михайлова, Т.Ю. Овсянникова и др., 2019). Под бинауральными ритмами понимаются ритмы диапазона альфа- волн частотой 8–13 Гц. Исследователи отмечают улучшение интегративных и системных связей головного мозга, проявляющееся в повышении нейродинамических, операциональных и регуляторных показателей психической деятельности.

Цель. Рассмотрение возможности применения бинауральных ритмов в коррекционной работе с детьми с нарушениями работы функциональных блоков мозга.

Материалы и методы. В рамках работы медицинских психологов дневного стационара №1 ГБУЗ «НПЦ ДП» ДЗМ проводилась психо-коррекционная работа с использованием бинауральных ритмов. Занятия с применением бинауральных ритмов прошли 7 детей в возрасте от 5 до 7 лет с нарушением когнитивных функций (ДЦП, ЗПРР, РАС) без эпилептической активности по данным ЭЭГ. Оценка нарушений работы функциональных блоков мозга проводилась при помощи нейропсихологического обследования по методу А.Р.Лурии. По результатам обследования ведущими нарушениями были недостаточность нейродинамических и регуляторных функций, в меньшей степени с нарушением операционального компонента мышления. Во время психо-коррекционных занятий детям включались музыкальные треки с бинауральными ритмами, длительность занятия составляла 30 минут.

Результаты. По результатам наблюдения за детьми во время прослушивания бинауральных ритмов отмечалось повышение работоспособности, усидчивости, концентрации произвольного внимания, по сравнению с аналогичными занятиями с этими же детьми без включения бинауральных ритмов. Повышение нейродинамических показателей у детей данной группы положительно влияло на усвоение предлагаемого материала, повышало уровень контроля над протеканием собственной деятельности во время занятий, способствовало повышению эффективности психо-коррекционных занятий, сокращало адаптационный период.

Выводы. Таким образом, можно предположить наличие положительного влияния прослушивания бинауральных ритмов на когнитивные функции детей с недостаточностью функциональных блоков мозга. По результатам работы предполагаем целесообразность дальнейшего исследования данного эффекта на выборке большего объема.

ИНФАРКТ МОЗГА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Борисова М.Н., Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Малышева Т.В.
ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Исследования последних лет показали, что хроническая и острая ишемия мозга в детском возрасте не такая редкость, как считалось ранее. В ряду причин инсультов у детей одно из первых мест занимают врожденные пороки сердца и ангиодисплазии. Наличие аномалий развития сердечно-сосудистой системы не фатально в отношении развития инсульта. Однако, их сочетание в совокупности с факторами, реализующими инсульт (артериальная гипертензия или гипотензия, нарушение гемокоагуляции и гемореологических свойств крови и пр.) в значительной степени повышают риск развития мозговой катастрофы.

Материалы и методы. Приводим клиническое наблюдение редкого сочетания врожденных пороков сердца и ангиодисплазии, осложненных инфарктом мозга.

Результаты. Ребенок 11 лет обратился с жалобами на слабость и ограничение движений в правой руке и ноге, повышение артериального давления, снижение памяти. Из анамнеза известно, что в августе 2019г. во время школьных каникул после повышенной физической нагрузки, на фоне интенсивной головной боли развилось сопорозное состояние, правосторонняя гемиплегия, моторно-сенсорная афазия. Госпитализирован в реанимационное отделение в тяжелом состоянии. По данным выписки из истории болезни: глубокий сопор, АД-170\110 мм.рт.ст., поражение VII и XII пар черепных нервов по центральному типу. Правосторонняя гемиплегия с низким мышечным тонусом и сухожильными рефлексам. Патологические стопные знаки разгибательной группы. На фоне интенсивной терапии состояние ребенка стабилизировалось. На пятые сутки отмечен регресс общемозговых симптомов и афатических расстройств. В дальнейшем лечение проводилось в неврологическом стационаре в течение месяца и реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях. Регресс неврологических нарушений минимальный. ЭхоКГ: коарктация аорты. Аномалия клапанного аппарата: двустворчатый аортальный клапан, дисплазия сосочковых мышц митрального клапана. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение диастолического расслабления левого желудочка. МРТ головного мозга: постинфарктная киста больших размеров лобно-теменной области левой гемисферы. Гипоплазия левой среднемозговой артерии со стенозом более 50% на протяжении 1 см со снижением интенсивности сигнала от ее дистальных ветвей. Петлеобразная извитость внутренних сонных артерий.

Заключение. Таким образом, инфаркт мозга у мальчика 11 лет развился на фоне множественных пороков развития сердечно-сосудистой системы: коарктация аорты, двустворчатый аортальный клапан, дисплазия сосочковых мышц митрального клапана, гипоплазия средней мозговой артерии, кинкинг синдром, осложненных артериогенной артериальной гипертензией, нарушением системной и церебральной гемо-

динамики с ограничением возможностей коллатерального кровотока, чем объясняется обширность ишемического поражения мозга, проявившегося выраженным стойким очаговым неврологическим дефицитом с незначительным регрессом в период реституции.

ВЛИЯНИЕ ВЕНТРИКУЛОМЕГАЛИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПАТТЕРНА СНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ

Боровицкая М.Ш., Грищенко М.В., Рубинова Ю.Л., Николаева Е.Б.,
Гаджиалиева З.М., Платонова А.Н., Пшемьская И.А., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. У детей с вентрикуломегалией боковых желудочков по данным нейровизуализации (нейросонографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии) отмечается изменение функциональной активности близлежащих отделов головного мозга, что отражается на формировании его биоэлектрической активности.

Цель. Изучить влияние наличия вентрикуломегалии боковых желудочков головного мозга на частотно-амплитудные характеристики биоэлектрической активности мозга во время 1-2 стадий медленноволнового сна у детей младше 2 – х лет.

Материалы и методы. Обследовано 11 больных в возрасте от 6 до 20 месяцев с диагностированной вентрикуломегалией боковых желудочков головного мозга легкой и умеренной степени. Все пациенты в клинике имели легкую задержку психо-моторного развития вследствие перинатальной патологии без эпилептических приступов в анамнезе. Электроэнцефалограмма снималась с использованием международной системы наложения электродов «10-20».

Результаты. Амплитудные характеристики фоновой активности волн тета- и дельта-диапазона у всех пациентов не превышают 160 мкВ, что соответствует возрастной норме. Правильный зональный градиент в виде амплитудного преобладания медленных волн в каудальных отделах во 2 стадии медленноволнового сна также присутствует у 100% обследуемых. У 1 пациента в 1 стадии медленного сна наблюдалось наличие паттерна гипнагогической гиперсинхронизации – диффузных вспышек высокоамплитудных билатерально-синхронных ритмических тета-дельта волн. Изменения в характеристиках «сонных веретен» (сигма-ритм - физиологический феномен сна) наблюдались у всех пациентов. У 9 обследуемых отмечалась его межполушарная асимметрия в виде асинхронной генерации. Длительность сигма-ритма увеличена у 3 детей, уменьшена у 1 ребенка. Нарушение пространственного распределения в виде распространения на каудальные области наблюдалось у 4 пациентов. Дезорганизация и недостаточная модуляция сигма-ритма выявлена у 5 детей.

Выводы. Структура сна и фоновая медленно-волновая активность остаются неизмененными. У всех обследованных отмечались нарушения организации «сонных веретен» с нарушением пространственного распределения и модуляции. Выявлена корреляционная зависимость между данными ЭЭГ и лучевых методов обследования.

ГИДРОКИНЕЗОТЕРАПИЯ (ГКТ) В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ (ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «УМНЫЕ РЫБКИ»)

Бурэ Н.П., Суслова Г.А.

Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Для развивающегося детского организма водная среда является уникальной, а регулярные занятия в ней необходимы для гармоничного развития ребенка. На основе анализа собственного опыта работы и данных разных источников была разработана и апробирована поэтапная Программа ГКТ для детей первого года жизни с перинатальной патологией. Программа включает 4 комплекса: с учетом возраста, анатомо-физиологических особенностей, психо-моторного развития ребенка, физических факторов водной среды (термического, физического, химического). Использование данной программы может быть использована как для профилактики послеродовых осложнений, но и для коррекции нарушений, возникших в перинатальный период развития ребенка, особенно у глубоко недоношенных детей.

Материалы и методы. 1 комплекс («сухая иммерсия»): выполнение рефлекторной, суставной и вестибулярной гимнастики в условиях «сухой иммерсии» («невесомости»), в ванночке. Дети первых 3-х месяцев (по показаниям). Можно использовать в условиях реанимации. 2 комплекс (в ванне) до погружения в воду

(10-15 мин) включает массаж рефлексогенных зон, упражнения на поддержание врожденных рефлексов, в том числе плавательного. Во время погружения в воду (10-15 мин) проводят обучение плаванию и нырянию, гидромассаж, фотохромотерапия, суставная гимнастика, коррекционные упражнения. Закаливающие мероприятия (воздушные ванны, адаптация к понижению температуры воды от занятия к занятию, закаливание в «холодном пятне»). Дополнительные средства оздоровления (по показаниям): добавление природной морской соли. Температура воды от 36 до 32°C. 3 комплекс (в бассейне) включает обучение основам передвижения в воде ребенка, погружение в воду на разную глубину, гидромассаж, ритмопластика с музыкальным сопровождением (занятия проводятся специально обученным медицинским специалистом в воде). Формы проведения: индивидуальные занятия с тренером. Обязательное обучение родителей базовым техникам передвижения в воде по мере коррекции состояния ребенка. Использование пассивных (элементы Ватсу-терапии), пассивно-активных (элементы Халивик-метода) и активных упражнений (плавание, «щадающие» прыжки и ныряния в воду). Температура воды 32-31°C. Глубина бассейна не менее 60-80 см (оптимально – 120 см). 4комплекс (в бассейне) включает индивидуальные и групповые формы занятий. Специалист может находиться как в воде, так и на бортике. Температура воды не ниже 28-29°C. Глубина бассейна не менее 80 см. Программа прошла апробацию и применяется в клиниках СПбГПМУ с 2012 года, а с января 2016 года в медицинском центре «РЕАСАНМЕД».

Результаты. Разработаны и апробированы комплексы ГКТ, опередлены противопоказания к проведению процедур. Выявлена высокая эффективность программы в рамках комплексной медицинской реабилитации при коррекции перинатальных нарушений, вызванных недоношенностью, родовыми травмами, пороками развития, послеоперационными состояниями. Главное условие выполнения данной программы-медицинский специалист, прошедший специальный курс обучения по ГКТ. Данный курс проводится специалистами кафедры Реабилитологии ФП и ДПО СПб ГПМУ.

Выводы. Клинический опыт показал, что системный профессиональный подход и раннее использование гидрокинезотерапии при комплексной медицинской реабилитации позволяет скорректировать нарушения основных систем организма, возникших в перинатальном периоде и снизить риск инвалидизации ребенка.

МЕДИЦИНСКАЯ ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ПОВРЕЖДЕНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Бурэ Н.П., Суслова Г.А., Коростовцев Д.Д., Захаров Д.В.

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
г. Санкт-Петербург*

Введение. Доказано, что для развивающегося детского организма водная среда является уникальной, а регулярные занятия в ней необходимы для гармоничного развития и восстановления здоровья ребенка. В настоящее время во многих реабилитационных клиниках широко используют методики гидрореабилитации, но, к сожалению, не всегда учитывают совместимость их между собой и в комплексе с остальными. Существует некий шаблон в назначениях и проведении, что приводит совершенно к другим исходам и негативному результату всего комплекса реабилитации.

Цель. Создание алгоритма назначения и проведения гидрореабилитации для детей дошкольного возраста с неврологической патологией.

Материалы и методы. Специалистами кафедры Реабилитологии ФП и ДПО СПб ГПМУ, на базе Консультативно-диагностического центра был разработан алгоритм и с января 2012 года проводится поэтапная программа медицинской гидрореабилитации детей дошкольного возраста при заболеваниях и повреждениях нервной системы. Контингент: дети от 1 месяца до 6 лет. Основная патология: перинатальные повреждения ЦНС и периферической нервной системы, гидроцефалия, постоперационные состояния (после шунтирования головного мозга, удаления нейробластомы), последствия родовой травмы (акушерские параличи, нестабильность шейного отдела позвоночника, установочная мышечная кривошея), детский церебральный паралич, врожденные пороки развития спинного мозга, миопатии, дети с эпилепсией (параксизмальной активностью), энурез, энкопрез, «гиперактивный мочевого пузыря», а также дети из группы риска развития отклонений в нервной системе, в том числе недоношенные. Методики: гидро- и аэромассажные ванны, гидрокинезотерапия (лечебная гимнастика в ванне и бассейне), закаливание с использованием водной среды, восходящий и циркулярный души. Краткосрочный и долгосрочный эффекты гидрореабилитации определялись по субъективным и объективным показателям функционального состояния организма. Кроме того, родителей обучали методикам гидрореабилитации для проведения в домашних условиях. Всего под наблюдением было более 500 детей.

Результаты показали высокую эффективность медицинской гидрореабилитации. Однако, для достижения стойкого долгосрочного эффекта восстановления важно учитывать ряд принципов: 1. периодичность назначения процедур (3 периода: подготовительный, тренирующий, развивающий), с учетом анатомо-физиологических особенностей развития ребенка, течения заболевания, текущего состояния организма ребенка, 2. раннее начало и по возрасту, и от начала заболевания (чем раньше начинается гидрореабилитация, тем короче подготовительный период и быстрее включаются механизмы саногенеза), 3. соблюдение принципов совместимости процедур гидрореабилитации между собой и с проведением других реабилитационных мероприятий, 4. комплексный подход (использование с методиками рефлексотерапии, мануальной терапии, остеопатии, массажа, аппаратной физиотерапии, лечебной гимнастики на суше), но с учетом совместимости процедур. В ходе исследований были определены основные методики водолечения на разных периодах и этапах, их совместимость, параметры проведения, сочетаемость с другими методами реабилитации. Так предлагается в 1 периоде использовать методики гидрореабилитации для нормализации мышечного тонуса и улучшения трофики тканей. Акцент в этом периоде идет на использование факторов водной среды, вызывающие эффект гидроневесомости (работа на «горизонтали»), седативный и миорелаксационный эффекты (температура воды от 35 до 36,5С, без перегрева), усиливающие гемо- и лимфодинамику (плавание, купание, подводные гидро- и аэромассаж), добавление природных соединений, насыщенных микро- и макроэлементами (морская соль, бишофит, хвойный экстракт, фитодобавки), фотохромотерапия в воде на рефлексогенные зоны стопы, ладоней («зеленый цвет»). Факторы дозируются строго индивидуально. Была отмечена высокая эффективность использования последовательного применения таких процедур как: минеральные «жемчужные ванны» (температура воды 36С, до 10 мин) после плавания в бассейне (температура воды 32-31С, 30 мин), у детей 1 года жизни и страдающих ДЦП; восходящий душ (температура воды 35-36 грС, 3-5 мин) и последующее погружение в минеральную «жемчужную ванну» (температура воды 36С, до 10 мин), у детей страдающих «гиперактивным мочевым пузырем». Важно напомнить, что к гидрореабилитации относится и соблюдение питьевого режима детей. В последнее время мало уделяют этому внимания. Не стоит забывать, что нормой для детей является потребление чистой воды 20 мл/кг/сутки (для детей 1 года жизни) и 30 мл/кг/сутки для более старших детей. Потребность в приеме воды повышается не только в летний период, но и после проведения физической реабилитации. Раннее начало проведения гидрореабилитации позволяет предотвратить развитие ряда осложнений и заболеваний нервной системы, снизить развитие инвалидизации и повысить качество жизни детей дошкольного периода. Подготовка специалистов по гидрореабилитации детей: в 2014 году сотрудниками кафедры Реабилитологии ФП и ДПО СПбГПМУ была разработана программа подготовки специалистов по Гидрокинезотерапии (144ч), в рамках повышения квалификации, а с 2017 года проводятся авторские программы (18 часов) по отдельным темам, касающимся использования гидрокинезотерапии (превентивные, лечебные и адаптивные методики для медсестер и врачей).

Выводы. Рациональное использование методик медицинской гидрореабилитации у детей дошкольного возраста обеспечивает быстрое восстановление функционального состояния центральной и периферической нервной системы, профилактику осложнений и инвалидизацию у детей с заболеваниями и повреждениями нервной системы.

ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Бурэ Н. П., Суслова Г. А., Орел В.В., Суслов В.М.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время одним из основных приоритетов социальной политики России является оказание ранней помощи детям. Медицинская реабилитация является составной частью ранней помощи. Для определения перспективы и направления реабилитационных мероприятий важным является оценка реабилитационного потенциала (РП) ребенка.

Цель. Определение РП является ключевым компонентом разработки индивидуальной программы комплексной медицинской реабилитации (КМР): выбора методов, средств медицинской реабилитации, разработки критериев оценки их эффективности, разработки проекта стандартов их оказания и создания системы управления качеством предоставления медицинских услуг.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 500 детей, в возрасте от 7 дней до 9 месяцев, из них 69,9% недоношенных (25,3% на 34-36 неделе гестации, 22,3% на 31-33 н.г., 17,1% на 28-30 нг, 5,2% на 25-27 нг), находившихся на лечении в условиях Перинатального центра. Основная

патология: перинатальные поражения центральной и периферической нервной систем, недоношенность, маловесные к сроку гестации, респираторные нарушения, бронхо-легочная дисплазия, состояния после операционного лечения. Индивидуальная программа КМР включает следующие процедуры: массаж, гимнастика, в том числе в условиях «сухой иммерсии», физиотерапия, рефлексотерапия, мануальная терапия, укладки. Дети находились в стационаре не менее 1 месяца. Оценивались различные показатели функционального состояния детей, в том числе учитывались катамнестические данные. Для оценки РП за основу были взяты 8 параметров: состояние ЦНС, дыхательной системы, сердечно-сосудистой системы, мочевыделительной системы, кожных покровов, а также учитывались температура тела, вес тела при рождении, динамика веса. Каждый показатель оценивался по трех-балльной шкале (0,1,2) в зависимости от клинических маркеров. РП оценивался по сумме всех баллов по 8 показателям. Оценка РП, по нашему представлению, должна быть оперативной, объективной, нетрудоемкой и информативной. Соответственно уровню РП подбирался определенный комплекс реабилитационных мероприятий. По мере изменения РП в процессе медикоментозного и реабилитационного лечения, менялся и комплекс методов и средств реабилитации. Эффективность КМР оценивается по краткосрочной и долгосрочной реакции на воздействие. Под краткосрочным эффектом подразумевается динамика показателей витальных функций в момент воздействия, на 15 мин, 30 мин, через 1 час (состояние ребенка, динамика частоты сердечных сокращений, артериального давления, сатурации кислорода в крови). При оценке долгосрочного эффекта анализируется динамика показателей в течении 24 часов и 7 суток после воздействия. Результаты (исход) реабилитации (степень восстановления нарушенной функции) оценивали по четырехбалльной шкале: 1 балл- полное восстановление; 2 балла- частичное восстановление; 3 балла- без изменений от исходного уровня; 4 балла- ухудшение. Начало КМР определяется решением отборочной комиссии (во главе с заведующими отделения медицинской реабилитации и отделения) вместе с лечащим врачом и специалистами бригады КМР, которая проходит 1 раз в неделю. При возникновении изменений в состоянии ребенка, КМР меняется по решению лечащего врача, при условии информирования заведующего отделением МР и специалиста.

Результаты. В ходе разработки критериев оценки РП и апробации были определены 4 уровня РП: отсутствие или очень низкий РП (от 0 до 3 баллов), низкий уровень (от 4 до 7 баллов), средний уровень (от 8 до 11 баллов) и высокий уровень (от 12 до 16 баллов). Каждому уровню РП соответствует выбор двигательного режима, условий проведения и комплекс методов и средств реабилитации. Основными условиями начала КМР являются: уточненный диагноз, стабильность состояния и показателей витальных функций ребенка на момент осмотра (наличие сознания, отсутствие признаков дыхательной и сердечной недостаточности, регулярные прибавки веса, отсутствие генерализованного воспалительного процесса), а также рекомендации специалистов (нейрохирурга, кардиохирурга, хирурга, кардиолога, эндокринолога, невролога). При очень низком уровне РП КМР не проводилась (откладывалась). При низком уровне РП проводятся методики по охранительному режиму воздействия, продолжительность 3-5 мин, 2-3 раза в день, в кровати с подогревом, без выкладывания на пеленальный столик (в постеле пациента): массаж (точечный, рефлекторных зон), гимнастика (рефлекторная), лечение положением (укладки), физиотерапия (фототерапия, фотохромотерапия, ингаляции, оксигенотерапия), музыкотерапия, воздушные ванны (кратковременные). При среднем уровне РП- по щадящему режиму, продолжительность 5-10 минут, перед каждым кормлением, на пеленальном столике: массаж (рефлекторных зон, поглаживание, прикосновений), гимнастика (рефлекторная, вестибулярная, суставная, дыхательная), «сухая иммерсия», лечение положением (укладки), физиотерапия (светотерапия, ингаляции, оксигенотерапия, электрофорез), мануальная терапия (кранио-сакральные методики), рефлексотерапия (щадящие методики), музыкотерапия, воздушные ванны (до 10 мин). При высоком уровне РП- по щадяще-развивающему режиму воздействия, 10-15 мин, перед кормлением или через 1-1.5 часа после кормления, на пеленальном столике: массаж (общий, рефлекторных зон, поглаживание, артикуляционный), гимнастика (рефлекторная, вестибулярная, суставная, дыхательная, фитбол), «сухая иммерсия», лечение положением (укладки), физиотерапия (светотерапия, ингаляции, оксигенотерапия, электрофорез, магнитотерапия), мануальная терапия (кранио-сакральные методики), рефлексотерапия, музыкотерапия, воздушные ванны (до 15 мин). Таким образом, при увеличении уровня РП увеличивается объем восстановительных мероприятий и расширяется спектр реабилитационных методик.

Выводы. Раннее начало использования методов и средств КМР позволяет ускорить лечебный процесс и позволяет избежать осложнений перинатального периода. Эффективность ранней помощи детям зависит не только от использования комплекса всех методов медицинской реабилитации, но и от правильного подбора методик, адекватных текущему состоянию организма ребенка, его потенциальных возможностей. Предлагаемая балльная оценка РП позволит создать систему управления качеством реабилитационного процесса и оказания эффективной ранней медицинской помощи новорожденным и детям грудного возраста на 1 и 2 этапах медицинской реабилитации в условиях стационара.

СИНДРОМ КОРОТКОЙ НОГИ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ЭТАП НАРУШЕНИЯ ПОСТУРАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ У ДЕТЕЙ

Валиев В.К.¹, Красавина Д.А.¹, Гарибьянц В.В.²

¹ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, г. Санкт-Петербург

²Профессорская клиника ОДА, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Синдром короткой ноги в популяции встречается, по разным источникам, до 90%. Данная патология в ряде случаев является основополагающей в формировании у пациентов постурального дефицита. Однако, в мировой литературе не освещен вопрос о величине разнородности значимой для формирования постурологического дефекта.

Цель. Выявить частоту встречаемости разнородности ног у детей с 7 до 18 лет. И значимую для постурологического дефекта величину укорочения конечности.

Материалы и методы. Выборка пациентов (девочек и мальчиков) проводилась на базе ортопедического центра по единому алгоритму: ортопедическое измерение длины нижних конечностей, оценки деформации позвоночника, а также методов компьютерно-оптической топографии и электромиографии.

Результаты. В исследуемой группе пациентов значимой для изменения баланса тела являлась разнородность 0,4 см, и более. Такая разница проявлялась функциональными изменениями. У детей более старшего возраста с 10 до 18 лет такая разнородность ног вызывала уже структуральные изменения и осложнения в виде мышечно-тонического синдрома в разных областях (надплечий, ромбовидных мышц, квадратных мышц поясницы)

Выводы. Одним из клинических и максимально информативных и не инвазивный методов исследования, подтверждающих ортопедические и клинические изменения в постурологии при разнородности ног являются компьютерная оптическая топография в сочетании с электромиографией.

EASI КАК АКТУАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОЦЕНКИ КЛЮЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ДЕТЕЙ ОТ 3 ДО 12 ЛЕТ

Варелджян К.Р.

Детский медицинский центр «Под Крылом», Химки, Московская область

Актуальность. Нарушения сенсорной обработки (SPD) имеют свою нейроанатомическую обоснованность, отличную от СДВГ и РАС (Пратик Мукерджи, MD, PhD) и встречаются у 5% -16% детей, что чаще чем аутизм, но также часто как СДВГ, однако, этому состоянию уделяется гораздо меньше внимания отчасти потому, что оно никогда не распознавалось как отдельное нозологическое образование. Одна из причин, по которой SPD до сих пор игнорировалась или рассматривалась как проявление других заболеваний- это отсутствие доступного, валидизированного, стандартизированного инструментария. Например, известный метод оценки SIPT не стандартизирован в большинстве стран, в том числе и в России, очень объёмный, трудоемкий и дорогостоящий в использовании.

Цель. Представление актуального метода диагностики в сенсорной интеграции Ayres (EASI) для оценки ключевых функций СИ, которые лежат в основе обучения, поведения и взаимодействия.

Материалы и методы. Теоритический анализ, синтез литературы и диагностических материалов EASI, сравнение, обобщение, конкретизация, систематизация.

Результаты. На данный момент EASI измеряет сенсорное восприятие, сенсорную реакцию, постуральную/зрительную/билатеральную интеграцию и праксис (всего 20 субтестов). Задания подобраны и сконструированы таким образом, чтобы свести к минимуму влияние культуры, понимания языка и предшествующего опыта. Первоначальный план развития EASI заключается в сборе международных нормативных данных о детях в возрасте от 3 до 12 лет. Долгосрочный план состоит в том, чтобы расширить элементы и нормативную выборку, чтобы EASI можно было использовать для оценки сенсорной интеграции для всех возрастов в свободном и доступном формате.

Выводы. На данный момент клиническое наблюдение и тесты сенсорной интеграции и практики (SIPT) остаются предпочтительным инструментом оценки до тех пор, пока сбор данных по EASI (в том числе и в России) не будет завершен и не появятся нормативы. Официальная презентация EASI как метода оценки сенсорных особенностей детей от 3 до 12 лет назначен на июль 2020 года.

ОЦЕНКА ОБЩИХ ДВИЖЕНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО МЕТОДУ ПРЕХТЛЬ И ИМИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, КАК СПОСОБ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Василевская А.А., Варелджян К.Р.

Детский реабилитационный центр «Под крылом», г. Химки, Московская область

Актуальность. Общие движения являются частью спонтанного репертуара движений, возникают в ранний эмбриональный период и присутствуют до конца шестого месяца жизни. Общие движения сложны, вовлекают целое тело в переменную последовательность движений рук, ног, шеи и позвоночника. Они увеличиваются и уменьшаются по интенсивности, силе и скорости, у них есть постепенное начало и конец. Если в работе нервной системы есть особенности, то общие движения изменяют свой сложный и переменный характер, становятся монотонными и бедными. В настоящее время проводится апробация имитационной терапии движениями у недоношенных детей, что улучшает исходы развития нервной системы к концу первого года жизни. Применение и развитие имитационной терапии на основе оценки общих движений по методу Прехтль в лечении глубоко недоношенных детей, имевших внутрижелудочковые кровоизлияния, положительно влияет на развитие нервной системы детей и дает возможность минимизировать неврологический дефицит к концу первого года жизни.

Цель. Продемонстрировать динамику развития общих движений новорожденных по методу Прехтль, которые являются первичным маркером дисфункции нервной системы в очень раннем возрасте. Показать результаты применения метода имитационной терапии для недоношенных детей и ее влияние на развитие Fidgety движений с последующей нормализацией физиологических паттернов движения.

Материалы и методы. Представлены результаты, использования имитационной терапии у недоношенных детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями и ее влияние на динамику развития общих движений.

Результаты. Исследования показывают, что у всех пациентов, прошедших отделение интенсивной терапии раннее двигательное поведение связано с последующим двигательным и когнитивным развитием. Время появления, исчезновения и динамики развития общих движений по Прехтль зависят от возраста, наличия или отсутствия повреждающих факторов и связаны с онтогенетическим развитием мозга. Раннее начало имитационной терапии снижает риск развития неврологических нарушений.

Выводы. Ранняя диагностика и раннее вмешательство могут снизить степень инвалидизации детей к концу первого года жизни и предотвратить риски развития вторичных осложнений.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Вахова Е.Л.¹, Александров А.В.², Румянцева М.В.¹

¹ГАОУ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы

²ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы

Актуальность. Травмы верхней конечности у детей в 10-12% случаев сопровождаются повреждением периферических нервов. Большинство из них вызвано тракцией нервного ствола отломками кости при смещении. Как правило, они транзиторные, не требуют хирургического вмешательства, в течение нескольких месяцев происходит полное восстановление. Реже встречаются ятрогенные повреждения, связанные с выполнением металлоостеосинтеза. Комплексная диагностика повреждений периферических нервов включает клинический осмотр, электрофизиологическое и ультразвуковое исследование, позволяющие оценить степень и топiku поражения мышц и нервов, состояние окружающих тканей, питающих артерий, анатомическую целостность нерва. В настоящее время хорошо изучены патофизиологические аспекты повреждения и механизмы восстановления функции нерва. Актуальным остается вопрос оптимизации программ и сроков медицинской реабилитации детей с повреждением периферических нервов после реконструктивных операций.

Цель. Задачами медицинской реабилитации таких детей являются профилактика рубцово-спаечного процесса в нерве, стимуляция его регенерации, уменьшение выраженности вегетативных и трофических расстройств, сохранение функции денервированных мышц, улучшение двигательных возможностей конечности.

Материалы и методы. Основными компонентами программы медицинской реабилитации являются следующие методы физио-кинезотерапии: вазоактивная электростимуляция, магнито- электростимуля-

ция, ультрафонофорез гидрокортизона, фото-электрофорез сосудистых препаратов, разработка движений, массаж, ортезирование, кинезиотейпирование.

Результаты. Своевременно начатые реабилитационные мероприятия, учитывающие индивидуальные возможности ребенка, адекватно поставленные реабилитационные задачи и правильно выполненные назначения способствуют профилактике послеоперационных осложнений, ускорению восстановления активных движений, что сокращает сроки реабилитации.

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ И ОПЕРАТИВНОМ ВЕДЕНИИ

Выборнов Д.Ю.¹, Хан М.А.^{1,2}, Тарасов Н.И.¹, Куянцева Л.В.², Коротеев В.В.¹

¹ГБУЗ Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы,

²ГАУЗ МНПЦ Медицинской Реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы

Актуальность проблемы медицинской реабилитации детей, больных сколиозом обусловлена высокой распространенностью заболевания в структуре ортопедической патологии детского возраста (до 27,6%), тяжелым, нередко прогрессирующим течением процесса, особенно в пубертатный период (50,0 %), возможностью ранней инвалидизации. Общепринятая тактика лечения предполагает дифференцированные подходы к проведению лечебных мероприятий детям с различной степенью выраженности сколиоза. Консервативное лечение сколиоза носит комплексный характер и особенно эффективно на начальном этапе развития деформации при I и II степени тяжести. Применяется с целью предупреждения дальнейшего прогрессирования сколиоза, возможности избежать хирургического вмешательства. Существующий опыт показывает высокую эффективность проведения такого лечения в условиях специализированных реабилитационно-образовательных центров.

Целями современного консервативного лечения являются: стабилизация деформации, коррекция деформации, удержание коррекции.

Результаты. Общими принципами консервативного лечения сколиоза являются: исключение неблагоприятных статико-динамических нагрузок на пораженный отдел позвоночника, стимуляция собственной активности мышц позвоночника, постепенность, комплексность и индивидуализация лечения (сочетание общих и индивидуальных подходов в выборе средств медицинской реабилитации), выработка и закрепление статико-динамического стереотипа рациональной осанки. Комплексное консервативное лечение сколиоза включает рациональный двигательный режим, корсетотерапию, активную коррекцию деформации (корригирующая гимнастика), гидрокинезотерапию, массаж, пассивную коррекцию деформации, физические методы лечения (электростимуляция мышц, электростатический массаж, магнитотерапия). Показания к оперативному лечению сколиоза ставятся после тщательного изучения динамики процесса, с обязательным рентгенологическим контролем, изучения клинических особенностей течения заболевания, проверки на протяжении определенного срока возможностей комплексного консервативного лечения. Характер реабилитационных мероприятий в послеоперационный период хирургической коррекции зависит от вида оперативного пособия и способа фиксации позвоночника. В ранний послеоперационный период применение массажа и лечебной гимнастики являются основными в профилактике ранних и поздних послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем. Критериями эффективности реабилитационных мероприятий у больных со сколиозом после операции является значительное улучшение осанки, отсутствие боли при длительной статической нагрузке, нормальное развитие мышц туловища и конечности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕМЕНТОВ ЙОГИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ

Ганузин В.М., Ганузина Г.С., Шинакова Л.А.

ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Ярославская область

Актуальность. Нарушения опорно-двигательного аппарата широко распространены среди детской популяции. Одной из основных причин возникновения морфофункциональных отклонений и патологических состояний опорно-двигательного аппарата (ОДА) у дошкольников является повышенная, обусловленная интенсивным ростом и развитием в этот период чувствительность к неблагоприятным воздействиям окружающей среды. Чувствительность к внешним воздействиям обуславливает и высокую эффективность профилактических мероприятий в данной возрастной группе.

Цель. Изучение динамики эффективности коррекции нарушений ОДА занятием физкультурой с элементами йоги у детей за пятилетний период.

Материалы и методы. Под динамическим наблюдением находились две группы детей 5-ти и 6-летнего возраста, воспитанников детского сада. Первая группа (18 человек) занималась по традиционной программе физического воспитания с начальными элементами йоги, во второй группе (19 человек) расширенный комплекс упражнений по системе йога входил в программу физического воспитания в течение 2-х лет. Основу занятий по системе йога составляют упражнения, направленные на принятие и удержание разнообразных поз путем длительных изометрических мышечных сокращений с минимальными физическими усилиями.

Результаты. При первичном обследовании исходные значения показателей силы мышц спины и живота у детей II группы более чем в 2 раза превышали таковые у детей I группы. По истечении 6 месяцев занятий по вариативным программам физического воспитания в обеих группах отмечалась положительная динамика. В I группе наблюдался прирост показателей силы мышц спины и живота соответственно на 189% и 260%, во II группе – на 117% и 145%. Более выраженная динамика указанных показателей в I группе была связана с меньшими исходными значениями этих параметров, вероятно, вследствие меньшей исходной тренированности детей I группы. Кроме того, была изучена эффективность коррекции нарушений ОДА за пятилетний период у тех выпускников данного детского сада, у которых расширенный комплекс упражнений по системе йога в течение 2-х лет входил как в основную программу физического воспитания, так и в дополнительные корректирующие занятия, проводимые 2 раза в неделю. Для дифференцированного подбора комплексов упражнений дошкольники были разделены на подгруппы: дети со сколиотической осанкой, дети с вялой и сутулой осанкой и дети с уплощением стоп II и III степени. Анализируя данные коррекции нарушенной осанки, были отмечены стабильно высокие результаты ее нормализации на протяжении всех пяти лет наблюдения: с 34,5% до 63,2%. Аналогичная тенденция имела место и при анализе результатов коррекции плоскостопия: нормализация состояния стопы наступила у 23,1% детей в первые два года и 40% в последующие три года.

Выводы. Таким образом, было показано, что программа физического воспитания с элементами йоги с введением дополнительных корректирующих занятий способствует эффективному укреплению физического здоровья, нормализации состояния ОДА и может быть рекомендована для реабилитации детей с патологией опорно-двигательного аппарата.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ

Ганузин В.М., Черная Н.Л., Маскова Г.С.

ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Ярославская область

Актуальность. Медико- социальная адаптация подростков с ограниченными психическими возможностями является одним из условий по включению данной группы в жизнь общества и их самореализации. Врачебная профессиональная консультация школьников с заболеваниями нервной системы является одним из этапов медико-социальной и трудовой реабилитации, который включен в психолого-педагогический раздел ИПРА инвалидов.

Целью работы явилось изучение возможности проведения медико- социальной реабилитации и подбора профессии в учебных заведениях подросткам с заболеваниями нервной системы и психическими отклонениями при проведении врачебной профессиональной консультации (ВПК).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 97 подростков с различными психическими расстройствами нервной системы, в том числе с эпилепсией, логоневрозом, шизофренией, умственной отсталостью в степени дебильности, нарушениями в поведении. Часть из них проживала и обучалась в школе-интернате 8 типа. В качестве методического материала использовали Приказ МТ и СЗ РФ от 1 февраля 2018 г. № 46, Методическое пособие Врачебная профессиональная консультация и профессиональный отбор школьников с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья и Федеральный протокол оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним, обучающимся в образовательных организациях. Медицинское профессиональное консультирование и профессиональная ориентация обучающихся. ФПРОШУМЗ-5-2014.

Результаты. Всем подросткам, прошедшим врачебную профессиональную консультацию, был рекомендован ряд основных и дополнительных специальностей, а также учебные заведения, где эти специальности можно получить. Результаты врачебной профессиональной консультации, медицинские ограничения и рекомендуемые профессии заносили в специальный раздел Медицинской карты ребенка (форма №026/у-

2000). В данном разделе указывались рекомендуемые специальности, учебные заведения и производственные факторы, неблагоприятно влияющие на патологический процесс при выполнении профессионально-должностных обязанностей на рабочем месте. Овладение профессиональными навыками подростками тесно связано с состоянием нервной системы. Поэтому, при проведении ВПК, врачу-консультанту необходимо знать профессионально-производственные факторы, которые могут привести к ухудшению состояния здоровья, инвалидизации и даже смерти работника с патологией ЦНС.

Выводы. Таким образом, одним из медико-социальных этапов реабилитации подростков с заболеваниями нервной системы и психическими отклонениями является врачебная профессиональная консультация, позволяющая выбрать достойную профессию, способствующую улучшению качества их жизни и адаптироваться к современным социально-экономическим условиям. А проводимая нами врачебной профессиональной консультации подросткам и инвалидам детства предусмотрена их индивидуальной программой реабилитации и абилитации.

РЕАКЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АППАРАТА И ОПОРНЫХ ЗОН СТОП

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

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

Актуальность. При развитии двигательных навыков необходимым условием является сохранение устойчивости. У детей с двигательными нарушениями уже на ранних стадиях заболевания при принятии вертикального положения проявляется потеря равновесия, что вызывает негативные реакции сердечно-сосудистой системы (ССС). Определяющими звеньями устойчивости являются вестибулярный аппарат и проприоцептивная система, стимуляция которых важна для регулирования равновесия при выполнении самых простых движений. Если ребенок малоподвижен и в основном находится в положении лежа, то непривычные движения вверх-вниз- в стороны могут вызывать у него негативные реакции вегетативной нервной и ССС на любые двигательные действия.

Цель. Оценка состояния ССС организма детей-инвалидов при выполнении активных упражнений, направленных на раздражение вестибулярного аппарата и стимуляцию опорных зон стоп в процессе развития устойчивости.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие дети-инвалиды с диагнозом ДЦП в возрасте от 2 до 14 лет. Для оценки реакции ССС на изменение положения тела в пространстве был использован тест - вращение ребенка в «Тренажере Гросса» в течение 30 секунд со скоростью 15 оборотов. Для оценки реакции организма детей на стимуляцию опорных зон стоп использовался аппарат «Корвит» в режиме «Медленная ходьба» в течение пяти минут. Определялись частота сердечных сокращений (ЧСС) и артериальное давление (АД) до и после проведения тестов. Оценка состояния ССС проводилась по формуле Квааса, в которой рассчитывался коэффициент выносливости (КВ) по показателям частоты пульса (ЧСС) и пульсового давления (ПД).

Результаты. Проведенные исследования показали, что вестибулярные раздражения вызывают изменения реакции сердечно-сосудистой системы. В исходном состоянии у всех детей отмечена ослабленная деятельность сердечно-сосудистой системы, о чем свидетельствовали большие величины отклонения от нормы коэффициента Квааса. В то же время, у некоторых детей с более активной двигательной деятельностью в процессе жизни отмечена лучшая функциональная выносливость сердечно-сосудистой системы. Улучшение показателя КВ после выполнения теста у некоторых детей свидетельствовало о больших потенциальных возможностях их организма и о необходимости занятий с ними активными физическими упражнениями. Использование аппарата «Корвит» в покое и после занятия физическими упражнениями сопровождалось увеличением частоты пульса в 85,2% случаев после физической нагрузки, что свидетельствовало о его функциональном воздействии на организм ребенка. Факт увеличения ЧСС после использования аппарата «Корвит» говорит о том, что данная методика по функциональному воздействию аналогична естественной ходьбе и может способствовать улучшению статокINETических реакций организма.

Выводы:

1. В исходном состоянии у всех детей отмечена ослабленная деятельность сердечно-сосудистой системы.
2. Вращение в «Тренажере Гросса», вызывающее вестибулярные раздражения, сопровождается улучшением функциональной реакции сердечно-сосудистой системы организма детей-инвалидов.
3. Применение аппарата «Корвит» в режиме «Медленная ходьба» оказывает воздействие на проприоцептивную чувствительность стопы, аналогично естественной ходьбе, что положительно влияет на развитие устойчивости.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Губанова М.Д., Савина Ю.В., Воробьев А.А., Гуменюк О.И., Черненко Ю.В.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Саратовская область

Актуальность. Заболевания молочных желез – актуальная проблема медицины в связи с высокой распространенностью рака молочных желез в репродуктивном возрасте у женщин. Маммологические заболевания диагностируются также в детском и подростковом возрасте. Своевременная диагностика, лечение и реабилитация заболеваний молочных желез в педиатрической практике является залогом сохранения репродуктивного потенциала подрастающего поколения.

Цель. Оценить эффективность реабилитационной программы у девочек подросткового возраста с заболеваниями молочных желез.

Материалы и методы. В рамках программы было проведено анкетирование, обследование и обучение 2523 девочек подросткового возраста (средний возраст $15,1 \pm 1,7$ года). При анкетировании использовалась авторская анкета по оценке маммологического здоровья и факторов риска рака молочных желез у девочек подросткового возраста.

Результаты. Заболевания молочных желез (дисгормональная кистозная дисплазия молочных желез) диагностирована у каждой третьей девушки. Наиболее распространенными факторами риска рака молочных желез (в 30% случаев) в данном исследовании стали: гинекологическая патология, дистресс и аддиктивное поведение (курение). Гормональные факторы риска РМЖ, такие как раннее менархе, ожирение и дисгормональная дисплазия молочных желез выявлены у каждой десятой респондентки. Наследственная отягощенность по раку молочных желез выявлена у 7%. В группе пациенток ($n=91$) с заболеваниями молочных желез проведена коррекция питания (с исключением продуктов, содержащих экстрактивные вещества, переработанного красного мяса, обогащенная йодом, полиненасыщенными жирными кислотами, овощами семейства крестоцветные, ягодами), физической активности (с включением аэробных упражнений по 30-40 минут, ежедневно) и фитотерапия препаратами на основе Витекса священного в течение 6 месяцев. Эффективность реабилитационной программы показала свою эффективность в 95% случаев ($p<0,001$). Для всех 2523 девушек, включенных в исследование, проведены онкопрофилактические обучающие мероприятия в формате тренингов, мастер-классов по формированию основ здорового образа жизни, включавшие также обучение методике самообследования молочных желез, бра-фиттинга (правильного подбора бюстгалтеров), основам рационального питания и упражнения, направленные на повышение стрессоустойчивости.

Выводы. Реабилитационная программа, включившая диетическую коррекцию, дозированные физические нагрузки и фитотерапию показала свою эффективность в 95% случаев в отношении пациенток с дисгормональной кистозной дисплазией молочных желез. Охват онкопрофилактической программы с обучением методике самообследования молочных желез, бра-фиттингу, основам рационального питания и повышения стрессоустойчивости составил 100%.

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ

Гусева Н.Б., Корсунский А.А., Крапивкин А.И., Колодяжная А.В., Хлебুтина Н.С.

ГБУЗ Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗ г. Москвы,

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

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней педиатрического факультета

ФГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва,

ГБУЗ Детский центр медицинской реабилитации ДЗ г. Севастополя, Крым

Актуальность. Анализ структуры обратившихся пациентов (1612 человек) с энурезом в НПЦ детской психоневрологии и ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского в г. Москва в 2016-19гг. показал увеличение доли с 16% до 28% детей с полиурией, незрелым типом мочеиспускания, и дисфункциональным мочеиспусканием в сообществе пациентов с энурезом по сравнению с данными 1994-2004гг. Анализ анамнестических данных у пациентов, выявил наличие перинатальной энцефалопатии в раннем (до 36 месяцев) возрасте. При обследовании был выявлен синдром повышенной возбудимости, СДВГ, что было расценено как осложнение перинатальной энцефалопатии. С учетом наличия неврологической и урологической патологии у детей с энурезом актуальным является система взаимодействия специалистов разного профиля.

Цель. Разработать диагностический и лечебный междисциплинарный комплекс для пациентов с энурезом, с целью эффективного излечения при содействии учреждений различного профиля.

Материалы и методы. В течение последних трех лет, при активном выявлении и учете пациентов педиа́трами поликлиник, врачами школ и детских садов, в НПЦ детской психоневрологии обратилось 652 человека с энурезом, при первичном обследовании было выявлено, что ведущая неврологическая симптоматика у 328 пациентов, а неврологическая и урологическая симптоматика у 324 пациентов. За этот же период в ДГКБ 9 с энурезом обратилось 960 человек, из них ведущие симптомы нижних мочевых путей были у 720 пациентов, но у 240 стойкая неврологическая симптоматика была основанием для направления их на консультацию в НПЦ детской психоневрологии. Совместно с врачами урологом и функциональной диагностики была разработана функциональная проба УЗИ для исключения или подтверждения детрузорного компонента. Наполнение мочевого пузыря под контролем УЗИ до возрастного объема и урофлоуметрия с контролем остаточной мочи. По результатам обследований пациентам был выставлен диагноз: резидуальная энцефалопатия, синдром повышенной возбудимости, гиперактивного мочевого пузыря, энурез - 67% или синдром вегетативной дисфункции, гипоактивного мочевого пузыря, энурез - 33%.

Результаты. В зависимости от варианта дисфункции мочевого пузыря и вида энцефалопатии проведено лечение в стационарах: подбор поведенческой терапии, медикаментозная терапия, квантовая (лазер-душ), БОС-терапия, подбор дозы десмопрессина, обучение приему сигнальной терапии на дому. При окончании стационарного лечения давались подробные рекомендации по курсовому проведению лечения в амбулаторных условиях и сроки амбулаторного контроля. Через 3 месяца лечения мы смогли отметить, что у пациентов 5-7 лет качественно увеличилось количество сенсорных мочеиспусканий до 6 из 8, но осталась только 1 мокрая ночь в неделю. Упорядочился весь режим мочеиспусканий в сутки у пациентов 8-11 лет, энурез - не чаще 1 ночи в неделю. В группе 12-14 лет- требовалась дополнительная мотивационная терапия под руководством психолога. Урофлоуметрия, проведенная через 3-6 месяцев лечения, показала удовлетворительные параметры потока мочи. Исследование не требовало дополнительной подготовки, пациенты испытывали позыв к мочеиспусканию на возрастном объеме мочевого пузыря, остаточной мочи не отмечено.

Выводы. Таким образом, обследование и лечение пациентов с энурезом, с целью эффективного излечения, возможно только при междисциплинарном подходе.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА РУБИНШТЕЙНА-ТЕЙБИ

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

ГУЗ Детская городская клиническая больница г. Тулы, Тульская область

Актуальность. Синдром Рубинштейна-Тейби- аутосомно-доминантное заболевание с сочетанием характерных симптомов: аномалий пальцев, отставания в физическом и психическом развитии, черепно-лицевых аномалий. Заболевание встречается в популяции с частотой 1:25000-1:30000.

Цель. Описать редкий клинический случай синдрома Рубинштейна-Тейби.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением на базе ГУЗ Детская городская клиническая больница г. Тулы в январе 2019г находился мальчик А., 8 лет с диагнозом: Синдром Рубенштейна-Тейби. Умственная отсталость легкой степени с поведенческими нарушениями. Системное недоразвитие речи средней степени. Клинодактилия I пальцев кистей и стоп. Крипторхизм. Непостоянное левостороннее косоглазие. Гиперметропический астигматизм обоих глаз. ВПС (ДМПП, ОАП).

Результаты. Из анамнеза: от 1 беременности на фоне токсикоза, гестационного пиелонефрита анемии, угрозы прерывания. От 1 срочных родов. Вес при рождении 3500 г, длина 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Наследственность не отягощена. Переведён в ОПН: ППЦНС, синдром мышечных нарушений. ВПС (ДМПП, ОАП), стигмы дизэмбриогенеза. Наблюдался неврологом по поводу задержки психомоторного развития. В сентябре 2015 осмотрен психиатром: задержка речевого и интеллектуального развития с аутоподобной симптоматикой на фоне генетической патологии. В феврале 2016 генетик МГНЦ: Синдром Рубенштейна-Тейби. Спорадический случай. Кариотип: 46XY, хромосомной патологии не выявлено. С сентября 2015 по октябрь 2018 получал регулярные курсы стационарного лечения в ГУЗ ТО ЦДП г. Тула, РДКБ и НИКИ педиатрии им. Ю.Е. Вельтищева: Синдром Рубинштейна-Тейби. Умственная отсталость легкая. МРТ- картина умеренной перивентрикулярной лейкопатии вероятно гипоксически- ишемического генеза. Осмотрен генетиком НИКИ педиатрии им. Ю.Е. Вельтищева в октябре 2018: синдром Рубинштейна-Тейби. Наблюдается урологом по поводу крипторхизма. С ноября 2018 года по решению ПМПК учится по АООП 8 вида. Неврологический статус. Положение активное. Форма черепа микроцефальная. Окружность головы 50 см. Стигмирован: антимонголоидный разрез глаз, низкий рост волос, дугообразные брови, эпикант,

гипоплазия крыльев носа, гиперплазия верхней челюсти. Лицо симметричное. Сходящееся косоглазие слева. Зрачки равные D=S. Мышечный тонус диффузно снижен. Гиперлабильность крупных суставов конечностей. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые, D=S. Первые пальцы кистей и стоп деформированы, отклонены в сторону, уплощены дистальные фаланги первых пальцев кистей и стоп. Психический статус. В сознании. Контактен. Обращенную речь понимает избирательно. На вопросы отвечает не всегда в плане заданного. Речь фразовая, дислаличная, эхолалии, многократно повторяет определенные фразы. На предметной картинке ориентируется: знает основные цвета, формы, буквы, прямой счет до 10. Стереотипные движения: кружение на месте, заведение глаз, мотание головой, запрокидывание ее назад. Быстрая смена настроения от эйфории до проявления агрессии по отношению к другим детям, матери. Навыки опрятности и самообслуживания в стадии формирования: в туалет не просится, родители высаживают на горшок по времени, периодически недержание мочи, трудности в одевании и снятии одежды, не моется, не чистит зубы, необходим контроль за выполнением навыков личной гигиены.

Выводы. Данный клинический случай показывает возможность постановки диагноза синдром Рубенштейна-Тейби на основании характерной клинической картины: специфические особенности строения лица, измененные концевые фаланги I пальцев кистей и стоп, крипторхизм, задержка интеллектуального развития.

СИНДРОМ МОЗАИЧНОЙ ТРИСОМИИ 9 ХРОМОСОМЫ У НОВОРОЖДЕННОГО

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

ГУЗ Детская городская клиническая больница г. Тулы, Тульская область

Актуальность. Трисомия 9 хромосомы - это редкая хромосомная аномалия, которая составляет приблизительно 2,7% всех трисомий. Фенотип характеризуется высокой вариабельностью, главным образом нейрокогнитивными нарушениями, такими как умственная отсталость, задержка роста и развития, а также задержкой общения и речи.

Цель. Описать редкий клинический случай синдрома мозаичной трисомии 9 хромосомы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением на базе ГУЗ Детская городская клиническая больница г. Тулы в июне 2019 года находился мальчик П., 3 месяца с диагнозом: Синдром мозаичной трисомии 9 хромосомы. Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-геморрагического генеза, кровоизлияние в сосудистое сплетение слева, синдром мышечной дистонии. ВПС (вторичный ДМПП, НК 0-1). Нарушение формирования пола. Маленький вес к сроку гестации. Дисплазия тазобедренных суставов. Врожденная деформация 4-5 пальцев обеих кистей. Гипоплазия пальцев на стопах,

Результаты. Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза. От 1 срочных оперативных родов. Вес при рождении 1400 г, длина 41 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Наследственность не отягощена (родители не дообследованы). Состояние ребенка с рождения тяжелое, за счет дыхательной недостаточности (оценка по шкале Даунса 3 балла), неврологической симптоматики (снижение мышечного тонуса, нечеткость рефлексов). Переведен в ОРИТ, затем на 6 сутки - в ГУЗ ТОПЦ, где получал лечение до 26.04.2019г с диагнозом: Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-геморрагического генеза, кровоизлияние в сосудистое сплетение слева, синдром мышечной дистонии. ВПС (неполная форма АВК. НК 1-2 степени). Трисомия по 9 хромосоме. Нарушение формирования пола. Маленький вес к сроку гестации. Дисплазия тазобедренных суставов. Врожденная деформация 4-5 пальцев обеих кистей. Гипоплазия пальцев стоп. Кариотипирование: 47, XY + 9 - трисомия по 9 хромосоме, мужской кариотип. Консультация генетика ГУЗ ТОПЦ от 02.04.19: трисомия по 9 хромосоме. ЭХОКГ- полость ПЖ расширена. ДМПП в нижней трети до 10,0 мм, ОАП 1,5 мм. Консультация кардиолога НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева от 20.05.19: Вторичный дефект межпредсердной перегородки, НК 0-1. Рекомендован прием верошпирона и дигоксина. Соматический статус. ЧД-36, ЧСС-132. Рост 46 см. Вес 2,9 кг. Телосложение диспропорциональное, пониженного питания, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные. По внутренним органам и системам без особенностей. Микропения, крипторхизм слева. Неврологический статус. Положение активное. Голова микроцефальная. Окружность головы-33см, большой родничок-2,5х2,5см. Стигмирован: диспластические низкорасположенные ушные раковины, широкая переносица, готическое небо, микроретрогнатия, большой выступающий клювовидный нос. Лицо симметрично. Подвижность глазных яблок полная. Зрачки равные D=S. Фонация, глотание не нарушены. Тонус мышц дистоничен. Сухожильные рефлексы с рук и ног - живые, D=S. Голову держит непродолжительное время. Пытается повернуться на бок. При вертикализации - слабая опора на стопы. Выраженная брахидактилия с гипоплазией и камптодактилией пальцев кистей и стоп, стопа-качалка. В сознании. Эмоционален, гуление неактивное.

Вывод. Данный клинический случай описывает мозаичную трисомию 9 хромосомы, являющуюся редким явлением и отражает значительную фенотипическую вариабельность данной хромосомной аномалии.

ТАКТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЁНКА С СИНДРОМОМ МАРТИНА- БЕЛЛ

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

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

Актуальность. Синдром Мартина-Белл (FXS) представляет собой наследственное заболевание, наиболее частую причину умственной отсталости у лиц мужского пола.

Цель. Изучение специфики и динамики семейной системы, в которую включены люди с полной мутацией и премутацией по FXS.

Материалы и методы. С помощью методов наблюдения и беседы было обследовано 25 семей, в которых у детей (у мальчиков) диагностирован FXS, а также диагностирован синдром премутации как минимум у одного близкого родственника ребенка, прежде всего у матери ребенка.

Результаты. Нами были проанализированы наиболее часто встречающиеся социально-психологические трудности у матерей:

1. Соблюдение границ, этических норм. Нередки ситуации, когда мать ребенка не информирует близких родственников, в первую очередь супруга, о наследственной природе FXS. Часто данное поведение сопряжено со страхом негативных последствий со стороны отца ребенка, в первую очередь, распада семьи, развода.
2. Чувство вины у матери. FXS у мальчиков передаётся именно по женской линии, то есть от матери к сыну. Стресс от высокого риска рождения последующих детей с FXS, более того женщины с премутацией испытывают трудности с зачатием.
3. Ограничения здоровья у других родственников, возможно сиблингов.

Задача специалиста поддержать семью в тот момент, когда она будет готова сообщить о диагнозе членам расширенной семьи, так как в группу риска попадает большой круг родственников. В первую очередь, должны быть проинформированы братья и сестры матери, а также другие дети в семье.

Выводы. Семьи нуждаются в таком типе сопровождения, который бы учитывал специфику заболевания, а также семейную ситуацию. Требуется время для того, чтобы принять диагноз, его наследственную природу. Такая ситуация меняет привычную картину мира семьи и требует времени и ресурсов для адаптации. Работа поддержана грантом РФФИ 19-013-00750

К ВОПРОСУ О КРИТЕРИЯХ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ТЕХНОЛОГИЯХ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Дегтярева Е.А.¹, Крупянко С.М.², Павлова Е.С.¹, Петрунина Л.В.²

¹Кафедра детской кардиологии с курсами сердечно-сосудистой и эндоваскулярной хирургии врожденных пороков сердца и перинатальной ультразвуковой диагностики ФНМО медицинского института РУДН, г. Москва,

²ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ», г. Москва

Актуальность. По мере развития детской кардиологии и кардиохирургии авторами предлагались различные критерии комплексной оценки реабилитационного потенциала пациентов с врожденными пороками сердца (ВПС) и иной сердечно-сосудистой патологией по функциональному классу, в баллах, по шкалам (Ability index J. Somerville, 1989; Friendli, 2001; P.Moons, 2001; Дж. Ниебауэра, 2012; С.М. Крупянко, Е.А. Дегтярева 2017), несомненно определяющего качество жизни этих детей. Важнейшими из этих критериев являются улучшение показателей спироэргометрии в условиях велоэргометрических и Тредмилл-тестов с использованием современных диагностических систем, включая увеличение физической работоспособности, максимального потребления кислорода, кислородного пульса (W, peak VO₂, КП), анаэробного порога (АП), улучшение параметров внешней вентиляции легких (ФЖЕЛ, ОФВ1, МПВ). Не менее важными показателями улучшения функционального состояния являются снижение энергетической стоимости выполнения стандартных нагрузок (в МЕТ) и улучшение их качественных характеристик, т.е. выполнение субмаксимальных нагрузок вместо ранее лимитированных симптомами,

улучшение показателей теста 6-ти минутной ходьбы. К сожалению, лишь в единичных работах оценивается качество жизни этих пациентов, до настоящего времени не адаптированы для Российской популяции принятые в мировой практике опросники QL4 и PedsQLtm4,0 в которых предусмотрено увеличение общего балла до 85-100 (с 60 и ниже) с учетом оценки физического, эмоционального и ролевого функционирования, что затрудняет сопоставление результатов. Вместе с тем, отечественная практика имеет многолетний опыт эффективного применения различных реабилитационных технологий. Прекрасно зарекомендовали себя технологии дыхательной гимнастики раннего этапа кардио-хирургической реабилитации Л.В. Петруниной и разработанные ею технологии дозированной ходьбы и подъемов на ступени с различными темповыми характеристиками (1978-96), технологии лечебной физкультуры раннего и дальнейших этапов кардио-хирургической реабилитации Е.И. Янкевич и Л.В. Петруниной (1978-96). Учениками проф. Г.И. Кассирского (2000-2015) успешно апробированы велотренировки на стандартных уровнях и субмаксимальных уровнях, на пороге анаэробного метаболизма. Подтверждены эффективность фитнес-тренировок, аква-аэробики, дансинг-терапии, имидж-терапии, игротерапии, клоун-терапии, трудотерапии и механотерапии. Амбулаторно перспективны безмедикаментозные методики: фитотерапия и гомеопатия, иглотерапия, акупунктура, арт-терапия, цветотерапия, ингаляционные методики, методики закаливания (Е.А. Дегтярева с соавт., 2004-2007). На санаторном этапе реабилитации данной категории детей в российских регионах успешно используются иппотерапия, дельфинотерапия, канис-терапия и иные виды анимало-терапии, технологии бальнеотерапии (местные и общие ванны, обливания, купания, обтирания, закаливание и водолечение по Кнейпе), а также технологии физио- и эфферентной терапии (УФО, электрофорез, грязелечение, магнитотерапия, лазеротерапия, индукционно-волновая терапия), медицинский, релаксирующий, точечный, миофасциальный массаж. Прекрасно зарекомендовали себя индивидуальный и групповой поведенческий конгетивно- психологический тренинг на основе индивидуального психологического тестирования и технологии Гельштат-терапии. Недостаточно используются технологии локомоторных тренировок и дистанционные технологии реабилитации, такие как телереабилитация- браузерные программы; исцеляющая среда, с включением технологий виртуальной и дополненной реальности; телефонные и он-лайн консультации, консультации по коррекции образа жизни, массы тела и методам физический реабилитации, руководство которыми в мировой практике осуществляется преимущественно специально подготовленным средним медицинским персоналом. Официальное признание необходимости создания региональных реабилитационных центров с отделениями для детей с соматической патологией, включая сердечно-сосудистую, требует обобщения имеющегося опыта, разработки и утверждения унифицированных (нозологически-ориентированных) и индивидуальных программ, обучения специалистов.

ПЛОСКОСТОПИЕ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ. ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРЕНИРОВОК БАЛАНСА ТЕЛА

Димитриева А.Ю.¹, Кенис В.М.²

¹ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург,

²ФГБУ «НМИЦ им. Г.И. Турнера» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Плоскостопие является одной из самых частых жалоб на приеме у детского ортопеда. Частота генерализованной гипермобильности составляет до 25% в детской популяции и сопровождается плоскостопием в 40- 70% случаев. Согласно данным литературы у детей с конституциональной гипермобильностью также снижена проприоцептивная чувствительность со стороны крупных суставов (коленных, голеностопных, подтаранных).

Цель. Оценить результат тренировок общего баланса тела у детей с гипермобильностью и плоскостопием.

Материалы и методы. В исследовании принимало участие 30 детей 7- 11 лет с генерализованной гипермобильностью (по шкале Бейтона ≥ 5 баллов) и плоскостопием без укорочения трехглавой мышцы голени. Клиническая оценка устойчивости в вертикальной позе проводилась при помощи шкалы BESS (система оценки ошибок при выполнении тестов в определенных положениях с закрытыми глазами – стоя на двух ногах, на одной ноге, в тандемной позе). Высота медиального продольного свода оценивалась при помощи антропометрического индекса высоты свода (arch height index). Статистическая достоверность различий в отношении параметров высоты свода и общего баланса тела до и после тренировок оценивались при помощи критерия Манна- Уитни.

Результаты. Оценка результатов тренировок проводилась через 1, 3, и 6 месяцев. Показатели индекса высоты свода имели достоверную положительную динамику ($0,25 \pm 0,013$ – до тренировок; $0,26 \pm 0,01$;

0,28±0,01; 0,3±0,02 – через 1, 3, и 6 месяцев, соответственно) ($p<0,05$). Согласно шкале BESS (на неустойчивой поверхности) до тренировок дети совершали 15,9±5,9 ошибок; 10,6±3,1; 7,8±1,3; 5,5±1,4 – через 1, 3, и 6 месяцев, соответственно) ($p<0,05$). Так, общее число ошибок, совершенных детьми, снизилось на 5,3 пункта (-33,3%) за первый месяц, составив в общем, за шесть месяцев, снижение количества выполненных ошибок до 5,5 (-65,4%) ($p=0,022$).

Выводы. Тренировки баланса тела продемонстрировали свою эффективность в отношении улучшения параметров устойчивости в вертикальной позе и высоты медиального продольного свода. Возможно, это обусловлено как влиянием на активные факторы поддержания баланса (мышцы), так и на формирование стереотипа правильного положения стоп.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ

Евтушенко Е.М., Тимербулатов И.Ф.

ФГОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России,

г. Уфа, республика Башкортостан,

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан,

г. Уфа, республика Башкортостан

Актуальность. Суицидальное поведение детей и подростков остается серьезной медико-социальной проблемой для Республики Башкортостан. Произошедшие за последние 7-8 лет изменения в системе оказания медицинской помощи пациентам с пограничной нервно-психической патологией в республике внесли свои положительные коррективы в общие тенденции суицидальности населения. Вместе с тем, суицидальное поведение детей, каким бы показателем не оценивалось, не перестает быть абсолютно противоречивым. Учитывая особенности формирования суицидального поведения у детей и подростков, в Республике Башкортостан отработан межведомственный алгоритм превенции, выявления и коррекции подобных проявлений.

Цель. На основе интеграции смежных дисциплин в Республиканском клиническом психотерапевтическом центре обеспечивается полноценная специализированная психолого-психотерапевтическая помощь детям и подросткам с суицидальными тенденциями. Основой взаимодействия специалистов является комплексная диагностика, согласование лечебных и восстановительно-коррекционных программ, основанных на общей методологии оказания больному помощи в рамках каждого из направлений лечения, коррекции и реабилитации.

Материалы и методы. За 2019 год в детском отделении проходили лечение 56 пациентов с суицидальными тенденциями, 90% из них – девочки (50 чел.). Клинические проявления состояний определялись в основном невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами – 39 человек (70%), выявлялись состояния, классифицируемые, как эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте – 11 человек (20%), другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни – 6 человек (10%). В отделении, в рамках диагностического исследования актуальности суицидальных тенденций применялась батарея тестов, включающая тестирование «Самооценка психических состояний» (по Г. Айзенку), опросник С.Г. Корчагиной «Одиночество» – глубокое переживание актуального одиночества, опросник детской депрессии (CDI), М.Ковач, психодиагностику суицидальных намерений (ПСН – «В» (А. Кучер). Для коррекции состояний, с целью формирования антисуицидального барьера применялась актуализация у суицидента субъективно значимых отношений «референтной» группы или отдельной личности, формирования ассоциаций негативного плана, связанных с образами смерти, погребения, а также применялась когнитивно-поведенческая психотерапия тревожно-фобических и депрессивных расстройств.

Результаты. В результате проведенного лечения все подростки были выписаны с улучшением. В 90% случаев отмечалось снижение остроты суицидальных проявлений – уменьшилась тревога, снижался депрессивный фон, уменьшались проявления фрустрации, снижались агрессивные проявления, улучшился сон, редуцировались головные боли.

Выводы. Формирование антисуицидального барьера является определяющим элементом в коррекции суицидального поведения. Указанные направления психотерапевтической работы, учитывающие возрастные особенности, могут являться одним из условий, способствующих предупреждению повторных суицидальных действий.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, ПОСТУПИВШИХ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Елисеева Л.В.

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

Материалы и методы. Проведена оценка некоторых результатов лечения 45 детей, поступивших на санаторно-курортное лечение после хирургической коррекции по поводу врождённых пороков сердца (ВПС). Исследования проводились у детей с дефектом межпредсердной (ДМПП) и дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП), оперированных в разные возрастные периоды: в возрасте от 1-2 месяцев до 2 лет (10 детей, I группа) и в возрасте от 2 до 7 лет (10 детей, II группа). Средний возраст детей составил $12,1 \pm 0,58$ лет. Санаторно-курортный этап реабилитации детей был направлен на тренировку ведущих функциональных систем организма, совершенствование механизмов иммунологической реактивности и неспецифической резистентности, улучшение психоэмоционального состояния. Все дети находились на охранительном санаторно-курортном режиме, получали климатолечение по I режиму, диетическое питание, групповую ЛФК, ручной массаж воротниковой области, лечебную дозированную ходьбу по I режиму, санацию очагов хронической инфекции. Оценка результатов лечения проведена по данным доплерокардиографии, спектрального анализа сердечного ритма, функциональной клиноортостатической пробы, показателям психоэмоционального состояния (по тесту ТДСФС) и «качества жизни» (по тесту SF-36).

Результаты. Под влиянием комплекса лечения у детей обеих групп отмечалась невыраженная динамика показателя фракции выброса в пределах возрастной нормы, сохранялся пониженный суммарный эффект вегетативной регуляции кровообращения, что вероятно, связано с хирургическим вмешательством. Динамика показателя LF/HF (по данным спектрального анализа ритма сердца) в сравниваемых группах была разнонаправленной: у детей I группы под воздействием санаторно-курортного лечения отмечена нормализация показателя, у детей II группы – его достоверное повышение: с $0,75 \pm 0,072$ до $0,97 \pm 0,075$ ($p < 0,05$). Под влиянием санаторно-курортного лечения у детей обеих групп отмечено достоверное снижение уровня утомляемости, улучшение уровня комфортности, общего состояния здоровья.

Выводы. Проведенные наблюдения показывают возможность компенсации нарушенных функций у данной категории пациентов под влиянием санаторно-курортного лечения с улучшением их саногенетического и психофизиологического потенциала, и имеющиеся у детей с ранним проведением хирургической коррекции более высокие функциональные резервы.

ВОЗМОЖНОСТИ ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА

Ефимова Н.В., Поромова М.Э., Ковалева Е.Н.

ГКУЗ Архангельской области «Северодвинский специализированный дом ребенка для детей с поражением центральной нервной системы, нарушением психики», г. Северодвинск, Архангельская область

Актуальность. Патологические состояния перинатального периода, в первую очередь перинатальные поражения центральной нервной системы зачастую приводят к инвалидности у детей. Успешность реализации индивидуального потенциала каждого ребенка зависит от оценки состояния пациента на всех этапах наблюдения, персонализированного выбора необходимых методов реабилитации. Гидропроцедуры в доме ребенка включены в комплекс реабилитационных мероприятий.

Целью нашей работы явилось изучение и оценка проводимой гидрореабилитации детей с перинатальной патологией на базе ГКУЗ Архангельской области «Северодвинский дом ребенка».

Материалы и методы. Мы проанализировали результаты гидрореабилитации у детей в возрасте от рождения до 24 месяцев. Все дети с перинатальной патологией, оставшиеся без попечения родителей и из семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, воспитывающихся в специализированном доме ребенка. Всего нами проанализированы данные 31 ребенка (мальчиков 20, девочек 11). По возрасту дети распределились следующим образом до 1 года – 14; 1-2 г – 17. В комплекс мероприятий последовательно включены следующие этапы гидрореабилитации: метод «сухой иммерсии», грудничковое плавание и по показаниям подключали гидромассажные ванны. Процедуры гидротерапии проводили совместно с другими этапами реабилитации (медикаментозная терапия, массаж, ЛФК, физиотерапия). До и после проведенной реабилитации мы оценивали приобретенные/восстановленные двигательные навыки по 5-бальной

системе. Назначения гидрореабилитации были согласованы с лечащим педиатром, после консультации невролога, ортопеда и других специалистов. Проводились гидропроцедуры в доме ребенка инструктором по физической культуре.

Результаты. Количество детей, прошедших за 2019 год, составило 138 человек, из них оставшиеся без попечения родителей – 19 и дети из семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (группы дневного пребывания) – 56. Поступило в дом ребенка 75 детей; возрастная структура представлена следующим образом: от рождения до 1 года – 30; 1-2г – 27; 2-3г – 10; старше 3 лет – 8. Все дети с нарушением здоровья различной степени выраженности. Детей – инвалидов – 20 человек. Среднее количество дней проведенных 1 ребенком в течение календарного года составило 128 дней. 31 (41,3%) ребенку из поступивших детей после периода адаптации и при отсутствии противопоказаний в комплекс реабилитации были подключены гидропроцедуры. Сухую иммерсию получили 12 детей; грудничковое плавание – 17 детей и гидромассажные ванны 7 детей. Последовательно все этапы гидрореабилитации: метод «сухой иммерсии», грудничковое плавание и гидромассажные ванны – получили 6 детей. Дети, которым в программу реабилитации были подключены гидропроцедуры, демонстрировали высокий уровень эффективности, в сравнении с детьми, не получившими полный спектр гидрореабилитации (84,1% против 77,0%).

