

Сборник тезисов

IV Национальный
междисциплинарный Конгресс
с международным участием

«Физическая и реабилитационная
медицина в педиатрии:
традиции и инновации»



детские
реабилитологи
национальная
ассоциация



Москва
2021

Оглавление

Абкович А.Я. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	6
Аблаева Э.Н., Гадебская Р.Н., Ильницкая М.Р., Куксова Т.С., Ришко Е.М., Третьяков Ю.Г. РЕАБИЛИТАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, НА III (АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ) ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	7
Акижанова И.В., Шашкин Ч.С., Брежнева И.В., Гусарова М.В. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МКФ-ПРОФИЛЕЙ В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕЛЕКТИВНОЙ ДОРЗАЛЬНОЙ РИЗОТОМИИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ	11
Андреева М.Б., Ахматханова Х.Х., Быкова О.В., Батышева Т.Т., Лалабекова М.В., Дарьина С.С. СПОСОБЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ОДНООБРАЗНОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПЕДИАТРА	12
Баев А.В., Корсунская Л.Л., Голубова Т.Ф., Власенко С.В., Османов Э.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЦП, ФОРМА СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ	13
Батаев С.М., Разумовский А.Ю., Чумакова Г.Ю., Игнатъев Р.О. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА ЖЕЛУДКОМ И КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ.....	15
Беркутова И.Ю. АКТИВНОСТЬ И ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ	16
Бойко Е.А., Иванчук Е.В., Петрова Е.В., Петкевич Н.П., Гунченко М.М., Батышева Т.Т. ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ И РЕБЕНОК С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	18
Борисова М.Н., Авцина В.В., Гунченко М.М., Малышева Т.В. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: СОЧЕТАНИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НЕКИНЕЗИОГЕННОЙ ДИСТОНИИ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИИ	19
Валиев В.К., Красавина Д.А., Иванов Ю.И. БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА – КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	20
Васильев О.С., Сафоничева О.Г. РЕАБИЛИТАЦИЯ КОКЦИГОДИНИИ У ЮНЫХ ТАНЦОВЩИЦ И ГИМНАСТОК.....	21
Вахова Е.Л., Выборнов Д.Ю. ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПЕЛЛОИДОТЕРАПИИ В ПЕДИАТРИИ	22
Вахова Е.Л., Хан М.А., Александров А.В. МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	24

Власенко С.В., Мамыкина Г.Э., Османов Э.А., Отинов М.Д., Кушнир Г.М. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРЕНАЖЕРНЫХ УСТРОЙСТВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП.....	25
Власенко С.В., Приходько Н.А., Ромашенко Е.И., Нейтшаева Э.О., Криницкая И.В. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ.....	26
Волкова Л.В., Сафронова Н.А. ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПО НАБЛЮДЕНИЯМ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ № 3.....	28
Гаврилина С.А. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА С ПОМОЩЬЮ АРТ-ТЕРАПИИ	29
Гиленкова С.В., Суворова С.А., Филиппова Н.Е. СОВМЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГАРНИТУРЫ FORBREIN И КОМПЛЕКСА VALAMETRICS НА ОБЩИХ ЗАНЯТИЯХ ЛОГОПЕДА И КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕВРОТИЧЕСКИМ И НЕВРОЗОПОДОБНЫМ ЗАЙКАНИЕМ.....	30
Гросс Н.А., Хрёкин Д.О. ОЦЕНКА ДИСБАЛАНСА В РАЗЛИЧНЫХ ЧАСТЯХ ТЕЛА И РЕГУЛЯЦИЯ НЕОБХОДИМОГО УРОВНЯ РАВНОВЕСИЯ В ПРОСТРАНСТВЕ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ.....	31
Гросс Н.А., Шарова Т.Л., Молоканов А.В. ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ АКТИВНЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ НА ИЗМЕНЕНИЕ ЧСС У ДЕВОЧЕК С ДИАГНОЗОМ ДЦП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ РАЗВИТИЯ БОЛЬШИХ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ПО ШКАЛЕ GMFCS	33
Гунченко М.М., Петкевич Н.П., Бакуменко В.И., Соколова Н.П., Фетисова А.В., Бойко Е.А., Иванчук Е.В., Шишенок Ю.А., Полушкина Н.В., Бурлаченко Е.Ю., Батышева Т.Т. ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕЧЕВЫХ И ПСИХОРЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРАКТИКЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.....	34
Гусева М.Е. ЦВЕТОТЕРАПИЯ КАК КОМПОНЕНТ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ	35
Дегтярева Н.Н., Ионова С.Н. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ).....	37
Дулимова А.В., Гунченко М.М., Малышева Т.В., Батышева Т.Т. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ, ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗАДЕРЖКУ ПСИХОРЕЧЕВОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	38
Ефремова Т.Е., Пискунова С.Г., Приходько Н.Н., Колтунова И.Ю., Лобанова А.М., Рыжкина Е.И., Дikuшкина Е.А. ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА ПО РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ГБУ РО «ОДКБ» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННОЙ ЦИФРОВОЙ ПЛАТФОРМЫ «ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР 2.0. ЦИФРОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ»	40

Жеребцова В.А., Шилина С.А., Богомолова В.В. ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА АЛЬТЕРНАТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ПОЗИЦИОНИРОВАНИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	41
Заварина А.Ю., Шведунова В.Н., Путято Н.А., Глушко Л.А., Хажбиева С.М., Боос Д.А., Гафарова З.З., Барсеян Ф.А., Кокшина А.В., Кульгейко Е.А. ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ.....	43
Зайцева Л.В., Шалина О.С. ВОЗМОЖНОСТИ АДАПТИВНОГО СПОРТА В НЕЙРОКОРРЕКЦИИ.....	44
Захарова Т.В., Родионова Е.А., Сафронова Н.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИСУНОЧНЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА (НА ПРИМЕРЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА № 3)	46
Зосимова И.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ В ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ	47
Иванов Е.Г. ФИЗИКАЛЬНЫЕ АЛГОРИТМЫ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКОГО ПОДАЛЬНОГО И ПОСТУРАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ	48
Иванов Ю.И., Красавина Д.А. ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДОЙ, РОЛЬ ОРТОПЕДА	49
Казакова Е.В., Гросс Н.А. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП.....	50
Качмар О.А., Кушнир А.Д., Козьявкин В.И., Абликowa И.В., Федчишин Б.Ю. ОНЛАЙН-ПЛАТФОРМА ИГР ДЛЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ	52
Ким Е.А., Сычёва Е.В., Фалько С.Н., Криницкая И.В., Керимова С.С., Власенко С.В. КОМПЛЕКСНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТА ТОМАТИС И УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА В РАЗВИТИИ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	53
Кнолль Е.А. ВОЙТА-ДИАГНОСТИКА В ЕЖЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ.....	54
Ковина М.В., Писарева М.В., Мартьянов М.М., Письменная Е.В., Петрушанская К.А. РОБОТИЗИРОВАННАЯ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДЦП С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКЗОСКЕЛЕТА EXOATLET VAMBINI MINI	55
Кондакова О.Б., Симонова О.И., Красюкова А.А., Савостьянов К.В., Пушков А.А., Бекмамбетова А.У., Лялина А.А., Давыдова Ю.И., Гребенкин Д.И., Попович С.Г. FLNA-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ.....	56
Коровина Н.Ю., Данилина К.К., Тихонов С.В. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	59

Кузнецова С.И., Сафронова Н.А. ЗНАЧИМОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.....	60
Кулемзина Т.В. К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТЯХ ТРАДИЦИОННОЙ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ COVID-19 У ДЕТЕЙ.....	61
Кушнир А.Д., Качмар О.А., Козьявкин В.И., Абликowa И.В., Федчишин Б.Ю. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО МЕТОДУ ПРОФЕССОРА КОЗЯВКИНА.....	63
Левченко И.Ю., Гусейнова А.А. ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И СОДЕРЖАНИЯ ЗАНЯТИЙ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ В СИСТЕМЕ ШКОЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	64
Левченкова В.Д., Батышева Т.Т., Титаренко Н.Ю., Сальков В.Н. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	65
Машницкая Т.Б., Адаева А.В., Семеняченко Л.И. КОРРЕКЦИЯ И РАЗВИТИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЧЕРЕЗ СКАЗКУ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	67
Михайлова О.В., Побута О.В. ЭФФЕКТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ	68
Мишунина О.А., Петкевич Н.П., Панин М.В., Соколова Н.П., Гунченко М.М., Батышева Т.Т. АНГИО-МЕДУЛЛЯРНЫЙ КОНФЛИКТ НА УРОВНЕ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА – ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	69
Николаев В.А., Сафоничева О.Г. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕЛЕРЕАБИЛИТАЦИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	71
Новикова Е.В., Хан М.А., Меновщикова Л.Б. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С МЕГАУРЕТЕРОМ	72
Орлова Г.И., Шенбергер Е.Б. ВОЗМОЖНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОВЛЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В ЛОГОПЕДИЧЕСКУЮ РАБОТУ С ЗАИКАЮЩИМИСЯ ДЕТЬМИ	73
Осмоловский Д.С., Гвозденко Т.А., Киселева М.С., Осмоловский С.В., Брезинская С.Н. СОСТОЯНИЕ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ ПРИМОРСКОГО КРАЯ.....	76
Писарева И.Б. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ АРТ-ПЕДАГОГИКИ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ	78
Погонченкова И.В., Лян Н.А., Уянаева А.И. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ КЛИМАТОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ	79
Потапчук А.А., Афанасьева В.В. ПРИМЕНЕНИЕ КАТЕГОРИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19.....	80

Ростачева Е.А., Сулова Г.А., Либерман Л.Н., Ростачева А.А. ВОЗДЕЙСТВИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ НА ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ИММУНИТЕТ	82
Сафоничева О.Г., Овчинникова М.А. АДАПТИВНЫЙ СПОРТ – НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МЕНТАЛЬНОЙ ИНВАЛИДНОСТЬЮ.....	85
Сафоничева О.Г., Овчинникова М.А. ВОЗМОЖНОСТИ СПЕЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ ШКОЛЫ ДЛЯ РАЗВИТИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА.....	86
Селиванова Е.А., Пирязева О.А., Савин М.Ю. ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ – РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ДО И ПОСЛЕ КУРСА РЕАБИЛИТАЦИИ.....	88
Слезкина Ю.А. СКАЗКОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ.....	89
Сынкова Е.В. МНЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ – ВАЖНЫЙ АСПЕКТ В ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ.....	90
Тарасова Н.А., Типсина Н.В., Уханова А.Н., Кирсанова Е.Ю., Проскурина Ю.К., Иванова Е.С., Маринова В.А., Григоров А.А. ПРИМЕНЕНИЕ ЛФК В КОРРЕКЦИИ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ.....	91
Фалько С.Н., Аединова А.С., Руденко Г.В., Савчук Е.А. ОРГАНИЗАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГОВ-ДЕФЕКТОЛОГОВ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	93
Фетисова Т.Е., Мраченкова Л.Ю., Климова С.А., Сафронова Н.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	95
Хан М.А., Микитченко Н.А., Смотрина О.Ю. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	96
Черлина Н.А. МАГНИТНЫЙ КОНСТРУКТОР ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ СТРОЧНЫХ БУКВ.	97
Чеснокова Л.В., Соловьева О.О., Соловьева О.А., Колесникова Т.В., Леонтьева Л.А., Кутявина С.И., Андреева О.И., Протопопова Н.И., Галимова Л.Ф., Чуракова А.В. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА	98
Шенбергер Е.Б. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОПИСАТЕЛЬНОЙ СВЯЗНОЙ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ	99
Якубенко О.В. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СДВГ.....	101
Якубова Л.И., Пулято Н.А., Заварина А.Ю., Шведунова В.Н., Боос Д.А., Глушко Л.А., Кульгейко Е.А. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ФОНТЕНА.....	102

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Абкович А.Я.

ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», г. Москва, Россия

Контактная информация: Абкович Алла Яковлевна, г. Москва, ФГБНУ «ИКП РАО»; +7-903-629-32-01; abkovicha@yandex.ru

Актуальность. Важное место в системе комплексного сопровождения и абилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА) занимает адаптивная физическая культура (АФК). Высокий потенциал АФК как эффективного метода абилитации (реабилитации) и социализации признается не только специалистами в сфере физической культуры и спорта, но и специалистами здравоохранения, социальной защиты и образования. Занятия АФК в системе образования направлены не только на преодоление физических нарушений детей, но и на активное развитие их познавательной деятельности, психических процессов, способностей и нравственных качеств [1].

Материалы и методы. В рамках заданной тематики был проведен анализ специальной литературы.

Результаты проведенного анализа позволили сделать вывод о том, что специальные педагогические исследования по проблемам организации занятий АФК для обучающихся с НОДА фактически отсутствуют. В то же время с учетом практического опыта можно выделить основные положения, учет которых необходим при реализации дисциплины «Адаптивная физическая культура» в образовательных организациях.

Должны быть созданы специальные условия для удовлетворения особых образовательных потребностей детей с НОДА в соответствии с их нозологическими, возрастными и индивидуальными особенностями.

Особые образовательные потребности определяются спецификой и тяжестью двигательных нарушений, а также особенностями психического развития и речи. В части занятий физической культурой и спортом к ним относятся: максимально раннее начало реабилитационной работы с использованием методов физической культуры и спорта; строгая регламентация деятельности с учетом медицинских рекомендаций; индивидуализация реабилитационного процесса; обеспечение вспомогательными средствами (специальные держатели, утяжелители для рук, специальный адаптированный спортивный инвентарь и др.); безбарьерная архитектурная и информационная среда; дифференцированная помощь, в том числе привлечение ассистента при необходимости; обеспечение возможности вербальной и невербальной коммуникации для детей с грубыми нарушениями речи; реализация двигательной активности любым доступным способом, включая использование ТСР [1, 2].

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод о том, что реабилитационный потенциал занятий АФК может быть достигнут только при условии удовлетворения общих и индивидуально-ориентированных особых образовательных потребностей обучающихся с НОДА и наличия соответствующего методического обеспечения дисциплины «Адаптивная физическая культура».

Список литературы:

1. Абкович, А.Я. Организационно-методические аспекты проведения занятий по адаптивной физической культуре для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях инклюзии / в сб. статей по материалам I научно-

практической конференции института естествознания и спортивных технологий «Актуальные проблемы адаптивной физической культуры». – М., 2020. – С. 148–151.

2. Левченко И.Ю. Дифференцированный подход к содержанию занятий адаптивной физической культурой с обучающимися с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю. Левченко, А.А. Гусейнова, А.В. Гольцов // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – № 1. – 2021. – С. 20–25.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, НА III (АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ) ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

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

ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» Центр медицинской реабилитации, Белгородская область, г. Белгород; oswm-doc@mail.ru

Контактная информация: Аблаева Эльмира Наримановна, ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» Центр медицинской реабилитации, Белгородская область, г. Белгород; oswm-doc@mail.ru

В статье рассмотрен подход к реабилитации детей, перенесших COVID-19, на III этапе медицинской реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях Центра медицинской реабилитации ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа». Рассмотрен междисциплинарный подход к реабилитации, выполнен подбор наиболее оптимальных и эффективных методов восстановления после перенесенного заболевания. На основе полученных данных отобраны наиболее значимые для восстановления методы, оценена возможность применения диагностических шкал для оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, мультидисциплинарная команда, пневмония, коронавирусная инфекция (COVID-19).

Актуальность. В связи с появлением и быстрым распространением в 2020 году новой коронавирусной инфекции (COVID-19), перед здравоохранением Российской Федерации остро встали следующие задачи: предупреждение новой коронавирусной инфекции, диагностика и лечение коронавирусной инфекции, реабилитация и профилактика после перенесенной коронавирусной инфекции. В настоящее время актуальность медицинской реабилитации у больных, перенесших коронавирусную инфекцию (COVID-19), значительно возросла, и вместе с тем сложилась проблемная ситуация: «Информации об оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации пациентам с COVID-19 недостаточно, так как это заболевание является новым» [3]. Распространение новой коронавирусной инфекции привело к ряду случаев, в которых COVID-19 способствовал развитию тяжелых форм пневмонии, острого респираторного дистресс-синдрома и осложнениям в течении имеющихся хронических заболеваний у пациентов. Трудности в дифференциальной диагностике связаны с мимикрированием вирусной инфекции под иные респираторные заболевания [6]. Своевременное выявление коронавирусной инфекции у пациентов и лечение – часть успешных и эффективных мер, которые в полной мере не могут обеспечить адаптацию и нормальное функционирование человека в будущей жизнедеятельности. Отталкиваясь от данного тезиса, важно подчеркнуть роль медицинской реабилитации в постковидном периоде для профилактики и предупреждения осложнений, вызванных коронавирусной инфекцией. Однако, построение реабилитационного курса с опорой на разработанные протоколы и методики медицинской реабилитации, применявшиеся в процессе реабилитации пациентов с иными нозологиями, не могут обеспечить схожей

эффективности реабилитационного процесса у пациентов, перенесших COVID-пневмонию [1]. В связи с данной проблемой необходимо учитывать и то, что заболеваемость детей COVID-инфекцией значительно ниже, чем у взрослых (5–7% от общего числа заболевших). Дети легче переносят заболевание и в меньшей степени дают осложнения. При этом, осложнения, возникшие у ребенка, порой не ассоциируют с перенесенной инфекцией, так как они появляются через какое-то время после заболевания [2].

Цель. Адаптация и апробация комплекса реабилитационных мероприятий для предотвращения осложнений после перенесенной коронавирусной инфекции у детей.

Материалы и методы. В реабилитационном центре ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации за 2020 год прошло 24 ребенка, перенесших коронавирусную инфекцию. При этом было учтено, что все дети проходили лечение в стационаре и диагноз был подтвержден лабораторно.

Возраст детей составлял от 12 до 16 лет. Дети поступали с промежутком после стационарного лечения через 3–4 месяца после выписки.

При построении курса реабилитационных мероприятий учитывались следующие факторы:

1. детальное изучение истории болезни, особенностей выписного эпикриза и рекомендаций;
2. выраженность патологического процесса в организме;
3. влияние сопутствующей патологии, обострения хронических заболеваний;
4. психоэмоциональное состояние ребенка [5].

В процессе медицинской реабилитации группы пациентов проходили осмотр специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК), в состав которой входят врач-реабилитолог (ФРМ), невролог, педиатр, врач функциональной диагностики, врач лечебной физкультуры (ЛФК), физиотерапевт, рефлексотерапевт, психотерапевт и медицинский психолог.

Структура реабилитационного процесса выстраивалась на основе жалоб в момент обращения с учетом, что в анамнезе был перенесен COVID (с нахождением в стационаре) и время после выздоровления составляло не более 3–4 месяцев после выписки пациентов из стационара. В процессе диагностики состояния пациентов, а также контроля и оценки качества реабилитационных мероприятий использовались следующие виды исследований:

- психометрические шкалы и опросники (в т.ч. нейропсихологическая и проективная диагностика);
- изучение истории болезни и выписного эпикриза из переводящего ЛПУ;
- оценка реабилитационного потенциала;
- ШРМ (Шкала реабилитационной маршрутизации).

Рассмотрим основные жалобы пациентов (таб. 1) [1, 4].

Таблица 1

Основные жалобы пациентов

Жалобы	% от общ.
Головные боли / Головокружения	88
Слабость / Быстрая утомляемость	80
Кашель	67
Одышка	46
Падение зрения	34
Бессонница	25
Страхи / Навязчивые мысли	21
Учащенное сердцебиение	17
Нарушения аппетита / функций ЖКТ	17

Данные симптомы в целом отражают ослабленное состояние организма у пациентов с преимущественной выраженностью поражения нервной системы. Немаловажным являются изменения в состоянии психики детей, перенесших коронавирусную пневмонию, а именно: эмоционально-волевой и когнитивный компоненты.

Подбор психодиагностического инструментария осуществлялся с учетом специфики возраста и жалоб пациентов. Для этого нами был подготовлен протокол нейропсихологического обследования, опросник оценки когнитивного статуса и проективные методы исследования.

Данные нейропсихологического обследования пациентов: полученные показатели отражают сохранные функции гнозиса и праксиса у пациентов, незначительные ошибки при выполнении заданий в когнитивной сфере: сниженные показатели внимания (в среднем на ~7,2 секунды больше, чем показано в возрастной норме) и памяти (в среднем ~6,8 слов), работа со сложными понятиями, аналогиями и исключением лишнего – с единичными ошибками. Полученная совокупность показателей отражает особенности состояния пациентов, которые могут быть свидетельством осложнения после перенесенного заболевания. В данных клинического интервью отмечаются хронические головные боли у 31% группы респондентов, жалобы на ослабленное состояние у 21% исследуемых. Проективные методы диагностики («Рисунок человека», тест Люшера, «Кактус», методика «ДДЧ») применялись для оценки нервно-психического напряжения, внутренних конфликтов, особенностей реагирования в стрессовых ситуациях и поддержку со стороны окружающих (в т.ч. родственников). Полученные результаты свидетельствуют о неустойчивой самооценке испытуемых, тревожности, мечтательности (уход в мир фантазии), готовности к защитному поведению и желании принимать поддержку. Однако есть и прямо противоположные тенденции контактности, завышенных требований к себе и окружающим, конфликтное поведение и защита собственной точки зрения, что может быть характерным для особенностей данного возрастного периода. Совокупность данных отражает особенности психоэмоционального состояния пациентов после их пребывания в стационарных условиях ЛПУ. В условиях пребывания в ковид-стационаре состояние пациента характеризуется как астеничное, ограниченное, стрессовое, тревожное и обедненное когнитивными стимулами.

Разработанный курс реабилитации составлял 1 месяц. В группе пациентов были использованы следующие виды реабилитации (таб. 2).

Таблица 2

Назначенные виды обследования и реабилитационных процедур

Консультирование членами МДРК	+
Диагностика психоэмоционального состояния	+
КСМ (Спирометрия)	+
ЛФК / Кинезотерапия	+
Массаж (постуральный)	+
Иглорефлексотерапия	+
ЛРТ	+
СМТ	+
ДМВ	+
Спелеотерапия	+
Индивидуальное психологическое консультирование	+
Рекомендации (Домашняя работа)	+
Медикаментозная поддержка	+
Ретест основных показателей диагностики / осмотра	+

Результаты. По окончании курса проводилась оценка эффективности курса реабилитационных мероприятий и динамики по всем описанным шкалам и представленным жалобам. Отмечаются улучшения со стороны когнитивной и эмоциональной сферы: повышение настроения, улучшение показателей внимания и памяти, позитивное восприятие будущего и оптимистичность в планировании актуальных целей и задач. Отмечается следующая динамика по представленным симптомам: значительное уменьшение симптомов головной боли, восстановления полноценного сна, а также нервно-психического напряжения, снижение кашля и одышки, сердцебиения и навязчивых мыслей, улучшалось зрение, повышалась работоспособность и полное восстановление функций ЖКТ. Таким образом, можно отметить тенденцию к улучшению нервно-психического состояния пациентов, тенденцию к нормализации состояния.

Выводы. Реабилитация после стационарного лечения наиболее эффективна и дает наилучший результат при маршрутизации пациентов на курс медицинской реабилитации в наиболее ранние сроки после проведения стационарного лечения. При поступлении на курс медицинской реабилитации незамедлительно (до 1 месяца) после проведенного лечения прогнозируется более высокий реабилитационный потенциал и эффективность реабилитационных мероприятий, что влияет на динамику конечных показателей в соматическом и нервно-психическом состоянии, а также предотвращает угрозу астенизации и снижения когнитивных показателей.

Список литературы:

1. Временные методические рекомендации: Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (утв. Минздравом России), версия 2 от 31.07.2020. URL: https://minzdrav.midural.ru/uploads/28052020_Preg_COVID-19_v1.pdf (Дата обращения: 15.02.2021).
2. Временные методические рекомендации: Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (утв. Минздравом России), версия 10 от 08.02.2021. <https://endoexpert.ru/dokumenty-i-prikazy/10ver.vremennye-metodicheskie-rekomendatsii-profilaktika-diagnostika-i-lechenie-novoy-koronavirusnoy-infek> (Дата обращения: 16.02.2021).
3. Иванова Г.Е., Баландина И.Н., Бахтина И.С., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Буйлова Т.В., Гречко А.В., Дидур М.Д., Калинина С.А., Кирьянова В.В., Лайшева О.А., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Мишина И.Е., Петрова М.В., Пряников И.В., Постникова Л.Б., Суворов А.Ю., Соловьёва Л.Н., Цыкунов М.Б., Шмонин А.А. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2020. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskaya-reabilitatsiya-pri-novoy-koronavirusnoy-infektsii-covid-19> (Дата обращения: 3.02.2021).
4. Конюховская Ю.Е. Воронка стресса – психологические последствия для пациентов, переболевших (переживших) COVID-19 // Астма и аллергия. – 2020. – № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/voronka-stressa-psihologicheskie-posledstviya-dlya-patsientov-perebolevshih-perezvivshih-covid-19> (Дата обращения: 14.02.2021).
5. Малявин А.Г., Бабак С.Л., Горбунова М.В. Респираторная реабилитация пост-COVID-19 пациентов // Архивь внутренней медицины. – 2021. – № 1 (57). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/respiratornaya-reabilitatsiya-post-covid-19-patsientov> (Дата обращения: 12.02.2021).
6. Прищепенко В.А., Юпатов Г.И., Окулич В.К. Прогнозирование тяжелого течения заболевания у пациентов с вирусными пневмониями, предположительно вызванными COVID-19 // Вестник ВГМУ. – 2020. – № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prognozirovanie-tyazhelogo-techeniya-zabolevaniya-u-patsientov-s-virusnymi-pnevmoniyami-predpolozhitelno-vyzvannymi-covid-19> (Дата обращения: 28.01.2021).

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МКФ-ПРОФИЛЕЙ В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕЛЕКТИВНОЙ ДОРЗАЛЬНОЙ РИЗОТОМИИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ

Акижанова И.В., Шашкин Ч.С., Брежнева И.В., Гусарова М.В.

Казахстан, г. Алматы, РЦ «АРДИ»

Контактная информация: Акижанова Ирина Владимировна, Казахстан, г. Алматы, РЦ «АРДИ»; ak.ir_ortoped@mail.ru

Актуальность. Несмотря на десятилетия, посвященные совершенствованию селективной дорзальной ризотомии (СДР), до сих пор актуальным остается вопрос об отборе пациентов для интервенции данным методом и оценке предикторов эффективности СДР [2].

Цели исследования: анализ доменов, согласно МКФ, у детей с ЦП, спастической формой, подвергшихся операции СДР, в комбинации с послеоперационной кинезиотерапией (до и после интервенции), определить предикторы эффективности в предоперационном периоде [1].

Материалы и методы. Данное клиническое наблюдение является пилотным, посвящено анализу 8 историй болезни детей в возрасте от 4 до 12 лет со спастической формой ЦП, подвергшихся оперативному вмешательству – СДР в 2019–2020 гг. с последующей реабилитацией. К обратимым нарушениям для мониторинга отобраны домены: b7101, b7353, d465, b798, d4153, d5402. К необратимым нарушениям, вызывающим существенно значимые барьеры для реабилитации, отнесены: индекс миграции бедра (Реймерса), укорочение нижней конечности, наличие ригидной контрактуры, выраженное снижение мотивации (b130). Использование числового показателя, согласно МКФ, позволило нам мониторить изменения функций в отобранных доменах после данной интервенции [1, 3].

Результаты. В результате данной интервенции средний числовой показатель, отражающий степень поражения функций в домене b7101, снизился на 2,2 балла, в домене b7353 – на 3 балла у всех 8 пациентов, в домене d465 – навык самостоятельной ходьбы с ТСР, который требует интегральную комбинацию интеллектуально-двигательных навыков с использованием моторики верхних конечностей, снизился незначительно, на 1,1 балла. Предложена критериальная оценка предикторов эффективности СДР с учетом индивидуальных барьеров для реабилитации.

Выводы. Несмотря на уникальность принципов купирования спастичности методом СДР, отбор пациентов для проведения СДР имеет не менее важное значение, чем качество проведенной операции, а применение нового инструмента реабилитации МКФ значительно облегчает формулировку поставленных целей и их мониторирувания.

Список литературы:

1. МКФ в реабилитации [Текст] = ICF in rehabilitation: [теория, структура, практика] / А.В. Шошмин, Г.Н. Пономаренко; под редакцией академика РАН А.Н. Разумова; Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Сотрудничающий центр ВОЗ по семейству международных классификаций в Российской Федерации. – СПб.: Р-КОПИ, 2018. – 238 с.: ил., табл.; 21 см; ISBN 978-5-6041435-4-4: 500 экз.
2. Sindou M., Georgoulis G. Dorsal rhizotomy for children with spastic diplegia of cerebral palsy origin: usefulness of intraoperative monitoring. 2018 Jul;22(1):89-101.DOI: 10.3171/2018.1.PEDS17577 Epub 2018 Apr 13 PMID: 29652243.

3. Т.Т. Батышева, А.И. Крапивкин, А.Д. Царегородцев, В.С. Сухоруков, С.В. Тихонов: Реабилитация детей с поражением центральной нервной системы / ГБУЗ Научно-практический центр Департамента здравоохранения г. Москвы «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ», Москва; ОСП «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия.

СПОСОБЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ОДНООБРАЗНОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПЕДИАТРА

Андреева М.Б.¹, Ахматханова Х.Х.^{1, 3}, Быкова О.В.^{1, 2}, Батышева Т.Т.^{1, 2}, Лалабекова М.В.^{1,2}, Дарьина С.С.¹

¹ ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ»

² ФНМО МИ Российского университета дружбы народов

³ ФГАОУ РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Контактная информация: Андреева Мария Борисовна – младший научный сотрудник, врач-педиатр ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Мичуринский пр-т, д. 74; тел. 8-495-430-93-78; e-mail: andreeva-maria89@mail.ru

Актуальность. Число людей с диагнозом «Расстройство аутистического спектра» в последнее время стремительно растет [7]. К 2020 году прогнозировалось, что каждый тридцатый житель планеты в той или иной степени будет страдать этим расстройством, а через 5 лет – каждый второй [8].

Согласно статистике, в настоящий момент в мире более 10 млн человек с расстройствами аутистического спектра. Каждый год заболеваемость аутизмом растет в среднем на 11–17%.

Пожалуй, наиболее актуальными и приоритетными для медицинской науки остаются вопросы питания подрастающего поколения. С развитием новых технологий диетология и нутрициология стали самыми стремительно развивающимися. И это неслучайно. Для каждой возрастной группы разработаны алгоритмы рационального вскармливания, так как каждый период роста и развития ребенка характеризуется своими особенностями, спецификой физиологических и метаболических процессов, а также влиянием действующих социальных факторов [1, 5, 6].

Питание – это главное связующее звено, осуществляющее взаимодействие человека с внешней средой. Качество употребляемой пищи оказывает прямое действие на здоровья, работоспособность, резистентность организма к внешним факторам среды. Особенно важно учитывать характер питания в условиях техногенного загрязнения окружающей среды. Именно рациональное питание в детском возрасте закладывает основы здоровья ребенка, способствует профилактике заболеваний, повышению иммунитета и резистентности организма [2, 3, 4].

Цель. Важно отметить, что дети с аутизмом имеют еще более серьезные проблемы с питанием, чем остальные дети, связано это с особыми предпочтениями в питании, особенностью вкусовых пристрастий и настороженностью к расширению рациона. Единственным способом преодоления этих барьеров в борьбе за рациональное питание ребенка с аутизмом становится психотерапевтическое вмешательство.

Материалы и методы. На основании анализа клинического случая: мальчика, 5 лет 11 мес., поступившего на обследование и лечение в ГБУЗ «НПЦ ДП» ДЗМ, с клиническим диагнозом: F 84.1 Атипичный аутизм, без умственной отсталости. G 96.8 Резидуальная энцефалопатия. Сопутствующий диагноз: F 98.2 Расстройство приема пищи, были разработаны и внедрены в практику рекомендации по расширению рациона питания.

Мальчик прошёл курс восстановительного лечения в стационаре. На фоне проведенной терапии отмечается улучшение мышечного тонуса и объема активных движений, улучшение координации, улучшение поведения, социальной коммуникации и взаимодействия.

Заключение. Благодаря устойчивой комплаентности, нами поддерживалась связь с семьей на всем протяжении выполнения назначений по расширению рациона питания. В результате совместной работы удалось добиться следующих результатов. Учитывая проблемы с пищеварением, было решено начать расширение рациона с продуктов, содержащих клетчатку (овощи и фрукты). В течение 30 дней рацион питания ребенка был значительно расширен за счет введения мясных продуктов, фруктов и овощей, а именно: ребенок стал спокойно употреблять мясные паровые котлеты, огурцы в салате (моносалат со сметаной), салат из моркови со сметаной, яблоки тертые и яблоки печеные.

Особое внимание было уделено замене легкоусвояемых углеводов (кондитерских изделий) на фрукты и сладкие овощи. За счет внедрения игровой практики произошла успешная адаптация ребенка к введению новых продуктов питания в виде проявления интереса к новым вкусам в еде, желания попробовать что-то новое и снижения частоты эпизодов протестных реакций.

Список литературы:

1. Баранова А.А., Шеплягина Л.А. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы). – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 414 с.
2. Денисова, Е.Л. Влияние факторов среды обитания на состояние здоровья населения / Е.Л. Денисова, А.И. Горенков, Н.П. Ляхова // Гигиена и санитария. – 2005. – № 1. – С. 6–8.
3. Ефимова А.А. Экология и здоровье детей / Педиатрия. – 1995. – № 4. – С. 49–50.
4. Истомин, А.В. Медико-биологическая эффективность функциональных пищевых продуктов при воздействии негативных факторов / А.В. Истомин, Л.М. Сааркопсель, К.В. Овчарова // IV Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России». – Том 1. – М., 2008. – С. 131–133.
5. Кучма В.Р. Охрана здоровья детей и подростков в национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 гг. // Гигиена и санитария. – 2013. – Т. 92. – № 6. – С. 26–29.
6. Милушкина О.Ю., Пивоваров Ю.П., Скоблина Н.А., Бокарева Н.А. Ведущие факторы риска нарушения морфофункционального состояния детей и подростков // Профилактическая и клиническая медицина. – 2014. – № 2 (51). – С. 26–31.
7. Statistika autizma v mire [Autism statistics in the world]. URL: <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0294-z>.
8. Elsabbagh M., Divan G., Koh Y.J., Kim Y.S., Kauchali S., Marcín C., Montiel-Nava C., Patel V., Paula C.S., Wang C., Yasamy M.T., Fombonne E. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Res* 2012; 5(3): 160 – 179, <https://doi.org/10.1002/aur.239>.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЦП, ФОРМА СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ

Баев А.В.¹, Корсунская Л.Л.¹, Голубова Т.Ф.², Власенко С.В.¹, Османов Э.А.²

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

² ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», Евпатория

Контактная информация: Власенко Сергей Валерьевич, Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Медицинской академии (структурное подразделение) ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь; +7-978-766-55-46; vlasenko65@rambler.ru

Актуальность. В последние годы выполнен достаточно обширный ряд исследований, убедительно свидетельствующих об эффективности использования магнитных полей (МП), и особенно бегущего магнитного поля (БИМП), при транскраниальном воздействии [1, 2, 3, 4, 5].

Цель нашего исследования – определить эффективность введения курса транскраниальной магнитотерапии (ТСМТ) БИМП и реализующей его приставки «Оголовье» к магнитотерапевтическим аппаратам «АМО-АТОС» в программу реабилитации детей с ДЦП, форма спастическая диплегия.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 2 группы детей с ДЦП, форма спастическая диплегия в возрасте от 6 до 12 лет, равноценных в клиническом плане, – контрольная (КГ) и основная (ОГ) группы (по 11 детей в каждой группе). Всем детям было проведено стандартное обследование, которое включало в себя анализ данных анамнеза, жалоб родителей, клиническое, неврологическое, нейропсихологическое обследование.

Всем больным проводили традиционное лечение, включающее лечебную гимнастику, массаж, занятия с логопедом, психологом. Помимо этого, дети ОГ получали процедуры ТСМТ БИМП от аппарата «АМО-АТОС» (рег. удостоверение Росздравнадзора РФ № 29/10071001/3132-02, ООО «ТРИМА», г. Саратов), индуцирующего бегущее МП с частотой модуляций 10 Гц, в импульсном режиме (магнитная индукция 15 мТл), от парных устанавливаемых битемпорально излучателей. Время воздействия 5 мин. при 1-й процедуре с постепенным увеличением времени воздействия на 1 мин. до 10 мин. ежедневно, курсом 10 процедур [6, 7, 8, 9, 10, 11]. Для определения различий между группами обследуемых использовали методы вариационной статистики (программа XL Statistica, R. Carr, 1998): t-критерий Стьюдента и точный критерий Фишера. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждения. В результате проведенного лечения у пациентов обеих групп была отмечена положительная динамика большинства клинических проявлений. У пациентов ОГ, получавших ТСМТ БИМП, были отмечены достоверно более высокие результаты: синдром гипервозбудимости купировался у 60% детей, имевших его до лечения, вегето-висцеральные нарушения – у 80%, признаки угнетения ЦНС исчезли у 67%. Терапевтическая эффективность лечения с применением ТСМТ БИМП была подтверждена положительной динамикой по результатам специальных методов исследования. Паттерн реактивности альфа-ритма у детей ОГ отличался замещением реакций синхронизации в ряде отведений на десинхронизацию, что свидетельствует об увеличении активации неокортекса ($F_{20, 300} = 1,84$, $p < 0,05$). Поскольку в результате серии сеансов нейрореабилитации у детей с ДЦП значительно улучшились двигательные функции верхних конечностей, выявленные нами перестройки паттерна ЭЭГ в частотной полосе альфа-ритма можно рассматривать как проявление процессов благоприятной реорганизации нейронных цепей.

Заключение. Таким образом, на основании проведенного исследования доказана целесообразность применения ТСМТ БИМП в комплексном лечении детей с ДЦП. Доказано преимущество включения данного вида физиотерапии в комплекс традиционного лечения рассматриваемой патологии. Было выявлено положительное влияние данного вида физиотерапевтических процедур на церебральную гемодинамику, установлены мягкий вазостимулирующий, стимулирующий, противоотечный, седативный и спазмолитический эффекты низкочастотной ТСМТ БИМП. Данный метод магнитотерапии можно применять для лечения детей с церебральным параличом в условиях стационара и на поликлиническом этапе.

