ISSN 2686-7656

Детская реабилитация

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

03 ТОМ №2 2020

Главный редактор

Батышева Татьяна Тимофеевна

Президент «Национальной ассоциации детских реабилитологов», Главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации Министерства здравоохранения РФ, Главный внештатный детский специалист невролог Департамента здравоохранения г. Москвы, директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», заслуженный врач РФ, профессор, д.м.н., (Россия, Москва)

Первый заместитель главного редактора

Разумов Александр Николаевич

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

Научный редактор

Быкова Ольга Владимировна

д.м.н., (Россия, Москва)

Выпускающий редактор

Лалабекова Марина Валерьевна

к.м.н., (Россия, Москва)

Ответственный секретарь

Тихонов Сергей Владимирович

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

Члены редколлегии и редакционного совета

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

«Детская реабилитация»
научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год.
Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
ПИ № ФС77-75782 от 24.05.2019 г.

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

Учредитель и Издатель:
Региональная общественная организация «Национальная ассоциация детских реабилитологов»

детские реабилитологи
национальная ассоциация

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

ISBN 9772686765009

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

Формат 60x90 1/8. Усл. печ. л. 20.5.
Отпечатано в ООО «Лакшери Принт»
115142, Москва, ул. Речников, д. 21, стр. 7
Тел.: +7 (495) 775-91-60

Тираж 1 500 экз.
Свободная цена

The pediatric rehabilitation

ISSN 2686-7656

03 VOL. №2 2020

Editor-in-Chief

Batysheva Tatyana Timofeevna

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

First Deputy Editor-in-Chief

Razumov Aleksandr Nikolaevich

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

Science editor

Bykova Olga Vladimirovna

Doctor of Sc., (Russia, Moscow)

Commissioning editor

Lalabekova Marina Valeryevna

Ph.D., (Russia, Moscow)

Executive Secretary

Tikhonov Sergey Vladimirovich

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

Editorial board members of the journal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"The pediatric rehabilitation"
scientific and practical journal

The journal is registered by the Federal Service for Supervision in the Sphere of Telecom, Information Technologies and Mass Communications (ROSKOMNADZOR)
PI № ФС77-75782 on 24.05.2019 г.

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

Founder and publisher:
Children Rehabilitologists «National Association»

детские реабилитологи
национальная ассоциация

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

ISBN 9772686765009

9 772686 765009 >

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

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

Edition of 1500 copies.
Free of price.

Уважаемые коллеги!

Наш, заключительный для 2020 года, выпуск журнала посвящен итогам Юбилейный Конгресса с международным участием, который объединил X междисциплинарный Конгресс «Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей» и IV Всероссийскую конференцию «Актуальные вопросы комплексной реабилитации детей с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата в условиях реабилитационного центра», который состоялся 10-12 декабря 2020 года в рамках Международного научно-практического форума «Российская неделя здравоохранения-2020», по инициативе РОО «Национальная ассоциация экспертов по детскому церебральному параличу и сопряженным заболеваниям», РОО «Национальная ассоциация детских реабилитологов», ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ и ФГБУ «Российский реабилитационный центр «Детство», при поддержке кафедры неврологии, физической и реабилитационной медицины детского возраста РУДН, Ассоциации медицинских сестер России и АО «ЭКСПОЦЕНТР».

В работе Юбилейного Конгресса с международным участием с докладами на 28 заседаниях приняли участие более 140 отечественных и зарубежных специалистов детского здравоохранения, соцзащиты и системы образования. За 3 дня работы, Конгресс посетили 12573 слушателей, 3480 из которых были зарегистрированы и представлены детскими реабилитологами, неврологами, педиатрами, нейрохирургами, рентгенологами, функциональными диагностами, генетиками, ортопедами и травматологами, специалистами по восстановительной и спортивной медицине, курортологами, логопедами, педагогами, дефектологами, психологами, медицинскими сестрами, организаторами здравоохранения, социальными работникам и общественными деятелями из 5 стран и 188 городов.

Мы поздравляем вас с наступающим Новым 2021 годом, представляем вашему вниманию материалы конгресса и напоминаем, что для членов РОО «Национальная ассоциация детских реабилитологов» открыт и будет сохраняться бессрочно доступ для просмотра материалов Конгресса на сайте https://www.nasdr.online/.