Выводы. В результате проведенного анализа мы пришли к следующим заключениям: 1. гидрореабилитация способствует лучшему становлению психомоторного развития у детей с перинатальной патологией; 2. комплексное, последовательное применение этапов гидропроцедур демонстрируют более высокий уровень эффективности реабилитации (84,1% против 77,0%).

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕМОРБИДНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Жевнеронок И.В.¹, Лемеш О.Ю.²

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Беларусь,

²Республиканский научно-практический центр оториноларингологии, г. Минск, Беларусь

Актуальность проблемы нарушений речевого развития в педиатрической популяции обусловлена значительным ростом данной патологии, достигающим показателя 25% к школьному возрасту. Речевая функция является ключевой в развитии интеллекта, мышления, внимания, памяти, воображения, восприятия, а в будущем чтения и письма. Диагноз «задержка речевого развития» применяется в тех случаях, когда имеется существенное отставание по сравнению с нормативными возрастными показателями речевой функции у ребенка в возрасте до 3 лет.

Целью проведенного нами исследования явилось определение взаимосвязи биологических и социальных факторов с общими речевыми нарушениями, анализ структуры преморбидных расстройств в различных возрастных группах. Объектом исследования являлись дети в возрастном диапазоне с 1 года до 3 лет с выставленным диагнозом «задержка речевого развития». В исследование включено 132 пациента, из них 72 мальчика и 60 девочек. Факторы, возможно вызвавшие задержку речевого развития, условно разделены на две группы: биологические и социальные. В работе использовались клиничко-анамнестический метод и анкетирование родителей.

Результаты исследования показали, что при ранних клинических проявлениях задержки речевого развития (у детей в возрасте до 2-х лет) в преморбидном периоде значимо преобладают биологические факторы с высокой встречаемостью патологии антенатального периода (82,5%), включая угрозу прерывания беременности в сроки до 25 недель гестации, гестоз, УЗИ-признаки фетоплацентарной недостаточности; значимую частоту неонатальной энцефалопатии (41,2%) и перивентрикулярных кровоизлияний I степени, верифицированных при нейросонографическом скрининге в возрасте до 1 месяца жизни. Анализ анкетирования родителей показал, что неблагоприятные социальные факторы в данной возрастной группе детей встречались значимо реже (20,2%), среди которых отмечены особенности речи у родителей, гиперопека. В возрастной группе с клиническими проявлениями задержки речевой функции в возрасте от 2 лет до 3 лет отмечалась обратная картина с преобладанием в преморбидном периоде встречаемости неблагоприятных социальных факторов (76,2%) над биологическими (33,1%), $p_{\text{Фишера}} < 0,05$. При этом в структуре социальных факторов наиболее часто отмечены нарушения семейных коммуникаций, гиперопека, эмоциональная депривация. Преморбидный фон в отношении биологических факторов характеризовался частыми острыми респираторными заболеваниями и коморбидными хроническими соматическими заболеваниями.

Выводы. Таким образом, определение и выявление факторов, оказывающих негативное влияние на формирование и развитие речи, дают возможность предупредить данную патологию, провести раннюю диагностику речевых нарушений и их коррекцию. При появлении нарушений в речевом развитии у детей в возрасте

1-3 года, необходимо проводить работу по коррекции эмоционального взаимодействия между ребенком и матерью с обязательным привлечением психологов, занятия с логопедом с использованием методик логопедического массажа. Оказание своевременной мультидисциплинарной помощи, ранняя диагностика, коррекция и терапия имеющихся расстройств позволит повысить результаты лечения, уменьшить сопутствующие патохарактерологические изменения у ребенка раннего возраста с задержкой речевого развития, скорректировать клинические проявления повышенной возбудимости ЦНС и улучшить качество жизни детей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ С РИГИДНОСТЬЮ ПОЗВОНОЧНИКА 1 ТИПА

Жеребцова В.А., Григорьева Е.А.

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

Актуальность. Врожденная мышечная дистрофия с ригидностью позвоночника 1 типа (ВМД РП1)- редкая аутосомно-рецессивная ВМД. При этом заболевании нет специфических морфологических изменений мышц, сохраняется самостоятельная ходьба, концентрация КФК - нормальная. Отличительные клинические признаки этой формы ВМД - преобладание аксиальной миопатии, ригидность позвоночника, ранний тяжелый сколиоз, дыхательные расстройства с ночными апноэ.

Результаты. В ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» (г. Тула) обратились семья с девочкой в возрасте 10 лет, основная жалоба – деформация позвоночника в течение последнего года. Из анамнеза известно, что старший ребенок (мальчик) страдал мышечной дистрофией (генетически не верифицирована, но была исключена форма Дюшена). Летальный исход наступил в возрасте 13 лет вследствие дыхательной недостаточности. При клиническом обследовании: выраженный дефицит массы тела (ИМТ 10,5), S-образный грудно-поясничный сколиоз 2-3 степени. В неврологическом статусе: ЧМН без особенностей, выраженные гипотрофии мышц конечностей и туловища. Сухожильные рефлексы не вызываются. При подъеме с пола пользуется приемами Говерса. Иголчатая ЭМГ (m.tibialis anterior sin., vastus lateralis dex., deltoideus dex.): длительность и амплитуда ПДЕ снижены, во всех мышцах зафиксированы полифазные и острые ДЕ, рекрутирование ДЕ увеличено. В покое регистрируются единичные потенциалы фибрилляций. Таким образом, выявлены признаки первично-мышечного поражения. Уровень КФК 252 ед\мл. При исследовании ДНК методом клинического секвенирования (панель «Нервно-мышечные заболевания») обнаружены ранее описанные гетерозиготные варианты в транс-положении в гене SEPN1 (chr1:26135244C>CA, приводит к сдвигу в рамке считывания, приводит к терминации синтеза белка) и (chr1:26140381G>A). Заболевания, ассоциированные с геном: Rigid spine congenital muscular dystrophy produced by SEPN1 mutations (RSMD1\ВМД РП1) OMIM606210, аутосомно-рецессивный тип наследования. Учитывая данные клинической картины, семейного анамнеза, нейрофизиологического и генетического исследований ребенку установлен диагноз: Врожденная мышечная дистрофия с ригидностью позвоночника 1 типа. Пациентка получает реабилитацию в условиях Центра, использует корсет Шено. Учитывая угрозу развития дыхательных нарушений, ребенок нуждается в проведении углубленного обследования функции внешнего дыхания.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ: ОПЫТ РАБОТЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Жеребцова В.А., Максименко А.А.

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

Актуальность. Оказание помощи пациенту со множественными нарушениями подразумевает мультидисциплинарный подход команды специалистов медицинского, педагогического и социального профиля, акцентирующих свое внимание на потребностях ребенка и семьи. Эти потребности могут быть обусловлены двигательными, когнитивными, коммуникативными, нутритивными проблемами. Процесс реабилитации должен учитывать как медицинские, так и социально-психологические вопросы, к которым можно отнести: нарушения глотания, кормления, коммуникации, обучения и др.

Материалы и методы. В ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» (г.Тула) медицинская реабилитация осуществляется мультидисциплинарной командой, объединяющей специалистов, оказывающих реабилитацию с четкой согласованностью и координированностью действий, постановкой целей и задач.

Результаты. В состав мультидисциплинарной команды (МДК) входят: невролог, специалист по физической реабилитации, ортопед, педиатр, логопед, специалист по альтернативной коммуникации, специ-

альный педагог, специалисты смежных специальностей. Лечащим врачом в медицинской организации является невролог, он же и координатор команды, в задачи которого входят: ранняя диагностика нервнo-психических нарушений, постановка функционального диагноза с применением шкал для оценки исходного функционального уровня, оценка реабилитационного статуса, определение SMART-целей. Наряду с лечащим врачом, специалисты МДК также участвуют в формировании целей и задач, оценке эффективности проводимых реабилитационных мероприятий. При формировании индивидуальной комплексной программы реабилитации предпочтение отдается методикам с доказанной эффективностью: методам позиционирования, ботулинотерапии, серийного гипсования, альтернативной и дополнительной коммуникации, вопросам адаптации технических средств реабилитации, методам эрготерапии, активной физической реабилитации, а также вопросам нутритивной поддержки и безопасного кормления.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ДИСФАГИИ

Жеребцова В.А., Максименко А.А., Сапогова А.И., Ксензова А.Ф., Корнилова И.Ю.

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

Актуальность. Дисфагия - нарушение глотания, которое приводит к ухудшению соматического состояния и влияет на качество жизни ребенка. Очень часто данное расстройство встречается у детей с церебральным параличом. Клиническая практика показывает, что нарушение глотания приводит к осложнениям, влияющим на физическое развитие детей, а также способствует ряду заболеваний дыхательной системы. В связи с чем, лечение дисфагии выходит на первый план среди актуальных вопросов диагностики и реабилитации.

Материалы и методы. В ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» (г.Тула) клиническая оценка при дисфагии проводится мультидисциплинарной командой специалистов: невролог, педиатр, логопед, и рентгенолог. Такое взаимодействие позволяет выявить нарушения глотания, определить дальнейшую стратегию безопасного кормления, в случае дисфагии, разработать индивидуальную программу реабилитации.

Результаты. Первый этап- оценка роста-весовых показателей, состояния органов артикуляции, предпочтительной консистенции пищи и жидкости, проведение стандартизированного скринингового теста «3-унций» для определения рисков аспирации. В случае выявленных нарушений глотания решается вопрос проведения видеофлюороскопии. Второй этап- видеофлюороскопия- диагностический метод, который позволяет качественно оценить этапы глотания, определить возможные риски аспирации, микроаспирации и рефлюксной регургитации при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Обследование проводится в условиях рентгенкабинета с использованием тестового материала пищи и жидкостей разного уровня загущения с добавлением рентгенконтрастного вещества (бария). Это позволяет детально оценить процесс приема пищи от начальной до итоговой фазы глотания. По результатам диагностики, в случае подтверждения аспирации, команда специалистов детализирует реабилитационные стратегии помощи ребенку. Третий этап – составление программы реабилитации при дисфагии. После согласования перспективных реабилитационных целей и стратегий в команде специалистов, логопед составляет практические рекомендации изменения уровня консистенции пищи и жидкостей, а также обучает родителей техникам кормления для предупреждения рисков повторной аспирации.

ПРОФИЛАКТИКА ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕРИЙНОГО «ГИПСОВАНИЯ» В СОЧЕТАНИИ С БОТУЛИНОТЕРАПИЕЙ

Жеребцова В.А., Чибисов И.В.

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

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

Материалы и методы. В ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» (г.Тула) методика функционального ортезирования применяется более 10 лет с использованием полимерных бинтовых материалов, в том числе

с сентября 2018 года данный метод применяется с использованием иммобилизирующих полимерных бинтов «Примкаст» для иммобилизации верхних и нижних конечностей.

Результаты. Функциональное ортезирование проводится поэтапно, как правило, сочетается с ботулинотерапией, причем, первый этап «гипсования» выполняется на 10-14 сутки после введения ботулотоксина типа А в спазмированные мышцы «мишени». Длительность каждой иммобилизации составляет до 7 дней, после чего происходит смена полимерных циркулярных лонгет, что дает возможность постепенно увеличивать объем движений вовлеченной конечности. Полимерный бинт, используемый для проведения ортезирования, в отличие от обычного гипса не вызывает аллергических реакций, более легкий, пропускает воздух, а также испарения со стороны иммобилизованной части тела, более точно принимает форму тела. Важным аспектом используемого метода является возможность активной нагрузки иммобилизованной конечности в процессе проведения функционального ортезирования. Данная методика способствует растяжению спастичной мышцы в течении длительного времени, а также позволяет поддерживать и постепенно увеличить объем активных и пассивных движений в суставе. В дальнейшем, с целью сохранения и закрепления достигнутого объема движений конечности, назначается ношение туторов и ортезов. Основными целями использования ортезов (аппаратов для ходьбы и туторов для сна) является улучшение функционирования конечности, предотвращение развития костно-мышечных деформаций, сохранение сустава в функциональном положении, стабилизация туловища, избирательное облегчение контроля движений, снижение спастичности и защита конечности, особенно в послеоперационном периоде. Данный метод медицинской реабилитации относится к уровню убедительности рекомендаций В, уровню достоверности доказательств 2А.

С 2018 года серийное «гипсование» проведено 67 детям I-III уровня функционирования по GMFCS.

Результаты. Положительные результаты были достигнуты у всех детей, получавших этапное «гипсование»: увеличился угол тыльного сгибания голеностопного сустава, улучшилась опорная функция, повысилась устойчивость при ходьбе, а так же нарастал объем движений верхних конечностей. Более чем у 70% пациентов отмечается улучшение походки (оценка по шкале оценки походки (основные показатели - фазы шага по отснятому в 2-ух проекциях видео). Так же в оценке движений применялся реабилитационный комплекс для восстановления двигательной активности, координации движений конечностей, с возможностью функциональной оценки (система для видеоанализа движения Habilect).

Таким образом, применение функционального ортезирования полимерными материалами в сочетании, с ботулинотерапией с последующим использованием ортезов и туторов в комплексной программе реабилитации пациентов с двигательными нарушениями, в том числе с церебральным параличом, позволяет поддерживать и увеличивать объем активных и пассивных движений в суставах конечностей, что в свою очередь способствует повышению эффективности проводимых реабилитационных мероприятий и позволяет значительно улучшить качество жизни ребенка.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРАВИЛЬНОГО ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Жеребцова В.А., Шилина С.А.

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

Актуальность. На протяжении последних лет в структуре детской инвалидности одно из ведущих мест принадлежит болезням нервной системы. Церебральный паралич (ЦП) является наиболее распространенной причиной инвалидности. Оптимальное оказание реабилитационной помощи пациентам с ЦП подразумевает мультидисциплинарный подход команды специалистов из числа неврологов, педиатров, специалистов по физической реабилитации, специалистов по коммуникации, ортопедов и др. специалистов на единой методической основе, фокусирующих свое внимание на возможностях ребенка и потребностях семьи.

Материалы и методы. Определение функционального диагноза (МКФ), применение различных оценочных шкал позволяет правильно и точно оценить исходный уровень двигательных функций пациента, а также динамику развития и формирования двигательных навыков. В настоящее время шкала глобальных моторных функций (GMFCS) является общепринятым мировым стандартом оценки функциональных возможностей пациента с ЦП, его потребности во вспомогательном реабилитационном оборудовании и средствах для передвижения.

Результаты. Правильно подобранные технические средства реабилитации (ТСР) решают важные задачи в жизни ребенка, а именно, расширение двигательных способностей, улучшение объема движений позвоночника, таза, конечностей, развития равновесия, постуральной стабильности и контроля

за движениями; профилактику вторичных осложнений (контрактуры и деформации, вывихи и подвывихи, повреждение мягких тканей, инфекции дыхательных и мочевыводящих путей и т.п.); улучшение общего состояния здоровья и качества жизни. Специалисты мультидисциплинарной команды должное внимание уделяют вопросу позиционирования, подбору и использованию индивидуальных ТСР у детей с двигательными нарушениями, обучают родителей их оптимальной эксплуатации. Также, специалисты Центра, проводя дистанционное консультирование пациентов, получавших реабилитационную помощь в нашем учреждении, дополнительно осуществляют оценку домашнего вспомогательного оборудования и дают необходимые рекомендации по вопросам адаптации и правильного использования технических средств в конкретных домашних условиях и рекомендации по формированию и расширению двигательных возможностей посредством вспомогательных средств и приспособлений в домашней среде. Благодаря специально оборудованной среде, учитывающей потребности и возможности ребенка, расширяются его двигательные навыки, улучшается его мобильность, формируются навыки самообслуживания, появляются новые возможности для коммуникации, что, существенным образом, сказывается на качестве жизни ребенка и семьи.

КИНЕЗИО- ТЕЙПИРОВАНИЕ КАК МЕТОД БОРЬБЫ С ОСТРО ВОЗНИКШИМИ СИМПТОМАМИ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН

Жуков М.Ю.¹, Митраков Н.Н.¹, Корочкин А.В.¹, Лайшева О.А.^{1,2}, Жарков П.А.¹

¹НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева Минздрава России, г. Москва,

²Российская Детская Клиническая Больница ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Частота тромбозов глубоких вен (ТГВ) у детей составляет, по данным Европейских и североамериканских источников, от 0,07-0,14 случаев на 10000 детей в год, или 5,3 случая на 10000 обращений к врачу, или 24 случая на 1000 госпитализаций в блоки интенсивной терапии для новорожденных. У детей с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями частота тромбозов гораздо выше чем в общей педиатрической популяции. У детей с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) в среднем составляет от 1,1 до 36,5% случаев, из них асимптоматические эпизоды от 16 до 70%. Симптоматически ТГВ проявляется в виде локального отека и выраженного болевого синдром, ограничивающий активные движения в пораженной конечности. В нашем исследовании мы представим эффективность существующих методов физической реабилитации позволяющие снизить болевой и отечный синдром у пациентов с остро возникшим ТГВ верхней или нижней конечности, эффективность которых мы представим в нашем исследовании.

Цель. Оценка эффективности методов физической реабилитации для купирования остро возникших симптомов ТГВ верхних или нижних конечностей.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное не рандомизированное сравнительное исследование, в котором оценивался болевой синдром по Визуально оценочной шкале (ВАШ) и объем (в сантиметрах) пораженной конечности, индекс достоверности оценивался при помощи Т-критерия Стьюдента. В основной группе исследовались пациенты с диагнозом ОЛЛ, проходящие лечение в ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева МЗ РФ (n=20, мальчиков –8, девочек –12) с медианой возраста 12 лет в период с 2018-2019 год. Для снижения болевого и отечного синдрома в исследуемой группе использовался метод лимфодренажных аппликация кинезио-тейпами и рекомендациями по организации двигательной активности. В качестве контрольной группы исследовались пациенты (n=16, мальчиков-7, девочек- 9) с медианой возраста 10 лет с остро развившимися симптомами ТГВ давностью не менее 3-х недель в анамнезе, госпитализированные из других центров. В контрольной группе был собран анамнез возникшего ТГВ с исследованием первичной документации, оценка актуального болевого синдрома по ВАШ и измерение объемов пораженной конечности (в сантиметрах).

Результаты. В исследуемой группе отечный синдром снижался в среднем на 30% после первой аппликации и полностью купировался через 3 недели после первой аппликации, а болевой синдром по ВАШ снижался после первой аппликации 42% случаев на 2 балла и был полностью нивелирован спустя неделю от первой аппликации, в 58% случаев был нивелирован полностью после первой аппликации. В контрольной группе на момент осмотра давность острых симптомов ТГВ в среднем составляла 3 недели. Болевой синдром был нивелирован полностью, отечный синдром спал на 40% за время получения антикоагулянтной терапии.

Вывод. В рамках данного исследования лимфодренажные аппликации кинезио-тейпами продемонстрировали свою эффективность в борьбе с остро возникшими симптомами ТГВ.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ

Журавлева Я.В., Тумарова З.А., Гуменюк О.И., Черненко Ю.В.
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
г. Саратов, Саратовская область

Актуальность. Первичная дисменорея (альгоменорея) – функциональное заболевание, не ассоциированное с патологией внутренних половых органов с комплексом нейровегетативных, обменно-эндокринных, психических и эмоциональных отклонений от нормы, способствующих патологическому накоплению в эндометрии накануне и (или) во время менструаций продуктов деградации арахидоновой кислоты (простагландинов, тромбоксанов, лейкотриенов и др.), усиливающих афферентацию импульсов, раздражающих болевые центры (центры ноцицепции) (Джобава Э.М. с соавторами, 2012). Дисменорея часто сопровождается психовегетативными симптомами, вплоть до обмороков при тяжелой степени тяжести, существенно снижает качество жизни девочки-подростка, является частой причиной ухудшения учебной успеваемости. Все вышесказанное диктует необходимость разработки эффективных методов реабилитации девочек подросткового возраста с дисменореей.

Цель. Оценить эффективность реабилитационной программы у девочек подросткового возраста с первичной дисменореей.

Материалы и методы. В рамках программы было проведено анкетирование и обследование 2523 девочек подросткового возраста, учащихся средних образовательных школ, учреждений начального и среднего профессионального образования (средний возраст $15,1 \pm 1,7$ года). При анкетировании применялась авторская анкета по оценке менструального здоровья. Для оценки степени тяжести дисменореи использовалась визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ).

Результаты. Дисменорея была выявлена у 75% респонденток, из них первичная у 25% девушек. Наиболее часто встречалась дисменорея I и II степени (71%). У 29% девочек-подростков менструации сопровождались выраженным болевым синдромом и головокружениями, вынуждавшими их пропускать занятия в школе или колледже (училище). Средняя оценка успеваемости в период болезненных месячных у обследованных девочек-подростков составила $3,8 \pm 0,5$. По шкале боли средний балл при оценке болезненности при менструациях составил $6,7 \pm 2,2$ баллов. В группе ($n=67$) пациенток с первичной дисменореей была использована реабилитационная программа, включавшая диету с исключением продуктов, содержащих экстрактивные вещества, переработанного красного мяса, обогащенная йодом, полиненасыщенными жирными кислотами, овощами семейства крестоцветные, ягодами, прием минеральной воды, обогащенной магнием из расчета 10 мл/кг/сутки, гимнастику с комплексом упражнений, купирующих мышечный спазм, прием фитопрепарата на основе Витекса священного в течение 6 месяцев. Контрольное обследование девушек, включенных в программу, продемонстрировало ее эффективность в 87,5% случаев. При этом средний балл при оценке болезненности при менструациях уменьшился практически в 2 раза и составил $3,9 \pm 2,6$ баллов ($p=0,03$). Заболевания молочных желез (дисгормональная кистозная дисплазия молочных желез) диагностирована у каждой третьей девушки. Наиболее распространенными факторами риска рака молочных желез (в 30% случаев) в данном исследовании стали: гинекологическая патология, дистресс и аддиктивное поведение (курение). Гормональные факторы риска РМЖ, такие как раннее менархе, ожирение и дисгормональная дисплазия молочных желез выявлены у каждой десятой респондентки. Наследственная отягощенность по раку молочных желез выявлена у 7%. В группе пациенток ($n=91$) с заболеваниями молочных желез проведена коррекция питания (с исключением продуктов, содержащих экстрактивные вещества, переработанного красного мяса, обогащенная йодом, полиненасыщенными жирными кислотами, овощами семейства крестоцветные, ягодами), физической активности (с включением аэробных упражнений по 30-40 минут, ежедневно) и фитотерапия препаратами на основе Витекса священного в течение 6 месяцев. Эффективность реабилитационной программы показала свою эффективность в 95% случаев ($p<0,001$). Для всех 2523 девушек, включенных в исследование, проведены онкопрофилактические обучающие мероприятия в формате тренингов, мастер-классов по формированию основ здорового образа жизни, включавшие также обучение методике самообследования молочных желез, бра-фиттинга (правильного подбора бюстгальтеров), основам рационального питания и упражнения, направленные на повышение стрессоустойчивости.

Выводы. Реабилитационная программа, включившая диетическую коррекцию, дозированные физические нагрузки и фитотерапию показала свою эффективность в 95% случаев в отношении пациенток с дисгормональной кистозной дисплазией молочных желез. Охват онкопрофилактической программы с обучением методике самообследования молочных желез, бра-фиттингу, основам рационального питания и повышения стрессоустойчивости составил 100%.

ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

Зыков В.П., Чебаненко Н.В.

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

Актуальность. Перинатальный артериальный инсульт возникает в 25 случаях на 100 000 новорожденных. Это в 8 раз чаще детского инсульта (3:100000). В Международной классификации болезней 11-го пересмотра, которая была обсуждена на Ассамблее Всемирной Организации Здравоохранения в сентябре 2019 года и вступит в силу в 2022 году предусмотрены отдельные состояния, возникающие в перинатальном и неонатальном периоде. Из неврологических нарушений, специфичных для перинатального или неонатального периода, на первом месте обозначена неонатальная церебральная ишемия в виде перинатального артериального инсульта и неонатального церебрального синовенозного тромбоза. Отдельными блоками обозначены неонатальная церебральная лейкомаляция и гипоксическая ишемическая энцефалопатия новорожденных. Поэтому необходима верифицированная диагностика перинатального инсульта (ПИ). В 58% случаев исходами ПИ являются церебральные параличи, в 30% случаев исходами ПИ является двойная гемиплегия. Поэтому необходима ранняя реабилитация детей с ПИ.

Цель. Анализ исследований алгоритмов диагностики и методов реабилитации детей с ПИ.

Материалы и методы. Англоязычные статьи, отражающие результаты исследований алгоритмов диагностики и методов реабилитации детей с ПИ был проведен по международным базам данных: pubmed, scopus, OMIM, eLibrary.ru. Критерии включения: полнотекстовые статьи на английском языке; клинические наблюдения; оригинальные исследования. Публикации анализировались за 2016-2020 гг.

Результаты. В последней версии классификации перинатального ишемического инсульта, I.Andres et al., 2016, выделяют 3 синдрома: неонатальный артериальный ишемический инсульт, артериальный предполагаемый перинатальный инсульт, перивентрикулярный венозный инфаркт. Вопрос о диагностических стратегиях перинатального артериального ишемического инсульта остается актуальным. Трудности его диагностики определяются наличием у новорожденных большого количества патологических состояний, которые могут реализовываться острой церебральной ишемией. В неонатальном периоде ПИ необходимо отличать от следующих заболеваний: гипоксически-ишемическая энцефалопатия, токсико-метаболическая энцефалопатия, дебют нейрометаболических заболеваний, в том числе органических ацидурий. Для перинатального ишемического инсульта характерно нарушение кровотока в определенном сосудистом бассейне артерий или вен и синусов, симптомы отсрочены от родов, до 40% ПИ являются клинически «немые». Для гипоксически-ишемической энцефалопатии характерно снижение рО₂ менее 40 мм рт. ст., снижение РН пуповинной крови менее 7,2, билатеральные очаги при нейровизуализации, симптомы проявляются в первые минуты после родов. Следовательно, для точной постановки диагноза будет необходимо каждому новорожденному измерять рН пуповинной крови. Цели своевременной диагностики ПИ- подтверждение факта наличия острого нарушения мозгового кровообращения и исключение других неотложных церебральных ситуаций, установление возможной этиологии процесса, а также определение терапевтической стратегии выявленных изменений. Необходимы общий анализ крови, тромбоциты, коагулограмма, Д-димер, КЩС, лактат-пируват, тесты на тромбофилии, антифосфолипидный синдром, гомоцистеин. Наиболее доступный метод диагностики перинатальных поражений мозга в периоде новорожденности – нейросонография. Следует отметить, что в первые 24–48 ч дебюта неонатального артериального ишемического инсульта данный метод не обладает достаточной чувствительностью и специфичностью. Очаг ишемического поражения начинает визуализироваться только на 2–3-и сутки от начала ишемии. Это связано с ходом патогистологических процессов. Выраженность воспалительной реакции, интенсивность некроза и апоптоза достигает своего пика через 48–72 ч после нарушения кровообращения. Это приводит к изменению эхогенности поврежденной мозговой паренхимы. Экстренная магнитно-резонансная томография (МРТ) по стандартизированному протоколу с проведением МР-ангиографии с получением диффузионно-взвешенных изображений позволяет выявить ишемический очаг уже через 30 мин от момента его возникновения. После постановки диагноза «перинатальный артериальный ишемический инсульт» рекомендована динамическая оценка состояния паренхимы мозга методом нейросонографии и УЗ-доплерографии ежедневно в первые 5 дней от дебюта заболевания, далее каждые 5-7 дней. МРТ следует повторить через 14 дней с момента постановки диагноза для оценки последствий перенесенного нарушения мозгового кровообращения. Современными направлениями комплексной реабилитации детей после перинатального инсульта являются инновационные технологии, такие как, механотерапия с использованием роботизированных систем, кинезиотерапия, метод динамической проприоцептивной коррекции, физиолечение, медикаментозная коррекция.

Выводы. Диагностика и реабилитация ПИ является сложной проблемой, требующей дифференцированного комплексного подхода с целью повышения эффективности как медикаментозной терапии, так и реабилитации и улучшения качества жизни пациентов. В настоящее время требуется разработка клини-

ческих рекомендаций, стандарта и протокола ПИ и проведение мультицентровых исследований в области нейропротекции. Необходимо внедрить определение КЩС пуповинной крови и МРТ диагностику как стандарт обследования новорожденных с неврологической патологией.

АЛЬТЕРНИРУЮЩАЯ ГЕМИПЛЕГИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Зыков В.П., Чебаненко Н.В., Комарова И.Б., Сафронов Д.Л., Вергизова А.А., Егожева А.А.

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

Актуальность. Альтернирующая гемиплегия детского возраста (АГД) – редкое неврологическое заболевание с частотой встречаемости 1:100000. Характеризуется повторяющимися эпизодами транзиторной гемиплегии или тетраплегии, длящимися от нескольких минут до часов и даже суток. Причиной АГД у 75% пациентов является мутация в гене *ATP1A3*, ответственном за регуляцию транспорта калия и натрия по нейронным каналам.

Цель. Учитывая редкую частоту встречаемости АГД приводим демонстрацию клинического случая.

Материалы и методы. Под наблюдением находился мальчик 2 года.

Результаты. Поступил в клинику с жалобами на эпизоды слабости в конечностях со сменой сторон, продолжительностью от 2 часов до нескольких дней; приступы в виде симметричного подергивания ног, прерывистого дыхания с цианозом, длительностью до 20 минут; задержка моторного и психического и речевого развития. Ребенок от 4 беременности, протекавшей без особенностей. Роды 3 в срок, самопроизвольные. Масса тела 3580 г, длина тела 52 см, 7-8 баллов по Апгар. С рождения отмечался постоянный нистагм. Голову держит с 2 месяцев, садиться начал в 1 год 3 месяца. Дебют заболевания в возрасте 8 месяцев: эпизоды снижения двигательной активности (до полного ее отсутствия) в правой или левой руке продолжительностью до нескольких суток, что сопровождается: пароксизмами усиления нистагма, более выраженного на стороне паретичной конечности; приступами миоклоний век; приступами кратковременного (1-2 минуты) тонического напряжения в паретичной руке. Двигательные эпизоды возникают с частотой от 1 раза в две недели до ежедневных, учащаются при перемене погоды, при приеме теплой ванны. В момент эпизодов слабости в руке проводилось ЭЭГ – без типичной эпилептиформной активности. Анализ крови на содержание лактата натошак – 2,9 ммоль/л, после еды – 2,0 ммоль/л, в момент пароксизма – 1,9 ммоль/л. В возрасте 1 год 4 месяца в поликлинике во время сеанса массажа после поворота ребенка со спины на живот, со слов мамы, ребенок внезапно «обмяк», появились акроцианоз, мраморность кожных покровов, поверхностное дыхание, горизонтальный нистагм левого глазного яблока. Продолжительность приступа составила около 30 минут. В возрасте 1 год 9 месяцев во время отдыха на даче у ребенка развился длительный приступ, в бодрствовании в виде замиранья, вегетативными проявлениями (побледнение, тахикардия), прерывистое дыхание с последующим переходом в билатеральное тоническое напряжение конечностей и клонической фазой, общей длительностью до 30 минут, купирован введением реланиума. По результатам эпилептиформные потенциалы в затылочной и теменной областях, слева больше, чем справа. В терапию веден леветирацетам 40 мг\кг\сут. В возрасте 1 год 10 месяцев отмечался приступ с прерывистым затрудненным дыханием, на обращенную речь не реагировал, отмечался цианоз лица, версия взора вверх и клонии верхних конечностей, которые продолжались до 20 минут, так же купирован введением реланиума. По ЭЭГ эпилептиформная активность на фоне регионального замедления, слева больше, чем справа. Дозировка Леветирацетама увеличена до 60 мг\кг\сут. Через 3 дня повторный аналогичный по семиотике приступ. В терапию водится второй препарат- ламотриджин (1,7 мг\кг\сут). На фоне проводимой терапии приступы ежемесячные, продолжительностью до 30 мин, купируются введением 1,5 мл реланиума. В связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии, в последнюю госпитализацию, в декабре в 2019 года в терапию введен топирамат (3 мг\кг\сут), с последующей отменой ламотриджина. Катамнез 3 месяца - приступы не повторялись. неврологическом статусе: альтернирующее сходящееся косоглазие, непостоянный горизонтальный нистагм с ротаторным компонентом Мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, мышечная слабость, может ползать по-пластунски. Интенционный тремор. Психо-моторное развитие: самостоятельно не стоит, не ходит, сидит с округлой спиной. Предметы в руки берет, удерживает. Интересуется игрушками. Речь ограничивается эмоционально окрашенными звуками, единичные слоги. Просьбы выполняет на бытовом уровне, неустойчивый зрительный контакт, сюжетная игра не сформирована, предпочитает трансформеры, мультики. Близких узнает. МРТ головного мозга- признаки умеренной смешанной гидроцефалии, перивентрикулярной лейкопатии теменной области (больше слева). При проведении ЭЭГ в динамике эпилептиформные потенциалы в затылочной или теменной областях. Проведено полное секвенирование генома – гетерозиготный описанный вариант в гене *ATP1A3* (chr19:42474436C>T,

с.248G>A, p.Glu828Lys). Назначен флунаризин, на фоне приема препарата снизилась частота атак гемиплегии, до 2-3 в месяц, с меньшей продолжительностью.

Выводы. АГД требует тщательной дифференциальной диагностики с некоторыми формами эпилепсии с фокальным началом приступов, в том числе с эпилепсией на фоне течения энцефалита Расмуссена, а также с некинезиогенными дискинезиями и с доброкачественной ночной альтернирующей гемиплегией детства. Препаратом выбора для лечения АГД является блокатор кальциевых каналов флунаризин, который снижает частоту, тяжесть и продолжительность гемиплегических атак у большинства пациентов.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП

Игнатова Т.С.¹, Сарана А.М.^{1,2}, Щербак С.Г.^{1,2}, Скоромец А.П.³, Данилов Ю.П.⁴

¹Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения
«Городская больница №40», г. Санкт-Петербург,

²Санкт-Петербургский Университет, г. Санкт-Петербург,

³Детская городская больница №1 кафедра неонатологии и неонатальной реаниматологии, г. Санкт-Петербург,

⁴Институт физиологии им. И.П. Павлова, Российской Академии Наук, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Лечение детей с церебральным параличом является одной из самых сложных проблем в системе нейрореабилитации, что обуславливает актуальность усовершенствования имеющихся средств реабилитации и поиска новых методов. В последнее время большое внимание уделяется использованию различных видов неинвазивной электростимуляции, которая применяется независимо или в сочетании с существующими процедурами, один из таких методов транслингвальная нейростимуляция.

Цель. Изучить эффективность применения транслингвальной нейростимуляции у с детским церебральным параличом, на разных возрастной группах, а также оценить длительность эффекта

Материалы и методы. Транслингвальная нейростимуляция позволяет эффективно активировать структуры мозга, вовлеченные в механизмы сенсомоторной интеграции. Метод нейростимуляции основан на активации в первую очередь структур ствола мозга и мозжечка, посредством электростимуляции передней поверхности языка. На базе ГБУ №40 в Сестрорецке было проведено исследование, в котором приняло участие 172 пациентов с выраженными координаторными нарушениями в возрасте от 3 до 17 лет и с диагнозом: «ДЦП, спастическая диплегия». Контрольная группа (60 человек) получала стандартное лечение (массаж, лечебную гимнастику, использование тренажеров, роботизированную механотерапию, водолечение). Основная группа испытуемых (112 человек) получала стандартное лечение и дополнительно транслингвальную нейростимуляцию. Для определения эффективности терапии состояние пациентов оценивали до и после лечения (шкала Ашфорта, шкала Берга, шкала двигательной активности FMS).