Список литературы:

1. Гурова Н.Ю., Бабина Л.М. Применение магнитофореза глутаминовой кислоты и сульфата магния в реабилитации детей с церебральным параличом / Журнал неврологии и психиатрии. 2007; 12: 45–49.
2. Sanes JN, Donoghue JP. Plasticity and primary motor cortex. Ann. Rev. Neurosci. 2000; 23: 393–415.
3. Гурова Н.Ю., Бабина Л.М. Эффективность динамической магнитотерапии с частотой модуляции 10 Гц в комплексе санаторно-курортной реабилитации детей с церебральным параличом / Вопр. курортологии. 2007; 6: 29–32.
4. Мясников И.Г., Бурмистров А.Л. Магнитотерапия сосудистых заболеваний головного мозга. <http://medprom/tu/medprom/28563>.
5. Васильева М.Ф., Соловьева Е.Р. Магнитотерапия в лечении неврологической патологии у детей первого года жизни: 6-й Всерос. съезд физиотерапевтов. СПб., 2006: 214–215.
6. Улащик В.С. Теоретические и практические аспекты общей магнитотерапии / Вопр. физиотерапии. 2001; 5: 3–8.
7. Азов С.Х. Методологические основы физиотерапии: Учебное пособие. Ставрополь: ОАО «ТОТ», 1991. (учеб. пособие для врачей и психологов) / СПб.: Речь, 2005; 332 с.
8. Хритинин Д.Ф. и др. Психосоциальная помощь пациентам с психическими расстройствами и их семьям: состояние, проблемы и пути их решения // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2008; 3: 78–82.
9. Медицинская реабилитация. Под ред. В.М. Боголюбова. Кн. III. Изд. 3-е, 7. испр. и доп. / М.: Бином, 2010; 368 с.
10. Физиотерапия: национальное 13 руководство. Под ред. Г.Н. Пономаренко / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 864 с.
11. Райгородская Н.Ю. Использование битемпоральной низкоинтенсивной магнитотерапии в комплексном лечении гипоталамического синдрома пубертатного периода у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2004; 27 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА ЖЕЛУДКОМ И КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ

Батаев С.М., Разумовский А.Ю., Чумакова Г.Ю., Игнатьев Р.О.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Контактная информация: Батаев Саидхасан Магомедович, главный научный сотрудник НИИ клинической хирургии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России; 123317. г. Москва. ул. Островитянова, 1; +7-926-016-91-19; e-mail: khassan-2@yandex.ru

Введение. Качественным показателем любого хирургического лечения является оценка отдаленных результатов и качества жизни пациентов после перенесенных операций. В отечественной и зарубежной литературе количество публикаций, посвященных этим аспектам, невелико, что и предопределило актуальность проведения работы [1–9].

Материал и методы. За 10 лет в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы было выполнено 82 операции пластики глотки и пищевода. Все операции были выполнены одной и той же бригадой хирургов. Мы подвергли анализу отдаленные результаты операций посредством анкетирования. Вопросы в анкетах были составлены нами

специально для этой группы пациентов. Из 82 оперированных детей нам удалось определить точные адреса лишь 64 из них. Анкета состояла из 2 групп вопросов. Первая группа включала 34 вопроса, посвященных оценке результатов операции. Вторая группа вопросов была составлена для оценки качества жизни респондента (оценки психологического статуса респондентов, характера их взаимоотношений со сверстниками и вопросы по самооценке).

Результаты. Из 64 разосланных анкет мы получили ответы лишь от 32 пациентов. Из 32-х опрошенных нами респондентов полностью здоровыми себя считают 4 (12,5%), 22 (68,8%) оценивают свое состояние как удовлетворительное и 5 детей (15,6%) как неудовлетворительное. Один ребенок (3,1%) умер в возрасте 15 лет, через 8 лет после пластики пищевода. Причиной смерти явился гнойный медиастинит и перикардит, возникший на фоне эрозивно-язвенного эзофагита. Таким образом, анализ отдаленных результатов операции и качества жизни оценен у 31 респондента.

Выводы. 1. Подавляющее большинство респондентов (81,3% случаев) в отдаленные сроки после колоэзофагопластики оценивают свое состояние как хорошее или удовлетворительное. 2. Свое качество жизни считают удовлетворительным 89,5% респондентов, что позволяет им по праву считать себя полноценными членами общества.

Список литературы:

1. Разумовский А.Ю., Степанов Э.А., Романов А.В., Батаев С.М., Захаров А.И., Алхасов А.Б. Сравнительная оценка результатов колоэзофагопластики у детей при проведении трансплантата за грудиной и в заднем отделе средостения / *Детская хирургия*. 2000 (3):4–8.

2. Батаев С.М., Разумовский А.Ю., Захаров А.И., Мартьянов А.В., Богаева И.И. О сроках выполнения пластики пищевода у детей с его атрезией / *Хирургия*. 2002 (11):8–13.

3. Verlag G.T. Outcomes of Esophageal Replacement: Gastric Pull-Up and Colonic Interposition Procedures. *Eur J pediatr Surg*. 2018.28(01):022-029. DOI:10.1055/s-0037-1607041.

4. Liu Jia MM, Yang Yifan MM, Zheng. Surgical outcomes of different approaches to esophageal replacement in long-gap esophageal atresia: A systematic review. *Medicine*: 2017.96(21) e6942. Doi:10.1097/MD.0000000000006942.

5. Gallo G., Zwaveling S., Groen H., Zee D., Hulsher J. Long-gap esophageal atresia: a meta-analysis of jejunal interposition, colon interposition, and gastric pull-up. *Eur J Pediatr Surg*. 2012.22 (6):420 – 425. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1331459>.

6. Батаев С.М., Разумовский А.Ю., Степанов Э.А., Захаров А.И., Попов И.В., Стеценко Х.В. Качество жизни пациентов после колоэзофагопластики, выполненной в детском возрасте / *Хирургия*. 2002 (5):48–53.

7. Bradshaw CJ, Sloan K, Morandi A, Lakshminarayanan B, Cox SG, Millar AJW. Outcomes of Esophageal Replacement: Gastric Pull-Up and Colonic Interposition Procedures. *Eur. J Pediatr Surg*. 2018.28(1):22-29. doi: 10.1055/s-0037-1607041.

8. Spitz L. Esophageal replacement: overcoming the need. *J Pediatr Surg*. 2014.49 (6):849 – 852. DOI:10.1016/j.jpedsurg.2014.01.011.

9. Riediger C., Maak M., Sauter B., Friess H., Rosenberg R. Surgical management of medicamentous, uncontrollable biliary reflux after esophagectomy and gastric pull-up. *Eur J Surg Oncol*. 2010.36 (7):705 – 707. DOI:10.1016/j.ejso.2010.04.013.

АКТИВНОСТЬ И ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Беркутова И.Ю.

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

Контактная информация: Беркутова Ирина Юрьевна, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр физической культуры и спорта»; г. Москва, Россия; 8-916-901-16-01; irina.kindness@gmail.com

Актуальность. Реабилитация в концепции МКФ (международной классификации функционирования) требует от специалистов проводить оценку, планирование и оказание помощи не только с учетом нарушений структур и функций организма, но и факторов окружающей среды, активности и участия пациента и его личностных факторов [2, 3]. Практика показывает, что факторы окружающей среды могут быть как ресурсами, так и барьерами на пути эффективной реабилитации [1].

Цель исследования. Проанализировать эффективность реабилитации на примере клинического случая, связь между количеством занятий и результатами реабилитации.

Материалы и методы. Клинический случай: мальчик 8 лет, диагноз ДЦП, спастическая диплегия, 3 уровень по шкале больших моторных функций (GMFCS), ходит с помощью взрослого или с использованием ходунков. Психическое и речевое развитие практически соответствует возрастной норме. Пять дней в неделю учебные занятия в школе (три дня очно, два дня дистанционно), множество регулярных занятий разными видами активности: посещение реабилитационного центра, занятия дома, плавание, следж-хоккей, горные лыжи, скалолазание, музыкальные занятия. Несложно понять, что такой насыщенный график требует большого количества самых разных ресурсов у всей семьи (временных, физических, психологических, финансовых и др.). Это полная многодетная семья, где родители ещё и работают. Основные цели реабилитации на текущее время, по мнению участников процесса: ребенок – научиться самостоятельно справляться со всем необходимым при посещении туалета, родители – улучшение качества ходьбы, специалисты – с ребенком работают семь специалистов на регулярной основе из разных учреждений, цели у всех разные и направлены на расслабление мышц, развитие выносливости и координации, обучение различным новым и интересным навыкам, социализацию.

В своей работе мы использовали следующие методы исследования: педагогическое наблюдение, структурированные интервью мамы, папы, ребенка и специалистов, тестирование двигательных возможностей ребенка, методы математической статистики.

Результаты. Мы тщательно проанализировали следующие факторы: виды активностей ребенка в течение дня и в течение недели, время нахождения в разных позах, способы перемещения ребенка, навыки самообслуживания на текущий период, психологический климат в семье, затрачиваемые ресурсы, связь между интенсивностью реабилитационных мероприятий и целями, обозначенными всеми участниками процесса, удовлетворенность результатами. Полученные данные исследования обсудили с семьёй, попробовали совместно пересмотреть уровень нагрузки, структурировать логику занятий, наладить связь между специалистами.

Выводы. Разрозненность специалистов, оказывающих реабилитационную помощь конкретному ребенку, отсутствие единой цели реабилитации (актуальной, реалистичной, достижимой, ориентированной по времени) приводят к неудовлетворенности результатами реабилитации всех членов команды (ребенок, родители, специалисты), отсутствию корреляции между затраченными ресурсами и эффективностью вмешательств, несоответствию между целями и набором реабилитационных занятий.

Список литературы:

1. Ключкова Е.В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. – М.: Теревинф, 2014. – 288 с. – ISBN 978-5-4212-0191-5.
2. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е.В. Семёнова, Е.В. Ключкова, А.Е. Коршикова-Морозова,

А.В. Трухачёва, Е.Ю. Заблоцкис. – М.: Лепта Книга, 2018. – 584 с. – (Серия «Азбука милосердия»: метод. и справ. пособия.) ISBN 978-5-91173-531-9.

3. МФ-браузер ICF Browser (who.int).

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ И РЕБЕНОК С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

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

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы». Москва, Россия

Контактная информация: Бойко Екатерина Алексеевна, ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы»; Мичуринский пр-т, 74; +8-926-855-25-72; boykoea26@gmail.com

Актуальность. Выбор образовательного маршрута детей с ОВЗ осуществляется при помощи психолого-медико-педагогической комиссии. По результатам обследования ребенка ПМПК рекомендует форму и специальные условия получения образования. До 2020 года семья ребенка с ОВЗ могла выбирать форму обучения, но с наступлением пандемии коронавируса все дети были вынуждены перейти на дистанционное обучение. Дистанционное обучение – это заочная форма получения образования, особенностью которой является использование цифровых технологий. Однако, возникает вопрос: всем ли одинаково подходит такая форма обучения?

Цель. Выявить и проанализировать достоинства и недостатки дистанционного обучения детей с ОВЗ с точки зрения их родителей.

Материалы и методы. На базе Дневного стационара № 1 и поликлинического отделения ГБУЗ «НПЦ ДП» ДЗМ медицинскими психологами было проведено анкетирование 60 родителей детей с ОВЗ, обучающихся дистанционно, которые ранее обучались очно. Анкета состоит из описания наиболее распространенных плюсов и минусов дистанционного обучения, собранных в ходе бесед с родителями. Заполняя бланк, необходимо согласиться или не согласиться с утверждением; также имеется возможность добавить свои плюсы и минусы и прокомментировать предложенные.

Результаты. Среди плюсов дистанционного обучения детей с ОВЗ родители выделяют следующее (от более значимых к менее значимым): минимизация контактов с инфекциями; экономия времени на дорогу; домашняя еда; возможность высыпаться (как ребенку, так и родителю); увеличение времени на прогулку и общение в семье; менее стрессовая домашняя обстановка; меньше финансовых затрат. Среди минусов дистанционного обучения отмечают (также по степени значимости): высокая экранная нагрузка; увеличение родительской ответственности; снижение физической активности; недостаточное внимание со стороны учителя в онлайн-конференциях; трудности удержания внимания на экране; снижение внимания к концу дня, высокая утомляемость; ограничение общения со сверстниками; технические сложности; нарушение режима дня; переизбыток энергии, влекущий за собой проблемное поведение.

Анализ собранного материала выявляет, что преимущества и недостатки дистанционного обучения ребенка с ОВЗ напрямую зависят от характера и типа его нарушений. Помимо когнитивных функций, эмоций и поведения, большую роль играет семья. По нашим наблюдениям, эмоционально стабильные семьи могут самостоятельно справляться с трудностями, возникающими при дистанционном обучении. И наоборот, нестабильная семья может эти трудности провоцировать.

Выводы. Детям с ОВЗ необходим индивидуальный подход в выборе и организации программы дистанционного обучения. Правильная организация и адаптация такой формы

обучения к индивидуальным особенностям ребенка поможет повысить его успеваемость и снять эмоциональное напряжение всей семьи.

Список литературы:

1. Л.М. Пономарева, Н.В. Бабкина Особенности реализации коррекционно-развивающей области для обучающихся с ЗПР в условиях перехода на обучение в дистанционном режиме: Рекомендации Минпросвещения России от 30.03.2020 № б/н.
2. Памятка для педагогов-психологов по организации сопровождения обучающихся с расстройствами аутистического спектра в условиях перехода на обучение в дистанционном режиме: Памятка Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра от 30.03.2020 № б/н.
3. И.А. Костин, О.С. Никольская. Рекомендации по организации домашнего режима в условиях дистанционного обучения ребенка с РАС: Рекомендации Минпросвещения России от 30.03.2020 № б/н.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: СОЧЕТАНИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НЕКИНЕЗИОГЕННОЙ ДИСТОНИИ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИИ

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

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы». г. Москва, Российская Федерация

Контактная информация: Борисова Марина Николаевна, ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ»; borisovam62@yandex.ru

Актуальность. В связи с эпизодическим характером проявлений пароксизмальные дискинезии могут трактоваться как эпилепсия. Кроме того, существуют синдромы, при которых у одного пациента наблюдаются эпилепсия и пароксизмальная дискинезия.

Цель. Представляем клиническое наблюдение пациента с пароксизмальной некинезиогенной дискинезией и генерализованной эпилепсией с атипичными абсансами и миоклоническими приступами, вызванной гетерозиготной мутацией в гене KCNMA1 на хромосоме 10q22.

Материалы и методы. Пациент С., 12 лет. Дебют пароксизмальных состояний в возрасте 7-8 месяцев в виде кивков и открываний рта, «замираний» на несколько секунд. Частота приступов до десятков в день, серийное течение. ЭЭГ: зарегистрированы высокоамплитудные тета-волны по всем отведениям. В возрасте 2-х лет присоединились приступы с орофарингеальными автоматизмами, пропульсивные или ретропульсивные, с потерей постурального тонуса и падением. ЭЭГ: эпилептиформная активность во сне индексом 30%, билатеральная синхронизация по височным отведениям, вспышки генерализованной эпилептиформной активности. В 2011 году при проведении ВЭЭГ наряду с эпилептическими приступами выявлены пароксизмальные состояния неэпилептического генеза: пароксизмальный некинезогенный хореоатетоз. МРТ головного мозга: структурных изменений не выявлено. Последовательно и в сочетаниях назначались противоэпилептические препараты (вальпроаты, топирамат, фенобарбитал, леветирацетам, окскарбазепин, этосуксимид, ламотриджин, карбамазепин, дифенин, зонисамид, клоназепам) без существенного эффекта. В возрасте 4-х лет проведен первый курс гормонотерапии, наблюдалась кратковременная ремиссия приступов. После второго курса гормонотерапии уменьшения частоты приступов не отмечалось. В марте 2019 года в терапию введен леветирацетам. На фоне дуотерапии клоназепам и леветирацетам эпилептические приступы купированы в июле 2019 года. ВЭЭМ от 2020 года: во сне и в бодрствовании зарегистрирована мультифокальная эпилептиформная активность индексом 5–10%. В

состоянии бодрствования отмечены события, которые с учетом клинко-электроэнцефалографических коррелятов имеют неэпилептический характер. В настоящее время сохраняются некинезиогенные приступы дискинезии с началом в орофарингеальной мускулатуре в виде серии открываний рта с присоединением баллизма в руке, нарушением тонуса в ногах с потерей баланса туловища и падением до десятков раз в день. Молекулярно-генетическое обследование в 2018 году: гетерозиготная мутация в гене KСNMA1 на хромосоме 10q22, ассоциированная с пароксизмальной некинезиогенной дискинезией с или без генерализованной эпилепсии.

Результаты и выводы. Таким образом, наблюдение демонстрирует важность дифференцирования эпилептических пароксизмов с неэпилептическими пароксизмальными состояниями. Кратковременность и тонический характер судорог при пароксизмальных дискинезиях могут напоминать простые фокальные приступы. Только использование инструментальных методов (видео-ЭЭГ-мониторинг) позволяет определить неэпилептический вариант приступов, а медико-генетическое обследование – установить точный диагноз и судить о возможном прогнозе заболевания.

Список литературы:

1. Дифференциальный диагноз эпилепсии: Под ред. Е.Д. Белоусовой, А.Ю. Ермакова. – М.: Пульс, 2007. – 364 с.
2. <https://www.omim.org/entry/609446> # 609446 Paroxysmal nonkinesigenic dyskinesia, 3, with or without generalized epilepsy; PNKD3.
3. International Journal of Molecular Sciences Review. Clinical and Genetic Overview of Paroxysmal Movement Disorders and Episodic Ataxias. Published: 20 May 2020.

БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА – КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Валиев В.К., Красавина Д.А., Иванов Ю.И.

ФГБУ ДПО Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов Минтруда России, г. Санкт-Петербург

Контактная информация: Валиев Венер Камилович, г. Санкт-Петербург, ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России; +7-981-180-49-67; Vvaliev.vener@yandex.ru

Актуальность. Болезнь Вильсона – Коновалова (БВК), гепатолентикулярная дегенерация, гепатоцеребральная дистрофия – тяжелое прогрессирующее наследственное заболевание, в основе которого лежит нарушение экскреции меди из организма, приводящее к избыточному накоплению этого микроэлемента в тканях и сочетанному поражению паренхиматозных органов и головного мозга. Распространенность (Orphanet) составляет 1–9 случаев на 100 000 населения; в среднем 1 на 25 000, ежегодная частота выявления новых случаев – от 1 на 30 000 до 1 на 100 000 населения. Носителем дефектного гена по ориентировочным оценкам является каждый 90–100-й человек (1%).

Цель. Оценить возможности применения ботулинического токсина типа А (БТА) в купировании спастичности и боли у пациента с диагнозом БВК.

Материалы и методы. Пациент N, 9 лет, с диагнозом БВК с проявлениями мышечной дистонии поступил в отделение реанимации СПбГПМУ. В течение первой недели отмечается повышение мышечного тонуса в плечевом поясе, шее, собственной мышце языка, мимических мышцах, контрактура ВНЧС. С формированием отводящей контрактуры правого плечевого сустава, пронационной контрактурой левого плечевого сустава, разгибательной контрактурой правого локтевого сустава, сгибательной контрактурой левого локтевого сустава, разгибательной контрактурой правого запястья и кисти, сгибательной контрактурой левого запястья и кисти. Проведена БТА спастических групп мышц. В динамике после проведенной БТА-терапии купирован спастический и

болевым синдромом, но возникла спастичность в других мышцах, что потребовало проведение второго этапа ботулинотерапии.

Результаты. В протокол первого этапа БГА были включены мышцы, участвующие в образовании мышечных контрактур: m. pectoralis major end minor, m. biceps brachi, m. brachialis, m. triceps, m. flexor carpi ulnaris, m. flexor carpiradialis, m. pronator teres, m. flexor digitorum superficialis, m. flexor digitorum profundus, m. extensor digitorum, m. lumbricales. Также в протокол были включены m. trapezius, собственные мышцы языка и мимические мышцы: m. orbicularis oris, m. levator anguli oris. Через две недели после проведения первого этапа БГА отмечалась положительная динамика со снижением мышечного тонуса в инъецируемых мышцах. Во второй этап БГА были включены мышцы, в которых отмечалось повышение мышечного тонуса. Через месяц при осмотре у ребёнка наблюдалась положительная динамика с купированием болевого синдрома и мышечной спастичности.

Выводы. У пациентов с диагнозом БВК для купирования возникающей дистонии и болевого синдрома применяются препараты ботулинического токсина типа А, которые позволяют эффективно и безопасно снизить мышечный тонус и предотвратить образование стойких контрактур и купировать выраженный болевой синдром.

Список литературы:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Вильсона – Коновалова (гепатолентикулярная дегенерация). Проект 05.12.13. – М.: 2013.
2. Amit Batla. Dystonia: A review. Neurol India. Search in PubMed. Search in NLM Catalog. Mar-Apr 2018.
3. Quyen N Luc, Jyes Querubin. Clinical Management of Dystonia in Childhood. Paediatr Drugs. 2017 Oct.
4. Thomas D Steeves, Lundy Day, Jonathan Dykeman, Nathalie Jette, Tamara Pringsheim. The prevalence of primary dystonia: a systematic review and meta-analysis. Mov Disord. 2012 Dec.
5. I M Skogseid. Dystonia--new advances in classification, genetics, pathophysiology and treatment. Acta Neurol Scand Suppl. 2014.

РЕАБИЛИТАЦИЯ КОКЦИГОДИНИИ У ЮНЫХ ТАНЦОВЩИЦ И ГИМНАСТОК

Васильев О.С.¹, Сафоничева О.Г.²

¹ ФГБУ ДПО Центральная государственная медицинская академия УД Президента РФ, Москва, Российская Федерация

² ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Российская Федерация

Контактная информация: Васильев Олег Станиславович, ФГБУ ДПО Центральная государственная медицинская академия УД Президента РФ, Москва, Российская Федерация; iaam@yandex.ru

Актуальность. У девочек-подростков, которые мотивированы заниматься в студиях хореографии, балета, спортивных секциях художественной гимнастики из-за профессиональных нагрузок часто возникает болевой синдром – кокцигодина, который может иметь широкую локализацию, начиная от поясничного отдела позвоночника и заканчивая проксимальной областью бедра (Manotas J.A. et al., 2020).

Если у обычных детей кокцигодина может иметь разные причины, то кокцигодина у юных спортсменов в подавляющем большинстве случаев связана с

некомпенсированным мышечным гипертонусом тазового пояса на фоне необходимости выполнения повышенного объема движения в тазобедренном суставе (Finsen, 2020), особенно в «выворотном» положении, то есть при сгибании-разгибании в тазобедренном суставе в положении внешней ротации. Поэтому у данной категории лиц кокцигодиния приобретает специфическую форму (т.н. спортивную кокцигодинию), которая характеризуется наличием стойкого локального гипертонуса и повреждением от перегрузки сухожильно-мышечно-связочного аппарата в области таза и тазобедренных суставов (Mabrouk A. et al., 2020). Специфичность этиологии и механизма развития кокцигодинии у данной категории лиц диктует специфичность средств и методов реабилитации данного состояния.

Цель. Разработка комплексного подхода реабилитации профессионально-обусловленной кокцигодинии у девочек-подростков, занимающихся в студиях хореографии, балета, спортивных секциях художественной гимнастики.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 46 юных спортсменов и танцовщиц от 10 до 14 лет. Основную группу составили 34 подростка с D.S. Кокцигодиния, контрольную группу составили 12 бессимптомных подростков, тренирующихся в тех же коллективах. Оценку болевого синдрома проводили пальпаторно по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ). Качество реабилитационных мероприятий оценивали при помощи спортивно-хореографического тестирования по 10-балльной шкале.

Результаты. Разработан 2-недельный курс реабилитационных мероприятий, направленных на купирование мышечного гипертонуса при помощи мягких мануальных техник, с использованием инъекционной терапии (Лидокаин, 0,1% 2 мл + Траумель С, 2,2 мл) и специально подобранных физических упражнений на релаксацию спазмированных мышц. После проведенного 2-недельного курса реабилитации представителям основной группы, различия при пальпации по шкале ВАШ и по данным спортивно-хореографического тестирования между основной и контрольной группами практически отсутствовали ($\chi^2 = 1.948$, $p > 0.05$), что подтверждает эффективность данного курса.

Выводы. Реабилитация кокцигодинии у девочек-подростков, которые мотивированы заниматься в студиях хореографии, балета, спортивных секциях художественной гимнастики требует комплексного подхода с учетом нелекарственных методов физической и реабилитационной медицины. Решение о характере модификации тренировочного процесса и подбор упражнений физической реабилитации рекомендуется проводить совместно с личным тренером-хореографом пациента и с учетом результатов спортивно-хореографического тестирования.

Список литературы:

1. Finsen V, Kalstad A, Knobloch RG. The effect of injection therapy and operation of coccydynia on the schooling and physical activity of adolescent patients. *Orthop Rev (Pavia)*. 2020b;12(3):8619.
2. Mabrouk A, Alloush A, Foye P. Coccyx Pain In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2020 Jan.
3. Manotas JA, Pérez SG, Suárez MJ Coccydynia: Quick Review. *Rheumatology (Sunnyvale)*, (2020) Vol.10 Iss.2 No:261, pp 1-7.

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ В ПЕДИАТРИИ

Вахова Е.Л.¹, Выборнов Д.Ю.²

¹ ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», г. Москва, Россия

² ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», г. Москва, Россия

Контактная информация: Вахова Екатерина Леонидовна, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», г. Москва, Россия; 8-499-766-70-47; 6057016@mail.ru

Актуальность. За многие десятилетия в нашей стране создана огромная научно-практическая база пелоидотерапии, не имеющая аналогов в мире. Лечебная грязь является одним из наиболее важных природных лечебных факторов и занимает ведущее место на санаторно-курортном этапе реабилитации детей с органическими заболеваниями нервной системы. Воздействие на рефлекторно-сегментарную зону и пораженные конечности у таких детей способствует улучшению церебральной гемодинамики, активации функционирования нейронов головного мозга, улучшению координационных взаимоотношений мышц, повышению двигательных возможностей [1].

Грязевые аппликации в комплексе с процедурами биорезонансной терапии у детей с ревматоидным артритом способствуют развитию вазодилатационного эффекта с повышением процессов свободно-радикального окисления, выраженному противовоспалительному эффекту [2].

По данным экспериментальных и клинических исследований под влиянием грязевых аппликаций на область глаза активизируются обменно-трофические процессы, повышается проницаемость роговой оболочки для лекарственных средств, процессы рассасывания фибрина, инфильтратов, рубцов [3].

Под влиянием грязевых аппликаций улучшаются электрофизиологические показатели, увеличивается максимальная произвольная сила мышц, силовая выносливость у детей с травмами опорно-двигательного аппарата [4].

В последние годы наметилась тенденция перехода от классических методов грязелечения в сторону применения более экономичных, менее трудоёмких процедур: электрогрязелечение, тонкослойные методики с минимальным расходом на процедуру.

В связи с широким развитием внекурортного грязелечения, получило распространение пакетированное грязелечение, лечение методом тонкослойных аппликаций.

В настоящее время в клинической практике для проведения тонкослойных грязевых аппликаций активно применяется препарат лечебной грязи с активными гуминовыми кислотами «Гомед-аппликат», производимый только из специально подобранных экологически чистых торфов без применения химических материалов.

Вместе с тем, отказ от активного «большого» теплолечения на курорте требует не только научного обоснования перехода на «малое» грязелечение, но и действенных организационно-методических мер для сохранения классических эффективных методик грязелечения.

Список литературы:

1. Чепурная Л.Ф. Изучение грязелечения у больных спастическими формами детского церебрального паралича на евпаторийском курорте / Курортная медицина. 2019, № 4:81-87.
2. Поберская В.А., Лян Н.А. Пелоидотерапия в педиатрической практике в условиях бальнеогрязевого курорта / Вестник восстановительной медицины. 2020, № 4:77-81.
3. Nizankowska H, Ogielska E, Diłaj I. Health resort treatment of eye diseases caused by ischemia *Pol Tyg Lek.* 1992 May 18-25;47(20-21):445-6.
4. Корягина Ю.В., Рогулева Л.Г., Нопин С.В., Тер-Акопов Г.Н. Способ применения лечебной грязи тамбуканского озера для восстановления и реабилитации спортсменов. Патент на изобретение № 2700935 С1 от 16.03.2019.

МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

¹ ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», г. Москва, Россия

² ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», г. Москва, Россия

Контактная информация: Вахова Екатерина Леонидовна, ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ»; 8-499-766-70-47; 6057016@mail.ru

Актуальность. Удельный вес травм верхних конечностей, сопровождающихся повреждением нервов, составляет от 1,5 до 10%, что определяет тяжесть травмы и ее исход. Высокая частота повреждений периферических нервов верхней конечности, риск развития нарушений или утраты функции, инвалидизации пациента требует не только активного консервативного лечения, но и нередко хирургического вмешательства [1, 2].

Среди повреждений периферических нервов, вне зависимости от вида травмы, преобладают повреждения на уровне плечевого сустава (26,35%), на долю травм нижней трети предплечья приходится 14,52%, на область средней и нижней трети плеча – 8,47%, в области локтевого сустава и средней трети предплечья частота травмы нервов составляет 4,65% [2, 3].

Травмы нервных стволов конечностей в большинстве случаев требуют проведения длительной этапной медицинской реабилитации. Физические факторы занимают одно из ведущих мест в системе медицинской реабилитации больных с травматическими невропатиями.

Вместе с тем до настоящего времени отсутствуют четкие рекомендации по ведению и реабилитации детей с повреждением периферических нервов в послеоперационном периоде, отсутствует единый алгоритм реабилитационных мероприятий. Поэтому актуальность поиска и разработки новых эффективных технологий медицинской реабилитации детей с повреждением периферических нервов не вызывает сомнений.

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.

Одной из перспективных технологий является реабилитационный комплекс с биологической обратной связью «Аника», предназначенный для коррекции двигательных нарушений верхних конечностей, восстановления мелкой моторики. Различные варианты игровых демонстраций, многочисленные параметры настроек упражнений позволяют назначать дифференцированный уровень сложности игры, темп выполнения упражнений для каждого пациента.

Результаты проведенных исследований свидетельствовали о целесообразности и эффективности применения данного реабилитационного комплекса у детей с посттравматической невропатией, что характеризовалось достоверным приростом мышечной силы и объема активных движений в кисти, ранним восстановлением амплитуды движений в локтевом суставе, уменьшением степени гипотрофии поврежденной конечности и регистрацией признаков восстановления нервного волокна по данным игольчатой миографии.

Список литературы:

1. Маргасов А.В. Актуальные проблемы травмы периферических нервов / Российский медицинский журнал. 2018, № 12(1): 21–24.
2. Романова М.Н., Зорин В.И., Жила Н.Г. Опыт ультразвуковой диагностики повреждений нервов верхней конечности у детей / Детская хирургия. 2012, № 3: 34–37.
3. Живолупов С.А., Гневьшев Е.Н., Рашидов Н.А., Самарцев И.Н. Клинические исследования. Нейропластические закономерности восстановления функций при травматических невропатиях и плексопатиях / Вестник Российской военно-медицинской академии. 2015, № 1(49): 81–90.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРЕНАЖЕРНЫХ УСТРОЙСТВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП

Власенко С.В., Мамыкина Г.Э., Османов Э.А., Отинов М.Д., Кушнир Г.М.

ГБУ РК «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», Симферополь

Контактная информация: Власенко Сергей Валерьевич, ГБУ РК «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», Симферополь, +7-978-766-55-46; vlasenko65@rambler.ru

Актуальность проблемы детского церебрального паралича определяется широкой его распространенностью и именно инвалидизирующими последствиями, что приводит к ранней детской инвалидности, что в последствии влияет на социальную значимость в развитии ребенка.

В восстановительном лечении больных с детским церебральным параличом, где требуются длительное многократное повторение однотипных движений, механотерапия необходима в качестве обязательной составляющей. Локальность воздействия, возможность дозировать сопротивление, определенная ритмичность – все это делает аппаратные тренировки особо ценным лечебным средством [1, 2, 3, 4].

Цель. Выявить эффективность использования тренажерных устройств в реабилитации детей со спастическими формами детского церебрального паралича.

Материалы и методы. Целевая группа проекта – 20 детей в возрасте 11–12 лет со спастическими формами, одинаковым уровнем физической подготовленности (по данным предварительного педагогического исследования). Реализация программы состояла из трех этапов: адаптационного, тренирующего, стабилизирующего. Курс составил 21 день. Продолжительность занятия 25 минут.

Было сформировано две группы. В основной группе применяли занятия на тренажерах «МОТОмед», беговой дорожке и гантельную гимнастику (в качестве разминки). В контрольной группе применяли занятия по адаптивной физической культуре, включающие в себя гантельную гимнастику.

Для определения эффективности реабилитационных мероприятий исследовали следующие показатели: антропометрические (масса тела, рост, динамометрия), кардиореспираторной системы (ЧСС, АД, проба Штанге), двигательные качества (гибкость, выносливость, ловкость и силу), психологического состояния (тест-опросник школьной тревожности Филлипса).

Результаты. Основным критерием оценки эффективности механотерапии служили физические тесты, проводимые после курса тренировок среди детей основной и контрольной группы. По окончании тестов была отмечена значительная положительная динамика показателей в основной группе, по отношению к контрольной.

Выводы. Регулярные занятия гимнастикой и на механотерапевтических устройствах детей со спастическими формами детского церебрального паралича благоприятно влияют на восстановление физического и психического здоровья.

Улучшение функциональных показателей позволило улучшить жизненные показатели, добиться снижения спастического синдрома и увеличения работоспособности детей, что в свою очередь улучшило их уровень жизни.

Список литературы:

1. Гросс, Ю.А. Применение тренажерных устройств в процессе реабилитационных занятий физическими упражнениями детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Автореф. дис. ... канд. пед. наук / Гросс Ю.А. – М., 1998. – 24 с.
2. Современные методики физической реабилитации детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / Под общ. ред. Н.А. Гросс. – М.: Советский спорт, 2005. – 235 с.: ил. – (Физическая культура и спорт инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья).
3. Миронов, В.Л. МОТОмед. Больше, чем тренажер // Жизнь с ДЦП: проблемы и решения. – 2009. – № 3. – С. 38–39.
4. Семенова, К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом / К.А. Семенова. – М.: Закон и порядок, 2007. – 616 с. – (Серия «Великая Россия. Наследие»).

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Власенко С.В., Приходько Н.А., Ромашенко Е.И., Нейтшаева Э.О., Криницкая И.В.

ГБУ РК «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Симферополь, Российская Федерация

Контактная информация: Власенко Сергей Валерьевич, ГБУ РК «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Симферополь; +7-978-766-55-46; vlasenko65@rambler.ru

Актуальность. В настоящее время дети, проходящие реабилитацию в стационарных отделениях Республики Крым, при достижении совершеннолетия покидают детские учреждения и становятся предоставленными сами себе. Семьи инвалидов, как и сами «вчерашние» воспитанники детских учреждений, испытывают острую нехватку поддержки и понимания со стороны общества и социальных служб. Специалисты, ведущие свою работу с детьми, близкими к достижению совершеннолетия, отмечают необходимость дальнейшей реабилитации для сохранения полученных знаний, умений и навыков, а также перенос этих навыков на реальные жизненные ситуации [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Целью настоящего исследования стало изучение эффективности организации преемственности работы реабилитационных учреждений в Республике Крым. Для повышения эффективности реабилитационного процесса, необходимо учесть соматические, психические и личностные особенности каждого воспитанника, с целью нахождения индивидуального подхода при работе с ним и его семьей. Для облегчения социального взаимодействия взрослым инвалидам необходима безопасная и комфортная среда, где они могли бы реализовать свою потребность в общении, самореализации и самопрезентации.

Безусловно, неотъемлемой частью взросления является профессиональное самоопределение. С этой целью ГБУ РК «РЦДПОВ» проводит ежегодные самостоятельные заезды для детей с ограниченными возможностями со всех уголков Республики Крым. Дети находятся в стационарном отделении 21 день, без родителей. В ходе заезда дети сами посещают занятия специалистов: педагогов-психологов, дефектологов, логопедов, социальных педагогов, инструкторов АФК, массажистов. Также

они реализуют творческий потенциал. Дети учатся самостоятельности, ответственности, командной работе, самоконтролю, навыкам социально-бытового ориентирования. Их кругозор расширяется благодаря экскурсиям как по г. Симферополю, так и по всему Крыму.

По достижении совершеннолетнего возраста инвалиды имеют возможность получить профессиональное образование на базе ГБУ РК «Центр профессиональной реабилитации» г. Евпатории. Данное учреждение дает возможность получить такие профессии, как столяр строительный, садовник, швея, живописец, резчик по дереву и др. Учреждение имеет стационарное отделение, что дает возможность непрерывного обучения, активной социализации, обучения самостоятельности, ориентирования на местности (воспитанники центра могут знакомиться с местными достопримечательностями, знакомиться с местными жителями и т.д.).

Принцип преемственности в учреждениях, осуществляющих социальную реабилитацию, достигается за счет работы мультидисциплинарной команды специалистов: психологов, дефектологов, социальных педагогов, воспитателей и т.д.). Социальная служба в системе стационарных учреждений социальной защиты населения имеет свою специфику. Специалисты службы применяют на практике знания детской, возрастной психологии, педагогики, комплексно решают проблемы психического развития и поддержки детей, подростков с ограниченными возможностями. Для более эффективной работы специалисты ориентируются на «зону ближайшего развития», а также сенситивный период для каждого конкретного ребенка [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Наиболее перспективной в системе социально-реабилитационной поддержки детства и юношества является социальная служба, основанная на принципах работы не с «больным» ребенком, а с ребенком, имеющим некоторые ограничения в функционировании. В данном случае международная классификация функционирования позволяет раскрыть возможности и ограничения функционирования конкретного ребенка, в контексте деятельности мультидисциплинарной бригады специалистов. При данном подходе реабилитация ребенка проходит комплексно с учетом его возможностей и потребностей.

Список литературы:

1. Бабенкова Р.Д. Воспитание детей с церебральным параличом в семье / Р.Д. Бабенкова, М.В. Ипполитова, Е.М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 2010. – 64 с.
2. Гросс Н.А. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Н.А. Гросс. – М.: Академия, 2007. – 224 с.
3. Ефимов А.П. Принципы реабилитации детей с ДЦП / А.П. Ефимов // Человек и его здоровье: Матер. междунар. конгресса. – СПб., 1997. – С. 33–40.
4. Каграманова Т.В. Управление процессами медико-социальной реабилитации и социализации детей-инвалидов с церебральным параличом: Дис. ... канд. социол. наук / Т.В. Каграманова. – М., 2003. – С. 70–76.
5. Левченко И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, 2-е переизд. – М.: Просвещение, 2009. – 194 с.
6. Мардахаев Л.В. Социально-педагогическая реабилитация детей с ДЦП / Л.В. Мардахаев. – М.: МГСУ, 2010. – 195 с.
7. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие ДЦП / Под общ. ред. Г.Д. Селиванова. – М.: ЦИЭНТИН, 2009. – 331 с.
8. Семенова К.А. Детский церебральный паралич / К.А. Семенова, 2-е переизд. – М.: Медицина, 2011. – 259 с.
9. Шипицына Л.М. Детский церебральный паралич / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – СПб.: Дидактика плюс, 2011. – 298 с.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПО НАБЛЮДЕНИЯМ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ № 3

Волкова Л.В., Сафронова Н.А.

«ГБУЗ» НПЦ ДП ДЗМ, г. Москва, Россия, Алтуфьевское шоссе, 30Б

Контактная информация: Сафронова Наталия Альбертовна, ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии г. Москвы», дневной стационар № 3, Алтуфьевское шоссе, 30Б; 8-499-903-62-93; reg.ds3@yandex.ru

Актуальность. Расстройства аутистического спектра проявляются в диапазоне состояний, которые не только характеризуются определенным нарушением социального поведения, коммуникации и вербальных способностей, интеллектуальными нарушениями различной степени, но часто сопровождаются другими нарушениями, в том числе эпилепсией, депрессией, тревожным состоянием и гиперактивным расстройством с дефицитом внимания, нарушением пищевого поведения. Новый комплексный анализ пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра указывает на то, что такие дети в пять раз чаще сталкиваются с проблемами пищевого поведения, включая нарушение жевания, истерики и ритуальное поведение, связанные с приемом пищи, а также высокую степень избирательности в еде.

Цель. На примере пациентов отделения с расстройствами аутистического спектра оценить частоту встречаемости пищевых расстройств.