Т.Т. Батышева

Главный редактор, Президент «Национальной ассоциациидетских реабилитологов», Главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации Министерства здравоохранения РФ, Главный внештатный детский специалист невролог Департамента здравоохранения г. Москвы, директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», заслуженный врач РФ, профессор, д.м.н., (Россия, Москва)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авцина В.В., Борисова М.Н, Гунченко М. М., Малышева Т. В., Батышева Т.Т.
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ГОМОЦИСТЕИНУРИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МЕТИЛТЕТРАГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ 11

Альтаев М.Ж., Мухамбетова Г.А., Ахметче А.А., Утемисов Е.У., Варзина Т.В., Абай Г.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ СПАСТИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДИПЛЕГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА 11

Армякова Т.Р., Малышева Т.В., Гунченко М.М., Батышева Т.Т.
СИРИНГОМИЕЛИЯ 12

Аскевова М.А., Шанавазова М.Д.
СДВГ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ 13

Батышева Т.Т., Кондратьева Н.Н.
МУЗЫКАЛЬНО-ЭСТЕТИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 13

Батышева Т.Т., Антропова И. М.
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПРОХОДЯЩИМ РЕАБИЛИТАЦИЮ В НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ 14

Батышева Т.Т, Богданова О.В, Бондарева О.О.
ВЛИЯНИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ РУК НА КОРРЕКЦИЮ ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 15

Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Филиппова М.Д., Петрова Е.В.
УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТНЫМИ СИТУАЦИЯМИ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ 15

Батышева Т. Т., Гусева Л. Н.
ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОЕ ИСКУССТВО КАК СРЕДСТВО ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ 16

Батышева Т.Т., Дарьина С.С., Наумова Е.Д., Холодова В.О.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИПОМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ЛЕЙКОДИСТРОФИИ ТИП 13 В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМ ГИПЕРФОСФАТАЗИИ 16

Батышева Т.Т., Мельникова С.В., Селиванова Е.А., Позднякова Д. А., Пшемыская И.А.
ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ МЕТОДА КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ И РАБОТЫ НА ТРЕНАЖЕРЕ GALILEO В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИУ ДЕТЕЙ С СИНДРОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ 17

Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Быкова О.В., Нанкина И.А., Саржина М.Н., Гунченко М.М., Малышева Т.В., Климов Ю.А.
КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ ПО ДАННЫМ КАБИНЕТА ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МОСКВЕ В 2020 ГОДУ 18

Батышева Т.Т., Пшемыская И.А., Позднякова Д.А., Плиева А.М.
ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ И ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ 19

Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Кудрявцева О.И., Гасан О.С., Репп Ф.С., Мосина М.О.
БОЛЕЗНЬ МОЯМОЯ КАК ПРИЧИНА ИНСУЛЬТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 19

Белякова С.М., Клочкова Н.Н., Подгорнова С.Ю., Батышева Т.Т.
НЕГОВОРЯЩИЕ ДЕТИ: НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НОРМЫ И СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА 20

Беркутова И.Ю.
РАЗВИТИЕ АКТИВНОСТЕЙ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ДЦП
В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 21

Беспятых О.Ю., Жданов Д.М.
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО
АППАРАТА, ПРИ ПОМОЩИ ПАРАЛИМПИЙСКОГО ВИДА СПОРТА БОЧЧА 22

Бобылова М.Ю., Аскевова М.А., Шанавазова М.Д.
ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ 23

Борисова М.Н., Малышева Т.В., Гунченко М.М., Батышева Т.Т.
СИНДРОМ ВЕСТА ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ 23

Боровицкая М.Ш., Грищенко М.В., Тихомирова Е.А., Коровина Н.Ю., Ерохина О.В.,
Гаджиалиева З.М., Батышева Т.Т.
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ 24

Бурмистрова А.И., Батышева Т.Т.
ВАЖНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОГО НАЧАЛА ПРОВЕДЕНИЯ ВОЙТА-ТЕРАПИИ
У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ 25