Результаты. Полученные результаты доказали эффективность применения данного метода у пациентов с церебральным параличом. Положительный результат отмечался в снижении спастичности и улучшения контроля равновесия и баланса в обеих группах, но максимально выражены в группе испытуемых, что подтверждается статистически значимыми результатами. Также в группе испытуемых был отмечен кумулятивный характер результатов терапии, что свидетельствует о том, что результаты, достигнутые в результате комбинированной терапии, сохраняются в перерывах между курсами. Очень важно отметить, что пациенты старшей группы (от 8 до 16 лет) в контрольной и испытуемой группе получили значимые улучшения по всем шкалам и статистически значимой разницы между младшей (от 3 лет до 7 лет) и старшей группой не было получено.

Выводы. Данный метод доказал свою эффективность. Это исследование подтверждает, что не инвазивная транслингвальная нейростимуляция, действительно, облегчает и увеличивает эффективность стандартной физической терапии. Настоящее исследование открывает широкие перспективы применения и развития данного метода у детей с церебральным параличом в разные возрастные периоды.

СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ МИНИСТЕРСТВА СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Исанова В.А.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань, республика Татарстан

Актуальность. Одной из основных причин инвалидности детей по-прежнему являются болезни нервной системы и психические расстройства. Реабилитация детей-инвалидов с нервными и психическими

заболеваниями является важной медицинской и социально-экономической проблемой, так как они имеют высокую степень инвалидизации. В реабилитации детей-инвалидов с нервными заболеваниями, имеющих двигательные и когнитивные нарушения, является актуальным выбор специфических, патогенетических средств реабилитации. Результаты отечественных и зарубежных научных исследований позволили обратить внимание на значимость использования в качестве внешних стимулов центральной нервной системы медицинских технических средств, имеющие нейрофизиологические свойства повлиять на функциональную пластичность мозга и, соответственно, на эффективность реабилитации.

Материалы и методы. В этой связи в Татарстане разработана методика кинезотерапии восстановления двигательных и когнитивных функций в реабилитационном устройстве «Атлант» (отечественный аналог PNF). РПК «Атлант» выполнен на базе высотно-компенсирующего лётного костюма ВКК-6, используемый для безопасности летчиков при гравитационных перегрузках, возникающих в процессе полета на сверхзвуковых самолетах. Реабилитационный костюм «Атлант» имеет свойства посегментарно активизировать афферентацию с периферии с помощью натяжных устройств, распределённых в костюме по ходу мышц антагонистов туловища и конечностей. Это обеспечивает пациентам способность удерживать позу в разных исходных положениях и совершать фазические движения. Посегментарное, аппроксимирующее действие на мышечно-связочный и суставной аппарат усиливает миотатический рефлекс на растяжение и улучшает функцию двигательных центров всех трех уровней ЦНС. Через восстановление реципрокности мышечного тонуса, создаются нейрофизиологические условия для произвольных движений, выполняясь в спирально-диагональные модули стабилизируя двигательный навыки.

Результаты. В результате применения методики кинезотерапии в устройстве «Атлант» из 67 детей, не державших позу сидя, в возрасте от года до 4-х лет стали самостоятельно сидеть 89%, не способных ходить с поддержкой стали перемещаться из 34 детей, в возрасте от 4 до 7 лет – 47 % самостоятельно ходить из числа 13 детей в возрасте от 4-12 лет – 34%.

Выводы. Для повышения эффективности нейрореабилитации необходимо использовать патогенетические методы по восстановлению двигательных и когнитивных функций у неврологических больных. К ним относится метод кинезотерапии в медико-кондуктивной реабилитации больных с двигательными нарушениями (отечественный аналог PNF) в устройстве «Атлант».

ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ НА ПРИМЕРЕ ПРОДВИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ АВТОРСКИХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, РАЗРАБОТАННЫХ В КГМУ

Исанова В.А.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань, республика Татарстан

Актуальность. Нобелевский лауреат Дуглас Норт (1986г.) провел исследование транзакционных издержек непроизводственной сферы на рынке товаров и услуг. Оказалось, что 45 % национального дохода США приходится на издержки экономического обмена. Исследования в отдельном регионе России (Омск) выявили, что издержки экономического обмена составляют, в среднем, 30 % в расходах до налогообложения (от 20 % до 75%). Возможности цифровых технологий: создать равные условия выхода на рынок для всех субъектов; обеспечить безопасность сделки за счёт общих регламентов (алгоритмов). Любая часть непроизводственной сферы – это масштабная, иерархически и сложно организованная система отношений, затрагивающая общие интересы различных субъектов социальных, экономических и политических отношений. В Татарстане создана новая технологическая модель реабилитации, которая сможет кардинально повлиять на эффективность интеграции инвалидов в социум.

Цель. Конкретная задача проекта – дальнейшее развитие разработанных инновационных технологий на основе междисциплинарного интегративного подхода в области медицины, естествознания, педагогики и технических наук.

Материалы и методы. В частности, на стыке интегративных знаний, совместно с производственным НПО «Динафорс» (Москва) модифицирован летный костюм ВКК6, для нейрореабилитации инвалидов с тяжелыми двигательными нарушениями создан костюм РПК «Атлант». Может применяться для реабилитации в домашних условиях, минимум противопоказаний к применению.

Результаты. Апробирована уникальная инновационная методика, технология и инновационное медицинское оборудование. 98% пациентов получили положительные результаты в виде восстановления навыков ходьбы, улучшения координации, удержания позы. В итоге внедрения проекта реализован выход на качественно новый уровень медицинского обслуживания. Трудности, с которыми мы столкнулись в продвижении проекта: блокировка инновации со стороны официальной медицины; невозможность вывода инновации на широкий рынок.

Вывод. Российская медицина в этой части не получила развитие только потому, что медики учёные и специалисты никак не могут рассмотреть, что человек есть сложная самоорганизующаяся система. Фундаментальная закономерность – методология (принцип) организации рядом стоящих по иерархии систем практически одинакова. Это означает, что при исследовании индивидуума и непроизводственной сферы общества, организованной теми же индивидуумами, необходимо использовать методологию самоорганизации и описывать как системы, работающие на кооперативных началах её элементов. Проблемы цифровой трансформации – это не столько проблемы, связанные с переходом на цифровые технологии, сколько проблемы, связанные с изменением нашего образа мышления.

ВОЗМОЖНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Клих Т.Ю.

*ГАОУЗ Республиканский клинический психотерапевтический Центр МЗ РБ,
г. Уфа, республика Башкортостан*

Актуальность. Психическое здоровье детей и подростков определяется способностью достигать и поддерживать оптимальные психологические функции и иметь психическое здоровье. Это прямо соотносится с достигнутым уровнем психологического и социального функционирования (Департамент здравоохранения, Южная Африка. 2001: 4). В настоящее время одним из наиболее важных направлений во всем мире является охрана психического здоровья детей и подростков. По данным Российского Общества Психиатров (РОП) актуальность этой темы обусловлена не только высокой распространенностью неврологической патологии с когнитивными нарушениями у детей, но и большим количеством и разнообразием этиологических факторов, высокой коморбидностью психопатологической симптоматики, ограниченными возможностями медикаментозной терапии в связи возрастом и доказательной базой отдельных групп препаратов.

Материалы и методы. В ходе работы были проанализированы клинические рекомендации РОП, научные публикации по средствам электронно-поисковой системы PubMed, данные ресурсов www.rlsnet.ru, www.vidal.ru.

Результаты. Благодаря когнитивным функциям осуществляется процесс понимания мира, а также, обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. Это возможно благодаря взаимосвязи между восприятием (гнозис), обработкой и анализом информации, запоминанием и хранением новой информации (память), обменом информацией (речь) и построением программ действий (праксис). Нарушения когнитивных функций можно разделить на функциональные (при высоких умственных и физических нагрузках), органические (при патологических нарушениях в работе ЦНС), и есть особая группа – это нарушения когнитивной сферы при эндогенных психических заболеваниях. Наиболее частыми факторами риска снижающими когнитивно-мнестические функции являются перинатальные патологии ЦНС, пороки развития ЦНС, неврологические заболевания с дебютом в раннем детском возрасте, врожденные эндокринные заболевания, генетические заболевания, а также тяжелые соматические и инфекционные (нейроинфекции) заболевания. Говоря о реабилитации детей с нарушениями когнитивной сферы, следует помнить о комплексном подходе. Для достижения результата по рекомендации РОП применяют нейрокоррекцию, психотерапию (при главенствующей роли когнитивных нарушений, создается необходимость в проведении семейной психотерапии, в ходе которой родителям объясняют все особенности развития ребенка, указывают его положительные черты, которые требуют дальнейшего развития, а при невротических (неврозоподобных) симптомах применяются арт-терапию, аутогенную тренировку, сказкотерапию, в случаях с нарушениями поведения показана индивидуальная и групповая терапия), логопедические занятия, направленные на преодоление речевых, фонематических, грамматических, семантических и практических нарушений, улучшение навыков письма, счета, физиотерапевтические процедуры, направленные на коррекцию в частности церебральной симптоматики, а также невротических нарушений, с этой целью можно использовать рефлексотерапию, электросон, электрофорез, еще применяют социо-терапевтические занятия (лечебная педагогика, лечебная физкультура, музыкальная ритмика, трудотерапия). Медикаментозная коррекция должна способствовать процессу оптимального развития ребенка и содействовать созреванию структур и функций ЦНС. Кроме того, применение лекарственных препаратов повышает восприимчивость ребенка к немедикаментозным формам лечения (психотерапии т. д.). Рекомендуется назначать медикаментозную терапию, которая включает средства, влияющие на мозговой метаболизм (ноотропы, церебропротекторы), дегидратацию, антигипоксантами, а также, улучшающие мозговое кровообращение (сосудистые препараты).

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ РАЗВИТИЕМ ТОНКОЙ МОТОРИКИ РУК И РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С АУТИЗМОМ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ПО МЕТОДУ КОЗЯВКИНА

Козьявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Волошин Т.Б., Славич Н.В.

Международная реабилитационная клиника Козьявкина, г. Трускавец, Украина

Актуальность. У половины пациентов с расстройствами спектра аутизма наблюдаются нарушения больших моторных функций, а показатели тонкой моторики оказываются ниже среднестатистических норм. Количество детей с моторной дискоординацией и диспраксией при расстройствах аутистического спектра, по данным разных исследований, составляет до 85 процентов. Опыт реабилитации около 400 пациентов с аутизмом по СИНР свидетельствует об улучшении у них коммуникативных навыков и в целом социализации, у данной категории детей наблюдается редукция аутичной симптоматики, улучшаются речевые функции, увеличивается количество детей с нормативными уровнями интеллектуального развития.

Цель. Изучение взаимосвязи формирования мелкой моторики верхних конечностей с уровнем развития речевых функций во время реабилитации детей с аутизмом по СИНР.

Материалы и методы. Обследовано 172 пациента с диагнозом «детский аутизм» (F84.0). Для обследования использовались данные анкетирования родителей, неврологический осмотр с гониометрией, тесты «Кубики в коробке», «9 колышков», динамометрия.

Результаты. После проведенного двухнедельного курса реабилитации улучшения в той или иной сфере наблюдались у 164 (96,5%) детей с аутизмом, из них увеличение объема активных и пассивных движений верхних конечностей отмечено у 142 (83,5%) пациента, улучшения тонкой моторики – у 86 (50%) пациентов. У 170 (97%) обследованных детей наблюдалось снижение мышечного тонуса в дистальных отделах рук. После курса реабилитации положительные сдвиги в формировании речевых функций наблюдались у 60% детей.

Выводы. Наблюдалась положительная стойкая корреляционная зависимость между улучшениями по результатам тестов «Кубики в коробке», «9 колышков» и улучшениями по показателям речевого развития ($R=0,56$ и $R=0,60$ соответственно). Результаты исследования свидетельствуют о взаимозависимости манипулятивной функции рук и речевых характеристик, важности интегрального подхода к реабилитации детей с аутизмом.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ЭНУРЕЗОМ ПРИ НИЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Колодяжная А.В., Батышева Т.Т., Гусева Н.Б., Крапивкин А.И., Хлебугина Н.С.

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗ г.Москвы,

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

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней педиатрического факультета

ФГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва,

ГБУЗ Детский центр медицинской реабилитации ДЗ г. Севастополя, Крым

Актуальность. Было продемонстрировано, что начало коррекции энуреза у подростков 13 лет и старше мало эффективно в связи с их устойчивостью к базовой терапии. Учитывая анамнестическое присутствие энуреза у этих подростков с 5-ти летнего возраста, существенное влияние энуреза на социальную адаптацию пациентов и их психологический статус, актуальным является выявление предикторов успешного ответа на лечение и формирование особой системы реабилитации.

Цель. Сформировать систему медицинской, психологической и реабилитационной помощи подросткам 13-17 лет с энурезом при отсутствии или малой эффективности лечения в более раннем возрасте.

Материалы и методы. Ретроспективное когортное исследование проведено у 907 пациентов в возрасте от 13 до 17 лет, поступивших на стационарное и амбулаторное обследование в НПЦ детской психоневрологии ДЗ г. Москвы, ДГКБН№9 им. Г.Н.Сперанского и ГБУЗ «ДЦМР» г. Севастополя в период с 2015 по 2019 годы. Результат был определен как успешность лечения через шесть недель (первичный результат) и шесть месяцев. Результаты логистического регрессионного анализа представлены в соотношениях шансов и 95% доверительных интервалов.

Результаты. Предикторы слабого ответа на лечение у мальчиков (512) позднее формирование зрелого типа мочеиспускания, систематическое использование подгузников в возрасте старше 25 месяцев, применение сигнальной терапии в возрасте старше 12 лет, замалчивание ребенком негативного отношения к ней, ночная полиурия, задержка формирования ночного сна, позднее 23 часов + 30 мин в 76% наблюде-

ний. У 24 % невыявленные в более раннем, чем 13 лет возрасте, неполное опорожнение мочевого пузыря, патологические ритмы на ЭЭГ, СДВГ. Для успешного ответа на лечение возможный переход на подъязычную и таблетированную форму медикаментов по показаниям. Групповая очная поведенческая терапия с применением ЛФК. У девочек (395) было умеренное проявление энуреза: 0-3 ночей в неделю с впервые выявленным подпуском мочи днем, замаскированное использованием ежедневных прокладок. Никогда не использовавшиеся антихолинергические препараты до момента обследования. Сокращение эпизодов энуреза и дневного недержания в 86% наступало через шесть недель после системной тренировки ЛФК с гимнастическим мячом и М- холиноблокаторов. Предикторы для успешного ответа на лечение в 14% наблюдений у девочек были в психологическом мотивационном тренинге в индивидуальном порядке.

Выводы. Было выявлено несколько факторов, которые предопределяют успешную реакцию на лечение подростков с энурезом, ранее не проводивших коррекцию этой патологии должным образом. По выявленным особенностям сформирована реабилитационная программа с персонифицированным подходом. Однако, низкая объясненная дисперсия нашей модели предполагает, что, возможно, другие, неотраженные в нашем исследовании, факторы также важны для прогнозирования результатов.

ВАЖНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОГО НАЧАЛА И ВЫБОРА МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО, ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО И ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Корочкин А.В.¹, Митраков Н.Н.¹, Лайшева О.А.^{1,2}

¹НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева Минздрава России, г. Москва,

²Российская Детская Клиническая Больница ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Пациенты, проходящие лечение от заболеваний онкологического, гематологического и иммунологического профиля, часто подвержены различным расстройствам двигательного спектра, кроме того тяжесть соматической патологии требует внимания физических терапевтов, а если говорить о первом этапе реабилитации, то применение методик двигательной терапии для лечения соматической патологии имеет даже большее значение, чем работа с двигательным дефицитом, поскольку решать серьезные задачи не представляется возможным из-за выраженного снижения толерантности к физической нагрузке, следовательно работа с двигательной сферой в основном сводится к профилактике развития дальнейших нарушений и создание предпосылок для успешной реабилитации в дальнейшем. При этом, в настоящее время в России не существует устоявшейся практики оказания помощи данным категориям больных посредством широкого спектра методик, находящихся в арсенале квалифицированного врача ЛФК. Учитывая, что часто лечение связано с длительным пребыванием пациента в стационаре, недостаточное внимание к проблемам двигательного спектра даже на одном из этапов лечения может приводить к серьезным последствиям как непосредственно в лечении двигательной патологии (механизм формирования которой многообразен), так и со стороны патологии внутренних органов и даже влиять на прогноз в лечении основного заболевания.

Цель. Систематизирование подходов к реабилитационной поддержке пациентов, начиная с ранних этапов лечения основного заболевания, в состоянии различной степени тяжести.

Материалы и методы. Объекты исследования: пациенты, проходящие стационарное лечение в НМИЦ ДГОИ. Материалы и методы: работа с входящими медицинскими документами; методики клинической оценки пациента; обсуждения пациента в составе мультидисциплинарной бригады; интерпретация объективных методов исследования; использование шкал (шкала боли, бальная шкала оценки мышечной силы, шкала продуктивности двигательного акта, СТCAE); ортостатическая проба; на основании полученных данных и анализа конкретных клинических случаев предложен алгоритм выбора сроков и методов двигательного воздействия, в зависимости от преобладающих в конкретный момент времени проблем пациента: наличие двигательного дефицита, тяжесть соматической патологии, недостаточный уровень двигательной активности, выраженность болевого синдрома.

Результаты. Предлагаемые нами подходы к раннему началу реабилитационных мероприятий в большинстве случаев показали свою эффективность как для профилактики и коррекции двигательных и неврологических нарушений, так и для лечения соматической патологии.

Выводы. Систематизированный подход к организации реабилитационной поддержки пациентов, начиная с ранних этапов лечения заболеваний онкологического, гематологического и иммунологического профиля позволяет эффективно и безопасно бороться с различными патологическими состояниями и обращает внимание на важность раннего начала реабилитационных мероприятий.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ ФУНКЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКСОСКЕЛЕТА КИСТИ, УПРАВЛЯЕМОГО ИНТЕРФЕЙСОМ «МОЗГ- КОМПЬЮТЕР»

Ларина Н.В.¹, Корсунская Л.Л.¹, Голубова Т.Ф.², Власенко С.В.², Кушнир Г.М.¹

¹Кафедра неврологии, нейрохирургии и неврологии ФПО 1-го медицинского факультета, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г.Симферополь, республика Крым,

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

Актуальность. Количество больных детским церебральным параличом (ДЦП) остается стабильно высоким, несмотря на прогресс в родовспоможении и выхаживании детей с перинатальной патологией.

Цель. Изучение эффективности применения экзоскелета кисти, управляемого интерфейсом «мозг-компьютер» в комбинации с препаратом, содержащим нейротрофические факторы, на манипулятивную функцию верхней конечности.

Материалы и методы. В исследование было включено 26 детей больных ДЦП с гиперкинетической формой. У всех детей было выявлено грубое нарушение манипулятивной функции рук. Все больные были разделены на группы. Основная группа (ОГ)- 14 пациентов, получивших комбинированную терапию (санаторно-курортное лечение, экзоскелет кисти, управляемого интерфейсом «мозг- компьютер» в комбинации с препаратом, содержащим нейротрофические факторы). Группа сравнения (ГС)- 12 пациентов, которым проведен комплекс санаторно-курортной реабилитации. Всем больным проводилось комплексное клиническое исследование по следующим показателям: степень спастичности мышц оценивалась по шкале Эшуорта; степень выраженности пареза – по шкале мышечной силы, шкала классификации функции руки (MACS).

Результаты. В результате проведенного лечения произошли достоверные изменения в обеих группах в показателях спастичности и мышечной силы. Включение в программу реабилитации методов развивающих моторику рук позволило добиться статистически достоверной динамики и по показателям шкалы MACS. Если перед началом курсового лечения ребенок мог захватывать ограниченное число объектов, простых для манипуляции, в адаптированной ситуации, нуждался в постоянной помощи и адаптирующем оборудовании даже для частичного выполнения задания, то по окончании курса терапии возможности манипулятивной функции возросли, стало возможным удержание предмета. В ОГ пациент мог захватывать большее количество предметов с незначительным ограничением качества и/или скорости. Ребенок мог использовать альтернативные пути выполнения манипуляций. Таким образом, можно констатировать переход на новый качественный уровень работы рукой. Достоверная положительная динамика в захвате различных предметов пальцами (дву-три-пятипальцевой) произошла в ОГ, статистически отличающаяся от аналогичных показателей в ГС. Развитие пальцевой моторики, тонкий биомеханический акт, требующий более сложной работы всех его звеньев от мелких мышц кисти и структур коры головного мозга, сохранности афферентной и эфферентной проводимости. В обеих группах в результате проводимой реабилитации удалось добиться положительной динамики преимущественно в «больших» движениях сегментов конечности за счет сниженной спастичности и возросшей активности антагонистов, что является необходимым для формирования возможностей прежде всего передвижения. В основной группе удалось добиться развития мелкой моторики, что может явиться стимулом развития высших психических функций, повышения качества обучения и дальнейшей полноценной социализации.

Выводы. Таким образом, включение в курс реабилитации нейротрофического препарата способствовало более выраженной положительной динамике развития манипулятивной функции. Причем моторика верхней конечности вышла на новый, более сложный биомеханический уровень. Поэтому включение в курс реабилитации экзоскелета кисти, управляемого интерфейсом «мозг- компьютер» в комбинации с препаратом, содержащим нейротрофические факторы, является обоснованным.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

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

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

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

Актуальность. Среди детей-инвалидов с детства по неврологическому профилю, значительную часть составляют больные детским церебральным параличом (ДЦП), распространённость которого не имеет

тенденции к снижению. Поэтому актуальность своевременной ранней диагностики и проведение восстановительного лечения этого заболевания не вызывает сомнений не только в чисто медицинском, но и социальном аспекте. ДЦП возникает в результате поражения центральной нервной системы в антенатальном, перинатальном и неонатальном периодах её развития. При наличии у новорождённого симптомов повреждения нервной системы необходимо сразу же проводить адекватное специфическое лечение.

Материалы и методы. В НПЦ детской психоневрологии разработана и внедрена в практику система восстановительного лечения больных ДЦП на протяжении всего периода детства. В специализированных психоневрологических отделениях проводится тщательное клиническое обследование специалистами центра: неврологом, ортопедом, врачом лечебной физкультуры и массажа, физиотерапевтом, ультразвуковое исследование мозга, исследование глазного дна, по показаниям – электроэнцефалография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, рентгенография черепа и суставов.

Результаты. Для активного функционирования нейрона, развития межнейронных связей необходима постоянная импульсация с поверхностных рецепторов кожи и проприорецепторов. Поэтому для восстановления двигательных функций необходимо проводить активную стимуляцию структур головного мозга, используя все методы периферической афферентации нейронов: лечебную гимнастику, массаж, гидрокинезотерапию, соблюдение ортопедического режима, стимуляцию опорной функции стоп с помощью имитатора опорной нагрузки подошвенного (модель «Корвит»), с 3-х лет – динамическую проприоцептивную коррекцию с использованием лечебно-нагрузочных костюмов «Адели», «Гравистат», «Гравитон», а также использование разнообразных механических устройств для коррекции двигательных функций. Для стимуляции психического и речевого развития необходимы занятия с логопедом, начиная с первых недель жизни больных (в дальнейшем – с психологом), которые должны проводиться на положительном эмоциональном фоне, формирующем мотивацию ребёнка к развитию речи и двигательных навыков, а также корректирующих зрительное и слуховое восприятие окружающего мира. После выписки из стационара больные должны получать лечение дома в виде ежедневной лечебной гимнастики и некоторых приёмов массажа, которым обучаются близкие ребёнка в отделении, выполнять рекомендации логопеда и психолога. Рекомендуется проводить не менее 4-5 курсов лечения в течение года в стационаре или ортопедо-неврологическом санатории в дошкольном периоде жизни, в школьном возрасте к проводимому лечению присоединяется восстановительная терапия в школах-интернатах аналогичного профиля, где дети получают образование. Только комплексное, адекватное, непрерывное лечение даёт возможность уменьшить степень инвалидизации ребёнка и приспособить его к социальной среде.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Лян Н.А.^{1,2}, Филатова Т.А.³, Уянаева А.И.¹

¹ГАОУ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы,

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

³ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы

Актуальность. Бронхиальная астма является актуальной проблемой современной педиатрии, учитывая высокую распространенность заболевания, неблагоприятное влияние на физическое и эмоциональное развитие ребенка, снижение качества жизни и возможность формирования инвалидности. Комплексная медицинская реабилитация детей с бронхиальной астмой включает немедикаментозные методы лечения с целью уменьшения объема и длительности применения лекарственных средств, улучшения бронхиальной проходимости, функционального состояния центральной и вегетативной нервной систем, тренировки систем, обеспечивающих компенсацию биологических дефектов, продления ремиссии заболевания, повышения толерантности к физической нагрузке, что требует разработки и обоснования персонализированного плана ведения таких детей.

Результаты. С учетом периода заболевания, особенностей течения бронхиальной астмы разрабатывается индивидуальная программа медицинской реабилитации, включающая наиболее эффективные с позиций доказательной медицины технологии: аэрозольную терапию, низкоэнергетическое лазерное излучение, импульсные токи, импульсное низкочастотное электростатическое поле, светотерапию, спелео-, галотерапию, БОС-тренировки, дыхательную гимнастику, массаж, лечебную физкультуру, что позволяет учитывать индивидуальную особенность больного ребёнка, индивидуально корректировать лечение и добиваться длительной ремиссии. Среди факторов, влияющих на течение бронхиальной астмы, большой интерес приобретают погоднo-климатические. Включение методов климатотерапии в лечебно-профилактические и

реабилитационные программы оказывают положительное влияние на психоэмоциональное состояние, способствуют повышению резервных возможностей и неспецифической резистентности организма. При определенных условиях организм перестает отвечать адекватной реакцией на раздражения, что связано с процессом торможения и может возникнуть ответная отрицательная реакция, что еще раз подтверждает необходимость соблюдения принципов дозирования климатопродур с учетом климатических особенностей и биоклиматического потенциала санаторно-курортной организации. Индивидуально подобранные климатопродуры (солнечные и воздушные ванны), назначаемые в адекватных дозировках с учетом термического режима, являются одним из возможных подходов к профилактике и коррекции погодообусловленных обострений, имеют патогенетическую направленность и способствуют повышению адаптационных возможностей организма и его устойчивости к неблагоприятным воздействиям внешней среды, уменьшению метеопатических реакций, изменению структуры и тяжести их проявления.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ У РЕБЕНКА С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И АУТИСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Макаров И.В., Емелина Д.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Последние десятилетия можно отметить усиление интереса к проблеме детского аутизма. При этом, несмотря на увеличивающееся количество научных изысканий, значительно продвинуться в понимании этиологии и патогенеза данного расстройства до сих пор не удалось. Не меньшую сложность представляет собой и выбор лечебно-реабилитационных мероприятий. Возможности терапии и коррекции интеллектуальных нарушений и аутистических синдромов у таких пациентов относительно невелики. Терапия стволовыми клетками показала большие перспективы в лечении и реабилитации пациентов как с неврологическими заболеваниями (ДЦП, гидроцефалия), так и с психическими расстройствами (аутизм, шизофрения).

Цель. Оценка влияния концентрата гемопоэтических клеток пуповинной крови человека на показатели когнитивных функций и контактности у детей с аутистическим синдромом.

Материалы и методы. Разбор клинического случая. Мальчик, 8 лет, пришел на консультацию психиатра в сопровождении родителей. Обращение связано с отставанием ребенка в развитии, гиперактивность, двигательные стереотипии, выраженные нарушения развития речи и коммуникативных навыков. Из анамнеза известно, что до полутора лет ребенок развивался без отставания от сверстников. В возрасте двух лет после перенесенного в тяжелой форме ОРВИ появились изменения в поведении ребенка в виде агрессии и двигательной расторможенности. Впервые родители обратились к психиатру, когда ребенку было три года. Получал курсами ноотропную терапию, на фоне лечения отмечалась незначительная динамика в развитии когнитивных функций, однако был крайне возбудим. Диагноз на момент консультации: умеренная умственная отсталость, аутистический синдром. Целью обращения служил подбор терапии и определение круга реабилитационных мероприятий. После подписания родителями информированного согласия, ребенок был включен в научное исследование (получило одобрение Локального этического комитета и Ученого совета НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева). Пациенту проводилось внутривенное введение совместимого по группе крови и резус-фактору концентрата гемопоэтических клеток пуповинной крови в дозе 250 ± 20 млн клеток на одно введение. Всего было проведено 4 введения с интервалом в 14 дней. Оценка эффективности лечения проводилась по шкалам ATEC и CASD, а также по шкале общего клинического впечатления.

Результаты. На момент публикации тезисов оценка эффективности лечения была проведена за первые 3 месяца протокола. Нежелательных явлений на введение пуповинной крови не отмечалось. Оценка эффективности по шкалам ATEC и CASD показала наличие выраженной положительной динамики: общий балл по шкале CASD снизился с 16 баллов (до первого введения) до 6 баллов (через 3 месяца после первого введения), общий балл по шкале ATEC снизился с 80 баллов (до первого введения) до 31 балла (через 3 месяца после первого введения). По шкале ATEC наибольшая положительная динамика была отмечена в таких разделах, как «Социализация» - снижение баллов с 27 до 8, «Здоровье/физическое развитие/поведение» - снижение баллов с 23 до 9 и «Речь/язык/коммуникативные навыки» - снижение баллов с 18 до 8. По шкале CASD наибольшая положительная динамика отмечена в рубриках «Навязчивые действия (персеверации)» - снижение баллов с 4 (из 5) до 0, «Нарушения настроения» - снижение баллов с 2 (из 4) до 0. Клиническое наблюдение также выявило выраженную положительную динамику в состоянии пациента: у ребенка значительно расширился словарный запас, появилась простая фраза, стал чаще использовать речь,

как инструмент коммуникации, стал значительно спокойнее, пропала агрессия и аффективные вспышки, значительно улучшились коммуникативные навыки.

Выводы. Представленный случай предварительно свидетельствует о том, что использование стволовых гемопоэтических клеток пуповинной крови является перспективным направлением медицинской реабилитации аутизма и интеллектуальных нарушений у детей, и требует дальнейших исследований для оценки безопасности, эффективности и выбора оптимального протокола проведения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ ГЕМАТОЛОГИИ И ОНКОЛОГИИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. УФЫ

Малютин Ю.А.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава
Республики Башкортостан, г. Уфа, республика Башкортостан

Актуальность. Возникновение онкологического заболевания у ребенка является сильнейшим стрессом для семьи. Именно поэтому работа психолога должна начинаться с первых дней появления ребенка в больнице, продолжаться на всех этапах лечения и не заканчиваться с наступлением ремиссии. Главная задача психолога-адаптация ребенка и его семьи к заболеванию, его лечению и реабилитации. Дети их родители во время нахождения в больнице испытывают состояние депривации, обусловленное резкими изменениями в жизни. Это в большинстве случаев приводит к нарушению механизмов адаптации, потере элементарных навыков, изменению самооценки, нарушению коммуникации со значимыми людьми (членами семьи, друзьями). Также помимо длительного пребывания в больнице, травмирующим является и само лечение (диагностические манипуляции, процедуры, наркоз, лучевая и полихимиотерапия). На фоне такого лечения могут возникать страхи, повышение тревожности, депрессивные реакции и другие психогенные расстройства. Все эти проявления требуют оказания комплексной психологической помощи и реабилитации больных детей и их родителей на этапах лечения.

Цель. Основной целью психологического сопровождения является «мобилизация собственных ресурсов для организации жизни в кризисной ситуации».

Результаты. Осуществление реабилитации достигается путем индивидуального подхода к каждому случаю, непрерывной и последовательной проводимой работы. Работа должна проводиться сразу в нескольких направлениях:

- психологическое сопровождение больного ребенка - изучение личностных особенностей, внутренней картины болезни, коррекция психологических проблем;
- работа с родителями - коррекция детско-родительских отношений, отношения к болезни ребенка;
- работа с медицинским (и педагогическим) персоналом - консультирование в вопросах коммуникации с детьми и родителями, помощь в работе с конкретными детьми (случаями), предупреждение возможных поведенческих реакций.

ИСХОДЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Милова О.И.¹, Павлова Н.Т.¹, Абрамова И.Г.¹, Трофимова А.Г.¹, Кочеткова Т.В.²

¹БУ Чувашской Республики «Республиканская детская клиническая больница»

МЗ Чувашской Республики, г. Чебоксары

²БУ Чувашской Республики «Городская детская клиническая больница» МЗ Чувашской Республики, г. Чебоксары

Актуальность. Внедрение реанимационных технологий интенсивной терапии новорожденных позволили повысить выживаемость недоношенных детей с экстремально и очень низкой массой тела. Эти дети требуют тщательного неврологического наблюдения

Цель. Оценка поражения нервной системы у недоношенных детей в зависимости от степени недоношенности.

Материалы и методы. Исследование проводилось по материалам историй болезни психоневрологических отделений БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава ЧР и БУ «Городская детская клиническая больница» Минздрава ЧР за три года в период с 2017 по 2019 годы. Нами было проанализировано 432 случая обследования и лечения недоношенных детей 26-35 недель гестационного возраста, с массой тела от 850 до 2500 грамм. Катамнез составил от 10 мес. до 3 лет.

Результаты. 272 ребенка родились от 1 и 2 беременности, из них 27 из двойни. Причиной преждевременных родов в ряде случаев послужил тяжелый физический труд во время беременности. У 364 женщин

отмечалась патология беременности в виде угрозы прерывания беременности, нефропатия второй половины беременности, фетоплацентарная недостаточность по данным ультразвукового доплерографического исследования, обвитие пуповины вокруг шеи, вирусные инфекции. В 227 случаях у женщин имелись соматические заболевания ожирение, хронический пиелонефрит, пороки сердца, хронический гастродуоденит, артериальная гипертензия. 325 детей родилось от 1 и 2 родов. Осложнения в родах наблюдались у 298 женщин: у 156 – стремительные роды, у 42 – слабость родовой деятельности, у 48 – преждевременное отхождение околоплодных вод, у 52 – кесарево сечение по поводу угрозы асфиксии плода. У всех детей состояние в первые дни жизни расценено как тяжелое: 380- потребовались реанимационные мероприятия, 289 – кормление через зонд из-за отсутствия сосательного и глотательного рефлексов, у 14 – конъюгационная желтуха. Внутрижелудочковые кровоизлияния были диагностированы в 386 случаях в сочетании с перивентрикулярной лейкомаляцией различной степени по данным нейровизуализации. Все дети получили лечение в отделении выхаживания недоношенных, где проводилась инфузионная, дезинтоксикационная, противовоспалительная, симптоматическая терапия. Неонатальные судороги отмечались у 243 детей. По степени недоношенности распределились следующим образом: I – 112 детей, II – 183 ребенка, III – 108 детей, IV – 29 детей. У всех детей диагностирована пре- и перинатальная патология ЦНС гипоксически-ишемического, ишемически-геморрагического генеза различной степени тяжести. Психомоторное развитие было нарушено у 398 детей, они позже начали держать голову, сидеть, ползать, ходить. Особого внимания заслуживает задержка ходьбы у детей: начали самостоятельно ходить в 1,5 года – 119 (27,7%), в 2 года – 126 (29%), в 3-4 года – 56 (13%), в 5 лет и позже – 131 (31%). Более тяжелая клиника выявлена у 281 (65%) больного из 432 детей с органической патологией ЦНС, проявившаяся у 112 детей (40,0%) в виде спастической диплегии, гемипареза – у 94 детей (33,0%), дубль-атетоза – у 56 детей (20,0%), атонико-астатическая симптоматика – у 19 детей (7,0%). У этих детей также отмечалась патология черепной иннервации в виде поражения глазодвигательного нерва (178 человек), псевдобульбарной симптоматики (132 ребенка), лицевого нерва (23 ребенка). Гидроцефалия с церебрально обусловленным тетрапарезом выявлена у 64 детей (23%). Из них у 13 детей методом магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга выявлены изменения, характерные для синдрома Денди-Уокера: гипоплазия ствола мозолистого тела, расширение задней мозговой цистерны за счет гипоплазии миндалин мозжечка, увеличение размеров боковых и третьего желудочков. Изменения у 11 детей на МРТ головного мозга были характерны для синдрома Арнольда-Киари: вентрикуломегалия с уменьшением толщины мозгового плаща, выраженная дислокация миндалин мозжечка. У 8 детей томографически выявлена картина окклюзионной гидроцефалии. Им была проведена нейрохирургическая операция по установлению внутримозгового шунта. У 32 детей с помощью томографии выявлены последствия тяжелого гипоксически-ишемического поражения головного мозга с кистозно-дегенеративными изменениями паренхимы, корковые атрофии в сочетании с пороками развития мозга: шизэнцефалия, пахигирия, корковые дисплазии. Спинальная патология диагностирована у 289 детей (67%), у большинства отмечалась симптоматика поражения шейного отдела позвоночника, что подтверждалось спондилографически. На УЗДГ и ТКДГ регистрировалась экстравазальная односторонняя компрессия позвоночной артерии в атлanto-окципитальной проекции, выраженная венозная дисциркуляция. При электромиографии с мышц рук и ног отмечались пирамидный и переднероговый синдромы. Сочетанная патология в виде спастических парезов в комбинации с задержкой высших корковых функций, диффузной мышечной гипотонией, гидроцефальным синдромом определялась у 87 детей (21%). Недоношенность в 224 случаях (52%) сопровождалась патологией сетчатки в виде ангиоретинопатии различной степени тяжести, подчас требовавшей оперативной коррекции.