Материалы и методы. За период с 2018 по 2020 год в дневном стационаре № 3 проходили лечение 135 детей с установленными расстройствами аутистического спектра в возрасте от 2 до 12 лет. При анализе пищевого поведения этих пациентов было отмечено, что нарушения имели 108 (80%) детей.

Результаты. Из 108 пациентов наибольшую группу нарушений составила избирательность в еде – 60 пациентов (55%), ритуалы при приеме пищи отмечались у 10 (9%), нарушение жевания выявлено у 34 больных (32%), явления булимии – у 4 человек (4%).

Выводы. Расстройства пищевого поведения и, как следствие, ограниченный рацион питания, характерные для аутичных детей, могут стать причиной появления различных осложнений в долгосрочной перспективе.

Кроме того, распространенная тенденция к использованию диет в качестве формы лечения аутизма, предполагающих исключение отдельных групп продуктов, может еще больше усугубить проблемы питания у таких детей.

Внимательное отношение педиатров к вопросам питания детей с расстройствами аутистического спектра, с привлечением, при необходимости, нутрициологов, дает возможность родителям вовремя корректировать возникшие пищевые проблемы, воздержаться от неоправданных диет и избежать связанных с этим дополнительных нарушений развития.

Список литературы:

1. Горват К. и др. (Horvath, K. et al.) Желудочно-кишечные заболевания детей с нарушениями аутистического спектра (Gastrointestinal abnormalities in children with autistic disorder) / Журнал по педиатрии, ноябрь 1999, 135(5): 533.
2. Издание «Гипотезы», том 57, издание 6, декабрь 2001 г., стр. 714–717. Передняя часть коры головного мозга: связь желудочно-кишечных патологий с функционированием мозга пациентов с аутичными расстройствами (Anterior insular cortex: linking intestinal pathology and brain function in autism-spectrum subgroups).

3. Дж. Р. Лайтдейл Оценка желудочно-кишечной симптоматики аутичных детей (Evaluation of Gastrointestinal Symptoms in Autistic Children): Всемирный конгресс педиатрической гастроэнтерологии, август 2000.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА С ПОМОЩЬЮ АРТ-ТЕРАПИИ

Гаврилина С.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр детской психоневрологии департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва, Россия

Контактная информация: Гаврилина Светлана Алексеевна, г. Москва, ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», 8-915-334-47-45, rudolfirvin@gmail.com

Актуальность. По данным ВОЗ, количество детей с расстройствами аутистического спектра во всем мире стремительно увеличивается, и тенденция к росту сохранится и в будущем. Привлечение к реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра должно включать широкий круг специалистов и использование различных организационных форм помощи. Среди методов коррекции аутистических расстройств часто применяется песочная терапия [1]. Вариантом песочной терапии является песочная арт-терапия, которая объединила в себе песочную терапию с рисованием. Основной упор делается на творческое самовыражение ребенка. В настоящее время песочная арт-терапия используется при коррекции поведения детей с РАС для снятия напряжения, тревоги и раздражительности [3]. Также работа с песком проводится для активации и стимуляции ребенка, позже – для развития взаимодействия и построения диалога при совместной творческой работе [2].

Цель работы. Оценить эффективность использования песочной арт-терапии у детей с расстройствами аутистического спектра при коррекции поведения: формировании усидчивости, навыков работы в коллективе, улучшении и стабилизации настроения, при обучении следованию инструкциям взрослых.

Материалы и методы. Песочная арт-терапия – это метод социализации, передачи жизненного опыта, развития творческих способностей и навыков взаимодействия со значимым окружением. Педагог задает тему рисунка, показывает приемы, с помощью которых можно создать изображение. Далее дети стараются повторить рисунок, следуя инструкциям и подсказкам. Навык закрепляется путем повторения на занятии и на последующих встречах. Педагогом также используются элементы игры, обучающие анимационные видеоролики, классическая музыка.

Результаты. Положительными результатами терапии можно считать то, что почти все дети стараются проявлять интерес к групповым занятиям, начинают с радостью помогать друг другу по просьбе педагога, работают над новыми рисунками и с удовольствием занимаются в коллективе. Также дети стремятся изображать самостоятельно то, что им интересно.

Выводы. Занятия с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра, демонстрируют эффективность и доступность песочной арт-терапии при формировании усидчивости, закрепления навыков работы в коллективе, улучшении настроения. Терапия способствует развитию мелкой моторики, стабилизации эмоционального фона. Представляется, что песочную арт-терапию можно включать в комплексную реабилитационную программу для детей с расстройствами аутистического спектра.

Список литературы:

1. Зейц М. Пишем и рисуем на песке. Настольная песочница (адаптивный перевод с англ.). – М.: ИНТ, 2010. – 94 с.
2. Штейнхардт Л. Юнгианская песочная психотерапия. – СПб.: Питер, 2001. – 320 с.
3. Мальцева Н.А. Песочная терапия в работе с особым ребенком // Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Научно-практический сборник. Вып. 8. – М.: Теревинф, 2014. – С. 120–125.

СОВМЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГАРНИТУРЫ FORBREIN И КОМПЛЕКСА VALAMETRICS НА ОБЩИХ ЗАНЯТИЯХ ЛОГОПЕДА И КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕВРОТИЧЕСКИМ И НЕВРОЗОПОДОБНЫМ ЗАИКАНИЕМ

Гиленкова С.В., Суворова С.А., Филиппова Н.Е.

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

Контактная информация: Гиленкова Светлана Валерьевна, ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»; svegi@list.ru

Актуальность. В настоящее время огромное количество детей имеют различные нарушения речи. Одно из них – заикание. Заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Заикание относится к одному из самых распространенных расстройств речи.

Цель. Изучение эффективности одновременного совместного применения гарнитуры Forbrein и комплекса Valametrics в комплексной реабилитации детей с неврозоподобным и невротическим заиканием.

Материалы и методы. В реабилитационной работе с детьми с заиканием в настоящее время мы используем разнообразные методы и технологии. Одними из таких технологий, успешно применяемых нами, являются гарнитура Forbrein и комплекс Learning breakthrough kit (Balametrics). Forbrein – это минигарнитура для костного звукопроводения. Воздействие гарнитуры направлено на способность понимания обращенной речи, улучшая обработку слуховой информации; развитие слухоречевой памяти; произвольного внимания; речевого слуха; звукопроизношения (работа над артикуляционным праксисом, плавностью речи); фонации (сила голоса, тембр, ритм, интонационная насыщенность); повышение мотивации; повышение самооценки, уверенности в себе; развитие коммуникативных навыков. При работе с детьми с заиканием гарнитура применялась нами в коррекции речевого дыхания (формирование умения распределять выдох в процессе речи), темпо-ритмических характеристик речи, работе над нарушением голоса. По мере закрепления навыка фонационного дыхания формировалось и нормальное голосообразование. На этом этапе Forbrein помогал формировать рациональное голосообразование и голосоподачу. При произнесении на длительном выдохе гласных и согласных звуков ребенок слышал свой голос и одновременно отрабатывал его характеристики. Гарнитура использовалась также для ритмизации речи у детей с заиканием, например, отработка послогового выдоха и, далее, при работе со стихотворными текстами. Balametrics – метод мозжечковой стимуляции, который используется у детей с различными особенностями психофизического развития, нарушениями учебной деятельности, нарушениями координации движений, нарушениями устной речи. При работе с заикающимися детьми с использованием метода мозжечковой стимуляции нами отрабатывалась произвольность двигательных актов, праксис, контроль и управление вестибулярной системы над двигательными реакциями, динамическим распределением тонуса скелетной мускулатуры и рефлекторными реакциями над сохранением равновесия, формирование схемы тела, интеграция зрительной, слуховой и

соматосенсорной информации, межполушарное взаимодействие, зрительно-пространственные представления и зрительно-моторные координации, самоконтроль и саморегуляция, повышение уверенности в себе. В нашей практике совместное применение этих технологий у детей с заиканием на каждом занятии, которых одновременно ведут и психолог, и логопед, во много раз сокращает время, улучшает качество и результаты коррекционного воздействия. При таком воздействии оба специалиста корректируют свои цели и задачи для конкретного ребенка совокупно, параллельно развивая нарушенные функции и совместно работая над интегративными сенсорными системами: вестибулярной, слуховой, зрительной, проприоцептивной.

Результаты. Результатами такой работы в нашем центре являются крепкий эмоциональный контакт на занятии специалиста и ребенка; повышенная мотивация заикающихся детей к занятиям; быстрое решение поставленных специалистами коррекционных задач у каждого конкретного ребенка. Технологии применяются в комплексе с классическими нейропсихологическими и логопедическими технологиями и могут стать дополнительным средством для улучшения коррекционного воздействия и реабилитации таких детей.

Список литературы:

1. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Заикание: Учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности «Логопедия». – М., 1998.
2. Визель Т.Г. Коррекция заикания у детей. – М., 2012.
3. Дьякова Е.А., Белякова Л.И. Хрестоматия. Логопедия. Заикание. – М., 2001.
4. Ермоленко Н.А., Скворцов И.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. – М., 2003.
5. Измайлова А.Х., Давыденко Н.В., Скрипко Д.И. Возможности применения комплекса Learning Breakthrough Kit (Balametrics) в коррекционно-развивающей работе с детьми. – М., 2016.
6. Семенович В.А. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. – М., 2018.
7. Селиверстов В.И. Заикание у детей. Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия. – М., 2000.
8. Поварова. И.А. Коррекция заикания в играх и тренингах. – СПб., 2001.
9. Улла Кислинг. Сенсорная интеграция в диалоге. – М., 20018.
10. Ястребова А.В. Коррекция заикания детей младшего школьного возраста. – М., 1999.
11. <https://learningbreakthrough.com/>
12. <https://forbrain.gospartner.com/>

ОЦЕНКА ДИСБАЛАНСА В РАЗЛИЧНЫХ ЧАСТЯХ ТЕЛА И РЕГУЛЯЦИЯ НЕОБХОДИМОГО УРОВНЯ РАВНОВЕСИЯ В ПРОСТРАНСТВЕ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ

Гросс Н.А., Хрёкин Д.О.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр физической культуры и спорта» ФГБУФНЦ ВНИИФК, Москва, Россия

Контактная информация: Гросс Нина Александровна, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр физической культуры и спорта» ФГБУФНЦ ВНИИФК, Москва, Россия; 8-916-151-97-74; e-mail: niinagross@yandex.ru

Актуальность. Основным в двигательных нарушениях у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) является патология движений в пространстве и

устойчивость при принятии вертикального положения, результатом которых являются порочные позы [1, 2]. Для детей с ДЦП необходимо как можно раньше формировать двигательные навыки, пока тонус мышц и активность тонических шейных и лабиринтного рефлексов не столь высокие. Все движения в пространстве требуют поддержания позы и общего равновесия, которое осуществляется благодаря гармоничному включению в функцию различного числа сегментов тела [3, 4, 5]. Поэтому определение рационального взаимораспределения звеньев тела и их результативность при управлении движениями в пространстве, и изучение различных показателей вертикальной устойчивости, как важных аспектов при формировании двигательных навыков у детей с ДЦП, приобретает в настоящее время особую актуальность [6, 7, 8, 9].

Цель исследования. Выявить основные причины нарушения, препятствующие развитию установочных поз и целостности двигательного действия у детей с ДЦП, проанализировать каждый элемент движения и компенсаторные функции при принятии вертикального положения для последующей их коррекции.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие дети с ДЦП разного возраста, с разным уровнем развития больших моторных функций по международной шкале GMFCS. С помощью программно-аппаратный комплекса «Хабилект» с биологической обратной связью модуля виртуальной стабильной платформы H.VrS оперативно определялись характеристики движения и изменения пространственного положения тела и его сегментов в тесте «Произвольный тест». Оценивались статическое и динамическое равновесие и траектория движения центра масс в горизонтальной, вертикальной и сагиттальной плоскостях. Анализировались все части тела и их связи друг с другом, как они влияют на результативность, т.е. определялась причина двигательных нарушений.

Выявлено, что при вертикальном положении у 70% детей I и II уровней наблюдается смещение головы назад и наружная ротация плеч со смещением влево, что является ведущим сегментом при вертикальном положении и приводит к нестабильности туловища и к усилению порочных поз. У 80% детей III уровня при различных изменениях позы наблюдается смещение таза назад-влево, с отклонением тела влево, с компенсаторной функцией головы и рук для удержания равновесия. Нестабильность таза связана с дисбалансом связок тазобедренных суставов, которые удерживают бедренную кость в некорректном положении. Анализ движений в вертикальном положении детей IV-V уровня проводился с помощью Тренажера Гросса, все перемещения были доступны ребенку и ничем не ограничивались в свободе. Результаты теста в этой группе детей выявили неоднозначное поддержание равновесия. Смещение сегментов тела и их коррекция компенсировались по-разному, у одних за счет смещения и ротации корпуса (у 50% детей), у других за счет смещения таза влево-назад (50% детей) и ротацией колена влево-вперед. Такая нестабильность тела связана с произвольным, постоянно меняющимся мышечным напряжением в различных частях тела из-за патологических тонических рефлексов.

Выводы. 1. У всех детей отмечается снижение эффективности процессов устойчивости и позного регулирования, которое заключается в увеличении амплитуды колебаний по сагиттали и фронтالي в различных сегментах тела.

2. Анализ уровня патологических нарушений и объема движений у детей с ДЦП, с использованием системы «Хабилект», позволяет выявить ведущий мышечный сегмент, наличие дисфункций и слабых звеньев, которые и определяют взаимодействие частей тела при выполнении различных движений в пространстве и вовремя сформировать правильные движения у детей с ДЦП.

Список литературы:

1. Кенис В.М. Принципы ортопедической коррекции при ЦДП / Под ред. А.А. Потапчук. – СПб.: ГАФК им. Лесгафта, 2003. – С. 213–218.

2. Скворцов Д.В. Клинический анализ движений. Стабилометрия. – М.: Антидор, 2000. – 188 с.
3. Кожевникова В.Т. Современные технологии физической реабилитации больных с последствиями перинатального поражения нервной системы и детским церебральным параличом. – М, 2013. – 567 с.
4. Гаже, П.-М. Постурология. Регуляция и нарушения равновесия тела человека / П.-М. Гаже, Б. Вебер – СПб.: Издат. дом СПб МАПО, 2008. – 316 с.
5. Доценко, В.И. Современная компьютерная статокинезиметрия (стабилометрия) в спортивной медицине: энергетический аспект удержания человеком вертикальной позы / В.И. Доценко, В.И. Усачев, А.Ф. Кононов // СпортМед-2010: Материалы V Междунар. науч. конф. – М., 2010. – С. 193–196.
6. Денискина Н.В. Фронтальная устойчивость вертикальной позы человека: Дис. ... канд. биол. наук. – М., 2009. – 122 с.
7. Савельев М.Ю. Физиологическое обоснование стабилометрии в оценке статического равновесия у детей младшего школьного возраста в норме и при нарушениях двигательной функции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Архангельск, 2005. – 19 с.
8. Денискина Н.В., Левик Ю.С., Гурфинкель В.С. Сравнительная роль мышц голеностопного и бедренного суставов в регуляции позы человека во фронтальной плоскости при стоянии // Физиология человека. – 2001. – Т. 27. – № 3. – С. 66–70.
9. Карими М.Т. Оценка достоверности временных и основанных на колебаниях центра давления характеристик при анализе устойчивости стояния во время выполнения различных упражнений // Российский журнал биомеханики. – 2010. – Т. 14. – № 3 (49). – С. 79–84.

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ АКТИВНЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ НА ИЗМЕНЕНИЕ ЧСС У ДЕВОЧЕК С ДИАГНОЗОМ ДЦП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ РАЗВИТИЯ БОЛЬШИХ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ПО ШКАЛЕ GMFCS

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

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр физической культуры и спорта» ФГБУФНЦ ВНИИФК, Москва, Россия

Контактная информация: Гросс Нина Александровна, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр физической культуры и спорта» ФГБУФНЦ ВНИИФК, Москва, Россия; 8-916-151-97-74; e-mail: niinagross@yandex.ru

Актуальность. В процессе реабилитационных занятий по развитию двигательных навыков у детей-инвалидов с использованием физических упражнений необходима оценка функционального состояния их организма, показателем которой является частота сердечных сокращений (ЧСС). В литературе имеется достаточное количество данных о величинах ЧСС в состоянии покоя у детей разного возраста [1, 2]. Меньше данных имеется по реакции организма детей на физическую нагрузку. Что касается детей-инвалидов, то такие данные крайне ограничены [3]. Вместе с тем изучение ответной реакции организма детей с двигательными нарушениями на физическую нагрузку необходимо для выявления индивидуальных особенностей адаптации организма, оценки эффективности применяемых методов воздействия на организм ребенка, определения адекватных способов коррекции двигательных навыков, что и определяет актуальность темы исследования [4].

Цель. Оценка влияния занятий активными физическими упражнениями на изменение функционального состояния организма девочек с ДЦП по показателям ЧСС.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие девочки с диагнозом ДЦП, в возрасте от 5 до 10 лет, с разным уровнем развития больших моторных функций по шкале GMFCS, ведущие малоподвижный образ жизни. Исследовалась ЧСС при определении вариабельности сердечного ритма на аппарате «Варикард» до и после часового занятия активными физическими упражнениями в зале с использованием тренажерных устройств и Тренажера Гросса, позволявшего ребенку с любой сложностью двигательных нарушений перемещаться в пространстве.

Результаты. В таблице показаны результаты проведенных исследований.

ЧСС у девочек 5–10 лет до и после занятий активными физическими упражнениями

Уровни GMFCS	Количество детей	ЧСС до занятия	ЧСС после занятия	Изменение, %
1 уровень	2	92,2	90,2	-2,2
2 уровень	1	80,6	85,6	+6,2
3 уровень	4	95,2	98,5	+3,5
4 уровень	3	97,8	92,4	-5,6
5 уровень	4	88,3	97,7	+10,6
Общая средняя	15	91,4	94,4	+3,3

Выявлено, что в исходном состоянии наиболее низкие величины ЧСС наблюдались у девочек 2 и 5 уровней по шкале GMFCS, которые, однако, были в пределах средних значений для детей этого возраста (98–100 для детей 5 лет и 78–85 для детей 10 лет). После физической нагрузки в четырех случаях из пяти показатели увеличились с большими значениями там, где в исходном состоянии были ниже (2 и 5 уровни GMFCS). Это указывает на адекватность реакции организма и свидетельствует о потенциальных возможностях организма ребенка к развитию функциональных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Снижение ЧСС, отмеченное в двух случаях, может быть следствием низкой физической нагрузки в занятии или высокими исходными показателями.

Выводы. Дети-инвалиды с двигательными нарушениями, ведущие малоподвижный образ жизни, могут выполнять физические нагрузки повышенной двигательной активности для эффективного развития двигательных навыков с контролем функционального состояния по показателям ЧСС.

Список литературы:

1. Большев А.С. Частота сердечных сокращений. Физиолого-педагогические аспекты [Текст]: Учеб. пособие / А.С. Большев, Д.Г. Сидоров, С.А. Овчинников. – Н. Новгород: ННГАСУ, 2017 – 76 с.
2. Макаров Л.М. ЭКГ в педиатрии. 3-е изд. – М.: Медпрактика, 2013. – 696 с.
3. Киямова Н.И. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и физического развития у детей с ограниченной двигательной активностью [Текст]: Дисс. ... канд. мед. наук: 03.00.13,14.00.51. – Архангельск, 2005. – 128 с.
4. Н.А. Гросс, Т.Л. Шарова, А.В. Молоканов. Реакция сердечно-сосудистой системы организма детей-инвалидов на выполнение вращательных движений и стимуляцию опорных зон стоп в процессе развития статокINETической устойчивости / Теория и практика физической культуры. – 2020. – № 2. – С. 45–48.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕЧЕВЫХ И ПСИХОРЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРАКТИКЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Гунченко М.М., Петкевич Н.П., Бакуменко В.И., Соколова Н.П., Фетисова А.В., Бойко Е.А., Иванчук Е.В., Шишенок Ю.А., Полушкина Н.В., Бурлаченко Е.Ю., Батышева Т.Т.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» ДЗМ, дневной стационар № 1. Россия, г. Москва, Мичуринский проспект, дом 74

Контактная информация: Бакуменко Виктория Игоревна, Научно-практический центр детской психоневрологии, дневной стационар № 1; Россия, г. Москва, Мичуринский проспект, дом 74; 8-495-430-80-40; info@npcdr.ru

Актуальность. По данным мировой статистики, продолжается значительный рост пациентов с патологией центральной нервной системы, у которых в симптомокомплексе нарушений ведущей является речевая патология, а также множество сочетанных расстройств, не ограничивающихся только нарушением речевой функции.

Цель. Оценить частоту встречаемости речевых и психоречевых нарушений у пациентов с патологией нервной системы.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 1600 пациентов в возрасте от 1 года до 16 лет, получавших курсы восстановительного лечения в дневном стационаре в период исследования, из них пациенты, получавшие логопедическую и психологическую помощь: детский церебральный паралич (различные формы) – 272 (17%), последствия перинатального поражения ЦНС – 116 (8%), пороки развития ЦНС и органическое поражение ЦНС – 126 (8%), наследственные и генетические болезни – 36 (3%), синдром Дауна – 26 (2%), задержка речевого развития и специфическое расстройство речи – 316 (18%), задержка психоречевого развития без выраженного органического дефицита – 286 (20%), умственная отсталость – 15 (1%), атипичный аутизм – 10 (0,6%), синдром двигательной гиперактивности с дефицитом внимания – 20 (1,2%), с исключением из группы пациентов с двигательными нарушениями спинного мозга, заболеваниями периферической нервной системы и недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Результаты. В результате проведенного исследования было выявлено, что 78,8% пациентов, получавших курсы восстановительного лечения в дневном стационаре в период исследования, имеют речевые и психоречевые нарушения, из них половина имеет выраженный органический дефицит в структуре сочетанной патологии.

Выводы: пациенты с речевыми и психоречевыми нарушениями, имеющие выраженный органический дефицит, нуждаются в коррекционной работе не только логопеда, психолога, а также нейропсихолога, дефектолога.

Список используемых источников информации:

1. <https://medi.ru/>
2. <http://nmic.bekhterev.ru/clinika/psihiatriya/deti/zpr/index.php>
3. http://mniip.serbsky.ru/assets/uploads/2018/03/scp_2017-4-15.pdf
4. <https://mosgorzdrav.ru/uploads/imperavi/ru>
5. И.В. Макаренко Подходы к коррекции нарушений речевого развития у детей раннего возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы.
6. Заваденко Н.Н. Нарушения развития речи при неврологических заболеваниях у детей.

ЦВЕТОТЕРАПИЯ КАК КОМПОНЕНТ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ

Гусева М.Е.

Кафедра неврологии и нейрохирургии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Кафедра арт-терапии Института междисциплинарной медицины. Институт современного искусства

Контактная информация: Гусева Мария Евгеньевна, эксперт Ассоциации междисциплинарной медицины, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова; +7-903-662-66-34; masamgcolor@gmail.com

Актуальность. В последние 10–15 лет остро встал вопрос о методах нейропротекции, не имеющих побочных эффектов, при различных заболеваниях ЦНС. Нами применяются как нейропротекторы, так и метод цветотерапии.

Вспомогательным и не имеющим побочных действий методом является цветотерапия. Лечение цветом применяется врачами на протяжении столетий. Цветовые сочетания используются для улучшения функционального состояния человека. Физиологическим аспектам цветотерапии посвящены работы Леонардо да Винчи, Исаака Ньютона, Гельмгольца, Ломоносова, Бехтерева и многих других.

Восприятие цвета человеком до сих пор обсуждается нейробиологами. Что именно – колбочки, отделы зрительного тракта или части зрительной коры головного мозга воспринимают цвет – неясно, потому что способность различать нюансы и оттенки цвета у разных, имеющих при этом нормальное цветовосприятие, людей различаются в десятки раз.

Материалы и методы. На основе известных механизмов физиологии цвета и восприятия формы и после подробного анкетирования (методика М.Е. Гусевой) составляется «цветовой» портрет человека. Сюда входят его реакции на чистые и смешанные цвета, определение оптимальной цветовой гаммы при существующем патологическом состоянии. Затем идет выбор оптимальной формы, в которой эти цвета будут заключены – чаще всего, это абстрактные, неправильной формы и различной величины цветные пятна, растительные элементы или спокойные пейзажи, не вызывающие бурных эмоций. Размер цветовой композиции определяется размерами помещения и тем экраном или рабочим местом, на котором человек чаще всего вынужден фокусировать свой взор.

Дополнительно может использоваться активная цветотерапия – включение в подбор подходящих состоянию цветов самого пациента, закрашивание определенных форм конкретными цветовыми сочетаниями, осознание, что именно хотел пациент при помощи этих созданных композиций выразить, трактовка цветовых образов.

Метод цветотерапии также используется для экспресс-тестирования психоэмоционального состояния ребенка.

Методика: В ряде двойных рисунков рассматриваются две ситуации: 1 – это негатив в прошлом, который каждый из рисующих изобразил в определенной цветовой гамме, 2 – выход из негативной ситуации в позитивную (цветовая характеристика итога). В характеристике негативной ситуации преобладали цвета: черный (68%), грязно-коричневый (75%), грязно-синий (40%), багрово-красный (62%), грязно-зеленый (50%), грязно-желтый (35%), желтый (25%).

В ряде рисунков эти цвета были заключены в хаотичную, раздробленную форму, либо само содержание рисунка носило символически ясный характер (одиночество, безысходность, замкнутость, заключение, ограничение).

Результаты. В позитивной ситуации практически у всех преобладали открытые, ясные цвета спектра радуги – присутствовали красный (81%), желтый (81%), голубой (93%), ярко-зеленый (87%), оранжевый (20%). Сочетание цветов также соответствовало характеристикам, совпадающим с приведенными в стандартном тесте Люшера.

Анализ структурной части рисунка производился по стандартам, принятым в мировой практике арт-терапии. Таким образом, статистически достоверные тенденции

определенной цветовой гаммы могут быть использованы для анализа негативных и позитивных ситуаций, динамики состояния либо характеристики болезни и здоровья.

Выводы. Применение: восстановительный период после нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговой травмы, когнитивные нарушения, ремиссия при рассеянном склерозе, эпилепсия, надсегментарные вегетативные расстройства, аутизм, задержка психоречевого и моторного развития у детей, ДЦП.

Список литературы:

1. Бехтерев В.М. Мозг и его деятельность. – М., 1926.
2. Бурно М.Е. О клинической психотерапии творчеством. – М., 1981.
3. Вальдрес Одриосола М.С. Интуитивное рисование: развитие творческих способностей средствами арт-терапии. – М., 2009.
4. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Илл. рук. – М., 2002.
5. Визер В.В. Система цвета в живописи. – М., 2004.
6. Выготский Л.С. Воображение и творчество в детском возрасте. – СПб., 1997.
7. Кандинский В. Точка и линия на плоскости. – СПб., 2004.
8. Практическая психология в тестах / сост. Р. Римская, С. Римский. – М., 1997.
9. Руководство к практическим занятиям по детской офтальмологии: под ред. Е.И. Ковалевского. – М., 1973.
10. Фрейд З. Психология бессознательного. – М., 1990.
11. Хей Л. Цвета и числа. – М., 1998.
12. Шереметева Г.Б. Семь цветов здоровья. – М., 2001.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ)

Дегтярева Н.Н., Ионова С.Н.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы, Научно-практический центр детской психоневрологии департамента здравоохранения города Москвы. Адрес: Мичуринский проспект, дом 74

Контактная информация: Дегтярева Наталья Николаевна, ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» ДЗМ; 8-495-430-80-40; info@npcdr.ru

На данный момент психологи, логопеды, педагоги все чаще обращают внимание родителей на значимость проблемы разностороннего развития ребенка с рождения до 3 лет. Ранний возраст является периодом существенных перемен в жизни маленького ребенка. Он начинает ходить. Получив возможность самостоятельно передвигаться, малыш осваивает дальнейшее пространство, самостоятельно входит в контакт с большим количеством предметов, многие из которых были для него недоступны.

Проблема развития познавательного интереса – одна из наиболее значимых в педагогике современного мира. Известно, что в первые три года жизни ребенка закладываются фундаментальные личностные образования, такие как общая самооценка, доверие к людям, интерес к окружающему миру и т.д. Недоразвитие или деформация этих качеств в раннем возрасте с трудом поддаются коррекции в более поздние периоды, поэтому необходимо раннее выявление возможных отклонений в развитии детей. Одним из условий своевременного и полноценного развития детей является уравновешенный и положительный эмоциональный фон. Это возможно только через правильно организованную среду. Одним из эффективных приёмов и методов работы по формированию познавательной активности у детей раннего возраста являются дидактические игры и упражнения. Ведущий вид деятельности ребенка раннего возраста –

предметно-игровой. Игрушки, подобранные по цвету, форме, величине, количеству, соотношению частей, являются прекрасным средством развития малышей. Предметно-игровая среда является мощным средством воздействия взрослого на самостоятельную игру ребенка, на степень овладения им игровым опытом и на формирование речи. В игре дети выражают чувства, стремятся делать всё сообща. В играх проявляются основные черты характера ребёнка. Все дидактические игры можно разделить на три основных вида: 1) настольные игры: предметное лото, домино, тематические игры («Где что растёт», «Кто где живёт», «Накорми животных» и др.). 2) игры, требующие двигательной активности, сноровки и т.д. («Летающие колпачки», «Попади в цель» и др.). 3) игры-мозаики. Настольно-печатные игры способствуют расширению кругозора детей, развивают мышление, внимание, ориентировку в изменяющихся условиях игры, умение предвидеть результаты. Участие в игре требует выдержки, строгого выполнения правил и доставляет детям много радости, особенно если дети играют вместе с мамой или папой. Игрушки должны быть привлекательными для ребенка, доставлять ему радость и удовольствие, формировать верные представления об окружающем мире, побуждать к активной игровой деятельности, повышению речевой активности.

Организуя предметную деятельность детей, родители должны следить за тем, чтобы каждый вид дидактического пособия использовался ребенком по назначению. Если ребенок не умеет действовать с игрушкой, мама (папа) обучает его, используя метод пассивных движений.

Дети раннего возраста быстро и часто утомляются, поэтому родителям не рекомендуется заниматься с одной и той же игрушкой длительное время. Обучение новым действиям, их усложнение, переключение на другие виды деятельности — основные моменты организации родителями предметной деятельности ребенка.

Таким образом, формируя познавательную и игровую деятельность, мы стимулируем и развиваем речевую функцию.

Список литературы:

1. Буркова Л. Воспитываем почемучек // Дошкольное воспитание. – 1993. – № 1. – С. 4.
2. Венгер Л.А., Мухина В.С. Психология. – М.: Просвещение, 1988. – С. 211.
3. Годовикова Д. Формирование познавательной активности // Дошкольное воспитание. – 1986. – № 1.
4. Развитие и обучение детей раннего возраста в ДОУ: Учебно-методическое пособие / сост. Е.С. Демина. – М.: ТЦ Сфера, 2006.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ, ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗАДЕРЖКУ ПСИХОРЕЧЕВОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Дулимова А.В., Гунченко М.М., Малышева Т.В., Батышева Т.Т.

ГБУЗ ЗМ «Научно-практический центр детской психоневрологии» РФ, 119602, Мичуринский проспект, д. 74, г. Москва; prcdr@zdrav.mos.ru

Контактная информация: Дулимова Анна Васильевна, ГБУЗ ЗМ «Научно-практический центр детской психоневрологии», РФ, 119602, Мичуринский проспект, д. 74, г. Москва; dulimova.anna@gmail.com

Речь – это удивительное сильное средство, но нужно иметь много ума, чтобы пользоваться им.

Г. Гегель

Актуальность. Дошкольный возраст – это период активного усвоения ребенком разговорного языка, становление и развитие всех сторон речи – фонематической, лексической, грамматической. Полноценное владение родным языком в дошкольном возрасте является необходимым условием решения задач умственного, эстетического и нравственного воспитания в максимально сенситивный период развития. Таким образом, дошкольное детство является периодом интенсивного развития коммуникативных форм и функции языковой деятельности, практических речевых навыков, осознания речевой деятельности.

Цель. Изучить влияние различных факторов риска на задержку психоречевого и речевого развития у детей дошкольного возраста и эффективность нейрометаболической терапии на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. За период с октября 2020 года по январь 2021 года из обследованных 614 детей дошкольного возраста, у 25% (157 чел.) выявлена задержка психоречевого и речевого развития, из них 32% (51 чел.) девочек, а мальчиков 68% (106 чел.). Детей, имеющих такие нарушения в речи, как нарушение звукопроизношения, дислексия, дизартрия и др., было 60% (94 чел.) и 40% (63 чел.) – у которых полностью отсутствует речь (в речи только звуки и слоги).

Результаты. Из наблюдений было выявлено, что у 22% женщин беременность протекала без особенностей и у 78% имелись следующие состояния: 30% женщин отмечали угрозу прерывания беременности, 15% женщин отмечали только токсикоз (от легкой до тяжелой степени), у 22% беременность протекала на фоне соматических болезней (гестационный пиелонефрит, гестационный сахарный диабет, анемия, артериальная гипертензия, тромбоцитопения, тромбофилия, варикозная болезнь, гипотиреоз, гайморит, цистит), у 16% – ОРВИ, у 15% женщин отмечали только токсикоз (от легкой до тяжелой степени), у 11% осложнения беременности (установка акушерского пессария, отслойка плаценты, отеки, тонус матки, маловодие и многоводие), у 2% – гинекологические заболевания (кандидоз, кольпит, хронический эндоцервицит), у 2% человек – вирусные инфекции (ВИЧ-инфекция, ЦМВ, герпесная инфекция), у 1% женщин на фоне хронического стресса.

Проанализировав лечение на амбулаторно-поликлиническом уровне, выявлено, что у 51% детей отмечался положительный эффект, у 33% – слабо положительный эффект и у 16% лечение без эффекта.

Выводы. У большинства матерей в течение беременности и родов имело место сочетание нескольких неблагоприятных факторов, которые, усугубляя друг друга, влияли на развитие задержки психоречевого и речевого развития ребенка. У 14% детей отмечалась задержка психоречевого и речевого развития на фоне психических и генетических заболеваний, у 62% на резидуально-органическом фоне и у 24% на фоне органического поражения центральной нервной системы.

Внимание развитию речи ребенка на первых возрастных ступенях особенно важно потому, что в это время интенсивно развивается мозг, формируя его функции. Функции центральной нервной системы легко поддаются тренировке именно в период их естественного формирования. Без тренировки развитие этих функций задерживается и даже может остановиться навсегда.

Поэтому в заключение хочется сделать вывод, что ¼ часть обратившихся пациентов имеют психоречевую или речевую задержку развития, что, в свою очередь, повышается актуальность 13 отделения в НПЦ ДП.

Список литературы:

1. Жукова Н.С. Отклонения в развитии детской речи. – 1994.
2. Глухов В.П. Формирование связной речи детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. – 2002.
3. Энн С.Д., Койл Д.Т. Фармакотерапия неврологии и психиатрии. – 2007.

ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА ПО РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ГБУ РО «ОДКБ» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННОЙ ЦИФРОВОЙ ПЛАТФОРМЫ «ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР 2.0. ЦИФРОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ»

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

ГБУ Ростовской области «Областная детская клиническая больница», отделение медицинской реабилитации, г. Ростов-на-Дону, Россия

Контактная информация: Ефремова Татьяна Евгеньевна, ГБУ РО «ОДКБ», отделение медицинской реабилитации; 344037, г. Ростов-на-Дону, ул. Мурлычева, 13/9; e-mail: omrodb@mail.ru

Актуальность. В период действия ограничительных мер (приостановление плановой госпитализации по профилю «медицинская реабилитация»), связанных с возможностью массового распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, особенно важным оказался поиск новых возможностей оказания помощи детям, нуждающимся в медицинской реабилитации. Такой опыт работы в новых условиях был продемонстрирован главным внештатным специалистом по детской реабилитации РФ Татьяной Тимофеевной Батышевой. Внедрение дистанционной цифровой платформы предоставило уникальную возможность реализации комплексной реабилитации детей различных профилей заболеваний в период действия ограничительных мероприятий. Это позволило минимизировать посещение родителями и детьми медицинских учреждений, но в то же время сохранить регулярность прохождения реабилитационных курсов, а также расширить возможность оказания медицинской помощи в обычных условиях для отдаленных районов Ростовской области.

Цель. Оценка эффективности применения цифровых методов реабилитации на примере использования дистанционной цифровой платформы «Дневной стационар 2.0. Цифровая реабилитация детей» в практике Центра по реабилитации и восстановительному лечению детей с патологией ЦНС ГБУ РО «ОДКБ».

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 400 пациентов в возрастной группе 3–18 лет (средний возраст 10,5±1,5) с расстройствами речевого и психического развития, двигательными и поведенческими нарушениями, проходивших курсы реабилитации в ГБУ РО «ОДКБ» г. Ростова-на-Дону в течение 2020 года. Пациенты были разделены на две группы: исследовательская группа – 200 человек (121 мальчиков, 79 девочек), получившие в период действия ограничительных мер курсы реабилитации в условиях цифрового дневного стационара, и контрольная группа – 200 человек (117 мальчиков, 83 девочки), не получившие реабилитацию в условиях цифрового дневного стационара между очными курсами госпитализации.

Использовались следующие методы и методики в онлайн-режиме: неврологический осмотр пациента, лечебная физкультура, рефлексотерапия (акупрессура), арт-терапия, консультация психиатра, оценка эмоционального фона и поведения пациента с помощью экспериментально-психологического исследования, анализ медицинской документации, полуструктурированное интервью с родителями.

Результаты. В результате реабилитационных мероприятий у больных выявлены улучшения в речевой, когнитивной, двигательной, поведенческой сферах.

Вывод. Проведение реабилитации детей с использованием дистанционной цифровой платформы «Дневной стационар 2.0. Цифровая реабилитация детей» достаточно эффективно как при ведении больных с речевыми, когнитивными нарушениями, так и при реабилитации детей с нарушениями двигательной сферы.

Положительный эффект от проведенных реабилитационных мероприятий также отмечается в улучшении поведения и коммуникативной сферы.

Список литературы:

1. Батышева Т.Т., главный внештатный специалист по детской реабилитации РФ, временные методические рекомендации «Организация дистанционного дневного стационара с использованием сквозных цифровых технологий для реабилитации детей и подростков с заболеваниями психоневрологического профиля».
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23.10.2019 № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 № 1705н «О Порядке организации медицинской реабилитации».
4. Приказ Министерства труда РФ от 03.09.2018 № 572н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации».
5. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА АЛЬТЕРНАТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ПОЗИЦИОНИРОВАНИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Жеребцова В.А., Шилина С.А., Богомолова В.В.

ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», Тула, Россия. 300035, г. Тула, ул. Бундурина, д. 43, 8-4872-36-76-94, guz.npcknn@tularegion.ru

Контактная информация: Жеребцова Валентина Александровна, ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», 8-4872-36-76-94, guz.npcknn@tularegion.ru

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. Имеющиеся у ребенка с ЦП двигательные нарушения, вторичные ортопедические осложнения ограничивают его двигательные и функциональные возможности. Наряду с этим, часто имеют место нарушения коммуникативного и речевого развития. Все это существенным образом отражается на качестве жизни ребенка и его семьи. Одной из актуальных задач в реабилитационном процессе является оптимальное сочетание функционального позиционирования с методами альтернативной дополнительной коммуникации.