Валиев В.К., Иванов Ю.И., Чумакова А.М., Красавина Д.А., Аксенов А.Ю.
БИОМЕХАНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ (БМЛ) КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ
С ДИАГНОЗОМ ДЦП, GMFCS I-II ДЛЯ СОЗДАНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ПРОТОКОЛА
БОТУЛИНОТЕРАПИИ (БТА) 25

Галашевская А.А., Почкайло А.С., Борисенко Т.Д.
ПОКАЗАТЕЛИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 26

Галашевская А.А., Почкайло А.С., Водянова О.В.
МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ СО СТОЙКИМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ 27

Ганузин В.М.
ВРАЧЕБНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ
С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА 28

Давлицаров М.А., Чудопалова В.С., Редюхина Е.Д., Малышева Л.А.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР РАННЕГО ДЕБЮТА ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА 28

Давлицаров М.А., Чудопалова В.С., Редюхина Е.Д., Малышева Л.А.
РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЖУБЕР 29

Давыдов А.Т., Бутко Д.Ю., Даниленко Л.А., Артамонова М.В.
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПРИ НАРУШЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ 30

Дагаева А.Е., Асташкина Ю.В., Сафронова Н.А., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С МИТОХОНДРИАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ
В ДИСТАНЦИОННОМ ФОРМАТЕ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА 31

Дегтярева Н.Н., Ионова С.Н., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИОННО- ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С
ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ОН-ЛАЙН ФОРМАТЕ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ) 32

Дулимова А.В., Малышева Т.В., Гунченко М.М., Батышева Т.Т.
АЗБУСНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ У ДЕТЕЙ 32

Ефремова Т.Е., Сафонова И.А., Лобанова А.М., Колтунова И.Ю., Рыжкина Е.И., Белашев С.В., Агеева Э.А., Ломакина А.А.
РОЛЬ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ И ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПРАКТИКЕ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГБУ РО «ОДКБ» 33

Жеребцова В.А., Богомолова В.В.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА АЛЬТЕРНАТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ 34

Жеребцова В.А., Григорьева Е.А.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ 35

Жеребцова В.А., Катасонова О.Ю., Кынина Д.Ю., Ушакова С.Г.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ «ИНДУЦИРОВАННОЙ ОГРАНИЧЕНИЕМ ТЕРАПИИ» И «БИМАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ» У ДЕТЕЙ С ЦП В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ 36

Жеребцова В.А. Максименко А.А.
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. КООРДИНИРУЮЩАЯ РОЛЬ НЕВРОЛОГА В ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ДИСФАГИИ 37

Жеребцова В.А., Максименко А.А., Сапогова А.И.
ДИАГНОСТИКА ДИСФАГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ВИДЕОФЛЮОРОСКОПИИ 38

Жеребцова В.А., Ушакова С.Г.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В ПРОГРАММЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПОСТУРАЛЬНОГО МЕНЕДЖМЕНТА 38

Жеребцова В.А., Чибисов И.В.
ПРОФИЛАКТИКА ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕРИЙНОГО «ГИПСОВАНИЯ» В СОЧЕТАНИИ С БОТУЛИНОТЕРАПИЕЙ И ОРТЕЗИРОВАНИЕМ 39

Жеребцова В.А., Шилина С.А.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В ПРОГРАММЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. ПРОГРАММА ДОМАШНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 40

Жукова Ю.В.
МОТОРНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ ЛОГОПЕДА ДОШКОЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ КАК ОДИН ИЗПРИЁМОВ ПРЕОДОЛЕНИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ 40

Иванов С.В., Кенис В.М., Щедрина А.Ю., Онуфрийчук О.Н, Федосеева А.С, Солохина И.Ю., Шишкина А.И., Зврзиль А.В.
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ В «ЦЕНТРЕ SPINA BIFIDA» 41

Иванова Е.С., Ковалева С.Е., Чебатура А.Д., Типсина Н.В., Кирсанова Е.Ю., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ МЕДИЦИНЫ 42

Каримов В.В., Шапошникова А.Ф., Батышева Т.Т.
ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ
С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ 43