Таблица 1. Исходы перинатальной патологии ЦНС у недоношенных в зависимости от степени недоношенности

Исходы	Степень недоношенности							
	I степень		II степень		III степень		IV степень	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
ДЦП	56	50,0	113	61,5	61	56,0	20	66,0
Резидуальная энцефалопатия	42	37,5	61	33,0	46	43,0	10	33,0
Эпилепсия	32	29,0	33	18,0	23	22,0	5	16,0

Анализ таблицы №1 свидетельствует, что в некоторых случаях имеет место сочетание двух патологий: ДЦП и эпилепсии, резидуальной энцефалопатии и эпилепсии, существование эпилепсии без проявлений ДЦП или симптомов резидуального органического поражения ЦНС. Среди недоношенных частота встречаемости детей с эпилептическими синдромами составила 22% (93 ребенка). В структуре нозологических форм эпилепсии чаще встречается синдром Веста – 47 детей, синдром Отахара – 7 детей, симптоматические фокальные формы эпилепсии с преобладанием фронтальной локализации. При наблюдении за развитием эпилепсии в ряде слу-

чаев была выявлена трансформация синдрома Веста в фокальную форму симптоматической эпилепсии у 28 детей (60%), синдром Леннокса-Гасто у 14 человек (30%), с длительной ремиссией у 5 человек (10%). Синдром Отахара, являющаяся тяжелой формой ранней эпилептической энцефалопатии, в 87% (6 детей) случаев трансформировалась в синдром Веста, в 13% случаев (1 ребенок) – в симптоматическую лобную эпилепсию.

Выводы. Таким образом, исследование детей с органической патологией ЦНС, рожденных недоношенными, показало значительное преобладание у них церебральных патологических синдромов, что обуславливает необходимость дальнейшего высококвалифицированного медицинского наблюдения и реабилитации. Перспективными направлениями представляются проведение профилактики преждевременных родов и внутриутробной задержки роста плода, совершенствование УЗ-методов пренатальной диагностики, введение щадящих методик курации родового процесса, ограничение использования без необходимости препаратов, стимулирующих сокращение матки (окситоцин, простагландины и т.д.), внедрение новых методов диагностики нарушений течения беременности (нейросонография, магнитоэнцефалография), квалифицированное лечение детей с учетом уровня поражения при неврологических нарушениях, генетическое консультирование и прогнозирование патологии у будущих детей.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ (МКФ) ПЕРВОГО УРОВНЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Митраков Н.Н.¹, Лайшева О.А.²

¹НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева Минздрава России, г. Москва,

²Российская Детская Клиническая Больница ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Очевидно, что хорошо работающий в других медицинских специальностях нозологический подход Международной Классификации Болезней (МКБ), не достаточно эффективен в вопросах медицинской реабилитации. Все более растет актуальность применения МКФ. Существуют и сложности внедрения МКФ в клиническую практику. Мы предлагаем принципиально новый взгляд на возможности первого уровня МКФ в клинической практике.

Цель. Оптимизация подходов к применению МКФ в клинической практике на первом и втором этапах медицинской реабилитации в педиатрии.

Результаты. МКФ представляет нам уникальным инструментом стратегического планирования и тактического управления процессами медицинской реабилитации на первом и втором этапах реабилитационного процесса. Применение МКФ позволяет целостно воспринимать функциональные нарушения в различных актуальных для пациента контекстах и формулировать максимально корректные реабилитационные диагнозы. Первый уровень МКФ – незаменимый инструмент для формирования полной мультидисциплинарной команды. МКФ первого уровня позволяет комплексно мониторировать динамику восстановления пациента.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВИДЕОИЗОБРАЖЕНИЯ РЕФЛЕКСОЛОКОМОЦИЙ «КЛАВИР» ДЛЯ ОЦЕНКИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ (ОЛЛ) НА РАННИХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ

Митраков Н.Н.¹, Щербуха А.В.¹, Шафран П.А.¹, Лайшева О.А.^{2,1}

¹НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева Минздрава России, г. Москва,

²Российская Детская Клиническая Больница ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Применение методов физической терапии у пациентов детского возраста получающих лечение ОЛЛ, для коррекции осложнений, возникающих в ходе лечения, становится все актуальнее с каждым годом, в связи с увеличением выживаемости таких пациентов. В настоящее время нет публикации, посвященной анализу спектра двигательных нарушений у пациентов после ОЛЛ, и методам контроля эффективности физической терапии до 6-ти недель с начала лечения. Мы предлагаем кардинально новый подход к диагностике двигательных нарушений, путем видеоанализа рефлекс-локомоторного процесса вертикализации пациента из положения лежа на спине в положение стоя на двух ногах.

Цель. Формирование клинически значимых диагностических видео-критериев двигательных нарушений у детей и подростков на ранних этапах лечения ОЛЛ.

Материалы и методы. Проспективное не рандомизированное сравнительное исследование n=230: Группа №1: n=64 пациента с ОЛЛ (медиана возраста 10,4); Группа №2: n=58 пациентов, получающими ВДХТ с другими онкологическими заболеваниями (медиана возраста 10); Группа №3: n=87 условно здоровых

детей с медианой возраста 10,8; Группа исследователей n=65 из числа сотрудников центра медицинской реабилитации НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева. Видеозапись проводилась на камеры мобильных телефонов или планшетов. Анализ видео проводился при помощи программного обеспечения Dartfish.

Результаты. Удалось выявить, формально описать и этапировать критерии видеоизображения инвариантных черт ациклического локомоторного стереотипа вертикализации из положения лежа на спине в положение стоя на двух ногах на горизонтальной поверхности. Спектр временных характеристик инвариантных черт видеоизображения стереотипа вертикализации у пациентов с ОЛЛ в группе №1 статистически значимо ($p < 0,01$) отличается от аналогичного спектра в контрольных группах.

Выводы. Сформированы клинически значимые видео-критерии двигательных нарушений у детей и подростков на ранних этапах лечения ОЛЛ. Результаты позволяют надеяться на возможность автоматизации процесса видеонализа. Проводятся дальнейшие исследования в этой области.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ДИАГНОЗОМ «СПИНАЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ 2 ТИПА» В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ

Молодцов А.Д.

ООО «Современные медицинские технологии» Обособленное подразделение.
Центр реабилитации и спорта «Полет», г. Ярославль, Ярославская область

Актуальность. Спинальная мышечная атрофия является самым распространенным нейро- мышечным заболеванием, частота которого составляет 1 на 100000 новорожденных, носителем заболевания является 1 из 40 живущих людей. Кроме того, ведение одного пациента с СМА обходится около 120\$ тыс. за год (данные статистики США).

Цель. Показать пример ведения пациента в условиях реабилитационного центра с диагнозом «спинальная мышечная атрофия. Тип 2».

Материалы и методы. В своей работе мы использовали методы оценки степени контрактур (гониометрия), измерение объема грудной клетки на вдохе и выдохе в динамике, рентгенографию позвоночника в динамике (для оценки степени сколиозирования), оценку способности самостоятельно сидеть и выполнять ряд активных движений, фото-, видеофиксацию результатов.

Результаты. В результате работы с данным пациентом в течение 3 лет удалось снизить степень прогрессирования сколиозирования позвоночника, увеличить активность межреберной мускулатуры, снизить степень выраженности контрактур коленных и голеностопных суставов, увеличить степень активности больших ягодичных мышц, прямых мышц бедра. Уход, лечение и поддержка активности за пациентами с диагнозом «спинальная мышечная атрофия» требует огромного количества как физических, так и материальных затрат. В условиях нашей действительности далеко не все пациенты в России могут получать необходимое лечение по ряду причин, в том числе и из-за стоимости препаратов. Хотелось бы верить в то, что вопрос о регистрации препаратов и получения их за счет бюджетных средств пациентами в нашей стране не будут затягивать на очень неопределенный срок.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Московцева Ж.М.¹, Панкова Т. Б.^{1,2}, Ключникова И.В.¹, Панков Д.Д.²

ГБУЗ ДГП №150 ДЗ г. Москвы,
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра Педиатрии и школьной медицины, г. Москва

Актуальность. Доказано, что эффективным методом реабилитации детей с детским церебральным параличом (ДЦП) является иппотерапия (Т.Б.Панкова, Ж.М.Московцева, Е.Н.Морозова, 2019; Д.Д.Панков, Т.Б.Панкова, 2019) Этот метод обладает рядом преимуществ по сравнению с другими средствами реабилитации. Он осуществляется без труднопереносимых процедур; почти не ограничен противопоказаниями; сочетает в себе социально-психологическое и лечебно-реабилитационное воздействия. Однако, его применение у пациентов с ДЦП во многих случаях ограничивается наличием у них спастического пареза скелетной мускулатуры вплоть до возникновения контрактур и, как следствие, появлением при занятиях верховой ездой болевого синдрома. В тоже время весьма перспективным представляется назначение таким пациентам на этапе, предшествующем иппотерапии, современных миорелаксантов в виде так называемой ботулинотерапии. Поэтому представлялось важным разработать такую схему и выяснить, насколько она может быть реализована в рамках сотрудничества двух практических учреждений: детской городской поликлиники и центра по применению иппотерапии для реабилитации детей с ДЦП.

Цель данной работы заключалась в разработке алгоритма реабилитации детей с ДЦП, осложненным спастическими парезами, методом иппотерапии с премедикацией в виде ботулинотерапии (БТА терапии).

Материалы и методы. Работа опирается на данные неврологического обследования и наблюдения за 240 детьми с ДЦП, осложненным спастическими парезами. Этим детям в зависимости от выраженности спастического пареза проводилась БТА терапия. Этого оказывалось достаточно для того, чтобы данные пациенты регулярно в течение 3-х месяцев (3 раза в неделю по 30 минут) могли заниматься иппотерапией, не испытывая дискомфорта.

В результате применения данного алгоритма был получен положительный результат в 90% случаев в виде регресса болевого синдрома, снижения мышечного гипертонуса на протяжении периода от 2-х до 6 месяцев и улучшения на фоне занятий иппотерапией пластичности, координации движений у детей с ДЦП. Одновременно у этих детей был отмечен прогресс в сфере психологического мировосприятия, появление мотивации к подключению других, более нагрузочных методов реабилитации.

Выводы. Таким образом, применение данной схемы вполне реально на базе линейных практических учреждений и способствует оптимизации реабилитации детей с ДЦП.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Мошкова Е.Д.^{1,2}, Каладзе Н.Н.¹

¹Медицинская Академия им. С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им.В.И. Вернадского», г. Евпатория, Республика Крым,

²ООО санаторий «Таврия» г. Евпатория, Республика Крым

Актуальность. Особенности церебральной гемодинамики у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) оказывают влияние на адаптацию детей с ДЦП к санаторно-курортному лечению.

Целью работы было изучить особенности церебральной гемодинамики у детей с ДЦП.

Материалы и методы. Обследовано 82 ребенка с ДЦП (основная группа) и 37 здоровых детей (контрольная группа). Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Проведено дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий. В общих сонных, внутренних сонных, позвоночных и средних мозговых артериях оценивали особенности строения, пиковую систолическую скорость (Vps), конечную диастолическую скорость (Ved), резистивный индекс (RI), пульсационный индекс (PI).

Результаты. Среди обследованных детей преобладал 3 и 4 уровень по GMFCS. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий не выявило анатомических особенностей у детей с ДЦП в сравнении со здоровыми, частота встречаемости вариантов строения в виде асимметрии диаметра позвоночных артерий у детей с ДЦП была сопоставима с детьми контрольной группы. Исследование каротидных сосудов выявило увеличение систолической и диастолической скорости кровотока, снижение индексов резистивности сосудов. По сонным артериям отмечалось повышение скоростей кровотока и субпороговое снижение индексов, по средним мозговым артериям кровотоков был значимо ускорен на фоне снижения индексов резистивности. Характер кровотока по позвоночным артериям отличался снижением диастолической скорости и повышением индексов резистивности. При этом снижение диастолической скорости и увеличение индексов было более выражено по сегментам V1 позвоночных артерий, чем по сегментам V2 и V4. Средняя ЧСС в основной группе во время обследования составила 98 ± 12 , в контрольной группе средняя ЧСС 78 ± 11

Сосуды:	группы	Vps	Ved	RI	PI
Общая сонная (ОСА)	основная	123 ± 21	52 ± 14	$0,6 \pm 0,04$	$0,9 \pm 0,05$
	контрольная	87 ± 17	41 ± 12	$0,6 \pm 0,03$	$1,1 \pm 0,06$
Внутренняя сонная (ВСА)	основная	117 ± 16	59 ± 11	$0,5 \pm 0,08$	$0,8 \pm 0,07$
	контрольная	76 ± 14	33 ± 12	$0,6 \pm 0,06$	$0,9 \pm 0,07$
Средняя мозговая (СМА)	основная	204 ± 26	98 ± 19	$0,5 \pm 0,09$	$0,7 \pm 0,06$
	контрольная	138 ± 16	64 ± 10	$0,6 \pm 0,05$	$0,8 \pm 0,04$
Позвоночная (ПА) сегмент V1	основная	96 ± 14	19 ± 8	$0,8 \pm 0,09$	$2,1 \pm 0,14$
	контрольная	68 ± 15	27 ± 9	$0,7 \pm 0,08$	$1,7 \pm 0,09$
Позвоночная (ПА) сегмент V2	основная	87 ± 12	26 ± 6	$0,7 \pm 0,08$	$1,8 \pm 0,12$
	контрольная	64 ± 16	34 ± 10	$0,6 \pm 0,05$	$1,2 \pm 0,11$
Позвоночная (ПА) сегмент V4	основная	112 ± 17	46 ± 11	$0,5 \pm 0,07$	$0,8 \pm 0,09$
	контрольная	82 ± 14	38 ± 12	$0,6 \pm 0,04$	$0,8 \pm 0,08$

Выводы. Высокие скорости кровотока и снижение индексов резистивности по каротидным артериям на фоне завышенной ЧСС свидетельствует о гипотонически-гиперкинетическом варианте гемодинамики. Увеличение резистивности в сегментах V1 позвоночных артерий связывали с миотоническим экстравазальным влиянием спастических мышц шеи.

СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТАЯ КОМОРБИДНОСТЬ ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО- КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Мошкова Е.Д.^{1,2}, Каладзе Н.Н.¹

¹Медицинская Академия им. С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им.В.И. Вернадского», г. Евпатория, Республика Крым,

²ООО санаторий «Таврия» г. Евпатория, Республика Крым

Актуальность. Адаптационные функции сердечно- сосудистой системы у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) имеют большое значение в адаптации детей с ДЦП к санаторно-курортному лечению

Целью работы было изучить особенности функционирования сердечно-сосудистой системы у детей с ДЦП

Материалы и методы. Обследовано 82 ребенка с ДЦП. Проведена эхокардиография, холтеровское мониторирование. Эхокардиографически оценивали особенности строения, ударный объем, фракцию выброса. С помощью холтеровского мониторирования определяли среднюю ЧСС в активный и неактивный период, циркадный индекс, вариабельности ритма сердца (LF%, HF5, LF/HF, SDNNi, RMSSD, pNN50%). Показатели сравнивали с результатами обследования 37 здоровых детей.

Результаты. Среди обследованных детей преобладал 3 и 4 уровень по GMFCS. Эхокардиография выявила увеличения фракции выброса (ФВ) и ударного объема сердца (УО) у детей с ДЦП. Среднее значение ФВ (%) у детей с ДЦП составило 78 ± 12 , УО 74 ± 15 . Анализ холтеровского мониторирования выявил увеличение ЧСС в течение активного и неактивного периодов, снижение циркадного индекса. Анализ суточной вариабельности ритма сердца выявил увеличение показателей ваготонии в активный период (HF%, pNN50%). Выявлены особенности вегетативного обеспечения: стойкая ваготония в активный период суток на фоне повышенной ЧСС; повышенная ЧСС в ночное время, формирует парадоксальное увеличение симпатических влияний на регуляцию ритма сердца

Показатель	Дети с ДЦП, n=82		Здоровые, n=37	
	Активный период	Неактивный период	Активный период	Неактивный период
HF%	$69,3 \pm 2,0$	$51,4 \pm 2,5$	$57,2 \pm 4,5$	$68,4 \pm 3,6$
LF%	$20,7 \pm 1,9$	$48,6 \pm 3,4$	$42,2 \pm 3,5$	$32,3 \pm 2,7$
LF/HF	$0,36 \pm 0,05$	$0,95 \pm 0,08$	$0,74 \pm 0,07$	$0,52 \pm 0,05$
SDNNi, mc	$132 \pm 7,4$	$76 \pm 4,6$	$79,6 \pm 5,8$	$112,4 \pm 7,3$
RMSSD, mc	$118 \pm 5,2$	$61 \pm 6,1$	$82,5 \pm 9,2$	$97,1 \pm 7,8$
pNN50, %	$49,4 \pm 4,6$	$45,6 \pm 5,1$	$25,7 \pm 3,8$	$46,3 \pm 3,4$
Средняя ЧСС	$102,2 \pm 4,8$	$96,3 \pm 3,7$	$87,7 \pm 3,1$	$73,1 \pm 2,4$
Циркадный индекс	$1,02 \pm 0,05$		$1,2 \pm 0,04$	

Выводы. Выраженная ваготония на фоне повышенной ЧСС и увеличения ударного объема сердца, отсутствие циркадного снижения ЧСС в ночное время свидетельствуют о выраженной слабости вегетативной адаптации и асимпатикотонии у детей с ДЦП.

КРИТЕРИИ ДОЗИРОВКИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ЗАНЯТИЯХ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКОЙ С ДЕТЬМИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Налобина А.Н.¹, Стоцкая Е.С.², Волова М.В.²

¹ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет» г. Москва,

²ФГБОУ ВО «Сибирский государственный университет физической культуры и спорта», г. Омск, Омская область

Актуальность. Согласно рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации, необходимо обязательное проведение оздоровительно-развивающих, коррекционных и профилактических

занятий с детьми самого раннего возраста. Гипердиагностика и излишне активная двигательная активность оборачивается чрезмерной стимуляцией, а выжидательная тактика – к позднему началу коррекционных занятий, когда уже упущены оптимальные сроки восстановления функций. На современном этапе развития общества можно выделить достаточное количество средств и методов реабилитации с детьми первого года жизни. При этом в имеющихся рекомендациях учет индивидуальных особенностей развития двигательной сферы детей, дозирования физических воздействий не указывается.

Цель. Обосновать критерии дозирования физической нагрузки на занятиях лечебной гимнастикой с детьми первого года жизни.

Материалы и методы. С помощью анализа медицинских карт, функционального тестирования, общеклинических и физиологических методов обследования и статистических анализов разработаны критерии дифференцированного применения средств лечебной гимнастики у детей первого года жизни. Изучены факторы, определяющие эффективность реабилитационных мероприятий в ранний и отдаленный периоды развития детей.

Результаты. При оценке типа вегетативной регуляции сердечного ритма у детей первого года жизни было выявлено следующее соотношение: у наибольшего количества детей ($n=12$; 42,9%) определялось выраженное преобладание центральной регуляции, что указывало на перенапряжение регуляторных механизмов; автономный тип регуляции наблюдался у 11 детей (39,3%) и свидетельствовал о недостаточности центральных регуляторных механизмов и у 5 обследуемых (17,9%) было выявлено умеренное преобладание центральной регуляции, что свидетельствовало об оптимальном напряжении регуляторных систем. При реакции на ортостатическую пробу у детей был выявлен смешанный тип адаптации (напряжение механизмов адаптации) к физической нагрузке ($n=14$; 50,0%); симпатический тип ($n=8$; 27,6%), указывающий на удовлетворительную адаптацию; астенический ($n=4$; 14,3%), свидетельствующий о перенапряжении механизмов адаптации, и ваготонический ($n=2$; 7,1%), указывающий на истощение регуляторных систем (срыв адаптации). На основании выявленных различий по показателям психомоторного развития и оценке адаптационных возможностей, нами были разработаны критерии определения средств на занятиях лечебной гимнастикой и различные варианты их сочетания, что позволяет дозировать физическую нагрузку.

Выводы. Применение средств лечебной гимнастики с учетом особенностей сенсомоторного развития, типа вегетативной регуляции сердечного ритма позволяет эффективно корректировать отклонения в развитии у детей первого года жизни.

РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО ГЕНЕТИКА НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЗАВЕРШИВШИХ ПРОТИВООПУХОЛЕВУЮ ТЕРАПИЮ

Наседкина Т.В.^{1,2}, Семенова В.В.¹, Лисица Т.С.^{1,2}

¹НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, ЛРНЦ «Русское поле», г. Москва,

²ФГБУН Институт молекулярной биологии им. В.А. Энгельгардта РАН, г. Москва

Актуальность. Интенсивная химиотерапия и облучение, перенесенные в детском возрасте, в дальнейшем могут приводят к инвалидизации и снижению качества жизни пациентов, излеченных от онкологического заболевания. Изучение генетических факторов риска развития токсических осложнений противоопухолевой терапии дает возможность развивать предиктивный анализ и разрабатывать персонализированные подходы к реабилитации. Важным направлением является профилактика риска развития вторых опухолей, в первую очередь, за счет выявления мутаций, ассоциированных с наследственными опухолевыми синдромами. Это позволяет формировать группы диспансерного наблюдения с целью ранней диагностики повторных злокачественных новообразований.

Цель. Провести оценку вклада генетических факторов в развитие поздних токсических эффектов у детей, перенесших онкологические заболевания, на основе генетического тестирования на наличие наследственных мутаций, ассоциированных с опухолевыми синдромами, и полиморфных маркеров в генах, ассоциированных с пре- и коморбидными состояниями.

Материалы и методы. В исследование включено 300 пациентов, 140 девочек и 160 мальчиков, перенесших онкологическое заболевание и проходивших реабилитацию в ЛРНЦ «Русское поле», в том числе, пациенты с острым лимфобластным лейкозом, лимфомой Ходжкина, неходжкинскими лимфомами, саркомами костей и мягких тканей, опухолями центральной нервной системы и периферических нервов. Средний возраст пациентов составил $11,85 \pm 7,42$ лет, продолжительность ремиссии $5,1 \pm 0,96$ лет. Генетическое тестирование проводили с использованием методов массового параллельного секвенирования и гибридизационного анализа на биологических микрочипах.

Результаты. Наиболее частыми ранними эффектами в исследованной группе были гепатотоксичность (88,7%), аллергические реакции на аспарагиназу (14%), тромботические осложнения (6%). Наиболее частыми поздними эффектами были метаболические нарушения, полинейропатия, последствия острых тромбозов. Среди 24 детей с опухолями мозга в анамнезе, у 6 пациентов выявлены мутации в гене NF1 (нейрофиброматоз 1 типа). Также обнаружены мутации в генах TP53, MSH2, APC, CHEK2, ассоциированные с различными опухолевыми синдромами. Сочетание не менее трех метаболических нарушений (инсулинорезистентность, дислипидемия, ожирение, гипертензия) встречалось у 37% пациентов (MetC). В группе MetC чаще выявляли определенные аллели генов IRS2, ADIPOQ, PPARG. При анализе полиморфных маркеров в генах системы гемостаза (FGB, F2, F5, PAI-1, MTHFR, F7, GPIIIa) у 10% пациентов выявлен повышенный риск развития тромботических осложнений.

Выводы. При проведении медико-генетического консультирования на этапах реабилитации детей и подростков, перенесших онкологическое заболевание, необходимо оценивать возможные патогенетические механизмы формирования поздних токсических эффектов. В этом случае, детальный клинико-генетический анализ позволяет разрабатывать долгосрочные рекомендации по контролю лечения общесоматической патологии и коррекции образа жизни и питания.

УЗИ- ДИАГНОСТИКА У ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ЦНС)

Николаева Е.Б., Гаджалиева З.Г., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В последнее время возросло количество детей с патологией ЦНС и, в большинстве случаев, это происходит на преморбидно измененном фоне.

Цель. Выявить процент общей патологии у детей с заболеваниями нервной системы

Материалы и методы. Обследовано 87 больных в возрасте от 0 до 18 лет с установленным диагнозом, из них мальчиков – 42 человека, девочек – 45. У 41 ребенка – детский церебральный паралич (ДЦП), у 36 – перинатальная энцефалопатия, 5 детей – СДВГ, 5 – расстройства аутистического спектра. Всем пациентам были обследованы неврологом, кардиологом, узкими специалистами. Было проведено функциональное исследование ЦНС (ЭЭГ, ЗВП), нейросонография с доплерографией, УЗИ щитовидной железы, почек, брюшной полости. Обследование проводили на стационарном УЗИ-приборе с функцией дуплексного сканирования.

Результаты. Патология щитовидной железы, в виде уменьшения объема, была выявлена у 65 %, эктопия парашитовидной железы – у 4 %, увеличение объема печени, без изменений паренхимы – 75 %, очагового поражения печени – 11%, камни желчного пузыря у детей до 1 года – 7%

Выводы. При нахождении ребенка в стационаре необходимо проведение УЗИ-исследований. Патология ЦНС сопровождается, в большинстве случаев, изменениями в других органах и системах.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ ФУНКЦИИ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

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

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

Актуальность. Основной задачей реабилитации больных детским церебральным параличом (ДЦП) является оптимальная адаптация ребенка к существующему дефекту посредством своевременной компенсации когнитивных, коммуникативных и двигательных нарушений.

Цель. Повысить эффективность медицинской реабилитации больных ДЦП с выраженными двигательными нарушениями после хирургических методов коррекции контрактур на санаторно-курортном этапе восстановительного лечения.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 126 пациентов в возрасте от 5 до 17 лет. 65 (51,6%) пациентов женского пола, 61 (48,4%) пациент мужского пола. Средний возраст обследуемых составил $12,13 \pm 0,42$ лет. С целью определения эффективности комплексной медицинской реабилитации больных ДЦП с выраженными двигательными нарушениями на санаторно-курортном этапе в соответствии с принципами рандомизации и поставленными задачами больные были разделены на 3 группы:

- первую, основную группу (ОГ) составили 40 больных, получавших комплексное санаторно-курортное лечение, включающее климато- бальнеолечение, пелоидотерапию, ЛФК, массаж, методы аппаратной физиотерапии в течение 21 дня, после разработанной нами методики хирургического лечения контрактур – закрытой селективной фасциофибромии-томии;
- вторая группа, контрольная (КГ) – 45 пациентов, получавших «традиционное» санаторно-курортное лечение в течение 21 дня, включающее климато-бальнеолечение, пелоидо-терапию, ЛФК, массаж, методы аппаратной физиотерапии.
- третья группа, сравнения (ГС) – 41 больной, получивший санаторно-курортное лечение (климато-бальнеолечение, пелоидотерапия, ЛФК, методы аппаратной физиотерапии) после различных методов нейро-ортопедического лечения (классические операции на сухожильно-мышечном компоненте) в течение 21 дня в сроки через 35-40 дней после оперативного вмешательства.

Результаты. Санаторно- курортное лечение больных детским церебральным параличом с выраженными двигательными нарушениями, обусловленными нейрогенными контрактурами, без их предварительной хирургической коррекции, не оказывало положительной динамики на уровень спастичности ($3,13 \pm 0,18$ балла, $p \geq 0,05$), силу мышц-антагонистов ($2,87 \pm 0,13$ балла, $p \geq 0,05$) и параметры ходьбы по Тинетти (субшкала походка $7,73 \pm 0,14$ балла, $p \geq 0,05$). Комплекс реабилитационных мероприятий после проведения закрытой селективной фасциофибромии-томии позволил увеличить силу мышц-антагонистов пациентов (с $2,83 \pm 0,06$ балла до $3,30 \pm 0,1$ балла, $p < 0,05$), увеличить объем пассивных движений в нижних конечностях посредством уменьшения уровня спастичности (с $3,28 \pm 0,09$ балла до $2,48 \pm 0,08$ балла, $p < 0,05$), улучшить показатели устойчивости и параметры ходьбы по шкале Тинетти (субшкала устойчивости с $9,53 \pm 0,16$ балла до $15,43 \pm 0,26$ балла; субшкала походка с $7,45 \pm 0,13$ балла до $9,03 \pm 0,16$ балла, $p < 0,05$ соответственно). У больных детским церебральным параличом со спастической диплегией с выраженными нарушениями функции ходьбы, нейрогенными контрактурами, уровнем GMFCS III-IV-V, санаторно-курортное лечение малоэффективно и сопровождалось сохранением нарушений двигательной активности, что указывало на необходимость предварительной хирургической коррекции. Ввиду малоинвазивности, отсутствия гипсовой послеоперационной иммобилизации, стимуляции процессов репаративной мышечной регенерации предпочтение должно отдаваться малоинвазивной закрытой селективной фасциофибромии-томии.

КОРРЕКЦИОННО- РАЗВИВАЮЩИЙ МАРШРУТ У ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Пастор О.Н.¹, Москвитина Н.А.²

¹ГБУЗ Московская областная психиатрическая больница №5, отделение клинической психологии, г. Сергиев Посад, Московская область,

²Центр детского развития, г. Сергиев Посад, Московская область

Актуальность. В настоящее время число детей с дисгармоничным развитием, детей с ментальными нарушениями неуклонно растёт. Нет единой методики, способной привести ребёнка к более высокому уровню развития и преодолеть основные симптомы или ведущие, первоочередные проблемы, связанные с заболеванием, так как они носят часто разноуровневый, мультидисциплинарный, разноплановый характер и не могут быть решены с помощью одного только инструмента или одного подхода. Отчасти, сложности построения единой системы подходов опираются на индивидуальные особенности самих специалистов, ввиду чего каждая модель психотерапии и развития, ориентированная на ребёнка, опирается на индивидуальные особенности, преимущества или ограничения специалистов, на качество супервизии или уровень подготовки, практический или теоретический. Поэтому, опираясь на наш опыт, полученный нами в результате работы по коррекции и абилитации детей с ментальными нарушениями здоровья, мы, в системе занятий, объединили несколько подходов, помогающих преодолеть основные трудности, решить первостепенные задачи, связанные с симптоматикой детей, имеющих особенности в развитии, сочетая в своей практике стандартные схемы лечения, но с учётом мишеней психолого-педагогического подхода. Данная система позволила нам выстроить индивидуально-ориентированный подход в работе с детьми в коррекционно-развивающей системе занятий, учитывая симптоматические факторы и соматотип ребёнка, состояние высших психических функций, основываясь на клинической, неврологической, психопатологической, патопсихологической и нейропсихологической диагностики, совмещая результаты диагностики.

Цель. Коррекция ведущих симптомов, проявляющихся в связи с состоянием ребёнка, а также формирование новых навыков, развитие когнитивной и эмоциональной сферы ребёнка, отслеживая регулярно динамику развития и преодоления проблем.

Материалы и методы. В качестве основного реабилитационного и абилитационного метода мы используем метод сенсомоторной коррекции и инстинктивно-поведенческую модель. Занятия на начальном этапе коррекционного маршрута проходят только в присутствии родителей, в рамках совместной с ребёнком деятельности. Постепенно наращивая активность ребёнка, обучая новым двигательным навыкам, занятия начинают проходить в формате подражания ребёнком действиям взрослого. На данном этапе в занятия добавляются элементы детской лечебной физкультуры, детского массажа, а также в занятия будут включены некоторые педагогические приёмы, как инструменты классической дефектологии и логопедии, необходимые для формирования простых понятий и категорий, а также используемые, как начальный этап коррекции задержки речевого развития. Затем, переходя на более сложный функциональный уровень движений, происходит формирование учебного поведения, базовых учебных навыков, формирование новых когнитивных знаний. На более сложном высоком, уровне созревания высших психических функций в занятия, при которых дети, обладая необходимыми навыками контакта, саморегуляции, необходимым уровнем устойчивости внимания, речевого развития, когнитивных знаний будут использоваться задания, включающие в себя свободную, произвольную деятельность, предусмотренные методиками игротерапии, сказкотерапии, пескотерапии, арттерапии и другими методами клинической психологии и лечебной педагогики. Важное место занимает клинический контроль и лечение специалистами нашего лечебного учреждения, как параллельные процессы с психотерапевтическими методами через регулярные диагностические срезы.

Результаты. Наш опыт показал, что при точной, регулярной клинической диагностике ведущих нарушений, мы можем более точно выделить несформированные функции, и, в некоторых случаях, это позволяет или корректировать их в рамках других профильных учреждений и при коррекции самой семьи, получая необходимые рекомендации от специалистов и выполняя их, и/или осуществляя лечение ресурсами Московской областной психиатрической больницы №5 медикаментозными и немедикаментозными формами. Основным нашим достижением является возможность регулярно проводить скрининговую диагностику динамики и достижений намеченных целей с коррекцией различных форм лечения заболеваний.

Выводы. Мы уверены, что если комплексный метод диагностики опирается на клиническую диагностику с постоянным выявлением симптома и регулярному подбору и коррекции методов и схем лечения, то взаимодействие между лечебными схемами и системой коррекции и абилитации позволяет более точно корректировать маршрут и мишени воздействия. Мониторинг динамики, консультации, а также первичные обращения осуществляются через службу системы диспансерного наблюдения и психиатрический кабинет амбулаторного наблюдения. Опыт наших специалистов показывает, что регулярность диагностических исследований и выявление ведущих мишеней коррекции должна проходить динамически, так как функции, которые необходимо сформировать в ходе занятий, могут сформироваться уже в ходе одной недели, и динамика состояния должна отслеживаться регулярно.

ГОРНЫЕ ЛЫЖИ КАК МЕТОД ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Попова О.А.

*ГБУСО МО Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации Оптимист,
г. Сергиев Посад, Московская область*

Актуальность. Физическая реабилитация и социальная адаптация являются двумя неразрывно связными понятиями, так как от физического состояния зависит степень социализации ребенка. Горные лыжи, как метод реабилитации, сочетает в себе возможности физической реабилитации и социальной адаптации детей разного возраста и степени двигательных нарушений, в том числе и средне-тяжелых.