Материалы и методы. Позиционирование обеспечивает оптимальное положение ребенка в положении лежа, сидя, стоя в течение дня, в том числе с использованием технических средств реабилитации (ТСР): ортопедических кресел, специальных кресел с головодержателями и боковыми поддержками, вертикализаторов различных модификаций и т.п. ТСР решают важные задачи в жизни ребенка: расширение двигательных способностей, увеличение объема движений позвоночника, таза, конечностей, развитие 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.д.); улучшение общего состояния здоровья и качества жизни.

ТСР подбираются индивидуально и адаптируются под антропометрические параметры ребенка и его функциональные возможности. Оптимальное положение ребенка в ТСР дает возможность наиболее эффективно применять технологии альтернативной и дополнительной коммуникации.

Альтернативная и дополнительная коммуникация – комплекс мероприятий

медицинской реабилитации, используемый для замещения или дополнения обычной речи в случае отсутствия или существенными ограничениями устной речи.

Индивидуальная программа реабилитации для формирования речевой активности включает в себя определение SMART-целей и задач с учетом потребности семьи; подбор средств альтернативной коммуникации в рамках функционального использования (т.е. для решения ситуаций, возникающих в рутинных действиях, например, самообслуживании, приеме пищи, получении желаемой игрушки); использование средств альтернативной коммуникации переходит от реальных предметов/объектов к абстрактному символу/жесту и визуализации его на экране технического средства.

Специалистами Центра используются различные варианты средств альтернативной и дополнительной коммуникации: низкотехнологичные средства – реальные предметы, графические символы, картинки, на которые ребенок может указывать различными способами (взглядом, шлемом-указкой, частью тела), высокотехнологичные средства – устройства, разработанные специально для альтернативной коммуникации, либо компьютеры, планшеты с дополнительным программным обеспечением (системы управления взглядом, программное обеспечение для коммуникации и обучения, а также приложения с совмещением голоса и изображения).

Результаты. При подборе как высокотехнологичных, так и низкотехнологичных средств альтернативной коммуникации учитываются двигательные и функциональные возможности ребенка. Контроль положения головы влияет не только на угол обзора ребенка и его возможности распознавания и выбора изображения, но и создает благоприятные условия для проявления собственной активности ребенка. Функциональные возможности верхних конечностей определяют подбор средств альтернативной коммуникации для ребенка и возможности его использования: размер, форму и расположение средств; возможность использования указательного жеста для выбора соответствующего изображения; использование взгляда для выбора или управления техническим средством.

Выводы. Таким образом, оптимальное применение в повседневной жизни ребенка программ позиционирования с применением специального адаптивного оборудования позволит улучшить и расширить его коммуникативные возможности, повысить активность и участие ребенка в общении, а также повысить качество жизни ребенка и его семьи.

Список литературы:

1. Ренате Хольц. Помощь детям с церебральным параличом. – М.: Теревинф, 2007.
2. Ключкова Е.В. Введение в физическую терапию. – М.: Теревинф, 2018.
3. Семенова.Е.В., Ключкова Е.В. Реабилитация детей с ДЦП. – М.: Лепта книга, 2018.
4. <https://nakedheart.online/articles/zerebralnyi-paralich-u-detei-sistematicheskii-obzor-programm-vmeshatelstva> (Систематический обзор Ионы Новак, 2020).
5. Альтернативная и дополнительная коммуникация: сборник методических материалов семинара в рамках образовательного форума «Современные подходы и технологии сопровождения детей с особыми образовательными потребностями» / Сост. О.Н. Тверская, М.А. Щепелина; выпуск. ред. А.Г. Гилева; Перм. гос. гуманитар.-пед. ун-т. – Пермь, 2018. – 160 с.
6. Рабэ З. Коммуникация при помощи технических средств // Методика учебно-воспитательной работы в центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: Учеб.-метод. пособие / Под ред. С.Е. Гайдукевич. – Минск: БГПУ, 2009. – 276 с.
7. Твардовская А.А., Ефремов А.А. Мобильные приложения как средство развития речевой активности дошкольников с комплексными нарушениями // Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Психолого-педагогические науки. – 2018. – Т. 12. – № 3. – С. 35–39.
8. Течнер С., Мартинсен Х. Введение в альтернативную и дополнительную

коммуникацию: жесты и графические символы для людей с двигательными и интеллектуальными нарушениями, а также с расстройствами аутистического спектра. – М.: Теревинф, 2018. – 432 с. – ISBN 978-5-4212-0487-9.

9. Bunning, K (2009). Making sense of communication. In J Palwyn and S Carnaby (Eds.) *ProfoundIntellectualMultipleDisabilities*. Oxford: Wiley-Blackwell. pp. 46-61.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Заварина А.Ю., Шведунова В.Н., Путьто Н.А., Глушко Л.А., Хажбиева С.М., Боос Д.А., Гафарова З.З., Барсеян Ф.А., Кокшина А.В., Кульгейко Е.А.

Реабилитационный центр для детей с пороками сердца ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ, Москва

Контактная информация: Заварина Анна Юрьевна, г. Москва, Реабилитационный центр для детей с пороками сердца ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ, тел. 8-916-129-80-67, e-mail: ayzavarina@bakulev.ru

Актуальность. Несмотря на успешное хирургическое лечение коарктации аорты, в дальнейшем большинство пациентов имеют проблемы со здоровьем, связанные с развитием поздних осложнений, снижающих качество жизни и выживаемость таких пациентов [1, 2]. Эти осложнения включают рекоарктацию аорты, миокардиальную дисфункцию, формирование поздних аневризм, разрыв аорты, преждевременные коронарные и цереброваскулярные заболевания, многие из которых, как считается, опосредуются воздействием недостаточно эффективно контролируемого артериального давления, сохраняющегося повышенным после хирургической коррекции в разные сроки наблюдения [3, 4, 5]. Кроме того, пациентам данной группы свойственны психологические особенности, которые также необходимо учитывать при назначении комплексной программы реабилитации.

Цель. На основании особенностей течения заболевания разработать комплекс реабилитации пациентов в отдаленном периоде после хирургической коррекции коарктации аорты и оценить его эффективность.

Материал и методы. В Реабилитационном центре для детей с пороками сердца в 2020 году обследованы 49 пациентов (мальчиков N=33, девочек N=16) в отдаленном периоде (8,46±4,9 лет) после хирургической коррекции коарктации аорты. Медиана возраста составила 13 лет (9–18 лет). Перед началом кардиореабилитации всем пациентам были проведены стресс-ЭКГ, а также суточное мониторирование АД, кардиореспираторное нагрузочное тестирование, 20 пациентам – психологическая диагностика до и после 14-дневного курса реабилитации. Комплексная программа реабилитации была направлена на профилактику и коррекцию артериальной гипертензии, повышение физической работоспособности, улучшение психоэмоционального состояния детей, и включала ЛФК в зале / аквагимнастику, сухие углекислые ванны, низкоинтенсивную лазеротерапию, галотерапию, энтеральную оксигенотерапию, психокоррекционные занятия с помощью методов арт-терапии, когнитивно-поведенческой терапии, психологического консультирования, обучения методам саморегуляции.

Результаты. По данным проведенного обследования 10 пациентов (20,4%) исходно страдали артериальной гипертензией и получали антигипертензивную терапию. Нарушения суточного ритма АД с недостаточной степенью снижения ночью отмечались у 35 (71,4%) пациентов. Исходный градиент систолического давления на перешейке аорты составлял 20,2±8,5 мм рт. ст. в покое и 36,5±12,7 мм рт. ст. на пике нагрузки. Параметры кардиореспираторного нагрузочного тестирования были снижены (AT=43,6±5,7% от VO₂max, peakVO₂=67,8±7,7% от должн.). У 39 (79,6%) пациентов отмечался

гипертонический тип реакции на физическую нагрузку. Объем выполненной нагрузки (W) составил $69,8 \pm 14,4\%$ от должн. Сниженный объем непосредственной памяти наблюдался у 45% детей, незначительная флуктуация работоспособности в процессах внимания и нейродинамики – у 40% детей, высокий уровень общей тревожности – у 70%, заниженная самооценка – у 60%. После курса кардиореабилитации отмечалась положительная динамика: статистически достоверное ($p < 0.05$) снижение систолического и диастолического АД: САД с $128,4 \pm 12,7$ мм рт. ст. до $125,7 \pm 9,3$ мм рт. ст.; ДАД с $76,7 \pm 8,2$ мм рт. ст. до $74,1 \pm 5,2$ мм рт. ст., нормализовался суточный ритм АД у 13 (26,5%) детей. Выявлены статистически достоверный прирост показателя пикового потребления кислорода до $69,5 \pm 6,9\%$ от должн., повышение объема выполненной нагрузки до $70,6 \pm 13,4\%$ от должн. У 11 пациентов (28,2%) изменился тип реакции на физическую нагрузку с гипертонического на нормотонический. При повторном психодиагностическом обследовании отмечено повышение нейродинамики у 35% пациентов, у 40% детей снизился уровень тревоги, повысилась самооценка у 25% пациентов.

Выводы. Дети, оперированные по поводу коарктации аорты, требуют регулярного обследования для своевременного выявления и коррекции возможных осложнений. Комплексная реабилитация таких пациентов должна быть направлена на профилактику данных осложнений, в первую очередь артериальной гипертензии, улучшение физической работоспособности и психического здоровья детей. Полученные результаты продемонстрировали эффективность такого подхода к реабилитации и диктуют необходимость продолжения исследований в этой области.

Список литературы:

1. M.L. Brown, H.M. Burkhardt, H.M. Connolly, J.A. Dearani, F. Cetta, Z. Li, et al. Coarctation of the aorta: lifelong surveillance is mandatory following surgical repair. *J Am Coll. Cardiol*, 2013; 62: 1020-1025.
2. M.G.Y. Lee, S.V. Babu-Narayan, A. Kempny, A. Uebing, C. Montanaro, D.F. Shore, et al. Long-term mortality and cardiovascular burden for adult survivors of coarctation of the aorta. *Heart.*, 2019; 105 (15): 1190-1196.
3. М.Р. Туманян, А.А. Свободов, Е.Г. Левченко, А.Г. Андерсон, М.В. Макаренко. Кардиологические проблемы в отдаленном периоде у детей после устранения на первом году жизни коарктации аорты / *Педиатрия*. 2018; 97 (3): 24–28.
4. L. Trenka, A.E. Lammers, R. Radke, H. Baumgartner et al. Neurological complications in aortic coarctation: Results of a Nationwide analysis based on 11907 patients. *International Journal of Cardiology*, 2021; 322: 114-120.
5. T.V. Vigneswaran, M.D. Sinha, I. Valverde, J.M. Simpson, M. Charakida. Hypertension in Coarctation of the Aorta: Challenges in Diagnosis in Children. *Pediatric Cardiology*, 2018; 39: 1–10.

ВОЗМОЖНОСТИ АДАПТИВНОГО СПОРТА В НЕЙРОКОРРЕКЦИИ

Зайцева Л.В., Шалина О.С.

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России. Москва, Россия

Контактная информация: Шалина Ольга Сергеевна, Москва, ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова; 8-916-188-99-79, shalina.olga@gmail.com

Актуальность. За последние 15 лет прирост детей с психическими нарушениями и расстройствами поведения в России составил 7 тысяч, а с нарушением ЦНС – 2,5 тысячи. У большинства из них отмечается несформированность различных высших психических

функций (ВПФ). Эта работа поможет верифицировать эффективность занятий адаптивной физической культурой (АФК) в коррекции психомоторного развития детей, их когнитивных функций (памяти, мышления, внимания, пространственных представлений), коммуникации и социальной адаптации [1]. Адаптивный спорт и АФК являются актуальным направлением реабилитации детей с ОВЗ, но в то же время их коррекционно-развивающий потенциал недостаточно определён, а методические рекомендации крайне малочисленны.

Цель. Оценка эффективности занятий адаптивной физкультурой в реабилитации детей с нарушениями психического развития.

Материалы и методы. В рамках проекта «Адаптивный батут» (АНО «Школа героев», спортивно-развлекательный центр «Небо») проводились спортивные занятия по адаптивным программам. Участие приняли 39 детей с различными психическими расстройствами в возрасте 6–13 лет, среди них 32 мальчика (82%) и 7 девочек (18%). У детей установлены следующие диагнозы МКБ-10: F84.0, F84.1, Q90 [2]. Оценка уровня психомоторного развития, коммуникативных навыков и уровня сформированности ВПФ проводилась с помощью стандартных и модифицированных нейропсихологических проб [3]. Обследование проводилось дважды – перед началом программы АФК «Адаптивный батут» и по ее завершении, через 3 месяца.

Результаты. Выявлена положительная динамика ряда показателей. *Особенности вступления и поддержания контакта:* при первичном обследовании 24% – вступает самостоятельно, без сложностей; 48% – контакт затруднён или неустойчив; 28% – контакту не доступен. При повторном обследовании 49% – вступает самостоятельно, без сложностей; 32% – контакт затруднён или неустойчив; 19% – контакту не доступен. При первичном обследовании *проявления негативизма* выявились у 19% детей, а при повторном этот критерий не выявлен. Положительную, но менее выраженную динамику имеют следующие показатели: инертность, импульсивность, способность следовать инструкциям, конструктивный праксис, критичность, произвольное внимание. По ряду показателей динамика не выявлена: нейродинамические показатели, утомляемость, истощаемость, агрессия, потребность во внимании, речь, сформированность пространственных представлений, зрительная и слухоречевая память.

Выводы. По завершении программы занятий АФК дети продемонстрировали положительную динамику по ряду параметров. Дети больше ориентируются на общение и удерживают контакт. Конечно, сложная структура дефекта психического развития и неравномерность развития каждого индивидуального ребёнка, а также глубинная органическая причина нарушения развития не могут быть полностью скомпенсированы и восполнены краткосрочной программой тренировок. Однако наблюдаемая динамика позволяет с уверенностью говорить о возможности коррекции базовых уровней развития. Дети, участвующие в программе АФК, демонстрируют готовность обучаться, развитие активного внимания и мышления (дети овладели конструктивными навыками, начали демонстрировать более сложные приёмы мышления), а также интереса к тренеру, снижение импульсивности и инертности, осложняющих любое коррекционно-развивающий процесс.

Список литературы:

1. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник / С.П. Евсеев. – М.: Спорт, 2016. – 616 с.
2. Международная классификация болезней 10-го пересмотра.
3. Методы нейропсихологического обследования детей 6–9 лет / Под общей редакцией Т.В. Ахутиной. – М.: В. Секачев, 2017. – 280 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИСУНОЧНЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА (НА ПРИМЕРЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА № 3)

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

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии г. Москвы», дневной стационар № 3; Алтуфьевское шоссе, 30Б

Контактная информация: Сафронова Наталия Альбертовна, ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии г. Москвы», дневной стационар № 3; Алтуфьевское шоссе, 30Б; 8-499-903-62-93; reg.ds3@yandex.ru

Актуальность. Психическое развитие ребёнка определяется его эмоциональным благополучием. Тревожность является одной из наиболее серьёзных проявлений среди детей дошкольного и младшего школьного возраста. В настоящее время психологами используются самые разнообразные методы коррекции эмоционально-личностных расстройств у детей, одним из которых является рисование. Рисуночные методики очень информативны, т.к. позволяют не только провести диагностику актуальных эмоциональных проблем, личностного характера, но и довольно успешно проводить их коррекцию. Они просты в проведении, занимают немного времени и не требуют никаких специальных материалов, кроме карандашей и бумаги, могут проводиться многократно, не утрачивая своего диагностического значения.

Цель. Выявить тревожные состояния у детей дошкольного и младшего школьного возраста, проходивших лечение в дневном стационаре № 3, с помощью рисунков, рисуночных тестов и методик и снизить их с помощью эффективных психокоррекционных воздействий.

Материалы и методы. В качестве конкретных рисуночных методик применялись: рисунок «Детский сад», рисунок «Школа», рисунок «Человек», рисунок «Несуществующее животное». Опыт применения этого набора рисуночных методик позволяет выявить различные психологические особенности: тревожность (как личностная черта) и тревогу (как состояние на момент обследования), страхи, агрессию, депрессивные проявления и т.д. Рисунки тревожных детей имеют много зачерченных «пятен» или, напротив, слишком «прозрачны» и почти незаметны. Например, люди, изображённые тревожным ребёнком, часто имеют большие тёмные (заштрихованные) глаза, себя же изображают маленькими, почти невидимыми, обводят и исправляют только что проведённые линии.

Результаты. За период с апреля 2020 года по март 2021 года были проведены рисуночные тесты с 136 детьми от 3 до 11 лет. Из них с повышенным уровнем тревожности оказалось 110 детей (75%). Выраженная положительная динамика в отношении снижения эмоционально-личностной тревожности, психоэмоционального напряжения отмечалась у 63 детей (57%), умеренная – у 36 детей (33%), незначительная – у 11 детей (10%).

Выводы. Использование рисуночных тестов для снижения тревожности и проведение коррекционной работы оказалось наиболее эффективной работой с детьми. Контрольный эксперимент позволил проследить динамику снижения тревожности у детей. Очевидно, что терапия через рисование в комплексе с другими психокоррекционными методами способна значительно снизить проявление тревожных состояний, страхов и других эмоционально-личностных нарушений у детей. Полученные результаты позволяют дать рекомендацию специалистам о необходимости активного использования рисуночной терапии.

Список литературы:

Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. – М.: Владос-Пресс, 2003. – 160 с.: ил.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ В ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ

Зосимова И.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» ДЗ г. Москвы. Мичуринский пр-т, 74

Контактная информация: Зосимова Инна Анатольевна, ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» ДЗМ, Мичуринский пр-т, 74, +7-916-077-08-83.

Актуальность. Воспитание – это процесс, т.е. постоянно меняющаяся, динамически развивающаяся система взаимодействия педагога и ребенка. Она меняется в зависимости и от личности педагога, и от личности воспитанника. Любой ребенок должен стать оптимально-развитой личностью, способной к адекватному вхождению в общественную среду на каждом этапе возрастного становления. Это становится возможным лишь при условии создания специального пространства, включающего в себя наличие комплексного подхода и специалистов, владеющих специальными методиками и технологиями коррекционного обучения и воспитания [1].

Цель. Создать такую модель обучения детей с ОВЗ, в процессе которой у каждого обучающегося появится механизм компенсации имеющегося дефекта, на основе чего станет возможной его интеграция в современное общество.

Материалы и методы. Основные направления коррекционной работы, которые используем в обучении детей с ОВЗ: совершенствование движений и сенсомоторного развития: развитие мелкой моторики кисти и пальцев рук; развитие навыков каллиграфии; развитие артикуляционной моторики; коррекция отдельных сторон психической деятельности: развитие зрительного восприятия и узнавания; развитие зрительной памяти и внимания; формирование обобщённых представлений о свойствах предметов (цвет, форма, величина), развитие пространственных представлений ориентации; развитие слухового внимания и памяти; развитие фонетико-фонематических представлений, формирование звукового анализа; развитие основных мыслительных операций: навыков группировки и классификации (на базе овладения основными родовыми понятиями); умения работать по словесной и письменной инструкции, алгоритму; умение планировать деятельность; развитие различных видов мышления: развитие наглядно-образного мышления; развитие словесно-логического мышления (умение видеть и устанавливать логические связи между предметами и явлениями, событиями). Коррекция нарушений в развитии эмоционально-личностной сферы (релаксационные упражнения для мимики лица, драматизация, чтение по ролям); развитие речи, овладение техникой речи; расширение представлений об окружающем мире и обогащение словаря; коррекция индивидуальных пробелов в знаниях [2].

Результаты. Дети с удовольствием выполняют предложенные игровые задания. Игра ставит их в условия поиска, пробуждает интерес к победе, а отсюда стремление быть быстрым, собранным, ловким, находчивым, уметь четко выполнять задания, соблюдать правила игры. Именно интерес двигает поиском, догадкой. Под влиянием познавательного интереса деятельность становится продуктивной. Данный результат создает мотивационную основу для коррекции (как в психическом, так и в личностном плане) имеющихся отклонений у ребенка и обеспечивает последующую его социализацию. Прочность, гибкость навыков и привычек зависит от ряда факторов:

условий, своевременности начала этой работы, эмоционального отношения ребенка к выполняемым действиям, систематичности упражнений детей в определенных действиях.

Выводы. Применение технологий на занятиях, в различных видах деятельности, самоподготовке позволяет оптимизировать педагогический процесс, индивидуализировать обучение и воспитание детей с ОВЗ, а также способствует положительному состоянию детей в процессе занятий и значительно повышает эффективность работы. Такими средствами являются коррекционно-развивающие игры и упражнения, яркие наглядные пособия, занимательность. «Учить играя» – оспаривать эту заповедь не станет никто [3].

Список литературы:

1. Пидкасистый П.И., Хайдаров Ж.С. Технология игры в обучении и развитии. – М., 1996.
2. Пузанов Б.П. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития. – М., 2001.
3. Интернет-источники:
http://pedsovet.org/component/option,com_mtree/task,viewlink/link_id,4459/Itemid,118/004.

ФИЗИКАЛЬНЫЕ АЛГОРИТМЫ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКОГО ПОДАЛЬНОГО И ПОСТУРАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

Иванов Е.Г.

Ортопедический центр «Поступь», г. Мытищи, г. Пушкино, Московская обл.

Контактная информация: Иванов Евгений Геннадьевич, Ортопедический центр «Поступь»; г. Мытищи, г. Пушкино, Московская обл.; +7-929-560-38-22, walavrach@yandex.ru

Актуальность. В рамках амбулаторного приема ортопедического и/или неврологического профиля при общем дефиците рабочего времени существует потребность в простых и общедоступных технических приемах при проведении физикального осмотра ребёнка или подростка.

Цель. Информация в сообщении имеет своей целью дополнить арсенал врача амбулаторного звена простыми техническими приемами, направленными на выявление неявных и/или скрытых постуральных и подальных функциональных дефицитов, нередко присутствующих и патологически встроенных в паттерн статики и гетеролатеральной локомоции и влияющих особым образом на походку и осанку ребенка или подростка.

Материалы и методы. В рамках врачебно-консультативного приема с 2011 по 2018 год принято пациентов в возрасте от 2 до 16 лет – 3024 человека. Причины обращения за врачебной помощью – нарушения походки, осанки, плоскостопие, боли в области голеностопов, спины, таза и т.п. В качестве инструментов диагностики использовались: тщательный, с привлечением родителей и близких родственников ребенка/подростка, семейный и родовой анамнез для исключения влияний наследуемой семейной дисплазии соединительной ткани; стандартный физикальный осмотр с учётом возраста и текущего физического развития ребенка/подростка; постуральные статодинамические гравитационные тесты; плантоскопия [1, 2]; провокационные тесты на выявление скрытых рефлексов новорожденных; проводился анализ представляемых мед. документов и обследований.

Результаты. У подавляющего большинства детей и подростков (2346 чел.) в анамнезе были выявлены: клинический или анатомически узкий таз у матери, затяжные или стремительные роды, преждевременное отхождение вод / мутные воды с примесью мекония, преждевременная отслойка плаценты, двойное тугое обвитие шеи пуповиной,

неправильные предлежания плода, признаки хронической (УЗИ, ТКГ) или острой гипоксии плода (интра- и постнатальные признаки), задержка моторного (в грудничковом) и психоречевого (в раннем и среднем детском возрасте) развития, нарушение этапности вертикализации и отсутствие фазы ползания (аномальное ползание), слишком ранняя или слишком поздняя вертикализация и начало самостоятельной ходьбы, синдром дефицита внимания и гиперактивности и т.п. А также: синдром «ходьбы на цыпочках» [3, 4] разной степени выраженности (69% от выявленных), отсутствие фазы ползания (58–84%), ранняя вертикализация и снижение возможности реализации гетеролатерального стереотипа движения [5] (63%), гравитационная перегрузка переднего отдела стопы с ранним развитием поперечного плоскостопия, гипермобильность в первом плюсне-фаланговом суставе (88%), развитие синдрома полой стопы (25%), отсутствие должной последовательности фаз опорной ходьбы (71%) [6]. Опытным путем были выработаны тесты экспресс-диагностики вышеуказанных функциональных дефицитов.

Выводы. Использование тестов в рамках амбулаторного приема позволило значительно упростить в диагностическом плане и существенно визуализировать для сопровождающих ребёнка родителей скрытую нейроортопедическую патологию и оптимизировать дальнейший медицинский маршрут ребенка.

Список литературы:

1. Ортопедия первых шагов, Мицкевич В.А. – М.: БИНОМ, 2013.
2. Диагностика двигательной патологии инструментальными методами: анализ походки и стабилметрия, Скворцов Д.В. – М., 2007.
3. Неврология недоношенных, Пальчик А.Б. с соавт. – М.: Медпресс, 2014.
4. Неврология новорожденных, Ратнер А.Ю. – М.: БИНОМ, 2008.
5. Принцип Войты, Войта В., Springer, Heidelberg, 2007.
6. Funktionelle Behandlung Der Skoliose, Rudolf Klapp, Verlag Von Gustav Fischer, Jena, 1910.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДОЙ, РОЛЬ ОРТОПЕДА

Иванов Ю.И.¹, Красавина Д.А.²

¹ Ординатор кафедры травматологии и ортопедии, МСЭ, протезирования и реабилитации ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России

² Д.м.н., проф., зав. кафедрой травматологии и ортопедии, МСЭ, протезирования и реабилитации ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, проф. кафедры хирургических болезней детского возраста

Контактная информация: Иванов Юрий Иванович, г. Санкт-Петербург, ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, +7-996-503-53-23, sichmon@gmail.com

Актуальность. Ментальные нарушения – это тяжелые нарушения психического развития, при которых, прежде всего, страдает поведение и способность к социальному взаимодействию. Полиморфизм проявлений сочетается с недостаточной изученностью проблемы. У детей с данными нарушениями затруднены процессы воспитания, обучения и социализации. Для полноценного формирования ребенка необходима коррекция дефицитов, провоцирующих ментальные нарушения. Часто усугубляющим данные состояния фактором являются дисциркуляторные изменения сосудистого характера, в ряде случаев сочетающиеся с пороками развития краниовертебральной области.

Цель. Обратить внимание медицинского сообщества на важность ортопедического обследования и лечения у детей с ментальными нарушениями.

Материалы и методы. С октября 2020 года по март 2021 года на базе клиники проводилось лечение 20 пациентов в возрасте от 3 до 12 лет с ментальными нарушениями, среди них 13 мальчиков, 7 девочек. 17 детей были направлены на лечение нейропсихологом. 3 детей первично обратились, для коррекции ортопедических проблем. В ходе клинического обследования у больных были заподозрены ментальные нарушения, подтвержденные осмотром нейропсихолога. Перед лечением проводилось типовое обследование: ортопедический осмотр, оптическая топография, Rg-графия шейного отдела в функциональных положениях и через рот, транскраниальная доплерография, электроэнцефалография. У всех больных были обнаружены ортопедические дефекты шейного отдела позвоночника, изменения в сосудистом русле головы и шеи. При осмотре у 18 больных обнаружен мышечно-тонический синдром с локализацией в мышцах шеи и плечевого пояса. По данным оптической топографии у всех больных выявлены нарушения осанки. По данным доплерографии: у 18 пациентов обнаружены нарушения венозного оттока II-III степени, у 8 больных обнаружены нарушения артериального кровотока в физиологическом положении, у 12 обнаружена асимметрия артериального кровотока при функциональных пробах (в диапазоне 27–50%). По данным Rg-графии: у 3 больных – болезнь Клиппель – Фейля, у 14 больных – признаки дегенеративно-дистрофических изменений (сглаженность шейного лордоза – 14 человек, гипоплазия позвонков – 10 человек, эпистрофией тела C2 – 5 человек), у всех больных были обнаружены признаки нестабильности шейного отдела позвоночника в различных сегментах (ротационный подвывих – 17 человек, атланта-аксиальный конфликт – 10 человек). В лечении использовались мануальные методики: миофасциальный релиз, точечное пальцевое воздействие на триггерные точки, техника постизометрической мышечной релаксации. Мануальные методики проводились курсом в течение 10 дней. Пациентам подбирался индивидуальный комплекс ЛФК. Для контроля эффективности через месяц после окончания курса воздействия, в течение которого пациент продолжал выполнять индивидуальный комплекс ЛФК, проводился повторный осмотр и транскраниальная доплерография.

Результаты. У 12 пациентов отмечалось улучшение по данным доплерографии (нормализация венозного оттока – 10 человек и уменьшение асимметрии артериального кровотока – 12 человек), родители также отмечали улучшение ментальных функций ребенка. У 3 пациентов доплерография осталась без значительных изменений (сохранялись пограничные изменения артериального кровотока, субнормальные изменения венозного оттока), но родителями отмечалось улучшение двигательных и когнитивных функций, что подтверждалось при осмотре. У 5 пациентов отмечалось улучшение по данным доплерографии и осмотра, но родители не отмечали улучшения ментальных функций. Выраженность мышечно-тонического синдрома у 17 больных снизилась значительно, у 1 больного снизилась незначительно.

Выводы. Грамотная коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата головы и шеи способствует нормализации кровообращения головного мозга, что благоприятно влияет на развитие когнитивных функций у детей с ментальными нарушениями.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Казакова Е.В., Гросс Н.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр физической культуры и спорта» ФГБУФНЦ ВНИИФК. Москва, Россия

Контактная информация: Гросс Нина Александровна, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр физической

Актуальность. При детском церебральном параличе (ДЦП) на фоне двигательных нарушений происходит и нарушение дыхательной функции, что приводит к снижению снабжения кислородом тканей, особенно нервных и мышечных волокон [1, 2, 3]. Правильное дыхание является необходимым не только для дыхательной системы, но и для системы кровообращения. В процессе жизнедеятельности функции этих двух важнейших систем тесно взаимосвязаны [4, 5]. Поэтому обучение ребенка с ДЦП правильному дыханию с самого раннего возраста является актуальным.

Цель исследования. Оценка функционального состояния внешнего дыхания у детей с ДЦП.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие дети с диагнозом ДЦП в возрасте от 3 до 16 лет, которые были разделены по уровню нарушений больших моторных функций по международной шкале GMFCS. Причем из них детей с ДЦП первого уровня (I) – 27,2%, детей II уровня – 18,2%, III уровня – 22,7%, IV – 4,5%, V – 18,2%. Исследования проводились с помощью переносного спирометра. Определялась функция внешнего дыхания (выдох без усилия), тип дыхания в положении лежа на спине, на животе, на боку, сидя, стоя, наличие дыхательной недостаточности. После определения типа дыхания и выявления нарушений в дыхательной системе проводилась активная физическая реабилитация. При проведении первичного осмотра определялась мобильность грудной клетки в процессе вдоха и выдоха при различных положениях тела. Особое внимание обращалось на наличие одышки, кашля и т.д. Определялась частота, глубина и тип дыхания, форма грудной клетки, что в дальнейшем учитывалось при построении физических упражнений. В зависимости от типа дыхания подбирались исходные положения тела во время занятий для дополнительного растяжения грудной клетки и увеличения дыхательных движений и активизации диафрагмы, которая является основой для формирования дыхательной системы. Занятия были направлены на увеличение функционального резерва, повышение объема вентиляции (в целом или для отдельных долей), повышение мобильности (подвижности) грудной клетки.

Результаты. Регулярные осмотры детей с последствиями ДЦП позволяют выявить степень выраженности и динамику развития тех или иных патологических изменений, проследить эффективность применяемых упражнений. Выявлено, что у 30% детей с диагнозом ДЦП наблюдается в основном брюшной тип дыхания. У 50% детей наблюдается смешанный тип дыхания, как брюшного, так и грудного дыхания, у 20% детей – грудной тип. Это объясняется высоким стоянием диафрагмы, значительной величиной брюшной полости и горизонтальным расположением ребер.

Выявлено, что у детей I-II уровня, по данным спирометрии, внешнее дыхание в среднем составляет 490–716 мл, у детей III – 450–623 мл, у детей IV-V – 275 мл, длительная задержка дыхания с минимальным выдохом наблюдалась у трех детей. Такие низкие показатели выдыхаемого воздуха характеризуют уменьшение эластичности легких и проходимость бронхов, снижение силы дыхательных мышц и подвижность грудной клетки из-за малой двигательной активности ребенка с ДЦП. Наблюдается повышенная среднегрупповая частота дыхания, что свидетельствует о напряжении нейрогуморальных механизмов регуляции дыхания.

Выводы. При регулярном применении последовательной смены исходных положений пациента можно добиться полноценной вентиляции всех отделов легких. Тестирование позволяет контролировать и вовремя скорректировать внешнее дыхание при проведении занятий, что повышает эффективность реабилитации.

Список литературы:

1. Шмарина Я.Г. Функциональные особенности дыхательной системы у молодых людей с последствиями детского церебрального паралича / Я.Г. Шмарина, Г.А.

Северюкова, И.Б. Исупов, К.А. Ряскова / Международный научно-исследовательский журнал. – № 8 (50). – С. 31–33.

2. В.Т. Кожевникова. Современные технологии физической реабилитации больных с последствиями перинатального поражения нервной системы и детским церебральным параличом. – М.: 2013. – 566 с.

3. Васильев Г.Ф. Динамичное дыхание / Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – Курск, 2014. – № 6. – С. 209–213.

4. Клендар В.А. Изменение функционального состояния детей с детским церебральным параличом при выполнении движений циклического характера / В.А. Клендар, Н.А. Гросс, А.Н. Корженевский / Человек. Спорт. Медицина. – 2019. – Т. 19. – № 3. – С. 112–118.

5. Авдеев С.Н. Острая дыхательная недостаточность: основные подходы к диагностике и терапии // Практическая пульмонология. – 2005. – № 4. – С. 25–29.

ОНЛАЙН-ПЛАТФОРМА ИГР ДЛЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ

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

¹ Реабилитационный центр «Элита», Львов, Украина

² Международная реабилитационная клиника Козьявкина, Трускавец, Украина

Контактная информация: Качмар Олег Алексеевич, Львов, Реабилитационный центр «Элита», тел. +380-67-353-7927, e-mail: okachmar@ic.reha.lviv.ua

Актуальность. Восстановление двигательных функций у детей с церебральными параличами (ДЦП) зависит от пластичности нервной системы, стимуляции которой способствует регулярное выполнение необходимых движений, оптимальная интенсивность занятий и вовлеченность ребенка. Часто пациенты с ДЦП нуждаются в интенсивной и продолжительной физической реабилитации, что со временем негативно влияет на мотивацию к выполнению упражнений. Специальные компьютерные игры как важная составляющая реабилитационного процесса способствуют усовершенствованию равновесия, повышению вовлеченности и мотивации ребенка к физической реабилитации.

Цель. Целью исследования была оценка влияния онлайн-платформы со специальными компьютерными играми на усовершенствование равновесия у детей с ДЦП.

Материалы и методы. Онлайн-платформа Statism была разработана в рамках научного проекта Horizon 2020 Ablegames. Платформа включает диагностические тесты и серию игр для тренировки равновесия, специально разработанные для игроков с ДЦП. В зависимости от уровня больших моторных функций, дети могут играть в различных исходных положениях на балансировочной доске Nintendo.

Онлайн-платформа позволяет семьям и физическим терапевтам персонализировать игры в соответствии с возможностями ребенка. Процесс персонализации игр происходит автоматически; предлагаются настройки игры, соответствующие уровню моторного развития ребенка. Возможности онлайн-платформы также позволяют отслеживать прогресс ребенка, что, в свою очередь, способствует социальному взаимодействию между детьми, семьями и физическими терапевтами.

Результаты. Платформу тестируют на пилотных площадках Ирландии, Испании и Украины. После двухнедельных занятий с онлайн-платформой было проведено пилотное исследование для оценки изменений функции равновесия у детей с ДЦП. Исследование показало улучшение равновесия во время сидения, а также динамического баланса. По результатам опросника физические терапевты, игроки и члены их семей поставили общую оценку «Хорошо» и «Очень хорошо» возможностям онлайн-платформы.

Выводы. Платформа со специальными играми и диагностическими тестами, разработанная для детей с ДЦП, не только может быть инструментом усовершенствования равновесия, но и имеет потенциал повышения мотивации ребенка к выполнению упражнений. Предварительные результаты показали улучшение равновесия и высокий уровень удовлетворенности пользователей после тестирования онлайн-платформы.

Список литературы:

1. Kachmar O, Kozyavkin V, Markelov V, Melnychuk V, Kachmar B. Web-based home rehabilitation gaming system for balance training. *Journal of Accessibility and Design for All*. 2014;4(2):104-16.
2. Online-platform Stasism <https://stasism.com>.
3. Kachmar O, Kushnir A, Fedchyshyn B, Cristiano J, O’Flaherty J, Helland K, Johnson G, Puig D. Personalized Balance Games for Children with Cerebral Palsy: A Pilot Study [published online ahead of print, 2021 Mar 5]. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*. 2021;1 – 9.

КОМПЛЕКСНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТА ТОМАТИС И УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА В РАЗВИТИИ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ким Е.А., Сычёва Е.В., Фалько С.Н., Криницкая И.В., Керимова С.С., Власенко С.В.

Государственное бюджетное учреждение Республики Крым «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Симферополь

Контактная информация: Власенко Сергей Валерьевич, ГБУ РК «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», Симферополь, +7-978-766-55-46; vlasenko65@rambler.ru

Актуальность. Речь детей с расстройством аутистического спектра может иметь разные вариации: от отдельных вокализаций до объемных развернутых монологических высказываний. Однако общим является то, что речевые средства не используются детьми с аутизмом для коммуникации, выступая чаще аутостимуляцией.

В связи с этим, коррекция речевых нарушений при расстройстве аутистического спектра является одной из первостепенных и в то же время труднореализуемых задач реабилитационного процесса. Одним из подходов к достижению данной задачи является взаимодействие специалиста Tomatis и учителя-логопеда в условиях реабилитации [1, 2, 3, 4].

Цель. Определить эффективность комплексного воздействия методики Tomatis и логопедической коррекции в развитии речевой деятельности детей с расстройством аутистического спектра.

Материалы и методы. Проведена оценка речевых способностей у детей с расстройствами аутистического спектра от 5 до 15 лет. Девятнадцать детей с аутизмом разной степени тяжести, из них 11 мальчиков и 8 девочек, посещали занятия логопеда, которые включали в себя комплекс коррекционных методов и приемов, воздействующих на ближайшую зону речевого развития ребенка, а также параллельно прослушивали набор программ ELMA на аппарате TolsUP, предназначенных для использования в качестве дополнительного инструмента в комплексной реабилитации. Принцип действия метода Tomatis – сенсорная звуковая стимуляция. Звук передается двумя путями: путем костной проводимости, вызванной вибрацией в верхней части черепа, и путем воздушной проводимости, при которой звуковые колебания передаются через наружное ухо [1, 2].

В начале и конце курса были проведены онлайн-опросник TED и логопедическая диагностика по Д.А. Шукиной. По результатам обследования индивидуально для каждого ребенка были подобраны коррекционные логопедические программы в комплексе с аудио-вокальными тренировками. Курс логопедических занятий составил от 12 до 15 занятий в месяц и 13-14 сеансов по методике Tomatis. Продолжительность занятий по методике Tomatis составила 30–90 мин., логопедических занятий – 15–45 мин.

Результаты. По окончании курса отмечено улучшение понимания речи (дети начали слышать и различать то, что раньше им было недоступно, начали выполнять сначала простые, а потом и более сложные инструкции). Произошел запуск речи у неговорящих детей (отмечается увеличение речевой активности, появление вокализаций и новых звуков, первых слов). Улучшение фонематического восприятия и, как результат, улучшение произносительной стороны речи у детей с очень неразборчивой речью.