Каримов В.В., Шапошникова А.Ф., Данилова М.Ю., Языкова Т.М.,
Шапошникова О.Ф., Батышева Т.Т.
ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 44

Карпов С.М., Колесникова Е.В., Минаева О.А.
ПРИМЕНЕНИЕ МКФ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО НЕВРОЛОГА 44

Кенис В.М., Сапоговский А.В., Прокопенко Т.Н., Бергалиев А.Н.,
Иванов С.В., Киселева Т.И.
СРЕДНЕСРОЧНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕНСИТОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ
С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И SPINA BIFIDA,
ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПИЮ ИБАНДРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ 45

Кислякова Е.А., Тимошкина А.С., Малькова Т.В.
ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ 45

Кнолль Е.А.
ВОЙТА- ДИАГНОСТИКА В ЕЖЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ 46

Кожалиева Ч.Б.
НЕЙРОДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ
ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ВОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 46

Колесникова Е.В., Минаева О.А., Чередниченко Т.Т., Карпов С.М.
РЕАБИЛИТАЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП 47

Кондратьева Н.Н.
ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМ ДЕФЕКТОМ 48

Красненко М.В., Кабирова А.Ф., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ №12 ЗА ПЕРИОД С 01.01.2020 ПО 01.08.2020 49

Левченкова В.Д., Батышева Т.Т., Титаренко Н.Ю.
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ, ВЫЯВЛЕННЫМИ
В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЁННОСТИ 49

Леонова Н.В., Флёрис Л.И., Батышева Т.Т.
ЛОГОПЕДИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЦИФРОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.
АРТИКУЛЯЦИОННАЯ ГИМНАСТИКА КАК ЧАСТЬ ДИСТАНЦИОННОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ 50

Ломако Я.В., Батышева Т.Т.
ТРЕВОЖНОСТЬ- КАК ВЕДУЩЕЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ 51

Лысак Н.В., Новикова З.А.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПСОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП 52

Марченкова Л.Ю., Климова С.А., Сафронова Н.А., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ДНЕВНОГО
СТАЦИОНАРА В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОЙ РАБОТЫ 53

Маслова Н.А., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., Бушуева Т.В., Кузенкова Л.М., Гусев А.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП 53

Мелека Т.А., Кутявина С.И., Протопопова Н.И., Андреева О.И., Григорьева С.А., Мохова А.В., Леонтьева Л.А.
АЭРОДИНАМИКА КАК ИННОВАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И ДЦП 54

Михайлова О.А., Рябова Е. Н, Турок Г.А., Матвеева С.П.
ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ РОЛИ ПРОГРАММНО-АППАРАТНОГО КОМПЛЕКСА С БИОЛОГИЧЕСКИ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ «РЕАКОР» И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО РАВНОВЕСИЯ, ВЫРАВНИВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ И НОРМАЛИЗАЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ 55

Мишунина О.А., Батышева Т.Т.
РОТАЦИОННЫЙ ПОДВЫВИХ В АТЛАНТО- АКСИАЛЬНОМ СОЧЛЕНЕНИИ, КАК СКРЫТАЯ ПРИЧИНА ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ 56

Морошек Е.А., Бальберт А.А.
БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ 57

Мошурова Л.В., Леднева В.С., Чернышова В.С., Агишева Л.А., Щукина И.Г.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ С ДИСФАГИЕЙ 58

Нехаева Е.А., Батышева Т.Т.
МЕЖПОЛУШАРНЫЕ ДОСКИ И ДВУРУЧНОЕ РИСОВАНИЕ КАК ПРИЁМЫ РАЗВИТИЯ ВЗАИМОСВЯЗАННОЙ РАБОТЫ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА 59

Никитина С.Г., Симашкова Н.В., Якупова Л.П., Зозуля С.А.
КАТАТОНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ 60

Новикова З.А., Лысак Н.В.
СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ МОВАТА-ВИЛЬСОНА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ 60

Новиков В.А., Умнов В.В., Звозиль А.В., Иванов С.В., Умнов Д.В., Никитина Н.В., Жарков Д.С., Федосеева А.Ф.
СЕЛЕКТИВНАЯ НЕВРОТОМИЯ МЫШЕЧНО- КОЖНОГО НЕРВА КАК СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ТОНИЧЕСКОЙ СГИБАТЕЛЬНОЙКОНТРАКТУРЫ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА 61