Цель. Улучшение физического и психоэмоционального состояния детей. Приобретение новых двигательных навыков, в дальнейшем используемых в повседневной жизни. Расширение возможностей общения и увеличение двигательной активности на свежем воздухе.

Материалы и методы. В нашем центре дети проходят реабилитацию по четырем формам: дневная, стационарная, амбулаторная и патронажная. Для проведения данной программы была выбрана категория детей с диагнозом ДЦП, находящихся на патронажной форме обслуживания. Это категория детей, физическое состояние которых оценивается 3 – 4 балла по шкале GMFCS и чей круг общения резко ограничен. Для детей с таким уровнем стойких нарушений двигательной активности особенно важна как физическая, так и социальная адаптация. В связи с этим в программу реабилитационных мероприятий были включены элементы горнолыжного спорта. В течение года пациенты в возрасте 3 – 12 лет проходили реабилитацию с применением элементов горнолыжного спорта по методике адаптивной физической культуры. В первом,

втором и третьем курсе занятия проводились в домашних условиях с использованием горнолыжного оборудования, в четвертом курсе ребята занимались на горнолыжном склоне.

Результаты. Исследования показали, что на занятиях горнолыжным спортом ребенок вынужден выполнять большое количество новых, не свойственных ему движений и заданий, требующих быстроты реакции и непривычной скорости. Приобретенные навыки целесообразно адаптировать и применять в повседневной жизни. У всех детей, в том или ином проценте случаев, отмечалось увеличение общей двигательной активности. Также были отмечены стойкие положительные изменения: улучшение осанки и координации, снижение спастических симптомов, устойчивость к простудным заболеваниям, увеличение работоспособности, повышение самооценки и уверенность в собственных силах.

Выводы. Занятия с применением элементов горнолыжного спорта позволяют ускорить процесс лечения, реабилитации и социализации детей с ДЦП. Ребенок, находящейся на горе в окружении других людей и занимающихся детей, невольно подражает им, чувствует себя с ними на равных, имеет возможность общаться и работать в коллективе, что ускоряет его социальную адаптацию.

РОЛЬ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ НА ЭТАПЕ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Самойлова Д.А., Колесникова Т.В., Арустамян А.В., Рахманина И.Н.

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

Актуальность. Современная система реабилитации детей с ОВЗ достигла нового, высокого качества развития, что ставит перед специалистами задачи не только детального анализа первичного дефекта, оперативного и точного выбора «мишени» для коррекционно-развивающей работы, но и количественной оценки результатов динамики реабилитационного процесса. Наиболее полно эту задачу решает систематизация комплексной диагностики (которая включает в себя психолого-педагогическое, дефектологическое, логопедическое обследование) с помощью Международной классификации функционирования (МКФ). Данная система позволяет определить отклонения в развитии функций, что позволяет построить эффективный процесс реабилитации. В связи с этим включение МКФ в комплексную диагностику детей с ОВЗ является чрезвычайно важным и актуальным на сегодняшний день.

Целью настоящего исследования являлось внедрение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в комплексную диагностику.

Материалы и методы. Проект международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 г. (ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г. А. Альбрехта Минтруда России). Диагностический комплекс для психолого-педагогического обследования детей Фатиховой Л.Ф. Диагностика уровня развития детей Стребелевой Е.А. Диагностика устной речи детей по методике Т.А. Фотековой и диагностика письменной речи по Т.В. Ахутиной.

Результаты. МКФ используется в работе специалистов нашего центра в ходе комплексной диагностики детей с ОВЗ. Необходимо отметить, что данная классификация позволяет создавать различные комбинации, обладающие высокой диагностической ценностью. Элементом МКФ является домен. И при этом различное сочетание доменов позволяет провести диагностику ребенка либо с учетом нозологии, либо сравнивая его развитие с возрастной нормой, оценивая ту сферу, которая представляет интерес для узкого специалиста (логопеда, дефектолога, педагога-психолога). Так, специалистами центра был составлен соответствующий профиль функционирования. Он включает в себя оценку речевого развития для учителя-логопеда; исследование эмоциональной сферы и игры для педагога-психолога; анализ познавательной активности, двигательное развитие, ознакомление с окружающим для учителя-дефектолога. Каждая исследуемая сфера была соотнесена с соответствующим доменом, для оценки которого специалистами проводятся соответствующие диагностические пробы. Полученные результаты позволяют определить зону ближайшего и актуального развития, увидеть наиболее нарушенные функции и компенсаторные возможности ребенка. И в итоге, выставить первостепенные по важности и необходимости задачи на реабилитационный период на основе МКФ. По окончании периода реабилитации количественно оценить динамику и уточнить направление последующей реабилитации.

Выводы. Опыт использования МКФ в реабилитационном процессе на этапе диагностики детей с ОВЗ позволяет достаточно быстро получить количественную характеристику выраженности нарушений функционирования. Применение данного диагностического инструментария эффективно для оценки результатов реабилитационного процесса. Коды МКФ позволяют определить дефициты развития и актуальные задачи коррекционно-развивающей работы.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С НАРУШЕНИЕМ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ

Самсонова Т.В., Назаров С.Б., Магомедова Н.М., Чистякова А.А.

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России, г. Иваново, Ивановская область

Актуальность. Нарушение моторного развития является одним из наиболее часто встречающихся последствий перинатального поражения ЦНС у детей первого года жизни. Поиск объективных критериев оценки эффективности восстановительного лечения при этой патологии является актуальной задачей.

Цель. Разработать объективные критерии оценки эффективности восстановительного лечения у детей с нарушением моторного развития в период формирования первых антигравитационных поз.

Материалы и методы. Обследованы 85 детей в возрасте 3-6 месяцев: 69 - с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде нарушения моторного развития и 16 - без неврологической патологии. Всем детям проведено неврологическое обследование и компьютерная стабилметрия по разработанной нами методике, на стабилплатформе с высокой чувствительностью для малого веса, в положении ребенка лежа на животе с опорой на предплечья или ладони. Определялись показатели: скорость перемещения центра давления; ширина, разность длины и ширины эллипса статокинезиограммы; уровни 60% мощности спектра в сагиттальной и фронтальной плоскостях; площадь статокинезиограммы; показатель стабильности и индекс устойчивости. В основной группе обследование осуществлялось в динамике: до и после курса восстановительного лечения. Ретроспективно дети основной группы были разделены на 2 подгруппы: I - с положительной динамикой неврологических нарушений ($n=50$), II - с ее отсутствием ($n=19$).

Результаты. В ходе исследования был проведен индивидуальный и ROC-анализ динамики показателей компьютерной стабилметрии у детей. Установлено, что высокую диагностическую значимость для оценки эффективности восстановительного лечения у детей в возрасте 3-6 месяцев с нарушением моторного развития имеет динамика показателя разности длины и ширины эллипса статокинезиограммы. При его снижении более чем на 31% лечение оценивают как эффективное, а при его снижении менее чем на 31% или повышении лечение оценивают как неэффективное с точностью до 84%. На основании этого предложен способ оценки эффективности лечения детей 3-6 месяцев с нарушением моторного развития. Установлены высокие чувствительность (86%) и специфичность (79%) данного метода. Результаты ROC-анализа с расчетом площади под кривой (AUC) подтвердили хорошую информативность предложенного метода ($AUC=0,83$).

Выводы. В результате исследования разработан новый способ оценки эффективности восстановительного лечения у детей с нарушением моторного развития в возрасте 3-6 месяцев, который позволит проводить своевременную коррекцию плана лечебно-абилитационных мероприятий для снижения частоты и тяжести инвалидизирующих исходов перинатального поражения ЦНС.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СТАБИЛОМЕТРИИ НА ФОНЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ

Самсонова Т.В., Назаров С.Б., Магомедова Н.М., Чистякова А.А.

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства
им. В.Н. Городкова» Минздрава России, г. Иваново, Ивановская область

Актуальность. Нарушение моторного развития составляет значительную долю среди неврологических расстройств у детей первого года жизни. При этом нарушается формирование физиологических моторных функций, в том числе функции равновесия. Современным методом ее исследования является компьютерная стабилметрия.

Цель. Определить динамику показателей компьютерной стабилметрии на фоне восстановительного лечения во взаимосвязи с динамикой неврологических нарушений у детей в возрасте 3-6 месяцев с нарушением моторного развития.

Материалы и методы. Обследованы 85 детей в возрасте 3-6 месяцев, 69 из которых имели последствия перинатального поражения ЦНС в виде нарушения моторного развития. Контрольную группу составили 16 детей без неврологической патологии. Всем детям проведено неврологическое обследование и компьютерная стабилметрия по разработанной нами методике, на стабилплатформе с высокой чувствительностью для малого веса, в положении ребенка лежа на животе с опорой на предплечья или ладони. Определялись показатели: скорость перемещения центра давления; ширина, разность длины и ширины эллипса ста-

токинезиограммы; уровни 60% мощности спектра в сагиттальной и фронтальной плоскостях; площадь статокинезиограммы; показатель стабильности и индекс устойчивости. В основной группе обследование осуществлялось в динамике: до и после курса восстановительного лечения. Ретроспективно дети основной группы были разделены на 2 подгруппы: I - с положительной динамикой неврологических нарушений ($n=50$), II - с ее отсутствием ($n=19$).

Результаты. До лечения у детей I подгруппы скорость перемещения центра давления, ширина, разность длины и ширины эллипса статокинезиограммы, площадь статокинезиограммы были выше ($p=0,0028$; $p=0,043$; $p=0,0000$; $p=0,0029$ соответственно), а показатель стабильности и индекс устойчивости - ниже ($p=0,0006$; $p=0,0019$ соответственно), чем в контрольной группе. У детей II подгруппы разность длины и ширины эллипса статокинезиограммы также была выше, чем в контрольной группе ($p=0,007$). После проведенного лечения у детей I подгруппы произошло снижение показателей скорости перемещения центра давления, разности длины и ширины эллипса статокинезиограммы ($p=0,049$; $p=0,000$ соответственно) и повышение показателя стабильности, индекса устойчивости ($p=0,002$; $p=0,034$ соответственно), в результате чего стабилметрические показатели у них не имели статистически значимых различий с контрольной группой. Во II подгруппе на фоне лечения не произошло изменения стабилметрических показателей, и сохранялось повышение разности длины и ширины эллипса статокинезиограммы по сравнению с контрольной группой ($p=0,000$).

Выводы. Динамика стабилметрических показателей на фоне восстановительного лечения у детей в возрасте 3-6 месяцев с нарушением моторного развития сопряжена с динамикой неврологических нарушений. Это может быть использовано для разработки дополнительных объективных критериев оценки эффективности лечения при данной патологии.

ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИАЛОРЕИ

Саржина М.Н., Гаджиалиева З.М., Дороничева М.М., Шатилова Н.Н., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Нарушение двигательных функций является ведущим симптомом детского церебрального паралича (ДЦП), приводящим к социальной дезадаптации пациентов. Одним из немаловажных сопутствующих симптомов является сialорея – избыточное выделение секрета слюнных желез за пределы ротовой полости вследствие избыточного образования или нарушения орально-моторных функций. Слюнотечение является физиологическим для детей до 1,5 лет и в норме должно уменьшаться по мере взросления ребенка. Сialорея после 4-х лет требует комплексного подхода в лечении. При ДЦП слюнотечение возникает не столько в результате гиперфункции желез, сколько вследствие дискоординации работы орофациальной мускулатуры и мышц неба и языка. Различают передний и задний варианты слюнотечения. В отличие от передней сialореи, когда слюна вытекает изо рта, заднее слюнотечение, при котором она затекает по корню языка в глотку, может увеличить риск аспирации у пациентов, длительно пребывающих в горизонтальном положении на спине. Среди пациентов со спастическими формами ДЦП сialорея встречается в более чем 50 % случаев и выраженность ее коррелирует со степенью тяжести двигательного дефекта по GMFCS. Осложнениями сialореи являются повторные аспирации слюны, нарушения белково-электролитного баланса, периоральные дерматиты и, что зачастую выходит на передний план, социальная депривация ребенка. Консервативные способы коррекции сialореи включают артикуляционную гимнастику, логопедический массаж, кинезиотейпирование, иглорефлексотерапию, БОС – терапию, использование интраоральных тренажеров для улучшения глотания слюны, коррекцию рациона питания, применение пероральных антихолинэргических и антирефлюксных препаратов, дермальных пластырей, инъекций ботулинического токсина типа А (БТА). БТА обладает местным антихолинэргическим действием, достоверно приводящим к снижению секрета потовых и слюнных желез, в связи с чем его применение является одним из наиболее эффективных, перспективных и пролонгированных методов. Локальные инъекции в слюнные железы ингибируют холинэргическую парасимпатическую и постганглионарную симпатическую активность, вызывая уменьшение секреции слюны. К инвазивным методам относятся различные оперативные вмешательства по резекции и денервации желез, транспозиции и лигированию протоков. Чаще всего эти методы, ввиду их достаточной травматичности, применяются у пациентов взрослого возраста, или при невозможности применения медикаментозной терапии.

Цель. Представить современные научные данные о мировом опыте применения, эффективности и безопасности БТА при лечении сialореи.

Материалы и методы. Проведен анализ современных научных данных: клинических исследований и систематических обзоров. Наиболее полными являются: систематический обзор Родвелла (Rodwell et

al., 2012), объединяющий в себе данные 16 клинических исследований (суммарно 315 пациентов); обзор Porte (2014) - исследования по применению БТА при сialорее у детей с ДЦП; рекомендации Jost с соавт. (2019) по терапии сialорее ботулиническим нейротоксином. В исследовании Lakraj et al., 2013 сравнивается уровень эффективности БТА (уровень доказательности В) и БТВ (уровень доказательности А) при лечении сialорее. Среди русскоязычных источников был рассмотрен Первый Российский консенсус по применению многоуровневых инъекций abobotulinumtoxin A при лечении спастических форм ДЦП (А.Л.Куренков и соавт., 2016). В России одной из наиболее детализированных является работа по оценке эффективности применения ботулинотерапии при сialорее у пациентов с ДЦП (Клочкова О.А., Куренков А.Л., с соавт 2015), включающая 13 детей (от 2 лет до 14 лет 7 мес) со спастическими формами ДЦП.

Результаты. Инъекции БТА при обильном слюнотечении у взрослых впервые были предложены Bushara, 1997 г. В 2001г. Jongerius et al. сообщили о первой серии случаев успешного применения ботулинического токсина типа А для лечения слюнотечения у детей с ДЦП. Ботулотоксин В получил одобрение Управления по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) в августе 2019 года для лечения хронической сialорее у взрослых, связанной с боковым амиотрофическим склерозом или болезнью Паркинсона. Инкоботулотоксин А (был одобрен FDA и Европейским агентством по лекарственным средствам (EMA) с 2018 года для лечения хронической сialорее у взрослых без независимо от основного заболевания. Использование ботулотоксина приводит к умеренному или сильному снижению слюнотечения. Эффект во всех исследованиях продолжался не менее 12 недель. Побочные эффекты варьировались от 2% до 41%. Кроме того, исследователи не смогли выявить каких-либо существенных различий в результатах на основании использования БТА по сравнению с БТВ, методов подготовки, расчетов дозировки или выбора желез для инъекций. В большинстве исследований используется сходная базовая стратегия, обычно включающая введение низких доз ботулинического токсина в две или более слюнных желез. Однако, существуют значительные различия в конкретных протоколах и методах (объем дозирования, метод разбавления, количество инъецируемых желез, количество точек введения на железу, распределение дозы между железами, выбор токсина (тип А или В), время повторных инъекций, контроль точности введения и метод анестезии). БТА широко применяется при лечении спастичности при ДЦП, однако, сialорее у детей как в России, так и в большинстве стран, не входит в перечень официальных показаний к препаратам. Согласно Первому Российскому консенсусу по применению многоуровневых инъекций ботулотоксина типа А при лечении спастических форм ДЦП 2016г, зарегистрированные показания, возрастные ограничения и дозы препаратов БТА не отражают реальную клиническую потребность в ботулинотерапии. В связи с этим инъекции БТА при ДЦП часто проводятся «off-label» с разрешения локальных этических комитетов учреждений и письменного добровольного информированного согласия законных представителей ребенка.

Выводы. Лечение сialорее требует комплексного междисциплинарного подхода, направленного как на коррекцию моторной дисфункции ротовой полости, так и на уменьшение секреторного объема слюнных желез. Отсутствие стандартизированного протокола в исследованиях затрудняет формулирование обобщающих выводов о технике и рациональном дозировании БТА. Необходимо дальнейшее проведение клинических исследований по безопасности и эффективности ботулинотерапии при сialорее, а также для лечения спастичности у детей в возрасте до 2 лет; разработка стандартизированных национальных рекомендаций по дозированию, кратности и длительности ботулинотерапии при гиперсаливации у детей.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Сафоничева О.Г.

ФГАУ ВО «Первый Московский Государственный Медицинский Университет
им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва

Актуальность. Современное состояние медико-демографических процессов во всем мире характеризуется нестабильным состоянием здоровья детей и подростков. Отмечается снижение функциональных резервов здоровья и адаптационных возможностей подрастающего поколения, социальная дезадаптация, замкнутость, своеобразие поведенческих реакций, которые усиливаются в дошкольном и начальном школьном периоде. Многие заболевания центральной нервной системы (ЦНС) у детей, связанные с гипоксией тканей мозга и приводящие к задержке интеллектуального развития, возникают вследствие воздействия неблагоприятных факторов во внутриутробном периоде, заболевания матери, а также натальных краниоцервикальных травм.

Цель. Провести анализ методов оценки перинатальных гипоксических поражений ЦНС для создания программ физической реабилитации на ранних этапах развития ребенка.

Результаты. Основными методами диагностики психофизического состояния ребенка являются: изучение факторов риска, анамнеза (течение беременности и родов у матери), нейропсихологического и неврологического статуса ребенка; анализ лабораторных и инструментальных методов исследований. При оценке неврологического статуса особую роль необходимо уделять визуальной и кинестетической диагностике мышечно-фасциальных тканей для выявления биомеханически значимых изменений в кранио-вертебральном переходе и шейном отделе позвоночника (ШОП), оказывающих влияние на мозговой кровоток. Методы функциональной диагностики позволяют оценить состояние нервной системы ребенка в динамике. Нейросонография (ультразвуковое исследование головного мозга) является наиболее доступным методом обследования детей на первом году жизни для оценки состояния вещества мозга, ликворных путей, выявления гипоксически-травматических поражений мозга ребенка. Оценка кровотока в сосудах мозга проводится с помощью доплерографии. Электроэнцефалография – исследование биоэлектрической активности мозга и выявления степени его зрелости. Метод вызванных потенциалов (зрительных, слуховых, сомато-сенсорных) направлен на изучение электрической активности нейронов, возникающей в ответ на раздражение соответствующего анализатора. Более точные методы визуализации – компьютерная и магнитно-резонансная томография проводятся строго по показаниям для оценки структурных изменений головного и спинного мозга при наличии общемозговой или очаговой симптоматики.

Выводы. При исследованиях неврологического статуса у детей необходимо обращать внимание на ранние «маркеры» гипоксии тканей головного мозга: укорочение мышц шеи, нарушение кинетики фасций – биомеханические изменения в шейном отделе позвоночника, которые возникают при родовых травмах. Мышечно-тонические «туннельные» синдромы в ШОП приводят к патологической извитости позвоночных и сонных артерий, нарушению ликвородинамики, внутричерепной гипертензии, что позволяет обосновать механизмы нейро-разнообразия симптоматики при перинатальных поражениях ЦНС. Комплексная диагностика позволяет создать программу психофизической реабилитации детей с гипоксически-травматическими поражениями на ранних этапах и избежать отдаленных последствий.

РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АКУШЕРСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Седненкова Т.А.¹, Букреева Е.А.¹, Катыженков А.А.¹, Ротанова Р.И.¹, Ворона Л.Д.^{1,2},
Ишутина Ю.Л.¹, Сергеев Е.Ю.²

¹ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям» ДЗ г. Москвы,

²ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Акушерские повреждения плечевого сплетения составляют, по данным разных авторов, от 1 до 5 случаев на 1000 родов. По данным мировой литературы, при своевременном начале реабилитационных мероприятий уменьшается процент инвалидизации.

Цель. Снижение инвалидизации и улучшение качества жизни пациентов

Материалы и методы. В настоящее исследование были включены 15 детей в возрасте от 4 до 10 суток жизни с повреждением плечевого сплетения и отсутствием переломов, вывихов и подвывихов плечевого сустава, шейного отдела позвоночника. Мальчиков было 11 (73,3%), девочек – 4 (26,7%). Курс лечения до 14 дней. При назначении применялся персонифицированный подход: индивидуальное время на проведение процедур, индивидуальная интенсивность, индивидуальный подбор варианта наложения кинезиотейпа на пораженную конечность. Реабилитационное лечение включало в себя 1) лазеротерапию, ускоряющую регенерацию клеток и тканей в органах и тканях того метамера, что и облучаемая кожа; 2) лечебную гимнастику, направленную на сохранение пассивных и стимуляцию активных движений в пораженной конечности; 3) кинезиотейпирование поражённой конечности для улучшения трофики, уменьшения зоны отёка, двигательной стимуляции в поражённых мышцах.

Результаты. Объём движений в поражённой конечности увеличился у 100% детей, возросла спонтанная двигательная активность у 86,6% пациентов, увеличилась мышечная сила в поражённой конечности у 93,4% случаев.

Выводы. Максимально раннее начало восстановительного лечения детей с акушерским повреждением плечевого сплетения способствует профилактике развития контрактур, нарушения моторного развития и в дальнейшем уменьшает процент инвалидизации. Соблюдение преемственности и непрерывности реабилитационных мероприятий способствует достижению максимального результата.

КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. У детей с различными ЗППР, двигательными и мышечными нарушениями, расстройством аутистического спектра (РАС) часто наблюдаются такие виды речевых расстройств, как дислалии, дизартрии, апраксии. В свою очередь, данные речевые нарушения сопровождаются такими симптомами как гиперсаливация, дисфагия, дискинезии, диспраксии и апраксии, гипотонус и гипертонус артикуляционной мускулатуры, парезы различного генеза. Кинезиотейпирование – это немедикаментозный метод профилактического и лечебного воздействия на мышечную и связочно- сухожильную системы, лимфатическую, сосудистую и нервную системы. Цели логопедического кинезиотейпирования: увеличение микроциркуляции в зоне аппликации, стимуляция чувствительных нервных окончаний кожи и подлежащих тканей, нормализация мышечного тонуса артикуляционного аппарата и уменьшение выраженности симптомов при различных видах речевых нарушений.

Цель. Изучение влияния логопедического кинезиотейпирования на изменения клинической симптоматики и выраженности симптомов при различных речевых нарушениях.

Материалы и методы. С февраля 2019 года по настоящее время в рамках комплексной реабилитации детей с РАС, ДЦП, ЗППР и другими расстройствами развития в НПЦ ДП ДЗМ ежедневно проводилось логопедическое кинезиотейпирование.

Результаты. В результате проведения данных занятий у 25% детей улучшились навыки жевания и глотания, у 35% детей уменьшилась саливация, у 65% детей увеличилась подвижность мышц артикуляционного аппарата, улучшился артикуляционный праксис. Так же родителями были отмечены положительная динамика в заинтересованности детей использования артикуляционного аппарата по назначению и выполнению артикуляционной гимнастики перед зеркалом.

Выводы. Использование кинезиотейпирования в системе комплексной реабилитации детей с различными речевыми нарушениями позволяет добиться максимальной коррекции дефекта и способствует увеличению эффективности использования других логопедических методов коррекции речевых нарушений.

ВАННЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДЦП

Соколова Н.П., Петкевич Н.П., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Бальнеолечение оказывает благоприятное влияние на состояние центральной нервной системы, нормализуя кровообращение, обмен веществ, процессы возбуждения и торможения, сон. В теплой воде снижается тонус мышц, уменьшаются болевые ощущения и гиперкинезы, увеличивается объем активных движений, улучшается кровоснабжение органов и тканей. Теплую ванну можно сочетать с активными и пассивными движениями под водой. Водные процедуры также способствуют закаливанию организма, повышая его резистентность к различным инфекциям. Пресные ванны индифферентной температуры используются в чистом виде и со специальными добавками в комплексном лечении больных с диагнозом детский церебральный паралич (различные формы). Эффект водолечения с добавлением минеральных веществ обусловлен термальным, механическим и химическим воздействием на кожу пациента.

Цель. Подтверждение спазмолитического действия ванн с минеральными добавками в комплексном лечении детей с двигательными нарушениями.

Материалы и методы. В течение 6 месяцев в условиях дневного стационара проводилось исследование лечебного воздействия водных процедур, которые получали дети с диагнозом ДЦП (спастическая диплегия, гемипаретические формы). Всего в исследование было включено 18 детей, из них 11 детей с диагнозом ДЦП, спастическая диплегия, 7 детей с гемипаретическими формами ДЦП. Детям назначались ванны с добавлением морской соли и препарата порошкового раствора иловой сульфидной грязи Сакского озера. Температура воды от 32 до 36 градусов Цельсия, длительность процедуры 5-10 минут (в зависимости от возраста пациента). Курс 8-10 процедур. Водные процедуры были включены в комплексную реабилитацию пациентов со спастическими формами ДЦП. Параллельно с водолечением пациенты получали лекарственную терапию, электро- и магнитотерапию, массаж. Контрольная группа – 20 детей с диагнозом ДЦП (спастическая диплегия, гемипаретические формы), получавших аналогичное комплексное лечение, кроме ванн.

Результаты. В сравнении с контрольной группой, у детей, получавших бальнеотерапию, отмечается более выраженное уменьшение спастичности мышц, увеличение объема активных движений в суставах конечностей, укрепление ослабленных мышц.

Выводы. Теплые ванны с добавлением морской соли и препарата порохового раствора иловой сульфидной грязи Сакского озера являются высокоэффективным дополнительным методом лечения больных со спастическими формами ДЦП. Включение курса бальнеотерапии в комплекс лечебных мероприятий пациентам, у которых спастические нарушения являются ведущей патологией, позволяет добиться более выраженного эффекта нормализации мышечного тонуса, увеличения объема движений в суставах конечностей, укрепления ослабленных мышц по сравнению с контрольной группой детей, не получавших бальнеолечения.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПОСРЕДСТВОМ СПОРТА

Соловьев Р.С.

Физкультурно-оздоровительный и обучающий центр Анатомия, г. Москва

Актуальность. В настоящее время наблюдается неуклонный рост количества детей-инвалидов. В 2019 году их число увеличилось на 19 тысяч человек. Число детей с недостатками развития и неблагоприятным состоянием здоровья достигает 85 % общего числа новорожденных. И лишь некоторая часть этих детей в дальнейшем станет объектом коррекционной работы. Однако значительно большее их число нуждается в такой работе. В нашей стране система привлечения инвалидов к занятиям физической культурой и спортом недостаточно проработана и выстроена. Помимо проблем с инфраструктурой (в стране из общего количества спортивных сооружений для инвалидов доступны лишь 18%), остро стоит проблема нехватки квалифицированных специалистов в области физической реабилитации и адаптивной физической культуры. Адаптивная физическая культура и спорт оказывают глубокое многостороннее воздействие на человека, развивая его духовно и физически.

Цель. Превращение личности из пассивного наблюдателя в активного участника спортивного движения. Систематические тренировочные занятия, участие в соревнованиях не только повышают адаптацию инвалидов к условиям жизни, расширяют их функциональные возможности, помогают оздоровлению организма, но благоприятно действуют на психику инвалидов, мобилизуют их волю на борьбу с болезнью, возвращают людям чувство социальной полноценности.

Материалы и методы. Среди направлений государственной политики по развитию адаптивной физической культуры приоритетными считаю следующие: информирование и популяризация на государственном уровне физкультурно-оздоровительной деятельности среди людей с ограниченными возможностями, в том числе с использованием популярных социальных сетей, подготовка и переподготовка специалистов по адаптивной физической культуре, создание доступности для инвалидов физкультурно-оздоровительных и спортивных объектов, разработка и производство специализированного инвентаря и оборудования, издание специализированных методик и программ и др. Кроме того, считаю важным всем специалистам-реабилитологам создавать и пропагандировать среди своих подопечных (в том числе с помощью ведения блогов в социальных сетях) ценность и эффективность использования физических упражнений для организации активного отдыха, переключения на другой вид деятельности, получения удовольствия от занятий у своих подопечных. Популяризовать техники улучшения духовного и телесного здоровья - медитации, ауто-тренинг, цигун, йога. Такие занятия, как правило, не имеют значительных ограничений ни возрастных, ни физических. И в тоже время являются отличной профилактикой депрессии, фрустрации, социально-неприемлемых видов зависимостей, связанных с употреблением алкоголя, табака и психоактивных веществ.

Результаты. Активизация деятельности в области адаптивной физической культуры и спорта инвалидов, несомненно, будет способствовать гуманизации нашего общества, изменению его отношения к этой группе населения, и поэтому имеет большое социальное значение.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ МАНИПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Сосина А.В., Харитоновна Е.И.

ГБОУ «Школа №2053» г. Москва

Актуальность. С вступлением в силу ФЗ от 29.12.2012 N 273 «Об образовании в РФ» в терминологию педагога вошло словосочетание «инклюзивное образование» – обеспечение равного доступа к образованию

для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей. Теперь любой воспитатель, любой учитель сталкивается в своей группе (классе) детей с различными диагнозами, различными заключениями ЦПМПК – детей, испытывающих трудности в одной или нескольких сферах развития. Традиционно наше образование, как дошкольное, так и школьное, опирается на большой объем действий, так или иначе совершаемых пальцами рук. С изменением возрастной категории меняется характер заданий, при этом объем и функциональная нагрузка на тонкие и точные движения пальцев рук возрастают.

Результаты. Мы в своем образовательном учреждении столкнулись со следующей проблемой: дети раннего и младшего дошкольного возраста в силу возрастной специфики познавательной деятельности, испытывают трудности не только и не столько с пониманием предлагаемых педагогами игр, заданий и занятий, сколько с техническим выполнением их. Трудности возникают с контролем и координированием движений крупной и мелкой моторики руки, с манипулятивной функцией. У старших дошкольников и младших школьников подобные затруднения уже в какой-то мере нивелируются за счет компенсаторных механизмов и адаптации заданий педагогами группы под возможности конкретного ребенка. Предполагаем, что подобные проблемы возникают у многих, если не у всех, педагогов, работающих с разными возрастными категориями. Специалистами нашей Службы коррекционного сопровождения была создана и введена в работу Карта обследования манипулятивной функции рук с целью выявления уровня и причин возникновения тех или иных трудностей у ребенка во время его взаимодействия с предметами окружающего мира. Предлагаемая нами Карта имеет небольшой объем, она понятна врачу, специальному педагогу, учителю, воспитателю. Карта разделена на 3 основных блока: блок общих сведений, блок обследования левой руки и блок обследования правой руки. Каждый блок размещен на двух сторонах одной страницы. Блоки разделены на диагностические единицы. Основные формулировки уже внесены в карту, диагност проставляет отметки в специальные поля. В дополнение к отметке, при необходимости, специалист может оставить комментарий. Блок общих сведений, кроме анкетных данных, содержит сведения о поведении ребенка при диагностике, о наличии патологии со стороны контакта или зрительной системы, в этот блок входят также разделы «Заключение» и «Рекомендации», заполняемые по окончании обследования. Блоки для левой и для правой руки идентичны, поэтому размещены на надписи-подложке «Левая» и «Правая», в соответствии с блоком. Основное внимание при обследовании уделяется тону крупных и мелких мышц, степени сформированности и успешности действий ребенка в различных захватах. По окончании заполнения блоков для левой и правой рук, диагност может понять объемы сохранных функций и затруднений, возникающий у ребенка. Эти данные заносятся в блок общих сведений, как заключение. Наши специалисты, на основе различных методик и рекомендаций, разработали также систему коррекции манипулятивной функции рук.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ

Тальковский Е.М.¹, Рассулова М.А.¹, Смирнов А.Н.², Ипатов М.Г.²

¹ГАОУЗ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы,

²ГБУЗ Детская городская клиническая больница им Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы

Актуальность. Хронический запор является одной из актуальных и социально-значимых проблем современной педиатрии вследствие высокой распространённости (регистрируется у 20 - 40 % детского населения) и возможности развития осложнений (Эрдес С.И. и соавт., 2016; Benninga M.A. et al., 2016; Мацукатова Б.О., 2018, Allen P., 2019). В комплексном лечении хронического запора у детей широко используются инновационные технологии физиотерапии: комбинированное применение интерференционных токов и криомассажа, флюктуоризация, высокоинтенсивная магнитотерапия (Хан М.А, Петрова А.В., 2006; Смирнова С.Н., 2014).

Цель. Дать научное обоснование применения кондукционной криотерапии (ККТ) и её сочетанного воздействия с чрескожной электронейростимуляцией (ЧЭНС)- криоэлектронейростимуляцией (КЭНС) при хроническом запоре у детей.

Материалы и методы. Клинические наблюдения и специальные исследования проведены у 120 детей с хроническим запором в возрасте от 3 до 15 лет. Обследовано 55(45,8%) мальчиков, девочек- 65(54,2%). Все дети получали базисное лечение, включавшее: послабляющую диету, пробиотики, желчегонные препараты и ферменты. Все больные были разделены на 4 равные группы, получавшие медикаментозную терапию: основная – получала КЭНС, две группы сравнения - ККТ и ЧЭНС соответственно. Дети контрольной группы не получали физические методы лечения. Для оценки эффективности применения физических факторов

при хроническом запоре у детей во всех исследованиях проводились клинико-функциональные исследования до начала, непосредственно после курса лечения, а также спустя 3.6 и 12 месяцев (аноректальная профилометрия, баллонография).

Результаты. При применении физических факторов во всех группах выявлены однонаправленные положительные сдвиги клинико-функциональных показателей (ежедневный самостоятельный оформленный стул, исчезновение абдоминального синдрома, энкопреза и болезненной дефекации, данные баллонографии и аноректальной профилометрии), более выраженные при сочетании 2-х физических факторов (КЭНС), что подтверждалось катамнестическими наблюдениями после окончания курса лечения, спустя 3, 6 и 12 месяцев.

Выводы. 1. Анализ непосредственных результатов лечения показал, что при гипотоническом типе запора достоверно ($p < 0,05$) более высокая эффективность отмечалась у детей, получавших криоэлектронеуростимуляцию - в 88,9% и чрескожную электронеуростимуляцию - в 75,0% случаев. При спастическом типе запора статистически значимые ($p < 0,05$) положительные результаты получены при применении криоэлектронеуростимуляции (91,7%) и при изолированном использовании кондукционной криотерапии (84,6%); 2. Установлена более высокая терапевтическая эффективность криоэлектронеуростимуляции по непосредственным и отдалённым результатам.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ОСНОВЕ ГИДРОКИНЕЗОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Торишнева Е.Ю.¹, Кишко Т.Н.,¹ Лобанова Ю.О.²

¹ГАУ АО «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Астрахань, Астраханская область,

²ФГАОУ ВПО «Астраханский государственный технический университет»,
г. Астрахань, Астраханская область

Актуальность. В настоящее время в области теории и практики спортивного и оздоровительного плавания, гидрореабилитации, адаптивной физической культуры и лечебной физической культуры происходит активный поиск и разработка новых средств и методов обучения двигательным действиям, совершенствования имеющихся. Основной нашей задачей стала организация реабилитационной службы в соответствии с основными принципами медицинской и физической реабилитации многопрофильного реабилитационного учреждения. Для выполнения этой задачи был заключен договор о сотрудничестве между Центром и кафедрой «Технология спортивной подготовки и прикладная медицина» АГТУ, при Центре создана базовая кафедра «Адаптивная физическая культура» при поддержке Министерства социального развития и труда Астраханской области. Это дало возможность расширить объем комплексной реабилитации детей Центра за счет гидрокинезотерапии в бассейне.