Выводы. Комплексный подход специалиста по методике Tomatis и учителя-логопеда в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра позволяет достичь значительных улучшений не только в развитии речевых и когнитивных способностей, но и психоэмоциональной сферы.

Список литературы:

1. Галянт И.Г. Метод Томатиса как средство инклюзивного образования [Текст] / И.Г. Галянт / Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее. Сборник статей IX международной научно-практической конференции: в 3 ч. – 2017. – С. 11–13.
2. Каширина С.В. Применение метода «Томатис» в работе с детьми с аутизмом // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии.
3. Крадинова Е.А., Вербенко В.А., Назарова Е.В. Коррекция пограничных и психических расстройств у родителей, воспитывающих детей с заболеваниями нервной системы // Медицинский алфавит. – 2014; 4 (24): 50 – 6.
4. Петров Д.С. Роль семьи в лечении и реабилитации лиц с психическими расстройствами (комплексное медико-социальное и клиничко-психиатрическое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 51 с.

ВОЙТА-ДИАГНОСТИКА В ЕЖЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ

Кнолль Е.А.

Реабилитационный центр «Войта-Праксис», Практика Войта-терапии Москва, Россия

Контактная информация: Кнолль Екатерина Александровна, Москва, Реабилитационный центр «Войта-Праксис», Практика Войта-терапии, +7-906-891-04-73; kat_knoll@mail.ru

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

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

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

1. Анализ навыков и спонтанной моторики ребенка первого года жизни (на базе глубоких знаний моторного онтогенеза).
2. Изучение примитивных рефлексов и динамики их угасания.

3. Анализ реакций положения, которые были модифицированы и стандартизированы В. Войтой [3, 4].

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

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

Список литературы:

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

РОБОТИЗИРОВАННАЯ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДЦП С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКСОСКЕЛЕТА EXOATLET VAMBINI MINI

Ковина М.В.¹, Писарева М.В.¹, Мартьянов М.М.¹, Письменная Е.В.², Петрушанская К.А.³

¹ ГБУЗ Ярославской области «Областная детская клиническая больница»

² ООО «ЭкзоАтлант», Москва

³ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва. Россия

Контактная информация: Ковина Марина Валерьевна, Ярославль, ГБУЗ ЯО ОДКБ, 8-915-970-56-37, kovinamv.cp@mail.ru

Актуальность. В рамках проекта НТИ в 2020 году впервые в мире было разработано инновационное роботизированное оборудование – экзоскелет ExoAtlet Vambini Mini для реабилитации детей от 2 до 6 лет с двигательными нарушениями.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – наиболее распространенная группа двигательных расстройств в детском возрасте, которые обусловлены неврологическими нарушениями в мозге плода или новорожденного. Данное заболевание сопровождается нарушениями двигательных, перцептивных, речевых, зрительных и когнитивных функций и характеризуется расстройством координации движений, слабостью мышц, наличием спастичности, а также гиперрефлексией, спонтанными клоническими судорогами.

Цель. Оценить эффективность реабилитации у детей раннего возраста с диагнозом ДЦП, посредством тренировок в экзоскелете.

Материалы и методы. ExoAtlet Vambini Mini позволяет выполнять функции ходьбы на месте, вперед и вбок приставными шагами. Ходьба в экзоскелете осуществляется в индивидуальной ортопедической обуви ребёнка с постановкой пятки на поверхность опоры и выполнением переката с пятки на носок.

Исследования проводились в отделении патологии речи и нейрореабилитации ГБУЗ Ярославской области «Областная детская клиническая больница». Под наблюдением были дети от 2 до 6 лет ростом от 73 до 108 см. Исследования были проведены на 11 детях с различными формами ДЦП: 6 детей – с диплегической формой ДЦП, 4 детей – с гемипаретической формой ДЦП, 1 ребенок – с дистонической формой ДЦП. Все дети получали 10 тренировок в экзоскелете длительностью от 15 до 25 минут, физиотерапию, массаж и лечебную физкультуру. Оценка двигательных навыков проводилась по шкале GMFM-88. Спастичность мышц оценивалась по шкале Ashworth. Оценка биомеханических параметров проводилась инструментальными методами с замерами реакций опоры, ЭМГ-профиля мышц и угловых перемещений в суставах ног. До курса у детей с ДЦП отмечалось повышение мышечного тонуса по спастическому типу, затруднения при разведении в ТБС, ограничение активных и пассивных движений в ГСС. Для большинства детей была характерна походка на приведенных, ротированных внутрь ногах с опорой на передние отделы стоп. Темп ходьбы – быстрый, уменьшена длина шага.

Результаты. После курса отмечалось уменьшение тонических рефлексов и снижение мышечного тонуса в ногах на 1 балл по Ashworth, увеличение опороспособности нижних конечностей у всех детей, уменьшилась выраженность внутреннего ротационного и аддукторного синдромов, улучшилась постановка стоп, появились опора на пятки и перекаат. У одной девочки 4-х лет уменьшился миоклонический синдром. У 8 детей улучшился паттерн ходьбы с поддержкой, у 3 улучшился стереотип самостоятельной ходьбы. Мальчик 2-х лет впервые освоил самостоятельную ходьбу.

Выводы. Включение занятий в экзоскелете EgoAtlet Bambini Mini в комплексную реабилитацию детей с ДЦП раннего возраста стимулирует генерацию паттерна походки, что способствует формированию статики и локомоции, препятствует развитию патологического двигательного стереотипа, что в итоге приводит к сокращению сроков реабилитации. Этот эффект носит долговременный характер и сохраняется в течение трех месяцев после завершения курса реабилитации.

Список литературы:

1. Титаренко Н.Ю., Титаренко К.Е., Левченкова В.Д., Семёнова К.А., Воронов А.В., Доценко В.И., Смирнов И.Е. Количественная оценка нарушений двигательных функций у больных детским церебральным параличом методом видеоанализа движений с использованием двухмерной биомеханической модели. Новые медицинские технологии / Российский педиатрический журнал. – 2014. – № 5.

2. Баранов А.А., Клочкова О.А., Куренков А.Л., Намазова-Баранова Л.С., Никитин С.С., Артеменко А.Р., Мамедъяров А.М. Роль пластичности головного мозга в функциональной адаптации организма при детском церебральном параличе с поражением рук / Педиатрическая фармакология. – 2012. – Т. 9. – № 6. – С. 24–32.

3. G. Cappellini, F. Sylos-Labini, A.H. Dewolf, I. Solopowf, D. Morelli, F. Lacquaniti, Y. Ivanenco. Maturation of the locomotor circuitry in children with cerebral palsy. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology* | www.frontiersin.org, August 2020 | Volume 8 | Article 998.

FLNA-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Кондакова О.Б., Симонова О.И., Красюкова А.А., Савостьянов К.В., Пушков А.А., Бекмамбетова А.У., Лялина А.А., Давыдова Ю.И., Гребенкин Д.И., Попович С.Г.

ФГАУ НМИЦ Здоровья детей МЗ РФ. Москва, Россия

Контактная информация: Кондакова Ольга Борисовна, Москва, ФГАУ НМИЦ Здоровья детей МЗ РФ, тел. +7-903-504-29-60, kondakova068@gmail.com

Актуальность. Диагностика наследственных заболеваний, сопровождающихся врожденными пороками головного мозга, до настоящего времени вызывает значительные затруднения, невозможна без применения современных молекулярно-генетических методов и нейровизуализации. Значительная часть пациентов с аномалиями головного мозга, как правило, наблюдаются с диагнозами «Задержка психомоторного развития» и «ДЦП». Необходимость наблюдения и дальнейшей реабилитации этой группы пациентов обуславливает актуальность темы [1, 7, 10].

Цель. Описание клинической картины и диагностического поиска при FLNA-ассоциированном заболевании.

Материалы и методы. FLNA-ассоциированное заболевание рассмотрено на примере больного женского пола в возрасте 11 месяцев. Проведенные инструментальные методы исследования включают УЗИ внутренних органов, КТ грудной полости, МРТ головного мозга. Проведенные молекулярно-генетические исследования включают полное секвенирование экзона и прямое автоматическое секвенирование по Сэнгеру.

Результаты. Представляем описание клинического случая.

Ребенок поступил в клинику с жалобами на задержку психомоторного развития, кашель, периодическое снижение сатурации.

В анамнезе: ребенок от V беременности, протекавшей на фоне токсикоза, угрозы прерывания, при проведении I пренатального скрининга отмечалось увеличение ТВП до 5,8 мм, на сроке 21 неделя при проведении УЗИ выявлены ДМЖП и пиелэктазия. Роды V срочные, самопроизвольные, вес при рождении 3000 г, рост – 51 см, Апгар 7/8 б. С рождения находилась в тяжелом состоянии за счет дыхательной недостаточности. На 1-м месяце жизни выявлена врожденная аномалия развития головного мозга: узелковая гетеротопия серого вещества. В этом же возрасте перенесла операцию по поводу правосторонней диафрагмальной грыжи. В 3 месяца у ребенка отмечались бледность кожных покровов, одышка, кашель. Наблюдалась пульмонологами с диагнозом: ВПР бронхолегочной системы.

При поступлении в клинику состояние средней тяжести. Физическое развитие среднее (рост – 74 см (50–75 перц.), вес – 8800 г (25–50 перц.)). Кожные покровы бледные, умеренный цианоз носогубного треугольника при плаче, мышечная гипотония, в покое отмечается умеренная одышка в виде втяжения яремной ямки, межреберных промежутков. В легких дыхание жесткое. Состояние после оперативной коррекции правосторонней диафрагмальной грыжи. При неврологическом осмотре отмечается задержка психомоторного развития: моторные навыки – голову удерживает, переворачивается с живота на спину и обратно, сидит посаженная с ровной спиной, самостоятельно не садится, не встает, играет в игрушки. Различает своих и чужих, речевая продукция представлена вокализациями, единичными слоговыми словами. Черепно-лицевые дизморфии: долихоцефалия, удлиненное лицо, высокий лоб, участок капилляродисплазии на коже лба, эпикант, гипотелоризм глаз, микростомия, низкопосаженные диспластичные ушные раковины. Отмечается воронкообразная деформация грудной клетки.

Результаты проведенных инструментальных и лабораторных исследований: МРТ головного мозга: множественные нодулярные перивентрикулярные гетеротопии серого вещества. ЭКГ: признаки перегрузки миокарда правого предсердия, признаки гипертрофии миокарда правого желудочка. ЭХОКГ: недостаточность митрального и аортального клапана I ст., изменение створок аортального клапана, умеренное повышение давления в легочной артерии. УЗИ органов брюшной полости: признаки нарушения моторики верхних отделов ЖКТ, спленомегалия. КТ грудной полости: картина бронхолегочной дисплазии, по Rh-графической шкале среднетяжелое течение (9 баллов), косвенные признаки умеренной легочной гипертензии. Проведено полноэкзомное секвенирование: выявлен ранее не описанный вариант неясной клинической значимости NM_001110556.2:c.306G>T (p.Met102Ile) в гене FLNA в гетерозиготном состоянии.

Проведена валидация выявленного варианта в гене FLNA методом прямого автоматического секвенирования по Сэнгеру у ребенка. Мать пробанда обследована на наличие вышеуказанного варианта в гене FLNA: не выявлено.

Принимая во внимание данные анамнеза (проблемы с дыханием с первых суток жизни), клинической картины (задержка психомоторного развития, наличие множественных перивентрикулярных гетеротопий серого вещества по данным МРТ головного мозга, признаки интерстициальной болезни легких по данным КТ грудной полости, поражение клапанов сердца и признаки легочной гипертензии по данным ЭХОКГ, черепно-лицевые дизморфии) и данных проведенного молекулярно-генетического обследования (мутация *de novo* в гене FLNA), диагноз: FLNA-ассоциированное заболевание: перивентрикулярные нодулярные гетеротопии, тип I (OMIM 300049).

Больному рекомендована терапия силденафилом, верошпироном, будесонидом, антибактериальная терапия в случае обострения бронхолегочного процесса, проведение ЛФК, Войта-терапии, занятия плаванием.

Выводы. На основании данных литературы и приведенного нами описания клинического случая можно сделать вывод о том, что FLNA-ассоциированные заболевания являются плеiotропным нарушением с вариабильной экспрессивностью. Мутации в этом гене являются самой частой причиной нейрональных нодулярных перивентрикулярных гетеротопий и приводят к нарушениям нейрональной миграции, сосудистой функции, целостности соединительной ткани, патологии развития скелета, желудочно-кишечного тракта и легких [2, 3, 4, 5, 6, 8, 9].

В заключение хочется подчеркнуть, что реабилитационный потенциал при FLNA-ассоциированных заболеваниях варьирует в очень широких пределах. Детям с легкими вариантами заболевания, имеющим клинику синдрома Элерса – Данлоса, можно рекомендовать ортопедическую реабилитацию в полном объеме с использованием ЛФК и физиотерапевтических методов. А пациенты с тяжелыми формами заболевания, при которых отмечаются множественные перивентрикулярные гетеротопии с некурабельными судорогами и тяжелым поражением легких, в ряде случаев требующим проведения трансплантации, имеют крайне низкий реабилитационный потенциал.

Список литературы:

1. Горчханова З.К., Троицкая Т.В., Григорьева А.В., Казаков Д.О. Перивентрикулярная нодулярная гетеротопия (Обзор литературы и описание клинического случая) / Вестник эпилептологии. – 2019. – № 1. – Стр. 55–59.
2. Шевченко А.А. Врожденные пороки развития центральной нервной системы (ЦНС): клиничко-неврологические аспекты и проблемы пренатальной диагностики / Международные обзоры: клиническая практика и здоровье – 2014. – № 2. – Стр. 34–53.
3. E. Cannaearts, A. Shukla, M. Hasanhodzic et al. FLNA mutations in surviving males presenting with connective tissue findings: two new case reports and review of the literature. BMC Medical Genetics, 2018, V. 19, N. 140, p. 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12881-018-0655-0>.
4. K.R. Clapham, T.W. Yu, V.S. Ganesh et al. FLNA genomic rearrangements cause periventricular nodular heterotopia. Neurology, 2012; V. 78, p. 269 – 278. <https://doi:10.1212/WNL.0b013e31824365e4>.
5. Y. Hiromoto, Y. Azuma, Y. Suzuki et al. Hemizygous FLNA variant in West syndrome without periventricular nodular heterotopia. Human Genome Variation, 2020, V. 7, Article number: 43. <https://doi.org/10.1038/s41439-020-00131-9>.
6. Y. Feng, M.H. Chen, I.P. Moskowitz et al. Filamin A (FLNA) is required for cell – cell contact in vascular development and cardiac morphogenesis. PNAS, 2006, vol. 103, no. 52, 2006, p. 19836 – 19841.

7. M. Lange, B. Kasper, A. Bohring. 47 patients with FLNA associated periventricular nodular heterotopia. Orphanet J. of Rare Diseases, 2015, V. 10, Article number: 134.
8. E. Reinstein, S. Frentz, S. P Robertson. Vascular and connective tissue anomalies associated with X-linked periventricular heterotopia due to mutations in Filamin A. E. J. of Human Genetics, 2013, V. 21, p. 494 – 502.
9. S.C. Shelmerdine, T. Semple, C. Wallis et al. Filamin A (FLNA) mutation—A newcomer to the childhood interstitial lung disease (ChILD) classification. Pediatric Pulmonology. 2017; V. 9999, p. 1 – 10. DOI 10.1002/ppul.23695.
10. De Wit, de Coo, Lequin MH et al: Combined cardiological and neurological abnormalities due to filamin A gene mutation. Clin. Res. Cardiol., 2011, V. 100, p. 45 – 50.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Коровина Н.Ю., Данилина К.К., Тихонов С.В.

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

Контактная информация: Коровина Наталия Юрьевна, ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» ДЗ г. Москвы, РФ; doktorkorovina@gmail.com

Актуальность. Психические расстройства часто расцениваются как хронические заболевания с низким реабилитационным потенциалом. На сегодняшний день оценка компонентов здоровья, ограничения жизнедеятельности и функциональных способностей у детей имеет решающее значение в клинической практике при разработке плана лечения и реабилитации. Акцент на диагностике привел к смещению фокуса на фармакотерапию и недостаточному использованию методов психолого-педагогического вмешательства у детей с психическими расстройствами, что приводит к нарушению функционирования в социуме, инвалидизации и снижению качества жизни как детей, так и их семей [1]. Характер функционирования ребенка, а не диагноз, является наиболее важным для определения того, какие вмешательства необходимы для улучшения качества жизни и восстановления способностей к обучению и социальному функционированию. Международная классификация функционирования (МКФ) [2] является универсальной структурой для описания всего диапазона функционирования для максимального согласования подходов к мультидисциплинарному лечению, а также способом оценки динамики в состоянии ребенка.

Цель. Изучение возможностей применения МКФ для описания и оценки значимых клинических проявлений у детей с психическими расстройствами, получение информации, необходимой для планирования лечения и последующей оценки результатов.

Материалы и методы. С использованием МКФ обследовано 36 детей, проходивших стационарное наблюдение и лечение в психиатрическом отделении № 7 НПЦ ДП в возрасте от 5 до 15 лет, с установленными психиатрическими диагнозами, соответствующим критериям МКБ-10 [3].

МКФ является важным инструментом, позволяющим оценить нарушения функционирования и разграничить степени выраженности нарушений. Диагноз, установленный по критериям МКБ-10, не отражает степень выраженности нарушений функциональных возможностей ребенка и не дает возможности определить приоритетные направления реабилитации. Использование МКФ в нашей практике позволило определить конкретные цели и задачи, стоящие во время госпитализации, сузить количество «точек»

воздействия, что позволило индивидуализировать подход в разработке плана реабилитации для каждого ребенка. В 74% случаев отмечалась высокая значимость факторов окружающей среды, семьи и сверстников, что привело к необходимости чаще включать в реабилитационный процесс психологическую работу с родителями и расширенной семьей. В ряде случаев (43%) на первый план выходил раздел «Активность и участие», где первостепенной задачей являлась вовлеченность ребенка выполнять различные задачи, применение полученных навыков на практике, выполнение повседневного распорядка и функции общения. В разделе «Функции» чаще всего (70%) на первый план выходили интеллектуальные функции и устойчивость внимания.

МКФ является комплексным инструментом, который фиксирован на функционировании ребенка и его существовании в социуме и позволяет описать отдельные компоненты, воздействуя на которые можно добиваться более значимых успехов в повседневной жизни ребенка и семьи. МКФ основана на биопсихосоциальном подходе, который в равной степени применим как к психическим, так и к физическим ограничениям в здоровье. МКФ основана на двух важнейших принципах, это универсальность и преимственность, за счет этого врачи, используя фармакотерапию в непосредственной связи с психолого-педагогическим звеном, могут регулировать и влиять на функционирование ребенка, что позволяет добиться большей эффективности от реабилитационных мероприятий. Таким образом, МКФ позволяет разрабатывать реабилитационные мероприятия индивидуально для каждого ребенка в зависимости от степени выраженности, а также расставлять приоритеты в видах реабилитационного воздействия.

Выводы. Использование МКФ у детей с психическими нарушениями дает информацию как о конкретных «мишенях» для работы психолога, психотерапевта, педагога и логопеда, так и о ресурсных сторонах, которые могут являться опорой при разработке реабилитационных программ. МКФ может быть рекомендована как инструмент для понимания изучения структуры нарушений в рамках одного психиатрического диагноза.

Список литературы:

1. И.С. Карауш, И.Е. Куприянова. Возможности применения международной классификации функционирования в изучении психического здоровья детей с сенсорными нарушениями / Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 4. – С. 62–68.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия) / Под ред. Г.Д. Шостка, М.В. Коробова, А.В. Шаброва. – СПб.: СПбИУВЭЖ, 2003. – 342 с.
3. Мельникова Е.В., Буйлова Т.В., Бодрова Р.А., Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Иванова Г.Е. Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов / Вестник восстановительной медицины – 2017. – № 6 (82).

ЗНАЧИМОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Кузнецова С.И., Сафронова Н.А.

«ГБУЗ НПЦ ДП ДЗМ» г. Москва, Россия, Алтуфьевское шоссе, 30Б, дневной стационар № 3

Контактная информация: Сафронова Наталия Альбертовна, ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии г. Москвы», дневной стационар № 3, Алтуфьевское шоссе, 30Б, 8-499-903-62-93, reg.ds3@yandex.ru

Актуальность. Задержка речевого развития – более позднее, в сравнении с возрастными нормами, овладение ребенком устной речью. В среднем, в два года дети уже объединяют слова в небольшие фразы, в три – строят предложения, а в четыре соединяют их в рассказ. Задержка речевого развития встречается у 8–10% детей, чаще у мальчиков. Чем раньше начнется работа с ребенком в специализированном стационаре, тем больше шансов на успех.

Цель. Физиотерапевт вносит существенный вклад в речевую реабилитацию ребенка, подбирает индивидуально оптимальную схему лечения физическими факторами. В данном случае речь идет об использовании сеансов магнитотерапии и лекарственного электрофореза.

Материалы и методы. Процедуры низкоинтенсивной магнитотерапии отпускают на шейно-воротниковую область. Под воздействием магнитного поля увеличивается скорость кровотока и число функционирующих капилляров, происходит более рациональное обогащение тканей кислородом и, как следствие, улучшение церебрального кровотока. Лекарственный электрофорез – сложный электрофармакотерапевтический метод, сочетающий действие постоянного тока и вводимых с его помощью лекарственных веществ. Обеспечивается пролонгированное действие лекарства (в данном случае эуфиллина), что вызвано его медленным поступлением из кожного «депо». Фармакотерапевтическая активность препарата заметно усиливается вследствие введения их в ионизированном состоянии.

Результаты. Из пролеченных 627 пациентов в 2020 году, пациентов с задержкой речевого развития было 517 человек. Комбинированную терапию получали 218 человек: 67% со значительным улучшением, с минимальной динамикой 18% и 15% без эффекта, что связано с лечением детей с задержкой речи на фоне выраженного интеллектуального дефицита.

Комбинирование методов позволило быстрее достичь положительных результатов в лечении таких пациентов: увеличился речевой запас, появилась активность в общении с другими детьми, расширился запас знаний об окружающем мире.

Выводы. Таким образом, последовательное использование магнитотерапии и лекарственного электрофореза показывают высокую эффективность в комплексном лечении детей с речевыми нарушениями.

Список литературы:

1. Физиолечение в неврологии. А.М. Гурленя, Г.Е. Багель, В.Б. Смычек. – М., 2008.
2. Общая физиотерапия. В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко. – М., 1999.

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТЯХ ТРАДИЦИОННОЙ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ COVID-19 У ДЕТЕЙ

Кулемзина Т.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

Контактная информация: Кулемзина Татьяна Владимировна, г. Донецк, ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», +380-71-319-32-13, medrecovery@rambler.ru

Актуальность. Реабилитация после COVID-19 имеет особое значение для педиатрической практики [4], поскольку физическое и психическое здоровье детей отражает качество трудовых ресурсов в будущем.

Цель. Продемонстрировать возможности традиционной китайской медицины (ТКМ) в реабилитации отдаленных последствий коронавирусной инфекции у детей.

Материал и методы. Пациенты 13–14 лет (16 человек) обоих полов, перенесшие COVID-19, по истечении 12-ти недель после выписки из стационара обратились с жалобами на головные боли постоянного характера, снижение физической активности, нарушение концентрации и внимания, желание изолироваться, постоянную сонливость, ощущение холода в теле, снижение эмоционального фона, тошноту, снижение аппетита, диарею. В результате – снижение работоспособности, успеваемости в школе, невозможность посещать различные кружки, заниматься в спортивных секциях. Диагностические методы – пульсовая диагностика, осмотр, расспрос, выслушивание, исследование запахов, пальпация. Коррекционные методы и методики ТКМ – классическая акупунктура, прижигание и фитотерапия [1, 2, 3, 5]. Выставлялся синдромологический диагноз на момент общения с ребенком, определялась стратегия и тактика воздействия. Определялся конституциональный тип (физические и психические признаки, в том числе пищевые, цветовые предпочтения, эмоциональные реакции, в том числе и на болезнь) с целью определения глубины соматопсихологических и психосоматических повреждений, а также с целью прогнозирования сроков и эффективности восстановления. Особое внимание уделялось реакции родителей на болезненное состояние ребенка (присутствие родителей было обязательным).

Результаты. Восстановительный процесс в обязательном порядке был выстроен на принципе персонификации (количество процедур, их кратность, методика воздействия, время и продолжительность проведения процедуры, форма фитотерапевтического препарата подбирались каждому пациенту индивидуально). Схема восстановления рассчитывалась на 12 недель, включая интервалы. Проведено 3 курса акупунктуры и прижигания (в среднем, по 10 процедур каждый) с интервалами в 21 день. Фитотерапия назначалась с момента начала восстановительного процесса. Для удобства были отобраны питьевые формы в виде эликсиров (в дозировках ½ флакона). В состав фитопрепаратов включены: 1) корни китайского дудника, белкоцветкового пиона, клейкой ремании, мелковолосистого кодонопсиса, перепончатого астрагала, голой солодки, лигустикума, володушки; 2) плоды шиповника даурского, гардении жасминовидной, блестящей бирючины, финика китайского; 3) кора коричника китайского; 4) корневище имбиря лекарственного, атрактилодеса крупноголового, клопогона вонючего; 5) пория кокосовидная, кожура цитруса сетчатого.

Выводы. После окончания активного этапа контрольные посещения детей с родителями назначались с частотой 1 раз в месяц. 81,3% пациентов отмечали значительное улучшение физического и психического здоровья и не требовали повторного этапа, 8,7% детей понадобилась повторная восстановительная сессия, которая была назначена через 12 недель.

Список литературы:

1. Белоусов П.В., Чемерис А.В. Основы китайской фитотерапии. – Алматы, 2000. – 198 с.
2. Головкин Д.Н., Шарова О.В., Куркина А.В. Концепции фитотерапии в практике врача-педиатра // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27083> (Дата обращения: 16.03.2021).
3. Киргизова О.Ю. Рефлексотерапия в педиатрии: Пособие для врачей / О.Ю. Киргизова, А.В. Машанская, Т.К. Верховина. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2015. – 66 с.
4. Основные принципы реабилитации при пневмонии, вызванной коронавирусной инфекцией (Методические рекомендации) / А.А. Дюсупова [и др]. – Семей, 2020. – 47 с.

5. Табеева Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии: Учебн. пособие / 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 440 с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО МЕТОДУ ПРОФЕССОРА КОЗЯВКИНА

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

¹ Реабилитационный центр «Элита», Львов, Украина

² Международная реабилитационная клиника Козьявкина, Трускавец, Украина

Контактная информация: Качмар Олег Алексеевич, Львов, Реабилитационный центр «Элита», тел. +380-67-353-7927, e-mail: okachmar@ic.reha.lviv.ua

Актуальность. Система интенсивной нейрофизиологической реабилитации или Метод Козьявкина – это высокоэффективная технология лечения пациентов с детскими церебральными параличами (ДЦП). В основе системы реабилитации лежит полимодальный подход с использованием разносторонних методов влияния на пациента. Основным компонентом Метода Козьявкина является биомеханическая коррекция позвоночника в сочетании с комплексом вспомогательных лечебных мероприятий.

Цель. Оценка изменений спастичности и двигательных функций у детей с ДЦП после реабилитации по Методу Козьявкина.

Материалы и методы. Было проведено три исследования, которые оценивали изменение спастичности, больших моторных функций и функции руки у детей со спастическими формами ДЦП под влиянием Метода Козьявкина. 79 детей в возрасте от 7 до 18 лет приняли участие в рандомизированном клиническом исследовании с целью изучения влияния биомеханической коррекции позвоночника на спастичность мышц и ловкость движений руки. Изменение спастичности мышц до и после вмешательства количественно определялось с помощью устройства Neuroflexor, которое измеряет сопротивление пассивным движениям конечности, выполненным с разной скоростью. 57 детей в возрасте от 4 до 12 лет участвовали в слепом исследовании больших моторных функций. Выполнение пациентом заданий Теста больших моторных функций (GMFM-66) было записано на видео и оценивалось двумя специалистами независимо друг от друга. 32 ребенка в возрасте от 6 до 15 лет приняли участие в исследовании изменений функции руки до и после курса реабилитации. Обследование функции руки до и после курса осуществлялось с помощью теста функциональных возможностей Джебсена-Тейлора, опросника Abilhand-Kids для оценки выполнения ребенком повседневных заданий, теста «Кубики в коробке» для оценки ловкости руки и динамометрии силы кисти.

Результаты рандомизированного клинического исследования показали статистически достоверное снижение спастичности мышц после биомеханической коррекции позвоночника.

Слепое исследование больших моторных функций продемонстрировало статистически достоверное повышение результатов Теста больших моторных функций и существенное улучшение объема пассивных движений после двухнедельного курса реабилитации по Методу Козьявкина.

В результатах исследования функции руки было обнаружено улучшение ловкости и функциональных возможностей доминирующей руки у детей с двусторонним ДЦП после двухнедельного курса лечения по Методу Козьявкина.

Выводы. Исследования продемонстрировали уменьшение спастичности, улучшение больших моторных функций и усовершенствование функции руки у пациентов с ДЦП после лечения по Методу Козьявкина. Необходимо дальнейшее изучение эффективности интенсивной реабилитации по методу Козьявкина, в том числе проведение рандомизированных контролируемых исследований.

Список литературы:

1. Kachmar O, Kushnir A, Matiushenko O, Hasiuk M. Influence of Spinal Manipulation on Muscle Spasticity and Manual Dexterity in Participants with Cerebral Palsy: Randomized Controlled Trial. J Chiropr Med. 2018 Sep;17(3):141-150.
2. Kachmar O, Mysula I, Kushnir A, Voloshyn T, Matiushenko O, Hasiuk M, Hordiyevych M. Changes in motor functions in children with cerebral palsy after the course of intensive neurophysiological rehabilitation: a single-blind study. International neurologic journal. 2019. 5(107). 5-11.
3. Kachmar O, Mysula I, Kushnir A, Fedchyshyn B, Melekh N. Effect of Professor Kozyavkin method on hand function in children with cerebral palsy. International neurologic journal. 2020. 16(1). 2-9

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И СОДЕРЖАНИЯ ЗАНЯТИЙ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ В СИСТЕМЕ ШКОЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Левченко И.Ю., Гусейнова А.А.

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

Контактная информация: Гусейнова Аша Айирмагомедовна, г. Москва, ГАОУ ВО МГПУ, 8-926-235-16-12, a-gyseinova@mail.ru

Актуальность. Согласно современным требованиям к учебному процессу в образовательных организациях, реализующих адаптированные основные образовательные программы (АООП), дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА) должны быть включены в занятия по адаптивной физической культуре (АФК). Эти занятия обязательно должны быть организованы даже в тех случаях, когда ребенок обучается на дому. Для обучающегося данной категории учитель физической культуры должен подготовить индивидуальный план физкультурных занятий с учетом медицинских показаний и противопоказаний. Большинство учителей физкультуры не готовы к решению такой задачи с учетом вариативных особенностей обучающихся [3].

Цель. В связи с актуальностью данной проблемы нами была предложена инновационная организация и содержание занятий адаптивной физической культурой в системе школьного обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы данные о контингенте обучающихся с НОДА и опыт работы учителя АФК в специальной (коррекционной) школе-интернат. Отличительной особенностью занятий АФК являются упражнения, позволяющие решать не только общеразвивающие, но и коррекционные задачи.

Среди коррекционных задач следует особо выделить нормализацию нарушений тонуса мышц, преодоление пассивных движений в конечностях и артикуляционном аппарате, развитие координации движений и равновесия. Решение коррекционных задач осуществляется в процессе выполнения разнообразных упражнений, систематизированных по характеру воздействия на двигательную и психическую сферу ребенка. Для решения этих задач спортивный зал должен быть оборудован специальными снарядами и тренажерами, которые облегчают и обеспечивают безопасность выполнения отдельных движений [1]. Дети, которые обучаются в среде здоровых сверстников, на дому и даже в специальных классах общеобразовательных организаций, таких рекомендаций обычно не имеют. Желательно, чтобы учителя убедили родителей обратиться к врачу и получили соответствующие указания, касающиеся общей нагрузки и конкретного содержания занятий.

Результаты. Изучение клинических характеристик и особых образовательных потребностей контингента обучающихся с двигательными нарушениями показывает, что для организации занятий АФК целесообразно всех обучающихся разделить на три группы: обучающиеся, требующие дифференцированного подхода к выбору упражнений для занятий: ученики с детским церебральным параличом и другими неврологическими заболеваниями, с заболеваниями и травмами спинного мозга, учащиеся с ампутированными конечностями [2].

Выводы. Данные предложения разработаны на основании изучения многолетнего опыта работы школ-интернатов для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Они учитывают также те изменения, которые произошли в составе обучающихся, включенных в образовательный процесс, как в условиях специальных школ, так и в условиях инклюзии.

Список литературы:

1. Приходько О.Г., Левченко И.Ю., Титова О.В., Гусейнова А.А. Организационно-методические условия получения основного общего образования обучающимися с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2019. – № 8. – С. 34–40.
2. Левченко И.Ю., Гусейнова А.А., Гольцов А.В. Дифференцированный подход к содержанию занятий адаптивной физической культурой с обучающимися с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2021. – № 1. – С. 20–25.
3. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом. – М.: Просвещение, 1991. – 159 с.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Левченкова В.Д.¹, Батышева Т.Т.¹, Титаренко Н.Ю.², Сальков В.Н.³

¹ ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия

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

³ ФГБНУ Научный центр неврологии, г. Москва, Россия

Контактная информация: Левченкова Вера Дмитриевна, г. Москва, Мичуринский просп., д. 74; тел. 8-495-430-80-11, e-mail: levchenkova_vera@mail.ru

Актуальность. Большую группу среди детей, инвалидов с детства по неврологическому профилю, составляют больные детским церебральным параличом (ДЦП), проявляющимся с первых дней жизни ребёнка задержкой и патологией двигательного, речевого, нередко психического развития. Диагноз ДЦП ставится на первом году жизни, но клинические симптомы, характерные для этого заболевания, проявляются с первых дней жизни больных. Поэтому очень важно заметить эти симптомы ещё в родильном доме и в зависимости от тяжести состояния ребёнка провести адекватное лечение.

Цели. В течение многих лет разработана и внедрена в практическое здравоохранение система восстановительного лечения больных с последствиями антенатального и перинатального поражения нервной системы с первых дней жизни и на протяжении всего периода детства, которая активно используется в ФГБУ НПЦ детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Особенностями лечения больных с последствиями антенатального и перинатального поражения нервной системы является индивидуальный подход к каждому

больному, в соответствии с клиническими проявлениями заболевания, в сочетании с общепринятыми стандартами лечения больных с нарушениями двигательных и психических функций.

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

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

С возрастом больных объём и разнообразие проводимых методов лечения увеличиваются, используются современные технологии ортезирования, иглорефлексотерапия, с 2-летнего возраста – ботулинотерапия, с 3-х лет – метод динамической проприоцептивной коррекции двигательных функций с применением лечебных костюмов «Гравистат» и «Гравитон», метод биологической обратной связи, функциональная программируемая электростимуляция мышц в ходьбе и другие методы восстановительного лечения.

Необходимо обучить доступным приёмам лечебной гимнастики, навыкам общения с ребёнком его маму, которая должна заниматься с ним дома после выписки из больницы. На первом году жизни рекомендуется 4-5 курсов лечения в стационаре, между которыми с ребёнком ежедневно должны заниматься дома, выполняя рекомендации невролога и логопеда. В дальнейшем ребёнку, страдающему ДЦП, план проводимого лечения сохраняется до совершеннолетия, используя не только круглосуточный, но и дневной стационар, в сочетании с занятиями дома.

Выводы. Только комплексное, непрерывное, своевременное, адекватное лечение больных может уменьшить степень их инвалидизации и способствовать адаптации в социальной среде.

Список литературы:

1. Семёнова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. – М.: Закон и порядок, 2007. – 616 с.
2. Левченкова В.Д., Бубнова В.А., Сальков В.Н. Восстановление функций верхних конечностей при детском церебральном параличе // Методические рекомендации № 29 Департамента здравоохранения Правительства Москвы. – М., 2008. – 28 с.
3. Сальков В.Н., Левченкова В.Д., Лобанова Л.В., Гришина Т.Г., Шейнкман О.Г. Нарушения зрения при детском церебральном параличе // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – Т. 111. – № 4. – С. 8–11.
4. Титаренко Н.Ю. Оптимизация неинвазивных методов лечения больных спастическими формами детского церебрального паралича в поздней резидуальной стадии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2014. – 25 с.
5. Титаренко Н.Ю., Дворовой М.В., Левченкова В.Д., Семенова К.А., Батышева Т.Т. Коррекция двигательных нарушений при детском церебральном параличе в форме спастической диплегии посредством частичной весовой разгрузки // Детская и подростковая реабилитация. – М., 2016. – № 1 (26). – С. 5–11.
6. Левченкова В.Д., Батышева Т.Т., Слободчикова Н.С., Титаренко Н.Ю. Комплексное восстановительное лечение детей с церебральным параличом в ранней стадии заболевания // Детская и подростковая реабилитация. – М., 2019. – № 2 (38). – С. 16–21.
7. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с

нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Академия, 2001. – 220 с.

8. Архипова Е.Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год жизни ребенка. Современный образовательный стандарт. – М., 2012. – 160 с.

КОРРЕКЦИЯ И РАЗВИТИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЧЕРЕЗ СКАЗКУ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Машницкая Т.Б., Адаева А.В., Семенященко Л.И.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы

Контактная информация: Семенященко Лариса Ирбековна, ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» ДЗМ, lorais@bk.ru

Цель. Коррекция и развитие познавательных функций и эмоционально-волевой сферы посредством художественной литературы у детей дошкольного возраста.

Задачи:

1. формирование и развитие социально-коммуникативных навыков;
2. стимулирование эмоционально-волевой сферы ребенка;
3. стимулирование и развитие речевых навыков;
4. регулирование поведенческих реакций посредством художественной литературы (сказки);
5. развитие знаний и представлений об окружающем мир.

Актуальность. Восприятие художественного слова и переживания сказки очень важно для психического развития ребенка, становления его как личности, раскрытия творческого потенциала. В современной педагогике, психологии, дефектологии сказка все чаще рассматривается как многообразный по своим проявлениям источник личностного развития.

Методы исследования. В течение года на базе ГБУЗ НПЦ ДП ДЗМ, дневной стационар № 4, проводились сказкотерапевтические занятия под руководством психолога и дефектолога. Группа состояла из 15 детей с диагнозами: РДА, ЗПР, ЗППР и другими психическими нарушениями.

Занятия проводились 2 раза в неделю по 30 мин., количество занятий – 10–15. В начале занятия обязательно соблюдались ритуалы и озвучивались правила группы. На занятиях детям предлагались краски и пластилин для создания сказочного персонажа, который использовался в дальнейшем для разыгрывания сюжета сказки. Фон занятий – расслабляющая музыка со звуками природы, свечи. В конце занятия дети их с удовольствием задували.

Результат. В ходе терапевтических занятий у детей улучшились эмоционально-волевая сфера, познавательный интерес. Они приобрели навыки конструктивного общения со сверстниками и специалистами.

Выводы. Своевременно оказанная детям коррекционно-развивающая помощь имеет большое значение для развития эмоционально-волевой сферы, познавательных функций и развития коммуникативных навыков, а также успешной социализации.

Список литературы:

1. Выготский Л.С. Мышление и речь. – М.: Астрель, 2011.
2. Выготский Л.С. Развитие личности и мировоззрения ребенка // Психология личности: Тексты. – М.: Изд-во МГУ, 1982.
3. Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. – М.: Просвещение, 2005.
4. Лисина М. Формирование личности ребенка в общении – СПб.: Питер, 2014.

5. Маслова С.А. Художественный мир современной детской литературной сказки // С.А. Маслова // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. – 2012. – Т. 1. – № 2.
6. Колобова О.А. Эффективные формы и методы работы по развитию интереса к художественной литературе у детей среднего дошкольного возраста / О.А. Колобова // Актуальные задачи педагогики: Материалы VI междунар. науч. конф. (г. Чита, январь 2015 г.). – Чита: Молодой ученый, 2015.
7. Вачков И.В. Сказкотерапия. Развитие самосознания через психологическую сказку. – М.: Ось-89, 2007.
8. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Путь к волшебству. Теория и практика сказкотерапии. – СПб.: Речь, 1998.
9. Крюкова С.В., Слободяник Н.П. Удивляюсь, злюсь, боюсь, хвастаюсь и радуюсь. Программы эмоционального развития детей дошкольного и младшего школьного возраста: Практическое пособие – М.: Генезис, 2003.

ЭФФЕКТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

Михайлова О.В., Побута О.В.

ГБУ города Москвы «Московский городской центр реабилитации», Москва, Российская Федерация

Контактная информация: Побута Ольга Владимировна, Москва, ГБУ города Москвы «Московский городской центр реабилитации», +7-903-145-77-05, robuta2011@yandex.ru

Актуальность. Комплексная реабилитация в ГБУ МГЦР осуществляется при постоянном взаимодействии специалистов с отбором наиболее эффективных реабилитационных технологий и оценкой эффективности реабилитации.

Цель. Провести анализ эффективности методов реабилитации с применением роботизированной терапии. Объективизировать эффективность реабилитации с помощью доказательных методов диагностики, контроля и реабилитации пациентов.

Материалы и методы. Группу исследования составили 1400 клиентов Центра в возрасте от 7 до 45 лет. Для объективизации степени выраженности неврологического дефицита применялись шкалы: Ashworth, GMFCS [1], 5-балльная шкала оценки мышечной силы и др. Комплексная реабилитация проводилась с применением инновационных методов (комплекс Amadeo HTS; реабилитационный комплекс Armeo Spring; система MediTutor; тренажер INNOVALK PRO; сенсорная беговая дорожка Foreelink C-Mill и др.). Данное оборудование позволяло проводить объективную оценку и сохранять информацию в базе данных. Проводилась диагностика позной устойчивости на комплексе «СТ-002» и исследование биомеханической структуры ходьбы на «Видеоанализ Статокин». Программы реабилитации составлялись индивидуально с оценкой эффективности врачом-реабилитологом.

Результаты. По объективным данным, заключениям стабิโลграфии и видеоанализа движения, а также отчетов терапии в базе данных оборудования выявлено: а) из 420 курсов занятий на Amadeo HTS: увеличение силы (сгибание/разгибание – F, кг) – у 92%; увеличение объема движений (сгибание/разгибание, %) – у 95%; увеличение тонуса (каждый палец, кг) – у 94%; б) из 445 курсов занятий на комплексе Armeo Spring: увеличение объема движения для приведения/отведения плечевого сустава (%) – у 97%; увеличение объема движения для пронации/супинации (%) – у 95%; увеличение объема движения запястья (%) – у 96%; увеличение объема движения фронтальной плоскости (%) – у 93%; увеличение объема движения локтевого сустава (%) – у 95%; в) из 120 курсов занятий на MediTutor: увеличение объема движения для приведения/отведения плечевого сустава (%) – у 95%; увеличение объема движения для пронации/супинации (%) – у 98%;

увеличение объема движения запястья (%) – у 97%; увеличение объема движения фронтальной плоскости (%) – у 96%; увеличение объема движения локтевого сустава (%) – у 97%; г) из 720 курсов занятий на Foreelink C-Mill: увеличение дистанции (м) – у 98%; увеличение средней скорости ходьбы (км/час) – у 99%; увеличение частоты шага (шагов/мин) – у 97%; увеличение ширины шага (см) – у 98%; увеличение фазы опоры ноги (% , сек.) – у 94%. По заключению стабиллографии и видеоанализа с использованием Foreelink C-Mill и INNOVALK PRO достоверно снижались все параметры мышечного тонуса. Данные инструментальной оценки полностью согласуются с достоверным снижением спастичности по шкале Ashworth. При исследовании способности пациента удерживать вертикальную позу после курса реабилитации была выявлена централизация центра тяжести тела и опороспособности пораженных конечностей. Отмечалась положительная динамика основных параметров ходьбы, что свидетельствует о повышении устойчивости при ходьбе у 95%.

Выводы. Полученные данные при прохождении курса комплексной реабилитации с использованием инновационных технологий и оборудования позволяют объективизировать эффективность реабилитации у 100% лиц и являются одним из наиболее достоверных механизмов для диагностики, контроля и реабилитации пациентов.

Список литературы:

R Palisano, P Rosenbaum, S Walter, D Russell, E Wood, B Galuppi. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 1997 Apr;39(4):214-23.

АНГИО-МЕДУЛЛЯРНЫЙ КОНФЛИКТ НА УРОВНЕ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА – ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Мишунина О.А., Петкевич Н.П., Панин М.В., Соколова Н.П., Гунченко М.М., Батышева Т.Т.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» ДЗМ, дневной стационар № 1, Мичуринский проспект, 74; тел. 8-495-430-80-72

Контактная информация: Мишунина Ольга Александровна, ГБУЗ «НПЦ ДП» ДЗМ, дневной стационар № 1, Мичуринский проспект, 74; тел. 8-495-430-80-72, olgaa238@gmail.com

Актуальность. Вазоневральный конфликт – это состояние, при котором нервное волокно и сосуд оказывают прямое влияние друг на друга. Вазоневральные конфликты описаны у людей среднего и старшего возраста. Заболеваемость среди женщин составляет 6 случаев на 100 тысяч населения, среди мужчин – 3,5 случая на 100 тысяч населения. Причины артерио-медуллярного конфликта, вазоневрального конфликта делятся на врожденные и приобретенные. К врожденным причинам относятся аномалии строения сосудов, наличие коллатералей, образование сосудистых петель, неправильная форма сосуда. Аномальный сосуд сдавливает нерв и вызывает различную клиническую симптоматику. К приобретенным причинам относятся объемные образования, кисты и др. Клинические проявления вазоневрального конфликта зависят от локализации патологического процесса. При развитии нейроваскулярного конфликта слухового, преддверно-улиткового нерва повреждаются две части нерва, отвечающие за слух и за равновесие, поэтому развивается симптоматика, сходная с симптоматикой вегетососудистой дистонии (ВСД), артериальной гипертензии, ЛОР-патологии: шум в ухе с одной стороны, снижение слуха на этой же стороне, головокружение. Диагноз устанавливается при помощи магнитно-резонансной томографии. Визуализация черепно-

мозговых нервов и располагающихся рядом сосудов выявляет причину преходящих симптомов поражения того или иного черепно-мозгового нерва. После подтверждения диагноза возможно консервативное лечение с целью уменьшения выраженности симптомов. Причину артерио-медуллярного конфликта можно попытаться устранить при помощи нейрохирургической операции – микроваскулярной декомпрессии или удаления объемного образования.

Цель исследования. Описание клинического случая ангио-медуллярного конфликта на уровне продолговатого мозга как причины клинических проявлений ВСД у ребенка. Анализ полученных данных.

Материалы и методы. В период с января 2019 года по декабрь 2020 года на базе амбулаторно-поликлинического отделения проводилось обследование детей разных возрастных групп с симптомами ВСД и жалобами на головокружение.

Результаты. За два года наблюдения было обследовано 117 детей от 0 до 18 лет. У ребенка 11 лет с жалобами на эпизоды головокружения, периодическое повышение АД, утомляемость при МРТ-исследовании был обнаружен артерио-медуллярный конфликт. МРТ-исследование головного мозга проводилось на аппарате мощностью магнитного поля 1,5 Тесла, в T1, T2 режимах в трех проекциях, и в режиме DWI. Выявлены деформационные изменения переднелатерального контура продолговатого мозга слева за счет тесного прилегания левой позвоночной артерии без достоверных очаговых изменений перифокальных отделов вещества мозга. Ребенок обследован по другим органам и системам, консультирован врачом-педиатром, кардиологом, нефрологом, ЛОР-врачом, эндокринологом – патологии внутренних органов и органов эндокринной системы не выявлено. Ангио-медуллярная деформация, обнаруженная при МРТ, расценена как возможная причина ухудшения состояния данного ребенка.

Выводы. В детском возрасте так же, как и у взрослых пациентов, возможно развитие ангио-медуллярного конфликта. Синдром ВСД в отдельных случаях может являться клиническим проявлением ангио-медуллярного конфликта на уровне продолговатого мозга. Диагноз устанавливается при помощи магнитно-резонансной томографии. Подтвержденный диагноз является показанием для консультации нейрохирурга. Точный диагноз определяет тактику лечения детей с данной патологией, их профориентацию и социальную адаптацию.

Врачам амбулаторно-поликлинического звена важно внимательно относиться к диагностике причин развития у детей синдрома вегетативно-сосудистой дистонии и иметь настороженность в отношении артерио-медуллярного конфликта.

Список литературы:

1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16476812/>.
2. <http://elib.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=130555>.
3. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. Редактор: Вейн А.М.
4. Ghatak RK, Choudhury BK, Ballav A, Palit AK, Mukherjee SC. Role of electrical stimulation of palate in patients of lateral medullary syndrome with dysphagia. *Ind J Phys Med Rehabil* 2006;17:45-8.
5. Srinivasan M, Bindu B, Gobinathan S, Balasubramanian S, Nithyanadam A, Shanbhogue KR. An unusual presentation of lateral medullary syndrome with ipsilateral UMN facial palsy – an anatomic postulate. *Ann Indian Acad Neurol* 2005;8:37-40.
6. Edgcombe H, Carter K, Yarrow S. Anaesthesia in the prone position. *Br J Anaesth* 2008;100:165-83.
7. Aydogdu I, Ertekin C, Tarlaci S, Turman B, Kiylioglu N, Secil Y. Dysphagia in lateral medullary infarction (Wallenberg's syndrome): an acute disconnection syndrome in premotor neurons related to swallowing activity? *Stroke* 2001;32:2081-7.
8. Ross MA, Biller J, Adams HP Jr, Dunn V. Magnetic resonance imaging in Wallenberg's lateral medullary syndrome. *Stroke* 1986;17:542-5.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕЛЕРЕАБИЛИТАЦИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Николаев В.А.^{1,2}, Сафоничева О.Г.¹

¹ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия, e-mail: managervit@mail.ru

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

Контактная информация: Николаев Виталий Александрович, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России; managervit@mail.ru

Актуальность. Телереабилитация служит перспективным средством оказания педиатрических услуг. В период пандемии коронавируса роль цифровых сервисов возросла, что способствовало распространению и внедрению телемедицинских технологий в клиническую практику для обеспечения доступа к медицинской помощи при сохранении социального дистанцирования [1]. Актуальной задачей педиатрии является развитие телереабилитационного направления при оказании медицинской помощи.

Цель работы заключается в исследовании особенностей применения и развития медицинской телереабилитации в педиатрии.

Материалы и методы. Проведен анализ научных статей, нормативных документов и профессиональных баз данных по использованию телереабилитации в педиатрии. Примеры ключевых слов и предметных рубрик для поиска: телереабилитация в педиатрии, телемедицина для детей и подростков, современные решения реабилитации в педиатрической практике, инновационные технологии для реабилитации детей.

Результаты. Анализ показал, что, несмотря на большой интерес к использованию телереабилитации в мире, её использование в педиатрии осложнено рядом факторов. К ним относят физиологические и психологические особенности развития детского организма, возраст, наличие заболеваний и инвалидности, доступность информационно-коммуникационных технологий, социально-экономические особенности, регион проживания и др. Для применения телереабилитации в педиатрии важен системный подход к организации реабилитации, учет разных факторов, при этом важным компонентом является преемственность и мультидисциплинарность [2]. В России медицинская реабилитация может быть оказана детям с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и/или участия в консилиуме врачей (приказ Минздрава России от 23.10.2019 № 878н) [3].

Телереабилитация в педиатрической практике способствует непрерывному восстановлению и укреплению здоровья детей, повышению качества их жизни. Пользой медицинской телереабилитации является получение доступа к медицинским услугам широкого круга пациентов, не имеющих возможности наблюдения у врачей в стационарах, клиниках восстановления здоровья или находящихся на значительном удалении от ведущих центров реабилитации [4]. Опыт пандемии показал, что в условиях ограничительных мер самоизоляции и карантина «нековидные» пациенты нуждаются в реабилитации, которую можно провести дистанционно с использованием телемедицинских технологий, тем самым снизив риск распространения инфекции. Вместе с тем, существуют ограничения по использованию телереабилитации в детском возрасте, которые нужно учитывать, это особенности развития детского организма и необходимость правильного выбора, применения и мониторинга реабилитационных мероприятий врачом, вовлечения родителей, а также недостаток необходимого цифрового оборудования, высокоскоростного интернета и инфраструктуры для взаимодействия со всеми участниками реабилитационного процесса.

Выводы. Телереабилитация получила динамичное развитие в условиях пандемии, при этом в России и за рубежом появились цифровые медицинские платформы для педиатрической реабилитации, которые позволяют вовлекать в процесс реабилитации не только врачей, но и родителей, и семьи детей-пациентов. Несмотря на эффективность, дальнейшие исследования по использованию телереабилитации в педиатрии необходимы, в том числе и в реализации персональной программы восстановления здоровья.

Список литературы:

1. Tanner K., Bican R., Boster J., et al. Feasibility and Acceptability of Clinical Pediatric Telerehabilitation Services. *Int J Telerehabil.* 2020. Vol. 12. № 2. P. 43-52. DOI: 10.5195/ijt.2020.6336.

2. Сафоничева О.Г., Сязина Н.Ю. Системный подход к реабилитации и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья / Мануальная терапия. – 2015. – № 2 (58). – С. 42–49.

3. Приказ Минздрава России от 23.10.2019 № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей».

4. Николаев В.А., Николаев А.А. Роль телемедицинских технологий в подготовке и повышении квалификации специалистов по физической и реабилитационной медицине в условиях ограничений, связанных с профилактикой распространения инфекционных заболеваний. Сборник научных трудов по материалам IV Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 90-летию ИвГМА «Воспитательный процесс в медицинском вузе: теория и практика». – Иваново: ИвГМА, 2021. – С. 94–97.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С МЕГАУРЕТЕРОМ

Новикова Е.В.^{1,2}, Хан М.А.¹, Меновщикова Л.Б.³

¹ ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», г. Москва, Россия

² Кафедра восстановительной медицины, реабилитации и курортологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, г. Москва, Россия

³ Центр детской урологии и репродуктивного здоровья ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», г. Москва, Россия

Контактная информация: Новикова Елена Владимировна, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», г. Москва, Россия. Кафедра восстановительной медицины, реабилитации и курортологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, г. Москва, Россия; 8-916-758-75-61

Актуальность. Проблема медицинской реабилитации детей с мегауретером обусловлена высокой частотой встречаемости (25–30% от их общего числа обструктивных уропатий); ранней инвалидизацией; высоким процентом в структуре смертности детского населения (35–40% среди врождённых пороков) [1, 2]. Ведущим методом лечения мегауретера является хирургическая коррекция порока, направленная на устранение обструкции мочеточника и восстановление уродинамики. В ранний период после операций на мочеточнике важным является применение технологий медицинской реабилитации, направленных на купирование инфекционных осложнений, стимуляции репаративных процессов, восстановление почечных функций [3]. Среди огромного разнообразия физических факторов применение селективной хромотерапии, обладающей выраженным противовоспалительным, нефропротективным действием, является обоснованным у детей с мегауретером в ранний послеоперационный период [4].

Цель исследования. Оценка применения селективной хромотерапии у детей с мегауретером.

Материал и методы. Клинические наблюдения и специальные исследования проведены у 20 детей с мегауретером, в возрасте от 2 до 7 лет. Основную группу составили 10 детей, получавших селективную хромотерапию, 10 детей составили группу сравнения (без физиотерапии). Группы формировались методом рандомизации и наблюдались одновременно.

Результаты. К концу курса медицинской реабилитации у 80,0% детей основной группы отмечалось купирование симптомов интоксикации, повышение суточного диуреза. В группе сравнения уменьшение симптомов интоксикации и восстановление суточного диуреза отмечалось в меньшем проценте случаев (60,0%). По данным клинико-лабораторных показателей, у 90,0% детей основной группы снизилась протеинурия и лейкоцитурия, из них у 50% показатели восстановились до условной нормы. В группе сравнения клинико-лабораторные показатели имели однонаправленные изменения лишь у 70% детей ($p < 0,05$). По данным УЗИ почек, у большинства детей основной группы (60,0%) отмечалось уменьшение размеров и улучшение перистальтической активности мочеточников. В группе сравнения сокращение размеров мочеточников отмечалось лишь у 40,0% детей.

Вывод. В результате проведенных исследований эффективность медицинской реабилитации с включением селективной хромотерапии составила 80,0%, в группе сравнения – 60,0% ($p < 0,05$).

Список литературы:

1. Обструктивные уropатии в детском возрасте // Под редакцией С.Л. Коварского, Л.Б. Меновщиковой и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 240 с.
2. Шамов Б.К., Шарков С.М., Яцык С.П. Современные взгляды и патогенез формирования мегауретера у детей / Педиатрическая фармакология. – 2008. – Т. 5. – № 6. – С. 123–124.
3. Хворостов И.Н., Зоркин С.Н., Смирнов И.Е. Обструктивная уropатия // Урология. – 2005. – № 4. – С. 73–76.
4. Макконен К.Ф., Султангареева А.Б., Филатова Е.Н. Цветотерапия заболеваний различной этиологии. В сборнике статей XVIII Международной научно-практической конференции: Фундаментальные и прикладные научные исследования. – 2018. – С. 253–256.

ВОЗМОЖНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОВЛЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В ЛОГОПЕДИЧЕСКУЮ РАБОТУ С ЗАЙКАЮЩИМИСЯ ДЕТЬМИ

Орлова Г.И., Шенбергер Е.Б.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» ДЗ г. Москвы, РФ, Мичуринский проспект, д. 74

Контактная информация: Шенбергер Евгения Борисовна (логопед), ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» ДЗ г. Москвы, РФ, Мичуринский проспект, д. 74, тел. 8-910-483-20-06, prostaj2009@rambler.ru

Актуальность. Одним из возможных направлений преодоления заикания является применение консультативного подхода в логопедической работе с заикающимися детьми. Особенностью данного подхода служит вовлечение родителей в логопедический процесс. Это связано с тем, что нередко среда, в которой воспитывается ребенок, способствует возникновению и развитию заикания. Ближайшее окружение ребенка, в том числе и родители, неосознанно создают условия для обострения появившегося нарушения речи. Включение родителей в коррекционный процесс, их информирование об особенностях

заикания помогает снизить отрицательное воздействие среды и оказать помощь ребенку. Взаимодействие с родителями в процессе логопедической работы предполагается в большинстве отечественных и зарубежных методик, однако подходы, формы общения, степень вовлеченности родителей – разные.

Необходимость оказания логопедической помощи заикающимся детям и снижение возможности ее получения в специализированных дошкольных учреждениях указывает на актуальность вовлечения родителей в процесс коррекции заикания.

Цель. Изучение возможности включения родителей в процесс преодоления заикания у детей дошкольного возраста и оценка её эффективности. Проанализировать специальную педагогическую, психологическую, методическую литературу по проблеме исследования; разработать систему занятий и приёмы логопедической работы с дошкольниками, имеющими разные формы заикания, с включением родителей в коррекционный процесс. Осуществить включение родителей в логопедическую работу в процессе коррекции и оценить эффективность формирующих воздействий.

Материалы и методы. Исходя из цели и задач, в работе использованы следующие методы исследования: теоретический анализ литературы по проблеме исследования; проведение констатирующего эксперимента, включающего логопедическое обследование по традиционной схеме, наблюдение, качественный анализ взаимодействия в диаде «ребенок с заиканием – родитель».

Результаты и выводы. В зависимости от степени готовности родителей участвовать в процессе коррекции, варьирует длительность логопедической работы, динамика прогресса и специфика формулирования рекомендаций. Эффективность логопедической работы повышается пропорционально активности вовлечения родителей и точности соблюдения рекомендаций логопеда.

Положительная динамика в речи ребенка коррелирует со степенью эффективности работы с родителями. Успех в повышении плавности речи ребенка достигается, если логопеду удастся повлиять на мотивацию родителя, помочь осознать его роль в процессе коррекции, направлять активность родителя таким образом, чтобы он стремился уменьшать негативное влияние среды.

Значительный прогресс в коррекции заикания обеспечивается учетом индивидуальных особенностей детей, таких как возрастные характеристики, условия жизни и воспитания, психологические особенности, уровень развития речи и форма заикания. Таким образом, чем младше ребенок, тем больше работы проводится с родителями.

Список литературы:

1. Абелева, И.Ю. Если ребенок заикается [Текст]: Пособие для родителей и учителей / И.Ю. Абелева, Н.Ф. Сеницына. – М.: Просвещение, 1969.
2. С.Р. Асланова // Заикание: проблемы теории и практики: Коллективная монография; Под ред. Л.И. Беляковой. – М.: Национальный книжный центр, 2016.
3. Арутюнян, Л.З. Как лечить заикание: Методика устойчивой нормализации речи / Л.З. Арутюнян (Андропова). – М.: Эрбус, 1993.
4. Белякова, Л.И. Логопедия: Заикание: учебник для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова. – М.: Академия, 2003.
5. Виноградова, М.А. Преодоление заикания у дошкольников в разных ситуациях речевого общения: Дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 // Виноградова Марина Александровна. – СПб., 1997.
6. Власова, Н.А. Методы работы по перевоспитанию речи у детей-заик дошкольного и преддошкольного возраста [Текст] / Н.А. Власова и Е.Ф. Рау; Под редакцией проф. Ф.А. Рау. – М.: Государственное учебно-педагогическое издательство, 1999.
7. Волкова, Г.А. Особенности поведения заикающихся детей в конфликтных ситуациях // Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми

нарушениями: Межвузовский сб. науч. трудов; Под ред. Л.И. Беляковой, Г.С. Гуменной. – М.: Прометей, 1991.

8. Выгодская, И.Г. Устранение заикания у дошкольников в игровых ситуациях: Кн. для логопеда / И.Г. Выгодская, Е.Л. Пеллингер, Л.П. Успенская. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение, 1993.

9. Гегелия, Н.А. Родителям о заикании детей и подростков [Текст] / Н.А. Гегелия // Дефектология. – 2000. – № 5.

10. Жинкин, Н.И. Механизмы речи [Текст] / Акад. пед. наук РСФСР. Ин-т психологии. – М.: Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1958.

11. Калачева, И.О. Использование семейной психотерапии в процессе реабилитации детей раннего возраста, страдающих заиканием / И.О. Калачева // Заикание: проблемы теории и практики; под ред. Л.И. Беляковой. – М.: Прометей, 1992.

12. Карпова, Н.Л. Основы личностно-направленной логопсихотерапии: Учеб.-метод. пособие / Н.Л. Карпова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Моск. психол.-соц. ин-т: Флинта, 2003.

13. Картушина, М.Ю. Конспекты логоритмических занятий с детьми 3–4 лет / М.Ю. Картушина. – М.: Творч. центр «Сфера», 2006.

14. Крапивина, Л.М. Работа логопеда с родителями заикающихся детей преддошкольного возраста в условиях ясли-сада для детей с нарушением речи / Л.М. Крапивина // Актуальные вопросы теории и практики коррекционной педагогики. – М., 1997.

15. Курбангалиева, Ю.Ю. Что нужно знать родителям о заикании у детей / Ю.Ю. Курбангалиева // Индивидуальное психологическое консультирование и психология принятия решений; Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Астрахань: Издательский дом «Астраханский университет», 2009. – Т. 1.

16. Левина, Р.Е. Заикание у детей [Текст]: Памятка для родителей / Р.Е. Левина; НИИ дефектологии АПН СССР, Моск. гор. дом санитар. просвещения. – М.: Би., 1968.

17. Левина, Р.Е. Преодоление заикания у дошкольников: Методическое пособие / [Р.Е. Левина и др.]; под ред. Р.Е. Левиной. – М.: Сфера, 2009.

18. Либманн, А. Патология и терапия заикания и косноязычия // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних учебных заведений. В 2 тт. Т. I / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр «Владос», 1997. – С. 74–76.

19. Лохов, М.И. Заикание и логоневроз. Диагностика и лечение: Заикание как модель нарушений при погранич. псих. расстройствах / М.И. Лохов, Ю.А. Фесенко. – СПб.: СОТИС, 2000.

20. Меньшикова, С.В. Коррекция заикания у детей: Практическое пособие для логопедов и родителей / С.В. Меньшикова. – Казань, 1999.

21. Мерзлякова, В.П. Развитие мотивационной сферы заикающихся в процессе логопсихокоррекции [Текст] / Мерзлякова В.П., Рау Е.Ю. – М.: Секачев В.Ю., 2011.

22. Новоторцева, Н.В. Педагогические средства включения родителей в процесс логопедической работы с детьми / Н.В. Новоторцева, Е.А. Рубанчик // Новые технологии в логопедическом сопровождении речевого развития детей [Текст]: К 20-летию открытия специального дефектологического факультета: Сборник научно-методических статей / М-во образования и науки Российской Федерации, ФГБОУ ВПО «Ярославский гос. педагогический ун-т им. К.Д. Ушинского»; [под. ред. Н.В. Новоторцевой]. – Ярославль: Ярославский гос. педагогический ун-т им. К.Д. Ушинского, 2015.

23. Селиверстов, В.И. Заикание у детей: Психокоррекц. и дидакт. основы логопед. воздействия: Учеб. пособие для студентов высш. и сред. пед. заведений / В.И. Селиверстов. – 4-е изд., доп. – М.: Владос, 2000. – 205 с.

24. Сикорский, И.А. О заикании / И.А. Сикорский. – СПб.: К. Риккер, 1889.

25. Ткачева, В.В. Семейно-центрированный подход в современном контексте оказания помощи семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья / В.В. Ткачева // Практическая дефектология. – 2015. – № 3 (3).

26. Филатова, Ю.О. Логоритмика. Развитие ритма движений и речи у детей с заиканием [Текст]: Учебно-методическое пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 050715.65 – логопедия; направлению 050700.62 – Специальное (дефектологическое) образование (профиль «Логопедия») / Ю.О. Филатова, Н.Н. Гончарова, Е.В. Прокопенко; Под ред. Л.И. Беляковой. – М.: Национальный книжный центр, 2011.

27. Флоренская, Ю.А. Клиника и терапия нарушений речи [Текст] / Ю.А. Флоренская, канд. мед. наук; Под ред. действ. чл. Акад. мед. наук СССР проф. В.А. Биляновского и проф. М.С. Лебединского. – М.: Медгиз: тип. изд-ва «Моск. рабочий», 1949. – 120 с.

28. Хватцев, М.Е. Заикание – недуг устранимый [Текст] / М.Е. Хватцев. – Л.: Медицина. Ленингр. отделение, 1972. – 69 с.

29. Чевелева, Н.А. Исправление речи у заикающихся школьников / Н.А. Чевелева. – М.: Просвещение, 1966. – 96 с.

30. Шкловский, В.М. Психотерапия в комплексной системе лечения логоневрозов / В.М. Шкловский // Руководство по психотерапии; Под ред. В.Е. Рожнова. – М., 1974. – С. 197–208.

СОСТОЯНИЕ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Осмоловский Д.С.^{1, 2}, Гвозденко Т.А.², Киселева М.С.¹, Осмоловский С.В.¹, Брезинская С.Н.²

¹ Центр восстановительной медицины и реабилитации ГАУЗ «ККЦСВМП», г. Владивосток

² Владивостокский филиал ФГБНУ «ДНЦ ФПД-НИИМКВЛ», г. Владивосток, Россия

Контактная информация: Осмоловский Дмитрий Сергеевич, Центр восстановительной медицины и реабилитации ГАУЗ «ККЦСВМП», г. Владивосток, 8-423-2-32-42-69, cvlds@rambler.ru

Введение. Детская инвалидность – одна из важнейших медико-социальных проблем современного общества, характеризующая состояние здоровья и социальное благополучие населения страны. Она является индикатором уровня здоровья детей и подростков, а также качества медицинской помощи, оказываемой матерям и детям [1, 3, 4, 9, 10].

Цель исследования. Оценить состояние детской инвалидизирующей заболеваемости и инвалидности на территории Приморского края.

Материал и методы. В Приморском крае, как и в целом по Российской Федерации, на фоне снижения общей численности людей с ограниченными возможностями, отмечается рост детской инвалидности. При этом увеличение показателей инвалидности наблюдается преимущественно в младшей возрастной группе (0–3 года), что в значительной мере обусловлено ростом уровня рождаемости недоношенных маловесных детей [5, 7].

Согласно официальным данным Приморского медицинского информационно-аналитического центра, наблюдается отрицательная динамика показателей детской инвалидности, обусловленной инфекционными и паразитарными болезнями, болезнями глаз, уха, костно-мышечной и нервной систем, органов дыхания и пищеварения, травмами и отравлениями. В то же время относительно 2005 года отмечен рост инвалидизирующей

заболеваемости детей с новообразованиями на 23,9%, болезнями эндокринной системы и нарушениями обмена веществ на 46,3%, психическими расстройствами на 11,0%. За 10-летний период рост первичной детской инвалидности составил 10,5%.

В структуре причин детской инвалидности лидирующее место занимают болезни нервной системы (27,5%), причем 18,9% из них – дети с ДЦП. На втором месте – психические расстройства – 26,3%, среди которых более половины детей с умственной отсталостью. На третьем месте врожденные аномалии развития со значением 19,4%. На долю этих трех групп заболеваний приходится 73,2% в общей структуре детской инвалидности.

Возрастной состав детей-инвалидов: 0–3 года – 10,48%, 4–7 лет – 23,05%, 8–18 лет – 66,47%. Гендерные различия на протяжении многих лет остаются практически на неизменном уровне: мальчиков – 57,3%, девочек – 42,7%. Большинство детей-инвалидов (83,6%) воспитываются в семьях, из них 71,7% проживают в городах Приморского края, 28,3% – сельские жители [2, 6].

Ведущими ограничениями жизнедеятельности являлись снижение способностей: адекватно вести себя (36,2%), передвигаться (32,4%), общаться с окружающими (21,8%), самообслуживания (12,3%). В младшей возрастной группе (от 0 до 3 лет) на первом месте стоит снижение способности к самостоятельному передвижению, что естественно связано с возрастными возможностями ребенка. В старших возрастных группах преобладают нарушения способностей к адекватному поведению, затем – передвижению и общению с окружающими. Основной причиной нарушений поведения является снижение способности к приобретению знаний (36,5%), а общения с окружающими – снижение остроты зрения (51,8%) и умственных способностей (31,2%) [8].

Выводы. На территории Приморского края на фоне достаточно стабильного в течение последних лет уровня рождаемости, отмечается рост детской инвалидности, преимущественно за счет увеличения числа недоношенных новорожденных с низкой массой тела. В структуре причин детской инвалидности лидирующее место неизменно занимают болезни нервной системы, психические расстройства и врожденные аномалии развития.

Список литературы:

1. Вельтищев Ю.Е. Проблемы охраны здоровья детей России // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 1. – С. 5–9.
2. Здоровье населения и здравоохранение Приморского края. Информационно-статистический справочник Департамента здравоохранения Приморского края за 1995–2018 гг.
3. Ильин А.Г., Конова С.Р., Лазуренко С.Б. Совершенствование порядка организации медицинской помощи в домах ребенка Российской Федерации / Российский педиатрический журнал под ред. А.А. Баранова – М.: Медицина, 2015. – № 4. – 64 с.
4. Новик А.А., Ионова Т.П. Исследование качества жизни в медицине: Учебное пособие / Под ред. Ю.Л. Шевченко. – М., 2004.
5. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М., 2016. – 74 с.
6. Основные показатели медицинского обслуживания населения Приморского края за 1995–2018 гг.
7. Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка Приморского края в 2018 г. – Владивосток, 2019. – С. 30.
8. Федеральное государственное статистическое наблюдение. Сведения о детях-инвалидах. Форма № 19.
9. Benedict R.E., Fare! A.M. Identifying children in need of ancillary and enabling services: a population approach // Soc. Sci. Med. – 2003. – Vol. 57, № 11. – P. 2035–2047.
10. Meller J.L., Shermeta D.W. Falls in urban children. A problem revisited // Amer. J. Dis. Child. – 1997. – № 141 (12). – P. 1271–75.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ АРТ-ПЕДАГОГИКИ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ

Писарева И.Б.

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

Контактная информация: Писарева Ирина Борисовна, ГБЗУ «Научно-практический центр детской психоневрологии» ДЗ г. Москвы, irina0606@mail.ru

Актуальность. Наиболее часто понятие «арт-педагогика» сочетается с термином «арт-терапия». Сравнительный анализ этих понятий на основе исследований Е.А. Медведевой, И.Ю. Левченко, Ж.С. Валеевой и др. позволяет сделать заключение, что в их практическом содержании есть как общее, так и особенное.

Задача арт-терапии состоит в гармонизации психоэмоционального состояния ребенка и его социальной адаптации в культурно-образовательном пространстве посредством арт-терапевтических методов, тогда как целью арт-педагогики является воспитание эмоционально-эстетических, нравственных, коммуникативных основ личности ребенка с ОВЗ. В основе арт-педагогики лежат методы воспитания с применением искусства. Однако Е.А. Медведева отмечает: «понятие «арт-педагогика» не подменяет более узкий термин «художественное воспитание». Арт-педагогика позволяет рассматривать в рамках специального образования не только художественное воспитание, но и все компоненты коррекционно-развивающего процесса (развитие, воспитание, обучение и коррекцию) средствами искусства, а также формирование основ художественной культуры.

На важную роль искусства в коррекционной работе указывали отечественные ученые: Т.С. Комарова, Л.С. Выготский. Они утверждают, что художественная деятельность детей обеспечивает их сенсорное развитие, формирует мотивационно-потребностную сторону их продуктивной деятельности, способствует развитию восприятия, произвольного внимания, воображения, речи, мелкой моторики рук, коммуникации.

Исходя из этого, педагоги нашего центра на занятиях и в кружковой деятельности особое внимание уделяют формированию основ художественной культуры ребенка через художественно-творческую деятельность. Это занятия по лепке, рисованию, плетению, аппликации, а также театрализованно-игровые. В отделении трудотерапии дети не только лепят, но и занимаются вышиванием, выжиганием по дереву. Особое удовольствие доставляют занятия в гончарной мастерской, где они работают с глиной. Глина – это природный материал, она требует больших усилий, тонких действий с мелкими предметами, а это означает и лучшее развитие мелкой моторики рук. Ученые давно доказали взаимосвязь развития речи с развитием мелкой моторики. Чем больше ребенок работает пальчиками, тем быстрее развивается, лучше говорит и думает.

Вовлечение детей с ОВЗ в художественно-творческую деятельность проходит и на занятиях по рисованию песком. Они рисуют на специальных планшетах. Планшеты красиво подсвечивают, и дети могут нарисовать целые картины. Малыши и те, у кого нарушена моторика, рисуют пальчиком по равномерно насыпанному слою. Игры на песке – одна из форм естественной деятельности ребенка. Им очень приятно и интересно покопаться в песке, прочувствовать его между пальцами, ладошками. Данный вид творчества также стимулирует развитие мышления, творчества, мелкой моторики. Очень интересно проходят занятия театрализованной деятельностью, на которых дети разучивают стихи или учат роли для кукольных спектаклей. Е.А. Медведева говорит, что занятия театрализованной деятельностью дают положительную динамику в качественном развитии воображения, коррекции психоэмоционального состояния. Такие занятия проходят в игровой форме. На них дети учатся самовыражению, становятся уверенней в

себе. Они могут не задумываясь выразить свои фантазии, эмоции, переживания. Ведь одна из задач арт-педагогике и состоит в том, чтобы помочь ребенку раскрыть свой творческий потенциал, сформировать творческие умения и навыки. Участие ребенка с ОВЗ в художественной деятельности с другими детьми и взрослыми расширяет его социальный опыт, учит взаимодействию и общению в совместной деятельности. Ребенок в коллективе проявляет свои индивидуальные особенности, что способствует формированию внутреннего мира детей с проблемами развития.

Ценность арт-педагогике состоит в эффективном применении ее в домашних условиях, поскольку одним из условий нормального физического и психомоторного развития ребенка является его эмоционально-положительное общение со взрослыми и особенно с родителями. Поэтому педагоги нашего центра рекомендуют родителям занятия по нетрадиционной художественной деятельности, чтобы они могли в домашней обстановке, не имея специальной подготовки, заниматься с детьми творчеством. Это может быть лепка из соленого теста, рисование красками ладошкой или пальчиком, ватными палочками или совместное семейное творчество: изготовление подарка, альбома, совместного рисунка.

Выводы. Подведя итог, можно с уверенностью утверждать, что применение арт-педагогических методов в коррекционной работе позволяет научить ребенка реализовать в жизни свои творческие возможности, а также содействует повышению уверенности в себе, дает возможность найти свое место в социуме.

Список литературы:

1. Е.А. Медведева. Арт-педагогика и арт-терапия в специальном образовании. – 2001.
2. О.В. Кацер. Роль искусства и арт-педагогике в профилактике и коррекции задержки психического развития и нарушений речи детей. – 2003.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ КЛИМАТОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ

Погонченкова И.В.¹, Лян Н.А.^{1,2}, Уянаева А.И.¹

¹ ГАУЗ г. Москвы «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва, Россия

² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Контактная информация: Лян Наталья Анатольевна, Москва, ГАУЗ г. Москвы «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», 8-916-684-82-60, nlyan@yandex.ru

Актуальность. Изучение влияния климатических факторов на организм человека привело к выделению отдельного научного направления — медицинской климатологии, стоящей на стыке медицины и климатологии, медицинской географии и курортологии, которая изучает влияние на организм человека климатических и погодных факторов, методы их использования в лечебно-профилактических целях.

Задачами медицинской климатологии является изучение физиологических механизмов влияния климато-погодных факторов на организм человека, медицинская оценка погод, разработка показаний и противопоказаний к назначению различных видов климатических методов лечения, научная разработка методик дозирования климатотерапевтических процедур и профилактика метеопатических реакций.

У здоровых детей метеопатические реакции не выходят за рамки физиологических колебаний компенсаторных систем, у больных и ослабленных они могут привести к обострению или ухудшению течения заболевания. По данным Григорьева К.И., Поважной

Е.Л. (2018), наиболее часто метеопатические реакции встречаются у детей с синдромом вегетативной дистонии (87%), бронхиальной астмой (71%). Наиболее существенная роль в возникновении метеотропных реакций принадлежит медицинским типам погоды. Важно подчеркнуть, что в целом неблагоприятная погода занимает 14–20% дней в году, что подтверждает целесообразность метеопрофилактики с медико-экономических позиций [1].