Целью нашей работы стало изучение влияния метода гидрокинезотерапии на результаты комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Мы поставили задачи: изучить влияние гидрокинезотерапии на эмоционально-волевую сферу, общую и мелкую моторику, развитие речевой функции у ребенка с ограниченными возможностями; активизировать внедрение инновационных технологий гидрокинезотерапии в комплексную реабилитацию детей и подростков с нейро-ортопедической патологией (в частности с ДЦП); стимулировать развитие двигательных функций средствами водной среды и использовать их в самообслуживании у детей с ДЦП. Прежде чем начать реабилитацию, мы тщательно обследовали каждого больного, основываясь на трансдисциплинарном подходе. Определялся уровень патологии моторного развития ребенка: какому хронологическому возрасту по двигательной оценке он соответствует, какие движения ребенок может выполнять сам и что препятствует выполнению других. Параллельно мы проводили мониторинг освоения водной среды в процессе гидрокинезотерапии: освоение ребенка в воде; передвижение в воде; ходьба, бег в воде; погружение в воду; скольжение; освоение навыков плавания; освоение элементов техники плавания «Кроль на груди»; «Кроль на спине»; «Брасс».

Результаты. В результате проведенной комплексной реабилитации больных детей с сочетанной нейро-ортопедической патологией, которая включала гидрокинезотерапию, мы добились следующих результатов: в общей моторике произошло увеличение количества детей, передвигающихся самостоятельно правильной походкой на 14,7%. Научились самостоятельно передвигаться спастической походкой без помощи инструктора 17,6%; в мелкой моторике увеличилась: группа детей с улучшением манипулятивной деятельности обеих рук с 23,51% до 38,25%, группа детей с улучшением манипулятивной деятельности ведущей руки с 26,48% до 41,17%, уменьшились функциональные сгибательно-пронаторные контрактуры на 17,7%; в речевой функции: уменьшилось количество детей, страдающих дизартрией - на 3%, увеличилось

количество детей, начинающих говорить (появилась произносительная речевая функция) – на 6%; в самообслуживании: увеличилось количество детей, самостоятельно себя обслуживающих – на 16% и частично себя обслуживающих с 23% по 41%; в эмоционально-волевой сфере: увеличилось количество детей, эмоционально стабильных на занятиях и в жизни с 58,80% по 76,49%. По мониторингу освоения водной среды мы отметили следующую динамику: увеличилось передвижение в воде – на 3%; также ходьба в воде и бег в воде – на 12%, погружение в воду – на 3%, скольжение в воде – на 3%, освоение навыка плавания – на 8,7%, техника плавания «Кроль на груди», «Кроль на спине», «Брасс» – освоена в 3% случаев.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ НА ОСНОВЕ ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

Торишнева Е.Ю.¹, Кишко Т.Н.¹, Шашин С.А.²

¹ГАУ АО «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Астрахань, Астраханская область,

²ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»,
г. Астрахань, Астраханская область

Актуальность. За последние годы в структуре детской инвалидности в Астраханской области увеличился удельный вес детей-инвалидов, имеющих сочетанную нейро-ортопедическую патологию. По основному диагнозу наиболее часто встречающимся стал детский церебральный паралич (ДЦП) – 58,8%. Организация процесса нейрореабилитации в Центре включает четыре этапа: первичную оценку возможностей больного с сочетанной нейро-ортопедической патологией и видов социальной недостаточности, обусловленных конкретными ограничениями жизнедеятельности; планирование задач комплексной реабилитации; собственно методы и приемы комплексной реабилитации; оценку эффективности достигнутых результатов.

Результаты. В нашем реабилитационном учреждении, где проводится научно-исследовательская работа, применяется новый трансдисциплинарный (междисциплинарный) подход. Оценка состояния больного ребенка, выбор метода и объема реабилитационных мероприятий осуществляет не один специалист по своему профилю (ортопед, врач ЛФК, дефектолог и т.д.), а реабилитационная команда. Педагоги, медицинские и социальные работники, входящие в нее, проводят обследование пациента при его поступлении, а затем результаты совместно обсуждают на медико-педагогическом совете, называемом реабилитационным советом (РС), где принимается интегрированное заключение, намечаются задачи и содержание ИПР. Повторно РС собирается по завершении ИПР для подведения итогов и оценки эффективности в динамике. Состав реабилитационной команды подвижен, число участников зависит от конкретной задачи, требующей решения. Так, программу для борьбы с ограничением способности к передвижению обсуждают и вырабатывают невролог, врач ЛФК, инструктор ЛФК, ортопед, физиотерапевт. На этапе выработки двигательных навыков в этой группе координатором выступает врач ЛФК. По мере овладения ребенком статико-моторными функциями на этапе автоматизации движений состав группы меняется с включением педагогов по адаптивной физкультуре и труду, тренера по адаптивному спорту (плавание, бочке, закаливание), психолога. Подобный совместный анализ физического потенциала ребенка в единстве с его эмоционально-психическим статусом, оценкой его мотивационной готовности к тому или иному виду терапевтического воздействия позволяет выработать оптимальный и в то же время реальный план мероприятий. Трансдисциплинарный подход отличается от мультидисциплинарного следующими признаками: 1) специалисты, составляющие многопрофильную команду, придерживаются единой концепции реабилитации как процесса совместной групповой деятельности; 2) все специалисты должны обладать знаниями в смежных областях и иметь представление о приемах и методах коррекционных воздействий других специалистов; 3) применяемые ими методы должны сочетаться и согласовываться между собой, соответствовать общей стратегии повышения эффективности комплексного воздействия; 4) каждый участник многопрофильной команды имеет необходимый навык совместной деятельности. То есть, в зависимости от этапа реабилитационного процесса и изменяющихся внешних обстоятельств, он выполняет различные роли в команде: лидирующую, второстепенную, координирующую; 5) диагностика ограничений жизнедеятельности ребенка проводится как в процессе индивидуального обследования одним специалистом, так и путем совместного наблюдения за его деятельностью несколькими специалистами смежного профиля; 6) полноправными участниками процесса восстановления нарушенных у ребенка функций являются родители. Они обязательно информируются одним из членов группы о планах реабилитации, где им отведена соответствующая роль и определены их задачи в реабилитационном процессе.

Выводы. Единый организационный подход, единство в понимании реабилитационных задач – залог достижения положительных результатов в столь сложной области, как нейрореабилитология.

ХОРЕОГРАФИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Фролков Г.А., Фролкова Ю.В.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В настоящее время ведётся активный поиск эффективных дисциплин и методик реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). В силу специфического характера занятий хореографией, её комплексного воздействия на организм, представляется целесообразным использовать данные занятия в системе реабилитации. У детей с задержкой психического и речевого развития, а также у детей с расстройством аутистического спектра (РАС) отмечается положительная динамика, несмотря на характерную склонность к перегрузкам сенсорных систем. Адаптированные хореографические занятия проходят в дружелюбной, увлекательной игровой атмосфере, сопровождаются “светлой”, мажорной музыкой, которая минимизирует психическую напряженность и снижает порог тревожности. Занятия способствуют развитию навыков социального взаимодействия: дети обретают новые знакомства, работают с партнером и группой, что помогает ребенку научиться с вниманием относиться к окружающим, чувствовать единство с ними. Особо важным является и положительное влияние на аффективную сферу детей, так как танец, как и любой вид творчества, является способом выражения своих эмоций и чувств. Выполнение разнообразных танцевальных движений, их комбинаций, изобразительно-подражательных движений и жестов, прыжковых упражнений, заданий на поиск и удерживание равновесия – все это стимулирует развитие жизненно важных навыков: произвольного внимания, быстрого запоминания координационно простых и сложных движений, самоконтроля. Обретение данных навыков идет параллельно с формированием хореографического мышления и впоследствии может стать базой для реализации способности к танцевальной импровизации и художественной деятельности в целом.

Цель. Разработать алгоритм хореографических реабилитационных программ для разных возрастных групп детей с учетом выраженности двигательных или других нарушений.

Материалы и методы. Программы включают специальные танцы, имеющие не только танцевально-двигательные, но и выразительные, артистические задачи. В композиции урока использован принцип драматургического построения. Кульминацией является специально разработанный танец с изобразительно-пантомимными движениями. Занятия строятся на материале классического, народно-характерного, джаз-модерн танца с достаточно адаптированными, “комфортными” требованиями, а ряд “трудных” танцевальных движений может даваться только в зависимости от состояния и возможностей участников урока. Упражнения задействуют различные группы мышц, направлены на обозначение и мягкую выработку выворотности и устойчивости при одновременных движениях рук, ног, корпуса, головы.

Результаты. Благодаря регулярным занятиям танцем у детей формируется новое “пространство” радости, возникает и развивается мотивация к активному проявлению себя в музыкально-хореографической “игре”. Кроме того, занятия дают общеоздоровляющий, укрепляющий эффект: ребёнок потрудился, пообщался, он доволен, вспотел, разругался. Таким образом, хореографические занятия позволяют добиться существенного увеличения физической активности, способствуют расширению довольно ограниченных возможностей детей, развивают сознание, самосознание и самоконтроль; побуждают некоторых даже к самостоятельной работе над собой. Сформированы четыре хореографические программы, которые постоянно отрабатываются, модифицируются, совершенствуются. Найдены ряд значимых решений, которые позволяют, на данный момент, добиться максимально возможного вовлечения детей с ОВЗ в программу занятий. Так, программа для младшей группы (возраст 3–6 лет) позволяет удерживать активное внимание детей до 40 минут. Большинство занимающихся детей выполняют и заканчивают задания осмысленно. Многие из пациентов от занятия к занятию успешно осваивают всё более и более сложные танцевальные движения, у них возникает устойчивое стремление регулярно посещать занятия. Такие дети при очередном курсе реабилитации в стационаре возвращаются к занятиям, выказывая родителям своё желание и интерес к этой деятельности. Нередки случаи, когда неконтактные дети самостоятельно присоединяются к группе после нескольких занятий, на которых сначала они просто присутствовали, сопровождаемые заинтересованными, активными родителями. Неопределённым пока остаётся вопрос об оптимальном составе участвующих в уроках в разных возрастных группах.

Выводы. Хореографические занятия вносят существенное разнообразие в сферу социальной, физической и психической активности пациентов. Они развивают волевые качества, чувство ритма, понимание музыкальной интонационно-мелодической окраски, способствуют росту эмоциональной открытости, умению ориентироваться в быстро меняющейся ситуации, повторять за педагогом движения, обозначают пути творческого, позитивного отношения к жизни.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ОБМЕНА

Халпахчян Л.Х., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ
г. Москвы

Актуальность. Наследственные нарушения метаболизма, или наследственные болезни обмена веществ (НБО) занимают важное место в педиатрической неврологии наряду с эпилепсией, перинатальной патологией, воспалительными и онкологическими заболеваниями, проявляющимся патологическими изменениями психического, двигательного, речевого и зрительного развития.

Цель. Изучение офтальмологических особенностей зрительных расстройств у детей с НБО.

Материалы и методы. Обследовано 26 больных в возрасте от 2 до 18 лет с установленным диагнозом, из них мальчиков – 14 человек, девочек – 12. Структура диагнозов: 6 пациентов с лизосомными болезнями накопления (болезнь Гоше – 3 случая, болезнь Ниманна-Пика – 3 случая), нарушения обмена металлов (болезнь Вильсона – Коновалова) – 5 человек, 14 человек с митохондриальными заболеваниями обусловленными точковыми мутациями мтДНК (синдром MERF (миоклонус-эпилепсия) – 5 пациентов, синдром MELAS (митохондриальная энцефаломиопатия) – 5 пациентов, синдром LHON (наследственная нейроретинопатия Лебера) – 4 пациента), 1 больной с нарушением функции одного пероксисомного фермента – болезнь Рефсума. Всем пациентам было проведено комплексное нейроофтальмологическое обследование: визиометрия, офтальмоскопия, периметрия, оценка неврологического статуса, МРТ.

Результаты. Снижение остроты зрения было выявлено у 65 %, патология рефракции – у 34 %, изменение реакции зрачков на свет – 55 %, макулярная дегенерация по типу «вишневой косточки» – 14%, пигментная дегенерация сетчатки – 27%, нистагм – 13%, косоглазие – 71 %, ангиопатия сосудов сетчатки – 79%, атрофия ДЗН – 69 %, патология проводящих путей – 27 %, кольцо Кайзера-Флейшера – 19%.

Выводы. 1. У детей с НБО нарушения зрения обусловлены повреждениями структур зрительного анализатора и оптической системы глаза, 2. Все пациенты с НБО должны быть обследованы офтальмологом.

ЗРИТЕЛЬНЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ
г. Москвы

Актуальность. Значительную часть детей – инвалидов составляют больные с детским церебральным параличом (ДЦП), проявляющимся патологическими изменениями психического, двигательного, речевого и зрительного развития.

Цель. Изучение офтальмологических особенностей зрительных расстройств у детей с детским церебральным параличом.

Материалы и методы. Обследовано 75 больных в возрасте от 2 до 18 лет с установленным диагнозом ДЦП, из них мальчиков – 42 человека, девочек – 43. У 56 детей форма спастическая диплегия, у 24 – гемипаретическая и у 5 – атонически – астатическая форма ДЦП. Всем пациентам было проведено комплексное нейроофтальмологическое обследование: визиометрия, офтальмоскопия, периметрия, оценка неврологического статуса, МРТ, ЗВП. ЗВП проводились на электродиагностической системе.

Результаты. У больных с ДЦП отмечается нарушение афферентной передачи в корково-корковых связях зрительного анализатора, удлинение латентных периодов и тенденция к снижению амплитудных пиков N75 и P100; аномальное увеличение пиков; выраженная межполушарная амплитудная асимметрия пиков; снижение амплитуды с сохранением формы.

Выводы. 1. Исследование показало, что зрительные нарушения при ДЦП были обусловлены повреждением не только структур, входящих в состав зрительного анализатора, но и оптической системы глаза, 2. У больных ДЦП клинико-офтальмологические изменения напрямую коррелирует с тяжестью основного заболевания, 3. ЗВП может являться одним из способов прогнозирования развития зрительных функций у пациентов с ДЦП.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ КАПСУЛЬНО- СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Хан М.А.¹, Вахова Е.Л.¹, Почкин Е.О.¹, Микитченко Н.А.¹, Тарасов Н.И.², Исаев И.Н.²

¹ГАУЗ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы,

²ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы

Актуальность. Травматизм у детей остается одной из ведущих медико- социальных проблем вследствие высокой распространенности травм и их влияния на уровень смертности и инвалидности детского населения. Различные повреждения коленного сустава составляют то 5 до 25 % всех травм опорно- двигательного аппарата у детей. Проведенными исследованиями установлена целесообразность дифференцированного применения физических факторов в зависимости от этапа медицинской реабилитации у детей с повреждением капсульно- связочного аппарата коленного сустава.

Материалы и методы. Комплексная программа медицинской реабилитации таких детей включает не только инновационные технологии физиотерапии, но и современные кинезиотерапевтические методы.

Результаты. Проведенными исследованиями установлена целесообразность применения локальной воздушной криотерапии, гальваногрязелечения с использованием охлажденной пакетированной иловой сульфидной грязи в раннем послеоперационном периоде у детей, перенесших травму коленного сустава. Научно обосновано применение в раннем послеоперационном периоде у детей с травмой коленного сустава метода селективной электростимуляции лимфодинамики и венозного кровотока, обеспечивающего избирательное возбуждение гладкой мускулатуры стенок лимфатических и венозных сосудов, что запускает процесс лимфатического дренажа и усиления венозного оттока. Курсовое воздействие импульсной низкочастотной магнитотерапии устраняет болевой синдром, микроциркуляторные нарушения в области травмы и показано на всех этапах медицинской реабилитации детей с повреждениями в области коленных суставов. Инновационным методом, перспективным для применения в детской практике, является импульсное низкочастотное электростатическое поле, оказывающее благоприятное влияние на тонус мышц, обладающее спазмолитическим, лимфодренажным, трофико- регенирирующим эффектом. Данные проведенных исследований свидетельствовали о целесообразности применения метода у детей с повреждением капсульно- связочного аппарата коленного сустава в постиммобилизационном периоде.

Выводы. Таким образом, раннее начало реабилитационных мероприятий, адекватные задачи реабилитационного процесса, комплексная индивидуальная программа реабилитации способствуют раннему купированию функциональных посттравматических нарушений, сокращению сроков и повышению эффективности реабилитационного процесса.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Хан М.А.¹, Капранов Н.И.², Микитченко Н.А.¹

¹ГАУЗ МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы

²ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова», г. Москва

Актуальность. Муковисцидоз- наследственное заболевание, характеризующееся тяжестью течения и прогноза, ранней инвалидизацией, требующее постоянного комплексного лечения, проведения реабилитационных мероприятий на всех этапах и медико-социальной помощи. При нем развивается порочный круг патологических изменений в бронхолегочной системе: обструкция – инфекция – воспаление, которые у более 90% больных являются причиной летального исхода. Для целенаправленного лечения вышеуказанных нарушений применяются муколитики, антибиотики и противовоспалительные препараты. Среди многих муколитиков наиболее эффективным является препарат дорназа-альфа, который в настоящее время производится и в России и прошел успешные клинические испытания как у взрослых, так и у детей. Важную составляющую имеют антибиотики, особенно антисинегнойные, которые доказали высокую эффективность и безопасность их применения у больных муковисцидозом как за рубежом, так и РФ, где были проведены клинические испытания и накоплен многолетний положительный опыт их применения.

Результаты. Ведущее значение в медицинской реабилитации таких больных имеют мероприятия, направленные на улучшение эвакуаторной функции бронхов. Ранее проведенными исследованиями научно обоснован широкий спектр технологий физио- и кинезотерапии для медицинской реабилитации детей с муковисцидозом. Одним из современных методов физиотерапии является импульсное низкочастотное

электростатическое поле (ИНЭСП), оказывающее глубокий резонансный массаж, вызывающий спазмолитическое, противоотечное, дренирующее, трофико-регенераторное действие. Кинезотерапия, обеспечивающая дренаж трахеобронхиального дерева от вязкого секрета, является основной составляющей медицинской реабилитации таких детей. Высокочастотная осцилляция грудной клетки (ВЧОГК) является новым, простым в применении методом кинезотерапии. Возникающие высокочастотные и малоамплитудные колебания стенок бронхов отделяют и мобилизуют секрет в более крупные отделы респираторного тракта, разжижают вязкий секрет, улучшая его реологические свойства. Важным направлением современной физиотерапии является разработка комплексных воздействий различными физическими факторами с целью повышения эффективности медицинской реабилитации. Проведенными исследованиями установлена более высокая эффективность комплексного применения ИНЭСП с флаттер-терапией и ВЧОГК с флаттер-терапией, что позволяет значительно повысить эффективность медицинской реабилитации детей с муковисцидозом по сравнению с использованием указанных физических факторов в виде монотерапии. Комплексное применение физических факторов способствует более выраженному разжижению и уменьшению вязкости мокроты, значительному улучшению ее эвакуации. Отмечалось повышение показателей экскурсии грудной клетки при комплексном применении ВЧОГК и флаттер-терапии, вследствие более эффективного дренажа бронхиального дерева и улучшения биомеханического компонента дыхания.

Выводы. Увеличение основных объемных и скоростных показателей ФВД как на уровне крупных, так и на уровне периферических бронхов было более выраженным при комплексном применении ИНЭСП и флаттер-терапии за счет потенцирования действия и возможности влияния на различные патогенетические звенья заболевания.

ПРОЕКТИРОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ СРЕД ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ НА ПРИМЕРЕ ГБУ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ «ОПТИМИСТ»

Химченко Ю.В.

ГБУСО Московской области «Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации «Оптимист», г. Сергиев Посад, Московская область

Актуальность. Проблема организации оптимальной среды для жизни и развития детей с патологией психической сферы на сегодняшний день стоит особо актуально. Социальное учреждение, отвечающее требованиям сегодняшнего дня – это не только то, где проведен ремонт, чисто и уютно, где есть все необходимое оборудование, обеспечена противопожарная безопасность и охрана труда. Это учреждение, в котором трудятся высокие профессионалы, преданные своему делу и своим подопечным, специалисты, владеющие современными знаниями и компетенциями, позволяющими выполнять функциональные обязанности на качественно безупречном уровне, достичь который без проникновения в повседневную жизнь новых информационных технологий нельзя. Мы исходим из очевидного факта – стать профессионалом своего дела невозможно, просто выполняя инструкции и указания руководства. Необходимо вносить в свою работу элементы творчества и новизны, особенно в деле создания специальных условий обучения, воспитания и развития детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Мы говорим о проектировании реабилитационных сред для детей с ограниченными возможностями здоровья. Под реабилитационной средой мы понимаем естественную комфортную обстановку, насыщенную разнообразными сенсорными раздражителями и игровыми материалами, рационально организованную.

Цель. Рассмотреть современные реабилитационно-педагогические среды и практики их применения на базе КЦСОР «Оптимист». Изучить современную работу с детьми с патологией психической сферы как постоянно обновляющуюся систему, влекущую за собой и изменения в проектировании реабилитационной среды.

Материалы и методы. Реабилитационная среда в нашем учреждении представляет собой систему взаимосвязанных компонентов:

- пространственная среда, включающая в себя необходимое материальное и техническое оснащение,
- профессиональная среда – высококвалифицированные специалисты, способные использовать и апробировать специальные подходы к обучению в целях включения в образовательный процесс всех обучающихся, в том числе с особыми потребностями в образовании, строить воспитательную деятельность с учетом культурных различий детей, половозрастных и индивидуальных особенностей, общаться с детьми, признавать их достоинство, понимая и принимая их,

- реабилитационные программы и технологии. При проектировании оптимальной педагогической среды для ребёнка с психической патологией на базе КЦСОР «Оптимист» специалисты используют современные возможности виртуальных, информационных и цифровых технологий.

Результаты. Дети с ОВЗ показали немедленное улучшение концентрации внимания, эмоциональных показателей в течение каждого использования той или иной технологии. Реабилитационные технологии, применяемые в нашем учреждении, создают уникальное образовательное пространство: развивающий комплекс с биоуправлением «Тимокко»; БОС; интерактивная песочница iSandBox; цифровая мобильная платформа для обучения и социальной адаптации детей с расстройствами психического развития AR TUTOR; технология СаундБим; контроллер движения Leap Motion.

Выводы. Использование данных технологий в условиях современного общества является движущей силой в развитии детей с патологией психической сферы, способствует становлению нового профессионального мышления специалистов по реабилитационной работе и педагогов. Отслеживание движения руки, глаза и виртуальное прикосновение открывает безграничные миры для всех. И когда мы смотрим на следующее десятилетие, мы видим, прогресс трансформирует цифровой и виртуальный миры и наделяют людей необыкновенными возможностями.

РОЛЬ СЕМЬИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ И НЕЗРЕЛЫМ ТИПОМ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Хлебутина Н.С.¹, Гусева Н.Б.¹, Батышева Т.Т.², Крапивкин А.И.¹

ГБУЗ Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗ г. Москвы,

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Длительное использование абсорбирующего белья, увеличение возраста формирования родителями динамического стереотипа мочеиспускания у детей в отведенном месте и волевой контроль акта привели к повышению частоты встречаемости энуреза у детей школьного возраста. Показанием к применению сигнальной терапии является неконтролируемое спонтанное опорожнение мочевого пузыря во время сна. Результаты лечения зависят от множества факторов, не менее важным из которых является контроль и помощь родителей или опекунов.

Цель. Сигнальная терапия (алармтерапия, мочевого будильник) широко используется в качестве первой линии лечения детей с энурезом (enuresis nocturna). Однако, часть детей (36%) не просыпается при максимально настроенном сигнале будильника, даже при выделении всей порции мочеиспускания. В настоящее время неясно, что влияет на пробуждение ребенка при активации сигнала тревоги, и какова эффективность алармтерапии у данной категории пациентов. Это исследование было направлено на дополнительное изучение состояния мочеиспускания у группы детей с энурезом при малой эффективности алармтерапии, когда дети не просыпаются в ответ на звук и их родители не будят их.

Материалы и методы. Детальная информация о недержании мочи была ретроспективно получена от 88 из 124 пациентов, которые получали сигнальную терапию (энуфлекс) в период с 2016 по 2018 год, заполнили опросник при поступлении в стационар и 4-дневный дневник мочеиспусканий. Поступившие пациенты были разделены на две группы: в группе, активнореагирующих родителей (N = 54), дети были разбужены тотчас членами семьи, когда сигнал тревоги прозвучал; в группе контроля сигнальной терапии (N = 34) дети были самостоятельно ответственны за пробуждение по будильнику. Группы сравнивали для того, чтобы оценить разницу эффективности за 95 дней после назначения сигнальной. Коэффициент эффективности сигнальной терапии был рассчитан с использованием критериев ICCS.

Результаты. По данным дневников мочеиспускания сохранялись признаки незрелого типа мочеиспускания в виде преобладания доли моторных мочеиспусканий над сенсорными. Моторные мочеиспускания (по напоминанию) относились к сенсорным (по позыву) как 5:3. Эффективность алармтерапии была выше в группе пациентов с активными родителями: полный ответ и частичный ответ наблюдались у 46,4% и 40,5%. Более низкий результат 26,5% и 29,4% пациентов наблюдался в группе самостоятельного контроля (p = 1,00), соответственно. Существенная разница в процентной доле детей, которые просыпались с помощью родителей и самостоятельного пробуждения по будильнику может быть объяснена наличием незрелого типа мочеиспускания, что требует более длительного, до 6 месяцев, использования сигнальной терапии у 64,0% детей с энурезом, и контроля за режимом мочеиспускания во время бодрствования.

Выводы. У детей с незрелым типом мочеиспускания требуется активная помощь родителей в начале курса сигнальной терапии, не менее месяца, дополнительное пробуждение ребенка по сигналу устройства. Устройство следует использовать не менее 6 месяцев, с регулярным контролем стереотипа дневных мочеиспусканий для формирования зрелого типа.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МИОПАТИЕЙ ДЮШЕННА

Чебаненко Н.В.¹, Зыков В.П.¹, Денисова Л.Ю.²

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

²Перинатальный медицинский центр ЗАО «МД Проект 2000», г. Москва

Актуальность. Миопатия Дюшенна обусловлена функциональной недостаточностью дистрофина - белка цитоскелета, который обеспечивает силу, стабильность и функциональность миофибрилл. Клиническая картина характеризуется мышечной слабостью, атрофиями мышц и прогрессирующим течением вследствие прогрессирующей дегенерации мышечных волокон.

Цель. Анализ современной тактики ведения пациентов с миопатией Дюшенна на примере юго-восточного округа Москвы в 2019 году.

Материалы и методы. Проанализированы медицинские аспекты помощи пациентам с миопатией Дюшенна в юго-восточном округе Москвы. Под наблюдением находилось 7 детей в возрасте от 4 лет до 18 лет. Средний возраст составил $14 \pm 1,74$ лет, стандартное отклонение 0,87.

Результаты. Средний возраст установления диагноза был $6,53 \pm 1,96$ лет. Самостоятельная ходьба была сохранена у 2 детей, но их походка была изменена. 3 ребёнка передвигались с дополнительными опорами, у них сила мышц была снижена как в руках, так и в ногах. 2 ребёнка передвигались на инвалидной коляске. Терапию кортикостероидами получают 6 детей. Средний возраст начала терапии кортикостероидами - $8,1 \pm 1,9$ лет. Один ребёнок получал кортикостероиды в течении 2 лет, затем родители отменили препарат самостоятельно из-за побочных эффектов в виде ожирения и угревой сыпи. 4 ребёнка наблюдались у кардиолога и получали кардиопротекторную терапию. 5 детей наблюдались у эндокринолога с остеопорозом, 3 из них регулярно получали бифосфонаты. 4 ребёнка обучались по общеобразовательной программе на дому.

Выводы. Современные возможности ведения пациентов с миопатией Дюшенна значительно продлевают как качество жизни, так и её продолжительность. Кортикостероидную терапию рекомендовано начинать в фазу плато, то есть, когда отсутствует прогресс в развитии двигательных функций. Терапия глюкокортикоидами – доступный метод лечения, который позволяет замедлить утрату мышечной силы и функций, уменьшить риск развития ортопедических осложнений и стабилизирует функциональное состояние легких и сердца.

ВОЗМОЖНОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В УСТАНОВЛЕНИИ ЭТИОЛОГИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Чебаненко Н.В.¹, Зыков В.П.¹, Канивец И.В.², Удалова В.Ю.², Яковлева Ю.К.¹

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

²ООО Геномед, г. Москва

Актуальность. Дети с церебральным параличом (ЦП) имеют пожизненную инвалидность с момента установления диагноза в грудном возрасте. Этиология и патогенез ЦП изучены недостаточно, так как 70%- 80% случаев заболевания формируется в антенатальном периоде. В 30% случаев причины заболевания остаются неуточнёнными. Широкое внедрение инновационных методов генетических исследований в клиническую практику позволяет развивать раннюю диагностику заболевания и нейрореабилитацию. В настоящее время известно более 80 генов, детерминирующих развитие ЦП.

Цель. Оценить возможность NGS-секвенирования и хромосомного микроматричного анализа для выявления причин возникновения различных форм ЦП.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 873 пациента с ЦП в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. Из них 612 пациентов со спастическими формами ЦП, 167 пациентов с атоническо- астатической формой, 94 пациента с гиперкинетической формой. Критериями включения в исследование были: 1) беременность и роды без патологии; 2) дети, рожденные от матерей, не имевших обострений хронических заболеваний; 3) все дети были доношенными. Тесты NGS были выполнены у 602 пациентов. Из них полное секвенирование генома (WGS) проведено 91 пациенту, полное секвенирование экзона (WES) - 367 пациентам, у 415 пациентов применялось исследование мультигенной панели (multigene panels), хромосомный микроматричный анализ был выполнен 271 пациенту.

Результаты. Обнаружено, что окончательный молекулярно-генетический диагноз был установлен у 284 пациента (в 32,5% случаев) после NGS-тестов и у 139 пациента (в 15,9% случаев) при проведении хромо-

сомного микроматричного анализа. На основании исследования показано, что вероятный генетический диагноз с необходимостью дополнительного обследования имеют 156 пациентов (17,9%) с NGS и 31 пациент (3,6%), с хромосомным микроматричным анализом. У 263 пациентов с ЦП (30,1 % случаев) выявить мутации генов не удалось, что не исключает генетической причины ЦП. У этих пациентов необходимо пересматривать сданные образцы ДНК через год на оборудовании, имеющим более высокое разрешение, и сопоставлять полученные результаты с обновлённой базой OMIM.

Выводы. Генные и хромосомные мутации играют важную роль в этиологии ЦП. Генетическое тестирование больных ЦП позволяет сократить сроки установления диагноза, определить прогноз и риск повторного рождения ребенка с данной патологией. NGS и хромосомный микроматричный анализ значительного повышает этиологическую диагностику при различных формах ЦП.

ПРОПРИОЦЕПТИВНЫЕ СИСТЕМЫ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ

Чебаненко Н.В.¹, Зыков В.П.¹, Соколов П.Л.²

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

²ГБУЗ «Научно-Практический Центр Специализированной помощи детям имени Н.В. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы

Актуальность. В патогенезе детского церебрального паралича (ДЦП) большую роль играет патология проприоцептивной модальности. Метод проприоцептивного моделирования вертикализации и ходьбы позволяет осуществлять прессорное воздействие на рецепторные зоны стоп в режиме физиологической реципрокности, осуществляя тем самым моделирование нормальной проприоцептивной импульсации.

Цель. Восстановительное лечение детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы и с различными формами ДЦП.

Материалы и методы. Под наблюдением в отделении общей психоневрологии находилось 96 детей в возрасте от 7 мес до 2 лет (средний возраст составил $1,8 \pm 0,054$ года, стандартное отклонение 0,385) с последствиями перинатального гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы и с различными формами ДЦП. В основную группу вошел 51 ребенок в возрасте от 7 мес до 2 лет с двигательными расстройствами ($n = 14$) и с различными формами ДЦП ($n = 37$). Среди них было 27 (52,9 %) мальчиков и 24 (47,1 %) девочки. У 70,6 % детей отмечено преобладание спастического синдрома в мышцах нижних конечностей, у 29,4 % преобладало снижение тонуса в мышцах нижних конечностей. Восстановительное лечение проводили с помощью подошвенного имитатора опорной нагрузки «Корвит». Курс проприоцептивного моделирования вертикализации и ходьбы включал 10 процедур длительностью от 10 до 15 мин. Режим подбирали индивидуально с учетом принципов построения занятия по лечебной гимнастике (вводный период, основной, заключительный) с изменением в зависимости от периода величины давления в пневмокамерах и времени воздействия. В группу сравнения вошли 45 детей того же возраста, которые получали только традиционное лечение без проприоцептивной стимуляции.

Результаты. На фоне проприоцептивного моделирования вертикализации и ходьбы в основной группе детей в возрасте до 1 года с преобладанием в неврологическом статусе явлений мышечной гипотонии на фоне лечения все пациенты (100 %) стали вставать у опоры, 66,7 % пациентов начали ходить у опоры. У детей в возрасте до 1 года с преобладанием в статусе спастических проявлений у 72,7 % пациентов снизился спастический мышечный тонус на 1 балл по модифицированной шкале спастичности Ашфорта. В результате у них увеличился объем активных движений в ногах, благодаря чему 72,7 % пациентов стали вставать у опоры, 27,3 % пациентов стали ходить у опоры, у 81,8 % пациентов скорректировалась эквинусная установка стоп при вертикализации. У 90,9 % пациентов уменьшилось влияние тонических рефлексов. У детей в возрасте от 7 мес до 1 года со спастическим парезом тяжелой степени получены статистически достоверные различия ($p < 0,05$). У всех детей (100 %) основной группы с атонически-астатической формой ДЦП нарастали мышечная сила и устойчивость при стоянии и ходьбе у опоры. У 5 (62,5 %) детей улучшилась координация движений и уменьшились проявления двигательной атаксии. У 4 (50 %) отмечена тенденция к повышению мышечного тонуса. У 3 (37,5 %) детей улучшилась статокинетическая устойчивость. Зафиксирована достоверная положительная динамика психического и речевого развития у детей основной группы.

Выводы. Опорная стимуляция представляется как эффективный и безопасный метод физической абилитации детей с последствиями перинатального поражения головного мозга и с ДЦП.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ САНАТОРНО- КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КЛИНИКО- ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ДЦП

Чепурная Л.Ф.¹, Слюсаренко А.В.², Бура Г.², Глотова Н.Д.², Карпович С.В.², Томина Л.Г.²

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

²ГБУЗРК санаторий для детей и детей с родителями «Искра», г. Евпатория, республика Крым

Актуальность. Проблема медицинской реабилитации и социальной адаптации детей с органическими заболеваниями нервной системы до настоящего времени остается актуальной. Значительная распространенность, по данным Росстата 2018, в Российской Федерации зарегистрировано от периода новорожденности до 17 лет- 103095 детей с детским церебральным параличом (ДЦП), что составляет 730,2 на 100 тыс. детского населения. В Крымской республике зарегистрировано 924 ребенка с ДЦП аналогичного возраста, или 566,2 на 100 тыс. детского населения. В среднем, число детей с перинатальной патологией в России составляет около 24% от всего детского населения. Сложность клинических проявлений, тяжесть и высокий процент инвалидизации создают трудности в реабилитации таких детей. Церебральный паралич не вылечивается, именно поэтому речь идет о реабилитации, то есть к улучшению функций, нарушенных болезнью.