Климатотерапия в педиатрии, как самостоятельный и эффективный метод профилактики, лечения, оздоровления и реабилитации находит все более широкое применение как в санаторно-курортной практике, так и в лечебно-оздоровительных и реабилитационных центрах, а также является одним из патогенетически обоснованных методов, способных повышать функциональные резервы и толерантность организма к внешним неблагоприятным факторам. Климатотерапия включает следующие элементы: влияние смены климата, метеорологические условия в привычном для ребенка климате и специальные климатические воздействия. Внедрение в санаторно-курортную практику информационных систем медико-климатического мониторинга и оценки биоклиматических ресурсов конкретных курортных территорий позволяет более широко использовать методы дозированной климатотерапии.

Перспективными направлениями развития медицинской климатологии в педиатрии являются изучение и оценка влияния погодно-метеорологических параметров на состояние здоровья детей; создание научно-обоснованного информационного портала медико-метеорологического мониторинга и прогнозирования погоды для медицинских целей; оценка предикторов развития повышенной метеочувствительности для определения риска возникновения метеопатических реакций и погодообусловленных обострений у детей; разработка и внедрение в практику персонализированной коррекции и профилактики повышенной метеочувствительности у детей с хроническими неинфекционными заболеваниями с использованием немедикаментозных методов, среди которых ведущее место принадлежит природным, климатическим факторам; включение методов дозированной климатотерапии в реабилитационные программы детей с заболеваниями бронхолегочной системы, осложненной повышенной метеочувствительностью [2].

Список литературы:

1. Григорьев К.И., Поважная Е.Л. Проблема повышенной метеочувствительности у детей и подростков / Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 2018; 63:(3): 84 – 90. DOI: 10.21508/1027 – 4065 – 2018 – 63 – 3 – 84 – 90.

2. Уянаева А.И., Хан М.А., Тупицына Ю.Ю., Чукина И.М., Лян Н.А., Максимова Г.А. Климатотерапия в лечении и реабилитации детей с бронхиальной астмой, осложненной повышенной метеочувствительностью / Аллергология и иммунология в педиатрии. 2020; 62 (3): 23-28, DOI: 10.24411/2500-1175-2020-10009.

ПРИМЕНЕНИЕ КАТЕГОРИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19

Потапчук А.А., Афанасьева В.В.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Контактная информация: Потапчук Алла Аскольдовна, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.

В настоящее время, в период активного развития новой модели медицинской реабилитации в нашей стране, актуальным является выбор категорий Международной классификации функционирования и составление программ реабилитации на основании реабилитационных профилей больных.

Пандемия, вызванная SARS-CoV-2 (COVID-19), является серьезным вызовом для мировой медицинской науки и практического здравоохранения, и вопросы медицинской реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, вызвали интерес специалистов всех медицинских специальностей во многих странах [1]. Специалисты считают, что пандемия COVID-19 может охватить несколько миллионов человек во всем мире. Предположительно, 5–15% из них будут нуждаться в медицинской реабилитации после перенесенной пневмонии и острого респираторного дистресс-синдрома [2]. При этом наиболее перспективными для респираторной реабилитации являются первые два месяца после острого периода коронавирусной инфекции – это период терапевтического окна [3].

Статистика по доменам МКФ даст истинную информацию о задачах в реабилитации пациентов с COVID-19. В настоящий момент еще не существует доказательной базы для оптимальной программы реабилитации пациентов с коронавирусом.

Научных работ, посвященных проблеме реабилитации больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, с позиции МКФ, пока нет. В литературе приведены методики и способы реабилитации больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, но оценка реабилитационного потенциала с позиции МКФ [4] не представлена. Общепринятая система реабилитационных мероприятий не создана. В связи с этим разработка методов оценки реабилитационного профиля, критериев эффективности медицинской реабилитации больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, соответствует требованиям времени.

Цель работы – определить наиболее значимые категории МКФ, позволяющие дать объективную информацию о биопсихосоциальном состоянии пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19.

Нами был апробирован базовый набор доменов функционирования, ограничений жизнедеятельности, социального участия и активности пациентов по классификации МКФ для построения категориального реабилитационного профиля пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19.

Тщательно изучены представленные категории МКФ, вошедшие в состав комплексного и краткого набора МКФ для реабилитации (ICF REHABILITATION SET на сайте <https://www.icf-research-branch.org>), рекомендованные ВОЗ в работе с пациентами для реабилитации. В результате изучения базового набора МКФ для реабилитации, в соответствии с рекомендациями ВОЗ по работе с данной классификацией, нами был выбран набор доменов из соответствующих категорий медицинского кластера базового набора МКФ и сформирован в краткую таблицу МКФ.

Для количественной оценки результативности и эффективности реабилитационных мероприятий применялась МКФ, при этом была использована следующая универсальная шкала оценки нарушений: 0 (нет проблем: 0–4%), 1 (легкие проблемы: 5–24%), 2 (умеренные проблемы: 25–49%), 3 (тяжелые проблемы: 50–95%), 4 (абсолютные проблемы: 96–100%). Использовались 7 доменов категории «функции организма», 2 домена категории «структуры организма» и 2 домена категории «активность и участие».

Краткий набор категорий Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья и методы оценки функционального статуса больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, представлен в таблице.

Краткий набор категорий Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья и методы оценки функционального статуса больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19

Код по МКФ	Категория МКФ	Методы оценки
b130	Волевые и побудительные функции	SF 36
b134	Функция сна	САТ-тест
b152	Эмоциональные функции	Шкала MMSE
b280	Ощущение боли	Визуальная аналоговая шкала (ВАШ)
b420	Функция артериального давления	Измерение САД, ДАД
b440	Функция дыхания	Проба Штанге Индекс А/Г (апноэ-гипопноэ сна)
b455	Функция толерантности к физической нагрузке	Шкала выраженности одышки Medical Research Council Dyspnoea Scale (MRC)
s410	Структура сердечно-сосудистой системы	ЭХО КГ (ДД в ЛА)
s430	Структура дыхательной системы	Компьютерная томография
d230	Управление уровнем собственной активности	Шкала Рэнкин
d 450	Ходьба	Двигательная проба (6МШТ)

Предложенный метод оценки реабилитационного профиля уменьшит временные затраты на заполнение таблиц МКФ и может стать удобным инструментом для специалистов мультидисциплинарных команд, тем самым повысит доступность МКФ для медицинских работников, принимающих участие в реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию.

Список литературы:

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Outbreak of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): increased transmission beyond China – fourth update, 14 February 2020. ECDC. Stockholm. 2020.
2. Фесюн А.Д., Лобанов А.А., Рачин А.П., Яковлев М.Ю., Андронов С.В., Кончугова Т.В., Гильмутдинова И.Р., Барашков Г.Н., Митрошкина Е.Е., Богданова Е.Н., Лебедев Я.О., Никитина А.М. Вызовы и подходы к медицинской реабилитации пациентов, перенесших осложнения COVID-19 / Вестник восстановительной медицины. 2020; 97 (3): 3–13.
3. Иванова Г.Е., Баландина И.Н., Бахтина И.С., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Буйлова Т.В., Гречко А.В., Дидур М.Д., Калинина С.А., Кирьянова В.В., Лайшева О.А., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Мишина И.Е., Петрова М.В., Пряников И.В., Постникова Л.Б., Суворов А.Ю., Соловьёва Л.Н., Цыкунов М.Б., Шмонин А.А. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2020;2(2):140–189.
4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ; 2001.

ВОЗДЕЙСТВИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ НА ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ИММУНИТЕТ

Контактная информация: Ростачева Елена Александровна, ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России; 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; e-mail: ele-ova@yandex.ru

Актуальность. В последнее время остается актуальным влияние рефлексотерапии на иммунитет. Исследования базируются на современных достижениях различных наук, в том числе в области нейробиологии и биохимии.

Целью нашей работы является определение на основе научного анализа наиболее эффективных условий регуляции противовирусного иммунитета методом рефлексотерапии.

Клеточное звено иммунной системы (прежде всего, Т-клеточное звено) играет немаловажную роль в появлении резистентности макроорганизма к той или иной инфекции, в том числе и к COVID-19. Доказано, что при акупунктуре на уровне ретикулярной формации ствола мозга стимулируется выделение мозговым веществом надпочечников адреналина и норадреналина. Адреналин активирует аденилатциклазу, происходит накопление в лимфоцитах Ц-АМФ, что снижает их функциональную активность, причем это наиболее выражено по отношению к неспецифическим Т-супрессорам [1]. В результате этого процесса ускоряется развитие ранних фаз иммунологического ответа и повышается ранняя противои инфекционная защита. При любой инфекции или вакцинации при формировании противои инфекционного иммунитета иммунологическая реакция протекает вначале с активацией Т-хелперов, затем для завершения реакции с активацией Т-супрессоров (период транзиторного иммунодефицита) [2]. Традиционно тимус относится к каналу печени, Т-супрессоры – это инь печени, преобладание холода печени, гипофункция канала печени. Для стимуляции Т-клеточного иммунитета необходимо воздействие на ян канала печени [3].

Морфологический субстрат кожи имеет неоднородное строение, в области активных точек расположено большее количество иммунных клеток и клеток диффузной эндокринной системы, чем в рядом расположенных тканях, также имеются отличия их расположения в области различных точек. Наибольшее количество клеток диффузной эндокринной системы, связанных с Т-хелперами, выявлено в точке VG14 [4, 5, 6]. Традиционно точка VG14 – точка схождения всех ян-каналов, связанных с защитными системами, обычно рекомендуемая для активации защитных сил организма [3].

Результаты многочисленных исследований указывают, что воздействие на микросистемы, в частности, аурикулотерапия, оказывает регулирующее влияние, приводящее к нормализации исходно сниженной или исходно повышенной активности, в том числе и по отношению к иммунорегуляции, не вызывая иммуно тормозного эффекта. Объяснить этот феномен можно таким образом: при определенных акупунктурных воздействиях афферентные сигналы противодействуют имеющим место изменениям функционального состояния этих структур, что и приводит к нормализации [3]. Особенно значимым является установление курса проведения рефлексотерапии. Экспериментально доказано, что через 5 суток после окончания пятидневного курса интенсивного воздействия на активные точки имеет место повышение функциональной активности нейтрофилов и лимфоцитов, повышение содержания лизоцима, усиление миграции лимфоцитов из тимуса и стимуляция периферических органов лимфопоэза по антигеннезависимому типу [6, 7]. Таким образом, доказано стимулирующее влияние пятидневного курса рефлексотерапии на состояние ведущих компонентов, сопровождающих любую иммунную реакцию, способность иммунных клеток к активации, пролиферации и дифференцировке. Анализируя пятидневный курс в динамике,

мы пришли к выводу, что максимальное повышение функциональной активности происходит через 2 недели после окончания курса.

Кроме того, при проведении акупунктуры необходима определенная глубина постановки игл. Морфофункциональный субстрат активной точки имеет неоднородное распределение биогенных аминов и тучных клеток послойно в коже с наибольшим количеством залегания, соответственно канонической глубине, и в особенно активных в функциональном отношении точках. Доказано, оптимальное время экспозиции иглы – 10 минут для получения максимального эффекта стимуляции.

На основе экспериментальных и клинических исследований, традиционного и современного научного подхода составлен алгоритм модуляции противовирусного иммунитета: стимуляция канала печени как канала, традиционно связанного с тимусом; включение в рецепт активной точки VG14, традиционно влияющей на весь ансамбль защитных каналов с доказанной стимуляцией Т-хелперов, а также аурикулотерапия как система, обладающая регулирующим нормализующим действием на иммунную систему.

Время экспозиции каждой точки 10 минут, курс 5 процедур. Максимально ожидаемый результат – две недели.

Таким образом, многочисленные экспериментальные и клинические работы свидетельствуют, что формирование эффектов рефлексотерапии осуществляется комплексом механизмов, имеющих избирательную, динамическую и изменяющуюся структуру. При этом избирательное включение механизмов реализации акупунктуры на иммунную систему зависит от определения ведущего канала влияния и параметров стимуляции активной точки с учетом традиционных и современных концепций. Иммуностимулирующая активность рефлексотерапии утверждает перспективность дальнейшего изучения этого метода в качестве средства профилактики и лечения и дает основание шире включать рефлексотерапию в стандарты профилактики вирусных инфекций.

Список литературы:

1. Вогралик М.В., Ковальчук Л.В. Вторичные иммунодефицитные состояния. Иммунные заболевания системы крови. – Горький, 1986. – С. 86. [Vogralik M.V., Kovalchuk L.V. Secondary immunodeficiency states. Immune diseases of the blood system. – Gorky, 1986. – С. 86.]

2. Ковальчук Л.В. Клиническая иммунология с аллергологией с основами общей иммунологии: Учебник / Л.В. Ковальчук, Л.В. Ганковская, Р.Я. Мешкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 680 с.: ил [L.V. Kovalchuk Clinical immunology with allergology with the basics of general immunology: textbook / L.V. Kovalchuk, L.V. Gankovskaya, R. Ya. Meshkov. – М.: GEOTAR-Media, 2011. – 680 p.: ill.

3. Табеева Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии: Учебн. пособие / Д.М. Табеева. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 440 с. [M. Tabeeva A practical guide to acupuncture: Textbook. manual / D.M. Tabeeva. – 3rd ed. – М.: MEDpress-inform, 2014. – 440 p.]

4. Современный взгляд на механизм действия рефлексотерапии. Лепилина Л.А., Ахунов А.А., Тырнова Т.П., Габитова Л.Р., Шестопалова Г.М. Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т. 6. – № 1. – С. 113–118. [A modern view of the mechanism of action of reflexology. Lepilina L.A., Akhunov A.A., Tyrnova T.P., Gabitova L.R., Shestopalova G.M. Medical Bulletin of Bashkortostan. – 2011. – Vol. 6. – № 1. – P. 113–118.]

5. Особенности кожи в области точек акупунктуры / Е.А. Гурьянова, Л.А. Любовцева; М-во образования и науки Российской Федерации, Федеральное агентство по образованию, Федеральное гос. образовательное учреждение высш. проф. образования «Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова». – Чебоксары: Изд-во Чувашского ун-та, 2009. – 186 с. [Features of the skin in the area of acupuncture points / E.A. Guryanova, L.A. Lyubovtseva; Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Federal Agency for Education, Federal State educational institution of higher. prof. education «Chuvash State

University named after I.N. Ulyanov». – Cheboksary: Publishing house of Chuvash University, 2009. – 186 p.]

6. Назарян А.А. // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук по теме: «Влияние акупунктуры на состояние иммунной системы в эксперименте». – 1992. – С. 8–14. [A.A. Nazaryan, Avtoref. ... diss. Cand. honey. sciences on the topic: «The influence of acupuncture on the state of the immune system in the experiment». – 1992. – P. 8–14.]

7. Полунина В.В. // Автореф. дисс. ... доктора мед. наук по теме: «Комплексная реабилитация длительно и часто болеющих детей с использованием метода рефлексотерапии на амбулаторно-поликлиническом этапе». – М., 2008. [Polunina V.V. // Author's abstract. diss. the doctors. honey. sciences on the topic: «Complex rehabilitation of long-term and frequently ill children using the method of reflexology at the outpatient stage». 2008 r.]

АДАПТИВНЫЙ СПОРТ – НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МЕНТАЛЬНОЙ ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Сафоничева О.Г., Овчинникова М.А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Российская Федерация

Контактная информация: Сафоничева Ольга Георгиевна, Москва, Сеченовский университет, 8-926-534-62-65, Safonicheva.o@mail.ru

Адаптация и интеграция в общество детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), особенно с нарушением интеллектуального развития, является актуальной медико-социальной задачей. Статья 23 Конвенции о правах ребенка (1989) гласит: неполноценный в умственном или физическом отношении ребенок должен вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают его уверенность в себе и облегчают его активное участие в жизни общества [1]. Одним из международных проектов, который показал возможности развития творческого и спортивного потенциала детей и подростков с нарушением интеллекта, повышения их качества жизни и толерантность общества по отношению к таким людям, явился проект Специального Олимпийского движения.

Становление Специального Олимпийского движения началось в 1957 году, когда в США под патронажем сестры президента Дж. Кеннеди был создан Гуманитарный Фонд для привлечения внимания общества к людям с отставанием интеллектуального развития и повышения их интеграции в общество через спортивные состязания. В ноябре 2009 году на заседании Исполкома Международного Паралимпийского комитета (МПК) было принято решение о включении в программу соревнований Летних Паралимпийских игр спортсменов с нарушением интеллекта в следующих видах: плавание, легкая атлетика, настольный теннис, академическая гребля. Сейчас Специальные Олимпийские игры проводятся каждые 4 года. За эти годы участниками Международных Специальных Олимпийских игр стали более четырех миллионов человек из 180 стран мира. Паралимпийский комитет России, с учетом мировых тенденций, подготовил обращение в Министерство спорта, туризма и молодежной политики Российской Федерации с предложением по созданию и признанию «Спорта ментальных инвалидов» или адаптивного для спорта лиц с интеллектуальными нарушениями (ЛИИ).

С декабря 2010 года Приказом № 1433, утвержденным Министерством спорта, туризма и молодежной политики, в России официально зарегистрированы виды спорта для людей с нарушением интеллектуального развития. К участию в командных соревнованиях и личных видах программы допускаются спортсмены в возрасте не моложе 15 лет [2].

Для России этот вид спорта является новым, поэтому актуальной становится подготовка спортсменов и резерва для «Спорта ментальных инвалидов», как и адаптация подростков с задержкой интеллектуального развития в целом [3]. Дети с такой сложной структурой дефекта – сочетанием ментальных, физических, поведенческих нарушений – обучаются в специальных коррекционных школах-интернатах VIII вида. Учреждение интернатного типа предполагает обязательное проживание воспитанников в течение учебной недели, поэтому формирование контингента обучающихся происходит из семей, нуждающихся в социальной поддержке. Так как контакты с родителями и опекунами часто ограничены, то проблемы обучения, воспитания, оздоровления, психолого-педагогической адаптации воспитанников решает медико-психолого-педагогический коллектив, от творческого потенциала которого зависит их последующая социализация [4]. Для участия в Специальных Олимпиадах требуется длительная системная подготовка детей и подростков к соревновательной и командной деятельности, организация всего тренировочного процесса, а также создание тренировочных площадок, где будет организована преемственность в подготовке паралимпийцев, а также их медико-психологическое сопровождение.

Список литературы:

1. Конвенция о правах ребенка. Статья 23. – Нью-Йорк, 1989.
2. Мутко В.Л. Специальное Олимпийское движение в Санкт-Петербурге и перспективы его развития // Адаптивная физическая культура. – 2000. – № 3–4. – С. 2–5.
3. Евсеев С.П. Адаптивный спорт для лиц с интеллектуальными нарушениями: состояние и перспективы развития / Адаптивная физическая культура. – 2012. – № 2 (50). – С. 2–11.
4. Сафоницева М.А., Наливайко Г.А., Сафоницева О.Г., Миненко И.А., Кобзарь Ю.В. Новые диагностические технологии и методы нелекарственной реабилитации детей с нарушением интеллектуального развития / Вестник восстановительной медицины. – 2011. – № 3 (43). – С. 42–46.

ВОЗМОЖНОСТИ СПЕЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ ШКОЛЫ ДЛЯ РАЗВИТИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

Сафоницева О.Г., Овчинникова М.А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Российская Федерация

Контактная информация: Сафоницева Ольга Георгиевна, Москва, Сеченовский университет, 8-926-534-62-65, Safonicheva.o@mail.ru

Традиция проведения Олимпийских игр зародилась в Древней Греции в 776 году до н.э., и до 393 год н.э. было проведено 293 Олимпиады в Олимпии, считавшейся у греков священным местом. От Олимпии произошло и название игр. Вовлечение подростков с нарушением интеллектуального развития в спортивные состязания можно отнести только ко второй половине XX века. В 1968 году в Чикаго была основана международная благотворительная организация по подготовке спортивных мероприятий для лиц с умственными отклонениями, которая провела первые Специальные Олимпийские игры. В настоящее время Специальные Олимпийские игры для лиц с интеллектуальными нарушениями называют адаптивным спортом и проводятся такие игры каждые 4 года, вовлекая спортсменов из 180 стран мира.

Историю развития специального движения для лиц с интеллектуальными нарушениями в Российской Федерации можно проследить на примере одной из московских школ, коллектив учителей которой вот уже много лет доказывает, что у детей с нарушением интеллекта вместо «одаренности познания» развивается компенсаторная «одаренность действия» [1]. Специальная коррекционная школа-интернат (СКОШИ) VIII

вида № 81 создана более 60 лет назад для обучения детей с тяжелой формой дефекта и в первую очередь с задержкой интеллектуального развития. До 1978 года все спортивные мероприятия проходили только в рамках школы, ввиду негласной официальной изоляции умственно отсталых детей от здорового общества, а также мнения ученых о том, что спорт противопоказан детям с такой патологией. И только в 1978 году, благодаря усилиям учителя физкультуры, в СКОШИ была проведена первая спартакиада для учащихся вспомогательных школ города Москвы. С этого времени в СКОШИ стала создаваться спортивная команда, которая представляла честь учебного заведения на различных соревнованиях, а за последние 40 лет через спортивные баталии прошло более полутора тысяч учащихся учреждения [2].

На первом этапе, наряду с образовательной, воспитательной и коррекционной задачами, коллективом СКОШИ решались задачи оздоровления, так как вместе с основным диагнозом почти все учащиеся имели сопутствующие соматические заболевания. В начале приоритетными видами спорта в школе-интернате были лыжи, легкая атлетика, включая спортивную ходьбу, затем добавились плавание, спортивный туризм, футбол, бадминтон. С середины 1990-х годов в спортивно-оздоровительной работе стали успешно решать задачи социализации и интеграции детей и подростков в здоровое общество, чему способствовало проведение зимних и летних спортивных лагерей. Условия организации спортивной работы, связанные с расположением в непригодном здании, отсутствием спортплощадки на территории школы, заставили педагогический коллектив искать дополнительные возможности: занятия стали проводить в манеже ЦСКА, на зимнем стадионе «Спартак», в бассейне МСХА им. К.А. Тимирязева. Было налажено сотрудничество с Физкультурным клубом инвалидов, Отделом инвалидного спорта Департамента физкультуры и спорта. Традиционными для СКОШИ стали ежеквартальные интернатские соревнования «Веселые старты», турнир по футболу общества «Динамо», посвященный памяти Льва Яшина. Воспитанники принимают активное участие в городской спартакиаде «Надежда» среди коррекционных учебных заведений, в специальных паралимпийских соревнованиях различного ранга. Спортсмены являются постоянными членами сборной команды Москвы по легкой атлетике и плаванию для участия в общероссийских специальных чемпионатах.

В школе-интернате выстроена спортивно-оздоровительная работа с учащимися, имеющими ограниченные возможности здоровья, в рамках учебного процесса и дополнительного образования [3]. На основе кропотливой систематической работы стало возможным создание школьной спортивной команды, которая показывает свою успешность на соревнованиях различного уровня. Спортивная команда школы-интерната является постоянным участником Московской параспартакиады, Всероссийских соревнований по легкой атлетике «Шиповка юных», соревнований по плаванию среди ментальных инвалидов, Международного турнира по плаванию среди инвалидов на призы олимпийского чемпиона Александра Попова. В школьной спортивной команде тренируются не менее 60 воспитанников и выпускников в возрасте от 8 до 18 лет.

Участие в соревнованиях значительно повышает мотивацию детей и подростков коррекционной школы к учебному процессу и повышает качество медико-психологической реабилитации в целом. Многие выпускники продолжают тренировки в колледжах и на базах интерната, принимают участие в соревнованиях и праздниках в составе сборных команд. Но для планового развития Специального Олимпийского движения нужен системный подход и государственная программа, а не только энтузиазм учителей физкультуры.

Список литературы:

1. Момот В.А. Медико-психолого-педагогическая реабилитация детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья в специализированном учреждении / Вестник восстановительной медицины. – М., 2007. – № 4. – С. 11–13.

2. Хадарцев А.А., Фудин Н.А., Зилов В.Г., Сафоничева О.Г., Смоленский А.В. Психология движений и восприятия в спорте / Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2015. – № 4 (130). – С. 47–56.

3. Сафоничева М.А. Новые восстановительные технологии в комплексной реабилитации детей с задержкой интеллектуального развития: Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ФГУ «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники». – М., 2011.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ – РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ДО И ПОСЛЕ КУРСА РЕАБИЛИТАЦИИ

Селиванова Е.А., Пирязева О.А., Савин М.Ю.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», Россия

Контактная информация: Савин Михаил Юрьевич, г. Химки, тел. 8-962-937-32-68, sav.mikhail2015@yandex.ru

Актуальность. В связи с увеличением случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19, увеличивается и число людей, перенесших это заболевание. Влияние возбудителя данной инфекции на дыхательную систему является неоспоримым и приводит к типичным изменениям структурного и функционального компонентов органов системы дыхания [1]. Интересен вопрос о динамике данных изменений с течением времени и влиянии на эту динамику различных реабилитационных мероприятий.

Цели. Оценка динамики функциональных показателей дыхательной и вегетативной нервной системы детей – реконвалесцентов новой коронавирусной инфекции COVID-19 до и после курса реабилитации.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 11 детей в возрасте от 6 до 12 лет, перенесшие ранее новую коронавирусную инфекцию COVID-19 по данным клинического осмотра и серологического обследования. Всем участникам был проведен курс реабилитационных мероприятий в объеме 10 процедур, включающих в себя массаж и лечебную гимнастику с преобладанием дыхательных упражнений, а также упражнений, увеличивающих подвижность грудной клетки [2]. До и после курса реабилитации была проведена оценка функциональных показателей дыхательной системы с помощью проб на задержку дыхания Штанге и Генчи и состояния вегетативной нервной системы с помощью ортостатической пробы.

Результаты. Перед проведением курса реабилитации неудовлетворительные результаты проб Штанге, Генчи и ортостатической отмечены у 5, 2 и 3 детей, соответственно. После проведенного курса реабилитации у большинства детей была отмечена положительная динамика в виде уменьшения разницы показателей пульса в горизонтальном и вертикальном положении при проведении ортостатической пробы, а также произошло увеличение времени задержки дыхания при проведении дыхательных проб Штанге и Генчи. В частности, уменьшилось количество обследуемых с показателями, соответствующими оценке «неудовлетворительно» (в пробе Штанге на 3 человека, в ортостатической пробе – на 2); улучшились показатели обследуемых с удовлетворительными результатами (в пробе Штанге количество обследуемых с показателями, соответствующими нормальным для тренированных людей, увеличилось на 3 человек, в пробе Генчи – на 1). При проведении ортостатической пробы также отмечалось улучшение показателей, являющихся вариантом нормы (количество участников с показателями «хорошо» увеличилось на 2, «отлично» – на 1 человека).

Выводы. Реабилитация реконвалесцентов новой коронавирусной инфекции COVID-19, включающая массаж и лечебную гимнастику с преобладанием дыхательных упражнений, а также упражнений, увеличивающих подвижность грудной клетки, оказывает положительное влияние на способность организма переносить гипоксию и увеличивает адаптационные способности вегетативной нервной системы.

Список литературы:

1. Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), у детей (версия 2 от 03.07.2020).
2. Временные методические рекомендации «Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

СКАЗКОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Слезкина Ю.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр детской психоневрологии департамента здравоохранения г. Москвы»

Контактная информация: Слезкина Юлия Алексеевна, г. Москва, ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», 8-977-969-02-19, mik_m95@mail.ru

Актуальность. Многолетняя практика и поиски новых путей повышения результативности комплексной реабилитации показали, что добиться положительного результата в работе с детьми с нарушениями интеллекта можно, если наряду с традиционными медицинскими средствами и развивающими занятиями включать в коррекционную работу комплексные занятия с использованием нестандартных форм и методов проведения [1].

Сказка является наиболее универсальным, комплексным методом воздействия в коррекционной работе [4]. Тексты сказок расширяют словарный запас детей, помогают верно строить диалоги, а следовательно, влияют на развитие интеллекта.

Цель работы. Показать влияние сказкотерапии на процесс социализации интеллекта детей при комплексной реабилитации умственно отсталых младших школьников.

Материалы и методы. Терапевтическая сказка отличается от обычной тем, что ее придумывают специально с учетом особенностей ребенка. То есть ее главный герой похож на ребенка, он переживает те же проблемы и эмоции. Он борется, например, с тьмой, и по его поступкам ребенок может видеть, что это на самом деле не так уж страшно. Или, наоборот, героя сказки судьба наказывает за то, что он не моет руки или не слушается родителей [2]. Главная задача сказок: через сказочные события показать герою ситуацию с другой стороны, предложить альтернативные модели поведения.

Один из основных приемов работы со сказкой – анализ сказок. Цель анализа сказок – осознание, интерпретация того, что стоит за сказочной ситуацией, конструкцией сюжета, поведением героев. Например, для анализа выбирается известная сказка или сказка, созданная психологом или учителем для индивидуальной работы с учениками. При этом ребенку предлагается ответить на ряд вопросов: «Как вы думаете, о чем эта сказка?», «Кто из героев больше всего понравился и почему?», «Почему герой сделал те или иные поступки?», «Как герой нашел выход из сложной ситуации?» и тому подобное. Рассказывание сказок – прием направлен на развитие фантазии и творческого воображения. Ребенку или группе детей предлагается рассказать сказку от первого или третьего лица, а также от имени других сказочных героев [7].

Результаты. Сказку для сказкотерапии чаще всего составляют для каждого ребенка отдельно, с учетом ее особенностей, отталкиваясь от тех проблем и страхов, которые присущи конкретному ребенку. Такая сказка предоставляет ребенку возможность прибегнуть к самоанализу. Главный герой переживает те же эмоции, что и ребенок, преодолевает те же страхи и комплексы, находит выходы из проблемной ситуации. Ребенок сравнивает себя с персонажем, анализирует его поведение и, как результат, учится преодолевать трудности различного характера в реальной жизни, избавляется от тех недостатков, которые присущи ему сейчас.

Выводы. Таким образом, сказкотерапия как средство социализации умственно отсталых младших школьников представляет собой перспективное направление в социально-коррекционной работе с группами социального риска при комплексной реабилитации умственно отсталых младших школьников, так как сказка является наилучшей формой усвоения информации.

Список литературы:

1. Брун Б., Педерсен Э., Рунберг М. Сказки для души. Использование сказок в психотерапии. – М.: Информационный центр психологической культуры, 2000. – 184 с.
2. Вачков И.В. Психология для малышей, или Сказка о самой «душевной» науке / И.В. Вачков – М.: Педагогика, 2016. – 216 с.
3. Гнездилов А.В. Авторская сказкотерапия. Дым старинного камина (сказки доктора Балугина). – СПб.: Речь, 2002. – 292 с.
4. Заширинская О.В. Сказка в гостях у психологии. Психологические техники: сказкотерапия. – СПб.: Издательство «ДНК», 2001. – 152 с.
5. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Путь к волшебству. Теория и практика сказкотерапии. – СПб.: Речь, 2015. – 115 с.
6. Коношенко О.Л. Домашний психолог. Сказкотерапия. М.: Эксмо, 2002. – 72 с.
7. Шевченко С.Г. Коррекционно-развивающее обучение. Организационно-педагогические аспекты: Метод, пособие для учителей классов коррекционно-развивающего обучения. – М.: ВЛАДОС, 2014. – 136 с.

МНЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ – ВАЖНЫЙ АСПЕКТ В ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ

Сынкова Е.В.

ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, Москва, Российская Федерация

Контактная информация: Сынкова Екатерина Валерьевна, ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, Москва, Елизаветинский пер., дом 10, стр. 1; +7-926-532-71-13, synkova1979@yandex.ru

Актуальность. Современная реабилитация невозможна без анализа конкретных ограничений активности и нарушений структуры и функции организма, без четко спланированного вмешательства, направленного на различные виды деятельности ребенка-инвалида. Однако активность ребенка, его существование в социуме, его повседневная бытовая активность в огромной степени зависят от вовлеченности его ближайшего окружения в реабилитационный процесс, от скоординированной работы междисциплинарной команды и родителей, где родитель является полноправным членом команды.

Цель. Формирование семейно-центрированного подхода в реабилитации детей-инвалидов с эффективным взаимодействием между специалистами и официальными представителями ребенка.

Материалы и методы. Специалисты оценивают состояние ребенка по Международной классификации функционирования (МКФ). Проводится оценка нарушений, ограничений активности и участия, оценка личностных факторов и оценка ближайшего окружения пациента. Такой подход позволяет обсуждать поставленные цели с родителями и по возможности с самим ребенком. Выстраивается диалог между специалистами и законными представителями ребенка.

Проведено анкетирование 30 семей. «Организация занятий в реабилитационном центре. Мнение Родителей». 60% родителей предпочитают постоянную, непрерывную реабилитацию; 46,7% – комфортнее заниматься в дневное время; 60% родителей считают, что продолжительность занятия должна быть 30–60 мин.; у 53,3% возникает потребность в кормлении ребенка при нахождении в центре. 73% родителей – за индивидуальные занятия. 53,3% родителей важно присутствовать на занятии. 86,2% – считают важным использование тренажерных устройств во время занятия. 35,7% считают, что недостаточно информированы о целях проводимых занятий. 39,3% – удовлетворены объемом информации о целях проводимой реабилитации.

Результаты и выводы. Проведение подробного анкетирования семьи с учетом их возможностей, потребностей, ожиданий и внутренних ресурсов, позволяет сформировать командную стратегию ведения пациента. Это значительно улучшает качество реабилитации, позволяет поставить реальные, достижимые цели. Повышается уровень социальной адаптации и бытовой жизни пациента. Снижается уровень стресса и напряженности внутри семьи. Меняется компетентность родителей. Специалист получает знания о ежедневных трудностях ребенка и его личностных особенностях.

Список литературы:

1. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. Изд. 2-е / Е.В. Ключкова. – М.: Теревинф, 2016.
2. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е.В. Семенова, Е.В. Ключкова, А.Е. Коршикова-Морозова, А.В. Трухачева, Е.Ю.Заблоцкис. – М.: Лепта Книга, 2018.
3. <https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/> Международная классификация функционирования (МКФ), ICF браузер.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛФК В КОРРЕКЦИИ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ

Тарасова Н.А., Типсина Н.В., Уханова А.Н., Кирсанова Е.Ю., Проскурина Ю.К., Иванова Е.С., Маринова В.А., Григоров А.А.

ГБУЗ НПЦ ДП ДЗ г. Москвы, филиал по адресу: г. Москва, ул. Гарибальди, д. 8/6

Контактная информация: Типсина Наталья Валентиновна ГБУЗ «НПЦ ДП» ДЗ Москвы, филиал по адресу: г. Москва, ул. Гарибальди, д. 8/6, тел.: 8-903-682-56-51, 8-499-138-19-44, tipsina81@mail.ru

Актуальность. Одно из ведущих мест в структуре хронических заболеваний занимают болезни опорно-двигательного аппарата, среди которых у детей часто встречается плоскостопие. Недостаточное развитие мышц и связок стоп неблагоприятно сказывается на развитии многих движений у детей, приводит к снижению двигательной активности, изменению осанки, нарушению функции «плантарного насоса» и ухудшению венозного оттока от нижних конечностей. В качестве ведущей причины нарушений рассматривается дисбаланс мышц. Это определяет важную роль лечебной физкультуры в восстановительном лечении, направленную на коррекцию мышечной дисфункции. В частности, нами будут рассмотрены патогенетически обоснованные методики лечебной

физкультуры в виде воздействия на «мышечно-сухожильные лямки» стоп при плоскостопии у детей, оценка эффективности которых приведена в настоящем исследовании. Таким образом, до настоящего момента является актуальным применение новых методов в восстановительном лечении плоскостопия у детей.

Цель исследования. Изучение и сравнение эффективности совместного применения ЛФК в сочетании с массажем, физиотерапией и ортопедической коррекцией для повышения эффективности и сокращения сроков восстановительного лечения плоскостопия у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились пациенты с плоскостопием в возрасте от 3 до 14 лет. Они включались в основную или контрольную группу с назначением нейрометаболической и немедикаментозной терапии (массаж, физиопроцедуры, ортопедическая коррекция). В отношении основной группы дополнительно применяли ЛФК. Причинами плоскостопия у детей были: статические нагрузки – 182 ребенка (93%), врожденная плосковальгусная стопа – 9 (4,5%) и посттравматическое плоскостопие – 5 (2,5%). Был применен комплекс клинико-функциональных методов исследования детей: осмотр, опрос, глубокая пальпация мышц голени и стопы, проба на амортизационную стабильность голеностопного сегмента тела. При опросе выясняли наличие дискомфорта, болевых ощущений в ногах, их характер, продолжительность, степень утомляемости при физической нагрузке. В беседах с родителями выясняли анамнез жизни детей, массу тела ребенка при рождении, динамику его физического развития. При осмотре оценивали обувь, характер походки, форму и высоту продольного свода, а также вальгирования пяточного отдела стопы. Оценка эффективности данного метода лечения проводили путем сопоставления результатов первичного и заключительного обследования детей. Эффективность восстановительного лечения плоскостопия определяли с помощью оценки дисбаланса мышц голени, а именно функции супинаторов и сгибателей стопы, коррекции нарушений походки и формирования физиологического стереотипа ходьбы. Для создания правильных условий статической нагрузки добивались чередования статического напряжения и динамической работы мышц, воспитания у детей правильной походки без излишнего разведения стоп. Основное внимание уделяли нормализации режима статико-динамической нагрузки, укреплению «мышечно-сухожильной лямки» голени.

Результаты. Оценка эффективности восстановительного лечения плоскостопия в динамике проводилась по наиболее значимым клиническим показателям (жалобы и нарушения походки). У большинства детей, получавших комплексное лечение, удалось получить положительную динамику в лечении – у 90,9%, стабилизировать процесс – у 8,2%. В основной группе после проведенного восстановительного лечения улучшение наблюдалось у 98,9% пациентов, тогда как в группе сравнения, где лечение проводилось без лечебной физкультуры, улучшение отметили лишь 16%.

Выводы. Таким образом, применение ЛФК у детей и подростков высокоэффективно, даже если причиной плоскостопия является последствие перенесенной травмы ног или врожденная плосковальгусная стопа.

Следует отметить, что в приведенной выше оценке эффективности лечебной физкультуры учитывается только состояние голеностопного сегмента тела, и особенно величина свода стопы, однако, за счет включения в комплексную методику целого ряда упражнений на развитие всей массы мышц нижних конечностей, а также ягодичной области, данная методика выгодно отличается еще и в том плане, что позволяет улучшать общую физическую форму пациентов.

Список литературы:

1. Абалмасова Е.А. О диспластических сколиозах.
2. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975. – 306 с.

3. Белоусов П.И. Лечебная гимнастика при плоскостопии // Сборник научных трудов ЦНИИПП. Вып. 6 (X). – М., 1962. – С. 54–59.
4. Бонев Л., Слынчев П., Банков С. Руководство по кинезитерапии. – София: Медицина и физкультура, 1978. – С. 357.
5. Волков М.В. Ортопедия и травматология детского возраста: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1980. – 463 с.
6. Епифанов В.А. Лечебная физкультура. – М.: Медицина, 1987. – 528 с.
7. Зацепин Т.С. Ортопедия детского и подросткового возраста. – М., 1956. – 318 с.
8. Каптелин А.Ф. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации. – М.: Медицина, 1995. – 404 с.
9. Ловейко И.Д. Лечебная физическая культура у детей при дефектах осанки, сколиозах и плоскостопии. – М., 1982.
10. Перхурова И.С., Лузинович В.М., Сологубов В.Г. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы коррекции. – М., 1982.
11. Чоговадзе А.В. Физическая культура как метод профилактики и лечения плоскостопия у школьников. – М., 1962. – 14 с.
12. Янкелевич Е.И. Осанка и плоскостопие. – М., 1956. – 106 с.
13. Capello T., Song R.M. «Determining treatment of flatfeet in children» // Curr. Opin. Pediatr. – 1998 y., Feb., 10(1)-p. 77-81.
14. Chao W., Wapner K.L., Lee T.H., Adanis J., Hecht P.J. «Nonoperative management of posterior tibial tendon dysfunction (see comments)» // Foot Ankle Int. 1996 y., Dec. 17(12) – p. 736-741.
15. Connors J.F., Wernick E., Lowy L.J., Falcone J., Volpe R.G. «Guidelines for evaluation and management of five common podopediatric conditions» // J. Am. Pediatr. Med. Assoc., 1998 y., May, 88(5) p. 206222.
16. Morris J.M. «Biomechanics of the foot and ankle» // Clin. Orthop., 1977 y, V. 122,-p. 10-17.
17. Morton D.J. «The human foot its evolution, physiology and functional disorders» // Hafher, 1964 y., XIII, 244 h.
18. Sullivan J.A. «Pediatric flatfoot evaluation and management» // J. Amer. Acad. Orthop. Surg., 1995 y., Jan. 7(1), p. 44-53.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГОВ-ДЕФЕКТОЛОГОВ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Фалько С.Н., Аединова А.С., Руденко Г.В., Савчук Е.А.

ГБУ РК «Реабилитационный центра для детей и подростков с ограниченными возможностями» Республика Крым, г. Симферополь, Россия

Контактная информация: Фалько Светлана Николаевна, ГБУ РК «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», Симферополь, 7-3652-57-34-50, lugomorie_adm@mail.ru

Актуальность. Окружающий нас мир, в котором живёт современный ребёнок, а также образ жизни каждого из нас, значительно изменились. Разнообразные проблемы жизни общества ухудшили экологическую обстановку во всем мире, и, в частности, в России. Это все создает условия, при которых значительно ухудшился уровень нервно-психического и физического здоровья детей [1, 2].

Большое внимание вызывает число детей с ограниченными возможностями здоровья, со слабо выраженной органической недостаточностью центральной нервной системы или с признаками её функциональной незрелости [3, 4]. Создание особых

коррекционно-педагогических условий на основе личностно-ориентированного подхода, оптимальных для каждого ребенка, предполагает формирование адаптивной социально-образовательной среды, которая позволит добиться положительных результатов в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Цель. Изучить эффективность организации коррекционной работы с детьми данной категории в течение реабилитационного курса и преемственность в работе учителя-дефектолога и других профильных специалистов учреждения.

Материалы и методы. В Государственном бюджетном учреждении Республики Крым «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» накоплен опыт взаимодействия в работе специалистов коррекционного процесса, которые работают в тесном контакте друг с другом и стремятся к тому, чтобы иметь единый подход к развитию каждого ребенка и единый стиль работы в целом [5, 6, 7].

Проведен анализ эффективности реабилитации 256 детей с ОВЗ, проходивших курс реабилитации в условиях специализированного центра на протяжении 3-х лет. Курс реабилитации определяется, прежде всего, четкой организацией пребывания детей в условиях реабилитационного центра, правильным распределением нагрузки.

Чтобы обеспечить такое единство в работе всех педагогов и специалистов, были разработаны следующие задачи:

1. Создание психолого-педагогического отделения, специалистами которого являются: учителя-дефектологи, педагоги-психологи, учителя-логопеды, воспитатели, музыкальный руководитель, социальные педагоги, специалисты по адаптивной физкультуре.

2. Организация развивающей среды по направлениям работы специалистов.

3. Совместное диагностическое тестирование по всем видам деятельности детей. Определение «зоны ближайшего развития», индивидуальное планирование ближайших и перспективных задач и целей развития каждого ребенка согласно уровню развития, диагнозу и возрасту.

4. Мультидисциплинарная подготовка всех специалистов в проведении праздников, развлечений, тематических и интегрированных занятий с реализацией всех отдельно поставленных целей и задач.

В результате проведенного анализа эффективности разработанной программы педагогического взаимодействия выявлена положительная динамика в речевом развитии, социализации, бытовой адаптации.

Таким образом, вся деятельность психолого-педагогического состава специалистов, взаимодействие всех участников в реабилитационном процессе успешно помогает детям легко социально адаптироваться в обществе, подготовиться к школьному обучению и профессиональной ориентации.

Список литературы:

1. Хритинин Д.Ф. и др. Психосоциальная помощь пациентам с психическими расстройствами и их семьям: состояние, проблемы и пути их решения // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2008; 3: 78–82.

2. О проблемах отношений в семьях, имеющих детей с отклонениями в развитии. А.А. Сагдуллаев / Дефектология. – 1996. – № 5. – С. 64–66.

3. Педагогические знания – родителям / Г. Белоногова, Л. Хитрова // Дошкольное воспитание. – 2003. – № 1. – С. 14–16.

4. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений. В.В. Ткачева. – М.: Издательство «ГНОМ и Д», 2000.

5. Борутто, Е.А. Сотрудничество учителя-дефектолога и родителей в процессе коррекционной работы с детьми ОВЗ (ЗПР) / Е.А. Борутто. – Текст: непосредственный //

Молодой ученый. – 2019. – № 5 (243). – С. 164–166. – URL: <https://moluch.ru/archive/243/56179/> (дата обращения: 12.03.2021).

6. Крадинова Е.А., Вербенко В.А., Назарова Е.В. Коррекция пограничных и психических расстройств у родителей, воспитывающих детей с заболеваниями нервной системы // Медицинский алфавит. – 2014; 4 (24): 50 – 6.

7. Петров Д.С. Роль семьи в лечении и реабилитации лиц с психическими расстройствами (комплексное медико-социальное и клинико-психиатрическое исследование). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 51 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

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

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии г. Москвы», дневной стационар № 3, Алтуфьевское шоссе, 30Б, 8-499-903-62-93

Контактная информация: Сафронова Наталья Альбертовна, ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии г. Москвы», дневной стационар № 3, Алтуфьевское шоссе, 30Б, 8-499-903-62-93

Актуальность. Правильная речь является одной из важнейших предпосылок нормального развития ребенка. Речевые нарушения у детей с интеллектуальной недостаточностью носят системный характер, поэтому важен комплексный подход в коррекционной работе логопеда. Традиционные методы работы с дошкольниками не всегда эффективны и целесообразны при работе с детьми с особенностями психического развития: необходимо применение специальных методик, приемов, методов.

Цель. Проведение сравнительного анализа речевых нарушений и динамики развития речи у детей с интеллектуальной недостаточностью различной степени тяжести в условиях дневного стационара № 3.

Материалы и методы. Нами использовалась работа по образцу с наглядными картинками для развития словаря и связной речи, артикуляционная гимнастика, упражнения для развития силы голоса, речевого дыхания, дидактические игры и упражнения для развития фонематического слуха, грамматического строя речи. Кроме того, применялись схемы, таблицы, пиктограммы, мнемотаблицы, звучащие игрушки, игры-драматизации, в том числе пальчиковый театр, шнуровка, мозаика.

Результаты. За период 2020 года в дневном стационаре № 3 прошли курс логопедической коррекции 661 пациент, в том числе 355 пациентов с интеллектуальными и психологическими нарушениями. На фоне проводимых мероприятий отмечалась выраженная положительная динамика у 36 детей из данной группы (10%), умеренная динамика отмечена у 213 (60%), минимальная – у 249 пациентов (30%). Наилучшие результаты получены в группе пациентов с легкой степенью интеллектуальных нарушений и отсутствием или слабой выраженностью психологических особенностей развития.

Выводы. Эффективность логопедической коррекции прежде всего определяется степенью интеллектуальных нарушений в сочетании с психологическими особенностями пациента. Кроме того, положительная динамика во многом зависит от вовлеченности родителей в этот процесс, поэтому важно обучать родителей эффективным приемам коррекции речи в домашних условиях, важны организация коррекционно-развивающей среды в домашних условиях, активное участие и мотивация родителей и законных представителей ребенка.

Список литературы:

1. Т.А. Баилова, Воспитание и обучение детей со сложными и множественными нарушениями. – М., 2001.
2. С.Д. Забрамная, Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. – М., 1995.
3. Е.А. Стребелёва, Дошкольная олигофренопедагогика (в соавторстве). – М., 1999.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Хан М.А., Микитченко Н.А., Смотрина О.Ю.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», г. Москва, Россия

Контактная информация: Хан Майя Алексеевна, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», г. Москва, Россия, 8-925-864-37-37, 6057016@mail.ru

Актуальность. По данным Федеральной службы государственной статистики, в последние годы отмечается рост детской инвалидности. При этом в структуре детской инвалидности 8% занимают дети с заболеваниями центральной нервной системы [3].

Одно из ведущих мест в заболеваемости детей первых 3 лет жизни, главным образом родившихся раньше срока, занимают последствия перинатального поражения центральной нервной системы. Важным аспектом медицинской реабилитации таких пациентов является минимальное использование лекарственных препаратов, при этом ведущее значение отводится технологиям кинезотерапии [1, 2].

Целью исследования являлась оценка эффективности применения нейрорефлекторной локомоции по методике В. Войта у недоношенных детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы [2].

Клинические наблюдения проведены у 45 детей с последствиями перинатального поражения ЦНС в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. В основную группу вошли 23 ребенка, к которым применялась кинезиотерапия по методу Войта. Группа сравнения составила 22 ребенка, в медицинской реабилитации которых использовался только массаж.

Исследование динамики показателей неврологического статуса и рефлексов проводилось с применением шкалы INFANIB (Infanib Neurological International Battery. P. Ellison, 2005), включающей 20 критериев оценки постурального мышечного тонуса. Группы наблюдения были сопоставимы по гестационному возрасту и степени тяжести перинатального поражения ЦНС. Процедуры детям обеих групп проводились ежедневно.

Проведенный анализ показал положительное влияние применения рефлекторной кинезотерапии по методике Войта на клиничко-неврологические показатели, что сопровождалось увеличением спонтанной двигательной активности, улучшением мышечного тонуса и зрительно-моторной координации, уменьшением выраженности спинальных автоматизмов, позо-тонических и лабиринтных тонических рефлексов. Включение Войта-терапии в комплекс реабилитационных мероприятий способствовало формированию возрастных навыков переворотов, ползания, вертикализации.

Описанные положительные сдвиги подтверждались нормализацией мышечно-постурального тонуса и рефлексов у 34,8% детей и уменьшением (с 47,8% до 21,7%) доли детей с выраженными патологическими изменениями по шкале INFANIB.

Вывод. Таким образом, Войта-терапия является эффективным методом медицинской реабилитации недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС. Включение Войта-терапии в программу медицинской реабилитации таких пациентов на

первом году жизни позволит повысить эффективность реабилитационных мероприятий и уменьшить выраженность двигательных нарушений.

Список литературы:

1. Хан М.А., Чубарова А.И., Дегтярева М.Г., Куянцева Л.В., Туленкова Т.Е., Микитченко Н.А. / Вестник восстановительной медицины. – 2018. – № 3. Технологии медицинской реабилитации и абилитации детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы, 2018.
2. Либерман Лариса Николаевна, Адулас Елена Игоревна. Материалы конгресса М188 «Здоровые дети – будущее страны» 2017 год. Влияние Войта-терапии на психомоторное развитие детей грудного возраста, 2017.
3. Здравоохранение в России – 2020: Статистический сборник. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). – М., 2020 – 170 с.

МАГНИТНЫЙ КОНСТРУКТОР ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ СТРОЧНЫХ БУКВ

Черлина Н.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский реабилитационный центр «Детство» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия, cherlina@bk.ru

Контактная информация: Черлина Надежда Анатольевна, ФГБУ «Российский реабилитационный центр «Детство» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия, cherlina@bk.ru

Актуальность. В статье рассказываю о созданном мною конструкторе для детей с особенностями в развитии и апробированном в Центре. Сегодня у большого количества детей письменная речь не формируется по существующим в школе методикам обучения. Необходимы другие подходы в обучении письму. Предлагаемый мною конструктор основан на моделировании букв и предназначен для формирования у ребёнка образа письменной строчной буквы, развития графомоторных навыков, предупреждения нарушений в письменной речи. Многоступенчатость в работе по формировании «образа» буквы позволяет запомнить этот образ каждому.

Цель. Придуманный конструктор и виды деятельности с ним явились результатом моих многолетних наблюдений и попыток помочь детям с фрагментарным восприятием и трудностями в ручном праксисе.

Материалы и методы. В комплект конструктора входят металлическая доска, прописи, элементы строчных букв на магнитах, что облегчает их крепление на доске. В прописи цветное изображение букв с заштрихованными элементами, буквы для обводки и штриховки, страница для самостоятельной работы. Прямоугольная форма доски помогает ребёнку в дальнейшей ориентации на листе тетради.

В обучении письму лежат принципы: от целого к части, от общего к частному, ориентации в последовательном ряду единиц элементов буквы. Все эти принципы учтены мною при создании данного конструктора.

Начинается работа с конструктором с «образа буквы». Для зрительного запечатления образа буквы необходим анализ её элементов, затем выделение элементов по сходству и отличию, запоминание очерёдности в построении элементов буквы. С помощью элементов букв уточняются пространственные представления слева, справа, сверху, снизу. Образы строчных букв: из одного элемента красного цвета; из двух элементов: 1 элемент красный, 2 элемент зелёный; из трёх элементов: 1 элемент красный,

2 элемент зелёный, 3 элемент синий; из четырёх элементов: 1 элемент красный, 2 элемент зелёный, 3 элемент синий, 4 элемент жёлтый.

Прежде чем начать изображать (писать) букву, осуществляется обведение контуров элементов этой буквы соответствующим цветом в прописи с ориентацией на подсказку (образец). После обводки проводится штрихование, тоже с использованием соответствующего цвета.

Следующим этапом в работе является моделирование буквы. Для этого в качестве образца используются прописи и цветные элементы конструктора. Тем самым через совместную работу зрительной и двигательной анализаторных систем происходит перешифровка оптического образа буквы в двигательный акт.

Результаты. Комплексное использование данного конструктора способствует развитию и совершенствованию умений и навыков пространственного ориентирования буквы и позволяет предупредить или устранить нарушения письма.

Выводы. Логически выстроенная система обучения письму с помощью разработанного конструктора позволяет ребёнку освоить этот сложный процесс.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Чеснокова Л.В., Соловьева О.О., Соловьева О.А., Колесникова Т.В., Леонтьева Л.А., Кутявина С.И., Андреева О.И., Протопопова Н.И., Галимова Л.Ф., Чуракова А.В.

Автономное учреждение социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Ижевск, Россия

Контактная информация: Чуракова Анна Валерьевна, г. Ижевск, Реабилитационный центр «Адели», тел. 8-909-050-03-48, chur@udm.ru

Актуальность. Шкалы PedsQ1 версии 4.0. позволяют оценивать качество жизни детей с ментальными нарушениями, благодаря ответам их родителей на вопросы о самочувствии ребенка [1].

Цель. Оценить эффективность проводимых медицинских и психолого-педагогических процедур в реабилитации детей с синдромом Дауна при помощи шкал PedsQ1 версии 4.0.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели использовались анкеты PedsQ1 версии 4.0, разработанные для родителей детей, в динамике: в начале и в конце курса реабилитации. Вопросы были сгруппированы по группам, характеризующих физическое (ФФ), эмоциональное (ЭФ), социальное (СФ), ролевое (РФ) функционирование. Итоговый уровень КЖ оценивался по сумме набранных баллов: психолого-социальное функционирование (ПСФ). Эффективность проводимой медицинской реабилитации (физиопроцедуры: соляная шахта, биоптрон на область носоглотки, микрополяризация); ЛФК: групповые занятия «адаптивная физкультура», ручной массаж спины и воротниковой зоны, гидрокинезотерапия, механотерапия; и психолого-педагогической реабилитации (программы «Теремок», «Солнышко», сказкотерапия) оценивалась по динамике качества жизни (КЖ) у 17 детей с синдромом Дауна, получивших реабилитацию в Реабилитационном центре «Адели» в отделении дневного пребывания в 2020 году. Статистический анализ проводился с применением критерия Стьюдента для малых групп.

Результаты. Средний возраст детей с синдромом Дауна составил $8,00 \pm 3,11$ лет. Было 11 (64,71%) мальчиков и 6 (35,29%) девочек. Все дети получили заявленный комплекс социально-медицинских услуг в течение 21 дня. В динамике у всех детей качество жизни выросло (ПСФ было $224,96 \pm 7,00$; стало $242,94 \pm 3,52$; $p < 0,05$) за счет положительных эмоций (ЭФ было $57,5 \pm 8,89$; стало $69,00 \pm 3,20$; $p > 0,05$), налаживания

контакта со сверстниками, находившимися на реабилитации в центре (СФ было $50,28 \pm 8,06$; стало $62,33 \pm 3,20$; $p > 0,05$). Несмотря на проводимую интенсивную медицинскую реабилитацию, включавшую в себя комплекс физиопроцедур и лечебно-физкультурный комплекс, значимого улучшения в физическом самочувствии не произошло (ФФ было $63,37 \pm 4,26$; стало $65,49 \pm 1,91$; $p > 0,05$).

Выводы. Ежегодная реабилитация детей с синдромом Дауна должна включать, учитывая сопутствующие заболевания у детей, комплекс медицинских процедур, но основное внимание необходимо уделять психолого-педагогической реабилитации.

Список литературы:

Varni, J.W. The PedsQI 4.0 as a pediatric health measure: Feasibility, reliability and validity / J.W. Varni, T.M. Burwinkle, M.Seid // Ambulatory Pediatrics. – 2003. – Vol.3. – P. 329–341.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОПИСАТЕЛЬНОЙ СВЯЗНОЙ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Шенбергер Е.Б.

ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» ДЗ г. Москвы, РФ, Мичуринский проспект, д. 74

Контактная информация: Шенбергер Евгения Борисовна (логопед), ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» ДЗ г. Москвы, РФ, Мичуринский проспект, д. 74, тел. 8-910-483-20-06, prostaj2009@rambler.ru

Актуальность. Одним из необходимых условий полноценного развития личности является умение пользоваться в общении грамотной и выразительной речью. Кроме того, сформированная импрессивная и экспрессивная речь – залог успешного обучения ребенка в школе. Проблема развития связной речи дошкольников – одна из наиболее актуальных проблем как в дошкольной педагогике в целом, так и в логопедической практике. У детей с ОНР отмечаются трудности в овладении навыками связной контекстной речи, обусловленные недоразвитием основных компонентов языковой системы и несформированностью ряда психологических предпосылок. Описание – одна из самых трудных для усвоения форм речи. Л.А. Пеньевская отмечает, что дети самостоятельно не вводят в свои рассказы элементы описаний. Составление рассказа-описания вызывает наибольшие трудности у детей с ОНР. Л.М. Чудинова, В.П. Глухов, Н.Н. Иванова говорят о недостаточной сформированности перцептивно-аналитической деятельности у таких детей, приводящей к невозможности создания достаточно полного и четкого образа предмета речи. Трудности обучения описательной речи связаны также с тем, что внутренняя смысловая организация описательного связного сообщения не имеет жесткой программы, а носит условный, субъективный характер и зависит от последовательности выделения качеств предмета или характеристик явления в зависимости от целей коммуникации. Таким образом, проблема формирования описательного высказывания у детей с общим недоразвитием речи остается актуальной.

Цель. Изучение особенностей описательной связной речи у дошкольников с ОНР, а также разработка приемов коррекционной работы, направленных на ее формирование.

Материалы и методы. Разработать практические рекомендации, направленные на формирование и развитие связного описательного рассказа дошкольников с ОНР, анализ литературы по проблеме исследования (педагогической, психологической, лингвистической, психолингвистической); изучение психолого-педагогической документации; логопедическое обследование, направленное на изучение особенностей

связных описательных речевых высказываний дошкольников с ОНР; анализ результатов исследования.

Результаты. Коррекционная работа, направленная на развитие описательной связной речи, должна проводиться во взаимосвязи с продолжающейся работой по формированию других сторон речи и включать в себя подготовительный, начальный и основной этапы. На начальном этапе необходимо сформировать предпосылки овладения самостоятельным связным описательным высказыванием – навыки перцептивно-аналитических действий и конкретные лексико-грамматические умения. На основном этапе необходимо обучить программированию и реализации рассказа-описания, развить навыки языкового оформления высказывания с использованием наглядного моделирования и сенсорно-графических схем при обучении детей исследованию и программированию текста.

Выводы. Анализ и обобщение данных литературы, посвященных изучению особенностей описательной связной речи дошкольников с ОНР показывает, что составление описания вызывает наибольшие трудности у детей с ОНР. Во всех видах связной речи у детей с ОНР отмечаются трудности программирования содержания развернутых высказываний и их языкового оформления.

Список литературы:

1. Алексеева, М.М. Методика развития речи и обучения родному языку дошкольников: Учеб. пособие для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений. / М.М. Алексеева, Б.И. Яшина. – 3-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 400 с.
2. Ахутина, Т.В. Диагностика развития зрительно-вербальных функций: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. / Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.
3. Бородич, А.М. Методика развития речи детей дошкольного возраста. – М.: Просвещение, 1987. – 255 с.
4. Воробьева, В.К. Методика развития связной речи у детей с системным недоразвитием речи: Учеб. пособие. – М.: АСТ: Астрель: Транзиткнига, 2006. – 159 с.
5. Выготский, Л.С. Мышление и речь. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1958. – 370 с.
6. Глухов, В.П. О формировании связной описательной речи у старших дошкольников с ОНР // Дефектология. – 1990. – № 6.
7. Глухов, В.П. Формирование связной речи детей дошкольного возраста с общим речевым недоразвитием. – М.: АРКТИ, 2002. – 144 с.
8. Гвоздев, А.Н. Вопросы изучения детской речи. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1961. – 471 с.
9. Гербова, В.В. Занятия по развитию речи в средней группе детского сада. – М.: Просвещение, 1983. – 143 с.
10. Ефименкова, Л.Н. Формирование речи у дошкольников: (Дети с общим недоразвитием речи). Кн. для логопеда. – 2-е изд., перераб. – М.: Просвещение, 1985. – 112 с.
11. Жинкин, Н.И. Психологические основы развития речи // В защиту живого слова. – М.: Просвещение, 1966. – С. 5–25.
12. Зимняя, И.А. Предметный анализ текста как продукта говорения // Смысловое восприятие речевого сообщения. – М.: Наука, 1976. – С. 57–64.
13. Зрожевская, А.А. Формирование связной описательной речи в средней группе детского сада: дисс. – М., 1986.
14. Короткова, Э.П. Обучение детей дошкольного возраста рассказыванию. – М.: Просвещение, 1982. – 127 с.
15. Лаврик, М.С. Формирование сложных синтаксических конструкций в речи старших дошкольников: автор. дисс. – М., 1977. – 18 с.

16. Ладыженская, Т.А. Методы обучения связной речи // Активизация познавательной деятельности учащихся на занятиях по русскому языку. – М., 1977.
17. Маркова, А.К. Психология усвоения как средство общения. – М.: Педагогика, 1974. – 240 с.
18. Нечаева, О.А. Функционально-смысловые типы речи (описание, повествование, рассуждение). – Улан-Удэ, 1974. – 261 с.
19. Солганик, Г.Я. Синтаксическая стилистика. – М.: Высшая школа, 1973. – 214 с.
20. Ткаченко, Т.А. Учим говорить правильно. Система коррекции общего недоразвития речи у детей 6 лет. Пособие для воспитателей, логопедов и родителей. – М.: Издательство «ГНОМ и Д», 2002. – 144 с.
21. Ушакова, О.С. Развитие речи дошкольников. – М.: Издательство Института психотерапии, 2001. – 256 с.
22. Ушинский, К.Д. Избранные педагогические произведения. – М.-Л.: Изд-во АПН РСФСР, 1949. – Т. 2 – 557 с.
23. Филичева, Т.Б. Четвертый уровень недоразвития речи // Филичева Т.Б. Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста. – М., 1999. – С. 87–98.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СДВГ

Якубенко О.В.

ФГБОУ ВО «Омский государственный педагогический университет», г. Омск, Россия

Контактная информация: Якубенко Оксана Витальевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педагогики и психологии детства Омского государственного педагогического университета; тел. +7-923-698-88-04, e-mail: jakubenko_ov@mail.ru

За последние десятилетия происходит значительный рост количества детей, страдающих дефицитом внимания с гиперактивностью. Причинами, как правило, является воздействие факторов риска в период беременности (инфекции, интоксикации), осложнённые роды, либо травмы головного мозга, полученные ребёнком в первые годы жизни [2]. Воздействие факторов риска приводит к задержке развития либо гибели части нейронов. Поэтому таким детям необходима ранняя помощь с комплексной организацией медико-психолого-педагогических реабилитационных мероприятий. Однако, родители таких детей не понимают глубины проблемы, возможных последствий СДВГ у ребёнка и его влияния на подготовку к школе и успешность обучения ребёнка в будущем [1]. Поэтому рекомендации врачей выполняются избирательно или совсем игнорируются. Данное безответственное поведение приводит к тому, что сензитивный период для проведения реабилитационных мероприятий упускается и прогноз в отношении обучения ребёнка в условиях массовой школы становится менее благоприятным [3].

Целью нашего исследования была разработка комплексной медико-психолого-педагогической программы реабилитации детей раннего и дошкольного возраста, страдающих СДВГ.

Исследование проводилось на базе Детского психологического центра г. Омска, куда обращались родители детей с уже установленным диагнозом СДВГ. Программа разработана специалистами центра под методическим руководством сотрудников Омского государственного педагогического университета. Она включала несколько реабилитационных блоков. Медицинская реабилитация предполагала систематическое сопровождение и курсовое назначение ноотропных препаратов, транквилизаторов, витаминов, адаптогенов.

Педагогический блок включал коррекцию речевых нарушений логопедом, расширение словарного запаса, уточнение звукового состава слов и лексико-грамматического строя речи. Нарушения речевого развития у детей с СДВГ обусловлены функциональной незрелостью речевых нервных центров и являются одним из проявлений биологической незрелости и психофизического инфантилизма [4]. Работа с педагогом-дефектологом была направлена на коррекцию вторичных отклонений, развитие познавательных психических процессов, предпосылок учебной деятельности, готовности к обучению в школе [1]. Отдельное направление – повышение педагогической компетентности родителей по вопросам воспитания детей с особенностями развития, в частности, с дефицитом внимания и гиперактивностью.

Психологический блок был направлен на психодиагностику личностных особенностей членов семьи, родительско-детских взаимоотношений, воспитательного потенциала семьи. Индивидуальная работа с психологом была направлена на коррекцию третичных нарушений, связанных с проблемами в межличностных коммуникациях со сверстниками, развитии навыков социального общения, способам коррекции ребёнком нежелательных эмоциональных реакций – агрессии, тревоги и других [3].

Программа проходила апробацию в течение трех лет. Медикаментозная коррекция (3–6 курсов) способствует уменьшению возбуждения нервной системы, что приводит к улучшению концентрации внимания, усидчивости, управляемости поведением ребёнка. Это является необходимыми условиями реализации психолого-педагогических реабилитационных мероприятий.

Таким образом, исследование позволяет делать вывод о том, что только комплексный медико-психолого-педагогический подход, а не разрозненные реабилитационные мероприятия, способствует благоприятному прогнозу и эффективной реабилитации детей раннего и дошкольного возраста с СДВГ.

Список литературы:

1. Алиева О.О., Чердынцева Е.В. Готовность младших школьников к обучению на ступени основного общего образования / О.О. Алиева, Е.В. Чердынцева // Дошкольное и начальное образование: проблемы, перспективы, инновации развития: Материалы V Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием) / Сост. Н.В. Абрамовских, В.В. Толмачева. – Сургут: Изд-во Сургутского государственного педагогического университета, 2020. – С. 277–283.
2. Вехтер Е.А., Ожогова Е.Г. Диагностика психологических особенностей обучения детей младшего школьного возраста с особыми образовательными потребностями // Детство, открытое миру: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. – Омск: Изд-во Омского государственного педагогического университета, 2018. – С. 180–182.
3. Ожогова Е.Г., Намсинк Е.В. Динамика и факторы возникновения тревожности у современных младших школьников / Е.Г. Ожогова, Е.В. Намсинк // Проблемы современного педагогического образования. – 2018. – № 61-4. – С. 314–317.
4. Синевич О.Ю., Четверикова Т.Ю. Использование элементов музыкальной терапии в образовательно-реабилитационной работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья // Мать и дитя Кузбасса. – 2020. – № 1 (80). – С. 69–75.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ФОНТЕНА

Якубова Л.И., Путьято Н.А., Заварина А.Ю., Шведунова В.Н., Боос Д.А., Глушко Л.А., Кульгейко Е.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, Рублёвское шоссе, 135, Москва, 121552, Российская Федерация

Контактная информация: Якубова Лейсан Илдаровна, тел. 8-926-147-27-38, e-mail: liyakubova@bakulev.ru

Актуальность. Операция Фонтена – гемодинамическая коррекция сложных врожденных пороков сердца с унивентрикулярной гемодинамикой, предполагающая перенаправление неоксигенированной венозной крови от полых вен напрямую в легочное русло. С одной стороны, с появлением этой операции многие дети получили надежду на выживание, с другой же стороны, грозные послеоперационные осложнения приводили к фатальным последствиям. Благодаря развитию кардиохирургии в последние десятилетия, эволюции хирургических методов и методов послеоперационного ведения, улучшилась выживаемость детей, подвергшихся операции Фонтена. Однако, учитывая особенности гемодинамики Фонтена, несмотря на успешную гемодинамическую коррекцию порока, в связи с нормальным функционированием лишь одного желудочка и хроническим повышенным венозным давлением, в дальнейшем развиваются вентрикулярная дисфункция, нарушения ритма, тромбоэмболии, белково-клеточная энтеропатия, цирроз печени, рестриктивные заболевания лёгких [1]. Помимо осложнений, связанных с гемодинамикой Фонтена, у таких детей появляются когнитивные и психологические расстройства, которые связаны с длительно существующей гипоксемией, множеством хирургических вмешательств, длительным пребыванием в стационаре [2–4]. Поэтому такие пациенты требуют пожизненного наблюдения, комплексного подхода к профилактике отдаленных осложнений и своевременной коррекции лечения.

Цель. Оценить клиническую эффективность и безопасность разработанного комплекса медицинской реабилитации, направленного на профилактику отдаленных осложнений, повышение физической работоспособности, улучшение психоэмоционального состояния в отдаленном периоде после операции Фонтена.

Материалы и методы. В Реабилитационном центре для детей с пороками сердца обследованы 56 детей в отдаленном периоде после операции Фонтена в модификации экстракардиального кондуита в возрасте от 5 до 17 лет (медиана возраста 9,7 [8,5; 11,6] лет), 26 девочек (46,5%) и 30 мальчиков (53,5%). При поступлении детям проводилась оценка реабилитационного статуса: объективное состояние, данные ЭХОКГ, ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ по методу Холтера, суточного мониторирования артериального давления, компьютерной спирометрии, кардиореспираторного нагрузочного теста, теста 6-минутной ходьбы, клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови с определением уровня печеночных ферментов, исследовались особенности когнитивных функций и эмоциональное состояние. На основании данных обследования детям была назначена комплексная медицинская реабилитация, которая включала в себя лечебную физкультуру в зале/бассейне, массаж нижних конечностей, галотерапию, транскраниальную электростимуляцию, энтеральную оксигенотерапию и психо-коррекционные занятия. Физические тренировки подбирались индивидуально для каждого ребенка в зависимости от результатов обследования и проводились под контролем пульса, артериального давления и сатурации. Длительность курса составила 14 дней.

Результаты. После проведенного лечения 31,8% детей по данным теста 6-минутной ходьбы перешли из I ФК ХСН в 0 ФК ХСН по классификации NYHA. По данным спирометрии отмечался прирост максимальной произвольной вентиляции легких в среднем на $23,6 \pm 2,1\%$. Отмечалось улучшение показателей КРНТ в виде повышения выполненной нагрузки в среднем до $2,7 \pm 0,9$ Вт/кг, повышения анаэробного порога в среднем до $18,5 \pm 7,3$ мл/кг/мин, повышения пикового потребления кислорода до $26,8 \pm 7,6$ мл/кг/мин. По данным биохимического анализа крови у 50% пациентов отмечалось

снижение уровня общего билирубина в среднем на 12 единиц, по данным УЗИ отмечалась нормализация размеров печени у всех детей. Повторное обследование когнитивных функций и эмоционального состояния детей показало повышение нейродинамики у 45% (Т. Шульте 50,3±18,6) и улучшение эмоционального фона у 70% (Hads: тревога 7,85±3,1, депрессия 7,2±1,1, самооценка: шкала самооценки Т.В. Дембо, С.Я. Рубинштейн 6,59±1,22). Осложнений во время и после курса реабилитации не было.

Заключение. Разработанная программа комплексной реабилитации является безопасным и эффективным способом реабилитации детей в отдаленном периоде после операции Фонтена. С целью оценки долгосрочной эффективности проводимых реабилитационных мероприятий целесообразно продолжить дальнейшее изучение данной темы и наблюдение пациентов в течение более продолжительного времени.

Список литературы:

1. A C Zomer, I Vaartjes, E T van der Velde, H M Y de Jong, T C Konings, L J Wagenaar, W F Heesen, F Eerens, L H B Baur, D E Grobbee, B J M Mulder. Int. Heart failure admissions in adults with congenital heart disease; risk factors and prognosis. *J Cardiol.* 2013;168:2487 – 2493. DOI: 10.1016/j.ijcard.2013.03.003.
2. Fogel MA, Li C, Elci OU, Pawlowski T, Schwab PJ, Wilson F, Nicolson SC, Montenegro LM, Diaz L, Spray TL, Gaynor JW, Fuller S, Mascio C, Keller MS, Harris MA, Whitehead KK, Bethel J, Vossough A, Licht DJ. Neurological injury and cerebral blood flow in single ventricles throughout staged surgical reconstruction. *Circulation.* 2017; 135:671 – 682. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021724.
3. Bellinger DC, Watson CG, Rivkin MJ, Robertson RL, Roberts AE, Stopp C, Dunbar-Masterson C, Bernson D, DeMaso DR, Wypij D, Newburger JW. Neuropsychological status and structural brain imaging in adolescents with single ventricle who underwent the Fontan procedure. *J Am Heart Association.* 2015; 4:e002302. doi: 10.1161/JAHA.115.002302.
4. Jack Rychik, Andrew M Atz, David S Celermajer, Barbara J Deal, Michael A Gatzoulis, Marc H Gewillig, Tain-Yen Hsia, Daphne T Hsu, Adrienne H Kovacs, Brian W McCrindle, Jane W Newburger, Nancy A Pike, Mark Rodefeld, David N Rosenthal, Kurt R Schumacher, Bradley S Marino, Karen Stout, Gruschen Veldtman, Adel K Younoszai, Yves d'Udekem, American Heart Association Council on Cardiovascular Disease in the Young and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Evaluation and Management of the Child and Adult With Fontan Circulation: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2019 Jul 1; doi: 10.1161/CIR.0000000000000696.
5. Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России. Клинические рекомендации. Единственный желудочек сердца. – 2018.
6. Mikiko Shimizu, Kenji Miyamoto, Yunosuke Nishihara, Gaku Izumi1, Shuji Sakai, Kei Ina, Toshio Nishikawa, Toshio Nakanishi. Risk factors and serological markers of liver cirrhosis after Fontan procedure. *Heart Vessels.* 2016 Sep;31(9):1514-21. doi: 10.1007/s00380-015-0743.
7. Аникеенко А.А., Игишева Л.Н., Данильченко Я.В., Авдюшкина Т.В. Социально-психологические особенности детей после радикальной коррекции врожденного порока сердца / Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. 2020;35(3):59 – 66. doi: /10.29001/2073-8552-2020-35-3-59-66.
8. Knowles R.L., Day T., Wade A., Bull C., Wren C., Dezateux C. et al. Patient-reported quality of life outcomes for children with serious congenital heart defects. *Arch. Dis. Child.* 2014;99(5):413 – 419. DOI: 10.1136/archdischild-2013-305130.
9. Мустафина (Якубова) Л.И., Путято Н.А., Заварина А.Ю., Шведунова В.Н., Пашик С.П., Боос Д.А. Способ реабилитации детей в отдаленном периоде после хирургической коррекции врожденного порока сердца по методу Фонтена. Патент ФГБУ «НМИЦ ССХ им А.Н. Бакулева» МЗ РФ, 2019.

10. В.П. Лебедев, С.В. Трусов, А.Я. Гриненко, Е.М. Крупицкий, А.М. Бураков. Методические рекомендации «Применение транскраниальной электростимуляции в наркологии». – 2015.
11. Nienke Duppen, Jonathan R Etnel, Laura Spaans, Tim Takken, Rita J van den Berg-Emons, Eric Boersma, Michiel Schokking, Karolijn Dulfer, Elisabeth M Utens, Willem Helbing, Maria T Hopman. Does exercise training improve cardiopulmonary fitness and daily physical activity in children and young adults with corrected tetralogy of Fallot or Fontan circulation? A randomized controlled trial. *Am Heart J* 2015; 170: 606 – 614 doi: 10.1016/j.ahj.2015.06.018.
12. Nigel Sutherland, Bryn Jones, Yves d'Udekem. Should We Recommend Exercise after the Fontan Procedure? *Heart Lung Circ.* 2015 Aug;24(8):753-768. doi: 10.1016/j.hlc.2015.03.005.
13. T Takken, H J Hulzebos, A C Blank, M H P Tacke, P J M Helders, J L M Strengers. Exercise prescription for patients with a Fontan circulation: current evidence and future directions. *Neth Heart J ACTIONS.* 2007;15(4):142-7. doi: 10.1007/BF03085970.
14. Giardini A, Hager A , Pace Napoleone C, et al. Natural history of exercise capacity after the Fontan operation: a longitudinal study. *Ann Thorac Surg* 2008 Mar;85(3):818-21. doi:10.1016/j.athoracsur.2007.11.009.
15. Pascal Amedro, Arthur Gavotto, Sophie Guillaumont, Helena Bertet, Marie Vincenti, Gregoire De la Villeon, Charlène Bredy, Philippe Acar, Caroline Ovaert, Marie-christine Picot, Stefan Matecki. Cardiopulmonary fitness in children with congenital heart diseases versus healthy children. *Heart* 2018 Jun;104(12):1026-1036. doi: 10.1136/heartjnl-2017-312339.
16. P Brassard, É Bédard, J Jobin, J Rodés-Cabau, P Poirier. Exercise capacity and impact of exercise training in patients after a Fontan procedure: A review. *Can J Cardiol* 2006 May 1;22(6):489-95. doi: 10.1016/s0828-282x (06)70266-5.
17. Bezuska L, Lebetkevicius V, Sudikiene R « 30-year experience of Fontan surgery: single-centre`s data» *J CardiothoracSurg.* 2017 Aug 9 ;12 (1) 67 DOI: 10.1186/1749-8090-10-S1-A121.
18. Киселева М.Г. Психологические особенности детей 2-го года жизни с ВПС / Бюллетень НИЦССХ им. А.Н. Бакулева. – 2017. – № 5.
19. Watson CG, Stopp C, Wypij D, Newburger JW, Rivkin MJ. Reduced cortical volume and thickness and their relationship to medical and operative features in post-Fontan children and adolescents. *Pediatr Res.* 2017; 81:881 – 890. doi: 10.1038/pr.2017.30.