Цель. Изучить влияние физических факторов в комплексной санаторно- курортной реабилитации на звенья патогенеза у детей с органическим поражением центральной нервной системы.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 90 больных спастическими формами ДЦП. Дети школьного возраста с двигательными нарушениями по шкале GMFCS соответствовали I - II уровню и имели навыки самообслуживания. Методы исследования: клиническое неврологическое исследование, электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЭГ), эхоэнцефалоскопия (Эхо-Эс), электромиография (ЭМГ), изучение катехоламиновых гормонов и содержания йода в порционной моче, психологические тесты. Клинико-функциональное состояние больных ДЦП при поступлении в санаторий характеризовалось двигательными нарушениями у всех детей. При обследовании данного выявлена дисфункция неспецифических регуляторных систем мозга с преобладанием активирующих и тормозных влияний ствола. Повышение внутричерепного давления- в 31,7% случаев. Дистония сосудов артериальной и венозной систем в виде гипертонии и затруднения венозного оттока- у 25,0% больных, гипотония у 23,6%. Функциональное состояние нервно-мышечной системы у больных ДЦП изучали с помощью метода поверхностной ЭМГ мышц-антагонистов верхних и нижних конечностей в покое и при максимальном произвольном сокращении. ЭМГ характеризовалась I типом и достаточно широким диапазоном амплитудных значений. Для удобства анализа выделены 3 диапазона значений биоэлектрической активности (БА): 1) диапазон возрастной нормы 700мкВ и выше, 2) диапазон умеренно пониженных величин электрогенеза 300мкВ до 700мкВ, 3) диапазон значительно пониженных величин БА мышц ниже 300мкВ. Особое внимание уделено больным со значительно сниженными функциональными возможностями мышц, на более пораженной стороне их процент составил на ПБМ от 27,3% до 73,7%, на МИМ от 78,9% до 81,8%. Величины координационных коэффициентов: коэффициент адекватности (КА) и коэффициент реципрокности (КР). Координационные коэффициенты отражают состояние спинального дифференцировочного торможения. Нарушение регуляторных механизмов на спинальном уровне обуславливает определенную степень спастичности. Спастичность значительно ограничивает двигательные возможности больных, приводит к трансформации рефлексорных контрактур в нерелекторные со вторичными фиброзно-трофическими изменениями в мышцах и капсульно-связочном аппарате. Выделено три диапазона значений координационных коэффициентов: 1) норма 0,10-0,20; 2) умеренно повышенные 0,21-0,60; 3) значительно повышенные 0,61-0,80. Величины координационных коэффициентов на менее пораженной стороне находились в диапазоне нормальных или незначительно повышенных, на более пораженной стороне они характеризовались умеренным повышением и достоверно отличались от показателей на менее пораженной стороне, что довольно четко отразило клинические особенности больных спастической гемиплегией. Функциональная активность симпатико-адреналовой системы (САС) характеризовалась повышенной адренергической активностью гормонального звена и сниженной активностью медиаторного звена, функциональная активность САС у детей, больных диплегической формой ДЦП, значительно ниже, чем при гемиплегической форме заболевания. Исследования содержания йода в моче показали, что в большей половине случаев содержание йода ниже диапазона нормы. По данным психологических исследований выявлены дети со сниженными адаптационными возможностями в 23% случаев и психической дезадаптацией в 34,5%. Выявленные особенности клинко-функционального состояния больных ДЦП, позволили в санаторно-курортной реабилитации использовать импульсный ток низкой

частоты и малой силы, как метод хорошо переносимый у детей и оказывающий регулирующее влияние на нормализацию соотношений процессов возбуждения и торможения в ЦНС, ведущего к уменьшению ригидности, спастичности мышц, на развитие у больных функциональных связей в головном мозге и выработку новых условных двигательных рефлексов, развитие компенсаторных приспособлений и улучшение координации движений. Все дети получали массаж, лечебную физкультуру, климатолечение и по лечебным методикам распределены на 3 группы: 1) грязевые аппликации на воротниковую зону и пораженные конечности, 2) комплексное применение грязелечения и электросна по глазо-затылочной методике, 3) комплексное применение грязелечения и электросон-фореза с 2% раствором пираретама по глазо-затылочной методике.

Результаты. Курс грязевых аппликаций у больных ДЦП вызывал достоверное понижение уровня функциональной активности корковых отделов головного мозга, что в свою очередь обусловило снижение функционального состояния ЦНС с соответственным уменьшением диапазона адаптивно-компенсаторных возможностей мозга. Наблюдался нормализующий эффект в состоянии тонуса артериальных и венозных сосудов. Нарастание функциональных возможностей мышц конечностей обусловлено позитивной динамикой повышения уровня электрогенеза мышц с выраженной тенденцией снижения коэффициента адекватности и нормализации реципрокных отношений мышц, достоверных на более пораженной стороне у больных спастической гемиплегией. Нормализация величин координационных коэффициентов свидетельствует об улучшении регуляторных функций нервно-мышечного аппарата на спинальном уровне и является очень важным патогенетическим фактором улучшения двигательных возможностей больных ДЦП. Грязелечение также способствовало активации симпатико-адреналовой системы у детей. Все эти изменения клинически проявились в улучшении походки и опороспособности. Комплекс лечения, включающий применение грязевых аппликаций и электросна у детей со спастической гемиплегией ДЦП вместе с уменьшением выраженности клинических проявлений способствовал нормализации уровня функциональной активности корковых отделов головного мозга, и вызывал положительную динамику у больных с умеренно выраженной внутричерепной гипертензией. Отмечены положительные тенденции повышения уровня электрогенеза мышц верхних и нижних конечностей у больных ДЦП и снижение в 1,5 раза процента значительно пониженных величин БА мышц. Наблюдалась нормализация гормональных показателей и благоприятная тенденция в работе медиаторного звена САС. Улучшение психоэмоционального состояния проявлялось снижением частоты показателей высоких и средних уровней тревоги, уменьшением частоты выраженности страхов высокого уровня, повышением уровня комфортности у 94,7%. После проведенной санаторно-курортной реабилитации с применением электросон-фореза пираретама уровень функциональной активности корковых отделов мозга существенно не изменился, отмечалось отчетливое регулирующее действие на повышенный тонус церебральных сосудов артериальной и венозной систем, благоприятная динамика наблюдалась у детей с исходным гипертонусом, о чем свидетельствовало достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей ДкИ с $(71,1 \pm 3,1)\%$ до $(52,8 \pm 3,0)\%$; ДсИ с $(77,1 \pm 3,1)\%$ до $(63,4 \pm 1,6)\%$. Наблюдалось нормализующее влияние на состояние внутричерепного давления, так в 1,4 раза увеличилось количество детей с нормальными показателями внутричерепного давления. Наблюдалась тенденция повышения уровня электрогенеза мышц верхних и нижних конечностей с отчетливым уменьшением процента значительно пониженных величин БА, с тенденцией к нормализации координационных коэффициентов. Отмечалась нормализация повышенной активности гормонального адренергического звена САС без влияния на показатели сниженной активности надпочечникового медиаторного звена и тенденция к увеличению числа детей с нормальным содержанием йода в моче. Отчетливое положительное влияние у детей с психической дезадаптацией, которое проявлялось уменьшением в 1,5 раза выраженной эмоциональной лабильности (с 37,5% до 25,0%) и страхов (с 37,5% до 25,0%), в 2 раза - тревожности (с 25,0% до 12,5%), а также в увеличении уровней эмоционального тонуса более чем в 1,5 раза (с 18,7% до 31,2%) и комфортности в 2,5 раза (с 12,5% до 31,2%). Отмечено улучшение речи, возросла четкость произношения. Улучшились двигательные возможности, наблюдалось снижение исходно повышенного мышечного тонуса в пораженных конечностях, увеличение объема активных и пассивных движений в суставах, улучшение осанки, походки и опороспособности, увеличение показателей кистевой динамометрии у 62,0% детей.

Выводы. Таким образом, комплексное применение грязелечения и импульсных токов низкой частоты и малой силы по трансцеребральной методике повышает качество санаторно-курортной реабилитации больных ДЦП и может быть рекомендовано в санаторно-курортных учреждениях.

ФОРМИРОВАНИЕ ГНОЗИСА И ПРАКСИСА У ДЕТЕЙ С ОВЗ С ПОМОЩЬЮ АВТОРСКОГО МАГНИТНОГО КОНСТРУКТОРА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ОРИЕНТАЦИИ С ПОМОЩЬЮ 4-Х ЦВЕТОВ

Черлина Н.А.

ФГБУ «РРЦ «Детство» Минздрава России, поселок санатория «Горки Ленинские», Московская область

Актуальность. Ориентировка в пространстве, правильная организация действий в пространстве у детей с ОВЗ отстаёт от нормы и имеет свои особенности. Эти особенности обусловлены поражением или задержанным формированием головного мозга, что влечёт за собой нарушение ориентации в пространстве, организации действий. По мнению многих психологов Т.В.Ахутиной, Н.Г.Манелиса, А.В.Семенович, Л.С.Цветковой функция отражения пространства не только долго формируется, но и наиболее уязвима, поэтому данное нарушение требует коррекции.

Цель. Фиксация предмета взором, прослеживание за его перемещением; развитие манипулятивной функции рук, пространственных и двигательных навыков путём целенаправленности и самоконтроля.

Материалы и методы. Конструктор состоит из магнитной доски, коробки с 40 элементами на магнитах красного, зелёного, синего, жёлтого цветов и инструкции. На занятиях ребёнок учится опознаванию предмета в рисунке и его различном расположении. После выполнения задания по образцу ребёнок приступает к самостоятельному конструированию из элементов конструктора. У детей с ОВЗ, имеющих разную степень выраженности недоразвития или нарушений моторных функций, устраняются неловкость, несогласованность движений, затруднение в действиях с предметами, улучшаются ощущения своих движений, недостаточность активного осязания и узнавания на ощупь (стереогноз).

Результаты. Формирование представлений об окружающем пространстве имеет свою логику. Первоначально у детей формируются представления о «горизонтали - вертикали», затем «правой - левой» стороне, а позже всех «снизу – сверху»

Выводы. Совместная работа зрительного, вестибулярного, кинестетического аппаратов позволяют формировать у детей с ОВЗ пространственный и конструктивный праксис, что является предпосылкой развития пространственного мышления и готовит ребёнка к освоению школьных навыков.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Черненко Ю.В., Панина О.С., Захаров И.А., Вагнер Е.И., Бекмухамбетова Г.И.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ, г. Саратов, Саратовская область

Актуальность. На сегодняшний день в перинатальных центрах России немедикаментозные методы реабилитации используются незаслуженно мало, несмотря на их высокую эффективность в лечении новорожденных детей с неврологической патологией.

Цель. Исследование эффективности мелотерапии и сухой иммерсии в реабилитационном комплексе для недоношенных новорожденных.

Материалы и методы. Данное исследование проводилось в 2019 году в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей на базе ГУЗ «Перинатальный центр» г.Саратова. В группу исследования настоящей работы вошли 126 детей с постконцептуальным возрастом более 33 недель. Группа контроля, с равноценными клинико-лабораторными показателями, была отобрана ретроспективно на основании медицинской документации и составила 119 новорожденных. Критериями невключения являлись: острый период заболевания; необходимость респираторной поддержки; распространенные заболевания кожи; интенсивная терапия тяжелого состояния. Анализ критериев включения/невключения проводился по данным истории новорожденных детей и родов. Отобранные для исследования дети были осмотрены и обследованы согласно клиническим протоколам, каждый новорожденный был осмотрен неврологом с оценкой нейросонографии. В работе была использована методика сухой иммерсии в сочетании с мелотерапией, предложенной профессором Г.В. Яцык, с разработкой индивидуальной музыкальной программы для каждого ребенка с учетом срока гестации, времени суток и реакции на те или иные произведения. Длительность реабилитационного комплекса составляла от 10 до 40 минут, который состоял из курса сухой иммерсии в 5-12 сеансов, один раз в день, ежедневно, за час до или после кормления; курса мелотерапии в 10-15 сеансов, длительностью для детей в возрасте 3-8 суток – 5 минут, 8-10 суток – 10 минут, старше 10 суток – 15 минут. Возраст начала курса реабилитации при синдромах угнетения и мышечного гипертонуса, при стабильном состоянии – с рождения, при синдроме повышенной возбудимости- с 10 суток жизни. При

изучении медицинской документации детей было выявлено, что сосательный рефлекс был снижен в 3,6 % случаев; поисковый – у 3,6% детей; хоботковый – у 5% младенцев; опоры и автоматической походки – в 39,1% случаев; ползания – у 4,3% детей; Бауэра – у 30,4% детей; Моро (снижение 2 фазы) – в 73,9% случаев; Робинсона – у 8,6% младенцев; защитный рефлекс – у 4,3% детей; Галанта – у 13% детей.

Результаты. Проводимый курс мелотерапии и сухой иммерсии положительно повлиял на развитие функций центральной нервной системы у недоношенных новорожденных, что наблюдалось в улучшении врожденных рефлексов и уменьшении койко-дней (16 ± 2 дня у группы исследования, против 28 ± 2 дня у детей из группы контроля). Так, у 91% детей значительно улучшились рефлексы ползания, опоры и автоматической походки, рефлекс Робинсона, защитный рефлекс; сосательный и поисковый у 82%, хоботковый и рефлекс Бауэра у 61%, Галанта у 64%, Моро у 44 % недоношенных новорожденных. В 73 % случаев было улучшение мышечного тонуса. Объективно было отмечено, что у детей разные музыкальные предпочтения.

Выводы. Такие простые и доступные методы реабилитации новорожденных как мелотерапия и сухая иммерсия, производимая без контакта кожи с водой, помогают недоношенным новорожденным быстрее восстановить и развить функции ЦНС, сниженные или отсутствовавшие при рождении.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ НА ФОНЕ ПРОВОДИМЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Чеснокова Л.В.¹, Соловьева О.О.¹, Симонова М.Г.¹, Лапина Т.В.¹, Колесникова Т.В.¹,
Соловьева О.А.¹, Кутявина С.И.¹, Андреева О.И.¹, Леонтьева Л.А.¹, Чуракова А.В.¹, Шмыкова Е.Н.¹,
Третьякова Н.В.¹, Байбородова И.В.², Трубицына О.В.², Полозкова И.Б.², Сапожникова И.Н.²,
Александрова Е.А.², Самохвалова М.Р.², Гребенкина Л.И.³

¹Реабилитационный центр «Адели», г. Ижевск, республика Удмуртия,

²БУЗ УР «Детская поликлиника №1» МЗ УР, г. Ижевск, республика Удмуртия,

³БУЗ УР «Городская больница №3» МЗ УР, г. Ижевск, республика Удмуртия

Материалы и методы. Нами была создана группа сравнения - 270 детей с детским церебральным параличом (ДЦП) в возрасте от 3-х до 18-и лет, получивших в течение года (сентябрь 2018г.- сентябрь 2019г.) социально-медицинскую реабилитацию в Реабилитационном центре «Адели». Для оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий была создана контрольная группа (для оценки качества жизни) - 52 здоровых ребенка, обслуживаемых БУЗ УР «ДГПН№1 МЗ УР», г. Ижевск. Группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст группы сравнения – $8,35 \pm 2,97$ лет, группа контроля – $7,75 \pm 3,21$ лет, $p \geq 0,05$), по полу; дети обеих групп проживают в Удмуртской Республике. Для оценки качества жизни использовались унифицированные шкалы PedsQL версии 4,0. для возрастных групп: 2-4 года, 5-7 лет, 8-12 лет, 13-18 лет. На предложенные вопросы отвечали родители детей обеих групп. Группа контроля анкетировалась однократно; родители детей группы сравнения отвечали на вопросы анкеты дважды – в начале и в конце курса социально-медицинской реабилитации (длительность курса $22,4 \pm 1,7$ дней). Вопросы шкалы PedsQL версии 4,0 позволяют оценить физическое (ФФ), эмоциональное (ЭФ), социальное (СФ) и ролевое функционирование ребенка; а также сделать вывод о психофункциональном (ПСФ) функционировании ребенка в этом мире.

Результаты. При оценке качества жизни выявлено, что у детей с ДЦП наблюдается снижение уровня во всех сферах функционирования, особенно в физическом (ФФ): тяжело пройти пешком, тяжело бегать, жалуется на боль, у ребенка мало сил, трудно собирать игрушки или выполнять домашние обязанности ($36,67 \pm 10,60$; здоровые – $82,81 \pm 7,42$; $p \geq 0,01$). Меньше выражены нарушения в эмоциональной сфере: ребенку было страшно, ему было грустно, он был разозлен чем-то, плохо спал ($56,85 \pm 12,98$; здоровые – $63,44 \pm 13,05$; $p \geq 0,05$). Ограничения в передвижении и в самообслуживании (ФФ) влекут за собой и снижение социального (СФ): ребенок чувствует себя одиноким, его дразнят, он не может делать то, что делают сверстники ($54,43 \pm 7,29$; здоровые – $83,75 \pm 12,81$; $p \geq 0,05$) и ролевого: ребенку трудно удерживать внимание на занятиях, он многое забывает, пропускает занятия ($51,69 \pm 8,41$; здоровые – $65,94 \pm 8,57$; $p \geq 0,05$) функционирования. Как итог – психофункциональное функционирование также значительно снижается ($49,91 \pm 2,96$; здоровые – $72,97 \pm 9,67$; $p \geq 0,05$). В конце курса социально-медицинской реабилитации с использованием современных методов реабилитации (анкетировались родители 24 детей) происходит улучшение физического (было - $36,67 \pm 10,60$, стало - $38,80 \pm 9,90$, $p \geq 0,05$), эмоционального (было - $56,85 \pm 12,98$, стало - $64,17 \pm 4,03$, $p \geq 0,05$), социального (было - $54,43 \pm 7,29$, стало - $56,04 \pm 8,45$, $p \geq 0,05$), ролевого (было - $51,69 \pm 8,41$, стало - $54,58 \pm 10,0$, $p \geq 0,05$) и психофункционального (было - $49,91 \pm 2,96$, стало - $52,57 \pm 9,86$, $p \geq 0,05$) функционирования.

Выводы. Таким образом, использование современных методов реабилитации способствует улучшению качества жизни детей с ДЦП.

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Чеснокова Л.В.¹, Соловьева О.О.¹, Симонова М.Г.¹, Мелека Т.А.¹, Лапина Т.В.¹, Колесникова Т.В.¹,
Соловьева О.А.¹, Кутявина С.И.¹, Андреева О.И.¹, Леонтьева Л.А.¹, Чуракова А.В.¹, Шмыкова Е.Н.¹,
Байбородова И.В.², Трубицына О.В.², Полозкова И.Б.², Сапожникова И.Н.², Александрова Е.А.²,
Самохвалова М.Р.², Гребенкина Л.И.³

¹Реабилитационный центр «Адели», г. Ижевск, республика Удмуртия,

²БУЗ УР «Детская поликлиника №1» МЗ УР, г. Ижевск республика Удмуртия,

³БУЗ УР «Городская больница №3» МЗ УР, г. Ижевск республика Удмуртия

Цель. Оценить особенности анамнеза и клинической картины детей с детским церебральным параличом (ДЦП)

Материалы и методы. Мы проанализировали все (270) историй болезни детей, получивших социально-медицинскую реабилитацию в Реабилитационном центре «Адели», г. Ижевск в 2019г.

Результаты. Среди детей с ДЦП соотношение мальчиков и девочек было примерно одинаковым (58,15% и 41,85% соответственно, $p=0,05$). Отсутствовали данные об анамнезе у 8 детей (дети-сироты или опекаемые). В результате работы нами были выявлены следующие особенности акушерского анамнеза: большинство детей с ДЦП родились у женщин старше 40 лет (42,75%); 43,13% детей появились на свет от 3-ей и более беременности; угрозу прерывания беременности в сводках патологических данных было только у 19,47% женщин; 2,67% детей с ДЦП были из двойни; такие заболевания как сахарный диабет 1 типа или вирусный гепатит В, С и ВИЧ во время беременности были соответственно у 1,91% и 0,76% женщин. Особенности интранатального периода: 131 ребенок с ДЦП (50,0%) родились самостоятельно; было необходимо провести экстренное кесарево сечение (в процессе активной родовой деятельности) у 51 (40,08%) матери детей с ДЦП; плановое кесарево сечение было проведено у 26 женщин (9,92%); реанимационные мероприятия в родовом зале и последующее подключение к ИВЛ разной продолжительности были проведены 129 (49,24%) детям; обвитие пуповиной было у 21 (8,02%) детей. Только 83 ребенка (31,68%) родились в сроке гестации 37 недель и более. Остальные (68,32%) дети родились с разной степенью недоношенности: недоношенность I степени была у 24 (9,16%) детей, недоношенность II степени – 44 (16,79%) детей, недоношенность III степени – 79 (30,15%) детей. Остальные дети (12,2%) родились со сроком гестации 29 недель и меньше. Вес при рождении более 3000гр был у 61 (23,28%) ребенка, от 2000 до 1500гр – у 52 (19,85%) детей, от 1500 до 1000гр – у 76 (29,01%) детей. Экстремально низкая масса при рождении была у 7 (2,67%) детей. Наиболее частой клинической формой у детей группы сравнения был спастический тетрапарез (60,37%), право- и левосторонний гемипарез – у 18,15% детей; диплегия диагностирована у 11,48% детей; парепарез – у 6,29% детей. Самые редкие формы: статико-гиперкинетическая форма – у 2,96% детей, атонически-астатическая форма – у 0,74% детей. Выраженный подкорковый синдром (гиперкинезы) наблюдался у 84 (31,11%) детей. У всех детей была проведена оценка нарушения двигательных функций по шкале GMFCS: наиболее часто была диагностирована II (33,33%) и III степени (26,29%); V степень была диагностирована у 30 (11,11%) детей. По шкале MACS проведена оценка 231 ребенку: II степень – у 68 (29,44%) детей, III степень – у 77 (33,33%) детей, IV степень – у 40 (17,32%) детей, V степень – у 30 (12,99%) детей. Из 211 детей, осмотренных в Центре психиатром, признаки нарушения когнитивных функций были диагностированы у 201 (74,44%) детей с ДЦП. Нарушение функции тазовых органов были у 64 (23,70%) ребенка. Нарушения со стороны органов зрения в виде косоглазия были у 145 (53,70%) детей, ЧАЗН обоих глаз – у 192 (71,11%) детей.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Чубарова А.И.^{1,2}, Хан М.А.^{1,3}, Дегтярева М. Г.^{1,2}, Румянцева М.В.³, Микитченко Н.А.³

¹ГБУЗ Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы,

²ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва,

³ГАУЗ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы

Актуальность. Перинатальная гипоксия остается одной из ведущих причин младенческой смертности и инвалидности недоношенных детей. Тяжелое поражение центральной нервной системы (ЦНС) недоношенных детей в перинатальном периоде связано с церебральной ишемией 3 степени, пери-, интра-, вентрикулярных кровоизлияниями 3-4 степени с развитием постгеморрагической гидроцефалии, с формированием

кистозных форм перивентрикулярной лейкомаляции, что оказывает влияние на исходы психомоторного и речевого развития детей. Ранняя медицинская реабилитация детей с ППЦНС должна включать технологии кинезотерапии, так как наиболее подготовленным и зрелым к моменту рождения ребенка является кинестетический анализатор, который является основой для развития всех остальных сенсорных систем.

Цель. Изучить и оценить эффективность комплекса кинезотерапии, включающего методики общего массажа и методики рефлексолокомоции по методу В. Войты у детей с тяжелым перинатальным поражением ЦНС на первом году жизни.

Материалы и методы. 50 детей в возрасте от 3 до 12 месяцев с перинатальным поражением ЦНС тяжелой степени тяжести. 25 детей составили основную группу – получающую курс реабилитации с применением массажа и кинезотерапии по методике В.Войта и группа сравнения – 25 детей не получающие медицинскую реабилитацию с применением методик кинезотерапии.

Результаты. В ходе проведенной работы нами было отмечено достоверное увеличение суммарной оценки по шкале INFANIB (значимость изменений $p=0,0001$) на фоне разработанной программы кинезотерапии у детей с перинатальным поражением ЦНС на первой году жизни. При этом в 47% случаев отмечен переход в диапазон менее выраженных неврологических нарушений. Оценка по шкале INFANIB в диапазоне «норма» получена у 23,1% детей.

Выводы. На фоне курса реабилитации с применением массажа и методики рефлексолокомоции по методу В.Войта отмечено уменьшение проявлений неврологической симптоматики, улучшение психомоторного развития, предотвращение формирования необратимых неврологических нарушений ($p<0,005$).

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ФОРМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ДОМУ НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ГБУ СО МО «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ «ОПТИМИСТ»

Шайхеева М.Р.

ГБУСО Московской области «Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации «Оптимист», г. Сергиев Посад, Московская область

Актуальность. Оказание своевременной и комплексной помощи маломобильным детям с тяжелыми формами инвалидности и их семьям предполагает организацию структур, поддерживаемых государством, обладающих достаточными ресурсами и устойчивыми межведомственными и междисциплинарными связями. Одна из таких организаций в системе социальной защиты населения, функционирующих на территории Сергиево-Посадского городского округа, является ГБУСО Московской области «Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации «Оптимист». В соответствии со статьей 23 Федерального закона от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», в организации осуществляется социальное обслуживание на дому, где оказываются следующий спектр услуг: социально-педагогические, социально-психологические, социально-медицинские и услуги с целью повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг.

Цель. Определение оптимальных форм работы в процессе оказания различных социальных услуг. Создание эффективной междисциплинарной помощи семьям, воспитывающим детей с тяжелыми множественными нарушениями развития от 0 до 18 лет.

Материалы и методы. Каждый случай рассматривается командой специалистов индивидуально, в ходе обсуждения составляется программа сопровождения семьи, которая включает индивидуальные, совместные занятия с другими детьми, а также работу с родителями. Занятия направлены на решение вопросов по формированию у ребенка навыков и умений, способствующих его развитию, в сферах, где это наиболее необходимо по результатам диагностики, наблюдений специалистов и запроса родителей, в том числе включая медицинский аспект реабилитации, специально обученными медицинскими работниками (массаж, ЛФК, физиопроцедуры). На протяжении всего курса родители и близкие родственники ребенка имеют возможность консультироваться со специалистами, договориться об отдельной встрече, индивидуально поговорить в конце занятия или побеседовать со специалистом по телефону, чтобы обсудить особенности и потребности ребенка и семьи, волнующие вопросы. Основными темами консультирования являются личные переживания родителей, вопросы воспитания и развития ребенка, внутрисемейные отношения, профилактика вторичных осложнений и развитие движения.

Результаты. При оценке эффективности программы необходимо учитывать все аспекты ее реализации: динамические показатели, характеризующие прогресс в развитии ребенка; характер изменения семейного

потенциала и других факторов окружающей среды; улучшение понимания членами семьи сильных сторон своего ребенка, его способностей и особых потребностей и т.д.

Выводы. В результате программы ребенок должен приобрести новые знания и навыки. Оцениваются достижения ребенка в приобретении новых навыков в одной или нескольких из следующих областей: когнитивное развитие; двигательное развитие (крупные и тонкие движения); коммуникативное развитие; социально-эмоциональное развитие; самообслуживание.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ОПУХОЛЬЮ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

Шутин М.А.¹, Митраков Н.Н.¹, Корочкин А.В.¹, Лайшева О.А.^{1,2}

¹ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева Минздрава России, г. Москва,

²Российская Детская Клиническая Больница ФГБОУ ВО РНМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. У пациентов детского возраста с опухолями задней черепной ямки (ЗЧЯ) после терапевтической (хирургической) интервенции развивается специфический двигательный дефицит, который в 100% случаях требует коррекции врача ЛФК. Наиболее частыми клиническими проявлениями двигательного дефицита могут стать атаксический и гемисиндром. Данные нарушения возникают на разных уровнях организации движения и требуют специфического дифференциального подхода, что является актуальной проблемой современной медицины.

Цель. Коррекция двигательных нарушений у пациентов детского возраста после комплексного лечения с ЗЧЯ. Задачи: дифференциация поражений ведущего уровня организации движения для выбора реабилитационной интервенции.

Материалы и методы. Проведено проспективное, рандомизированное, сравнительное исследование, в котором оценивались по ряду диагностических тестов: «floor-to-stand», координаторные пробы (пальце-носовая, колено-пяточная, проба Барре, «стойка на одной ноге», ортоклиностатическая проба, шкала Ашфорта. Исследовались пациенты с диагнозом онкология задней черепной ямки проходящие лечение в ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева МЗ РФ (n=60, мальчиков – 28, девочек – 32) с медианой возраста от 4 года до 18 лет в период с августа 2019- по декабрь 2019 года, рандомизированно поделенные на две группы: группа1 (сравнительная)- недифференцируемая по подходу реабилитационной интервенции, для работы с пациентами выбрана координаторная методика «Баланс», 2 группа (дифференцируемая по подходу реабилитационной интервенции), для работы с пациентами выбран индивидуальный авторский курс кинезиотерапии, основанный на проприоцептивном нейромышечном проторении.

Результаты. По результатам диагностических тестов в экспериментальной группе исследования все показатели значительно статистически достоверно улучшились: «floor-to-stand» на 64,6%, координаторные пробы на 60%, ортоклиностатическая проба на 58%, шкала Ашфорта на 72,7%. В сравнительной группе исследования результаты диагностических тестов статистическое неоднородное улучшение: «floor-to-stand» на 41,7%, координаторные пробы на 57%, ортоклиностатическая проба на 56%, шкала Ашфорта на 22,4%. С точки зрения организации движений уровней по Бернштейну логично восстанавливать более низкие уровни организации движения, на котором в свою очередь формируется более высокие уровни организации. Вследствии этого проприоцептивная методика показала более высокие результаты нежели изолированная координаторная методика.

Выводы. По результатам исследования можно сделать вывод о том, что дифференциация уровней двигательных нарушений превалирует над устоявшимися методами выбора двигательной интервенции, что позволяет нам оптимизировать подходы двигательной интервенции через проприоцептивное проторение.

ВЗГЛЯД ПЕДИАТРА НА СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ПРОЧНОСТИ И ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ (ЗНО)

Юденкова О.А.¹, Крутикова Н.Ю.²

¹НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, г. Москва,

²ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск, Смоленская область

Актуальность. Состояние костной ткани – показатель, отражающий общее развитие ребенка, его функциональный статус, а также уровень здоровья в целом. Высокая частота остеопенических состояний у детей определяет актуальность изучения костной прочности.

Цель. Изучить состояние костной прочности и обеспеченность витамином D детей, перенесших злокачественные новообразования.

Материалы и методы. Объект – 425 детей от 5 до 15 лет, разделенные на две группы: 1 – основная группа (n = 325) – дети, перенесшие ЗНО, находящиеся в стойкой ремиссии. 2 – группа контроля (n=100) – дети со 2 группой здоровья. Всем проведена ультразвуковая денситометрия (КУС). Концентрация кальцидиола в сыворотке крови определена у 80 детей основной группы и 76 детей группы контроля согласно Национальной программе «Недостаточность витамина D у детей и подростков РФ: современные подходы к коррекции» (2018).

Результаты. Снижение костной прочности (КП) различной степени выраженности наблюдалось более чем у 70% пациентов основной группы. Выявлена достоверность различий в скорости звука кости между группами сравнения у детей с высоким и очень высоким типом гармоничного развития (3525 ± 125 м/с и 3710 ± 85 м/с, $p=0,01$). Снижение КП наблюдалось у детей, перенесших ЗНО, в возрасте 5-6 лет, средняя SOS – $3504,1 \pm 123,8$ м/с. Дети, перенесшие ОЛЛ, достоверное чаще имели выраженное снижение КП – 28,7%, средняя SOS – $3399,5 \pm 101$ м/с. Умеренное снижение встречалось чаще у детей, перенесших ОЛЛ – 31,5%, средняя SOS – 3542 ± 53 м/с. Определено, что 27,7% детей, получавших только ПХТ имели выраженное снижение КП, сопоставимое с остеопорозом ($z\text{-score} = -3,1 \pm 0,9$ SD). Умеренное снижение встречалось у 30,7% (n=61) пациентов ($z\text{-score} = -1,4 \pm 0,3$ SD). Нормальные значения имели всего лишь 21,2% (n=42) пациентов. У детей, состоявших в ремиссии от 2 до 3 лет, выраженное снижение КП было установлено в два раза чаще – в 32,1% случаев. Среднее содержание кальцидиола у детей основной группы – $15,2 \pm 9,8$ нг/мл, что говорит о дефиците витамина D и достоверно ниже, чем в группе контроля ($30,1 \pm 7,8$ нг/мл, $p<0,05$). Достоверных различий в обеспеченности витамином D у детей с разными нозологическими формами ЗНО нет. Все дети имели дефицит кальцидиола около 70%. Выявлена прямая зависимость средней степени между уровнем концентрации витамина D и прочностью костной ткани у детей основной группы.

Выводы. 1. Установлена высокая частота снижения КП (72,3%) у детей, перенесших ЗНО. 2. Установлено, что у детей на третьем году ремиссии, выраженное снижение КП наблюдалось в два раза чаще (32,1%), чем в другие периоды; 3. Определено, что у 70% детей, перенесших ЗНО, регистрировался дефицит витамина D. Была выявлена прямая зависимость средней степени между уровнем концентрации витамина D и прочностью костной ткани у детей основной группы.

БЕЗОПАСНАЯ И КОМФОРТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Яковлева Е.С.¹, Диордиев А.В.^{1,2}, Адкина Е.А.¹, Шагурин Р.В.¹

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

²ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Современные высокотехнологичные исследования (магнитно-резонансная томография, рентгеновская компьютерная томография), направленные на нейровизуализацию, являются одним из важнейших компонентов диагностики и лечения больных с патологией центральной нервной системы. В большинстве случаев впервые они проводятся пациентам в возрасте до трёх лет, и поэтому получение качественного изображения возможно только в условиях общей анестезии или седации. Современный спектр средств для анестезии позволяет решить проблему безопасности и комфортности анестезиологического пособия для детей с неврологической патологией.

Цель. Сравнительная оценка современных методов седации и анестезии в отделении рентгенодиагностики.

Материалы и методы. Были исследованы 350 детей в возрасте от 0 до 3 лет с диагнозами детский церебральный паралич, органическое поражение головного мозга, задержка психоречевого развития, нейромышечной патологией. Обследование занимало не более 80 минут. Пациенты были разделены на группы по методу проводимого анестезиологического пособия:

1. Ингаляционная анестезия севофлураном
2. Сочетание ингаляционной анестезии севофлураном с премедикацией мидазоламом
3. Седация препаратом мидазолам
4. Седация препаратом дексмететомидин

Проводилась оценка параметров дыхательной и сердечно-сосудистой системы на следующих этапах: исходное состояние до начала проведения анестезиологического пособия, на момент индукции, в процессе поддержания анестезии, в процессе пробуждения на 1 минуте, на 10 минуте после пробуждения пациента,

через 3 часа после окончания анестезии или седации. Скорость пробуждения оценивалась по шкале Aldrete. Оценивалось наличие или отсутствие посленаркозного возбуждения на 1 и 10 минуте пробуждения и степень его выраженности.

Результаты. На всех этапах анестезии отмечались стабильные показатели дыхательной и сердечно-сосудистой системы. Применение севофлурана ассоциируется с возникновением синдрома посленаркозной ажитации, который доставляет выраженный дискомфорт пациентам и их родителям. Комбинация севофлурана с мидазоламом позволяет снизить частоту и выраженность посленаркозного возбуждения. Применение мидазолама в качестве единственного компонента анестезиологического пособия позволяет провести непродолжительные обследования (компьютерная томография). При применении дексмететомидина возможно проведение длительных исследований (до 80 минут), в том числе пациентам, которым противопоказано применение галогенсодержащих ингаляционных анестетиков. При данном методе отмечался более длительный период пробуждения, однако он был более комфортным для пациентов за счёт отсутствия синдрома посленаркозной ажитации.

Выводы. Проведена сравнительная оценка методов анестезиологического пособия, применяемых при проведении магнитно-резонансной и компьютерной томографии. Отмечены показания, противопоказания, преимущества и недостатки каждого из них с точки зрения анестезиолога и пациента.