Пальшинцева И.Б., Макарова К.В.
«КРАСНЫЕ ФЛАГИ» У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В РАМКАХ КОРРЕКЦИОННО- РАЗВИВАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ 62

Паутов Э.С., Наумова Е.В.
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ДЦП С ПРИМЕНЕНИЕМ АЭРОДИНАМИЧЕСКОГО ТРЕНАЖЕРА 63

Писарева И.Б., Батышева Т.Т.
ЗАНЯТИЯ ПО ИЗОДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ СЛОЖНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ 64

Раков Д.В., Малышева Т.В., Гунченко М.М., Батышева Т.Т.
СИНДРОМ РЕТТА. АКТУАЛЬНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 64

Родионова Е.А., Захарова Т.В., Сафронова Н.А., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ «ПСИХОТЕРАПИЯ МАТЕРИНСКОЙ ЛЮБОВЬЮ» В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ 65

Романенко А.Е., Булычева Р.В., Телушко Т.В.
ДЦП У РЕБЕНКА С НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) 66

Ростачева Е.А.
ОСОБЫЕ АСПЕКТЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА 66

Рубинов М.А., Атякшев А.В., Степаненко Д.Г., Давыдов О.Д.
ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП 67

Самсонова Т.В., Назаров С.Б., Магомедова Н.М., Чистякова А.А.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ АБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 68

Сафронова Н.А., Волкова Л.Н., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАРАНЕОЛАСТИЧЕСКОЙ АТАКСИИ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА 69

Селиванова Е.А., Тихонов С.В., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА ЛФК В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА 69

Серов А.В., Искендеров Д.Э., Шуляк Г.А.
К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СЕМЬИ РЕБЕНКА С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, КАК ПРЕДИКТОРА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА 70

Соколова Н.П., Батышева Т.Т.
ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ЭЛЕКТРОСТАТИЧЕСКОГО МАССАЖА «ЭЛГОС» В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ.СРАВНЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА «HIVAMAT-200» 71

Сосина А.В., Харитонова Е.И.
СОЗДАНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО КЛУБА КАК МЕТОД ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С СЕМЬЕЙ В ДОШКОЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ШКОЛЫ 71

Сушкевич А.Г., Малышева Т.В., Гунченко М.М., Батышева Т.Т.
ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА 72

Тарасова Н.А., Типсина Н.В., Уханова А.Н., Кирсанова Е.Ю., Проскурина Ю.К., Иванова Е.С., Маринова В.А., Григоров А.А., Батышева Т.Т.
ПРИМЕНЕНИЕ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА 73

Типсина Н.В., Титова Е.Г., Маринова В.А., Елизарова А.В., Тучак О.Н., Тишкова-Горынина А.В., Батышева Т.Т.
ПРЕИМУЩЕСТВО НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА И ЧТЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ 74

Типсина Н.В., Титова Е.Г., Тучак О.Н., Тишкова-Горынина А.В.,
Маринова В.А., Елизарова А.В., Батышева Т.Т.
ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ НАРУШЕНИЙ
ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ У ШКОЛЬНИКОВ В УСЛОВИЯХДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА 74

Типсина Н.В., Тишкова-Горынина А.В., Титова Е.Г., Тучак О.Н.,
Елизарова А.В., Маринова В.А., Батышева Т.Т.
АКТИВИЗАЦИЯ СЛУХОВОГО И ФОНЕМАТИЧЕСКОГО ВОСПРИЯТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КАК ОСНОВЫ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА 75

Типсина Н.В., Филиппова Т.Н., Кирсанова Е. Ю, Погорелова Т.И.,
Рождественская Н.Д., Батышева Т.Т.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММИТАЦИИ ХОДЬБЫ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРАХ №№ 5-6 75

Тучков В.Е., Гербутова М.Н.
ТРЕХМЕРНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СТОП НА ОСНОВЕ НЕЙРОФИЗИОЛОГИИ
ПО МЕТОДУ ЦУКУНФТ-ХУБЕР ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЦП 76

Умнов Д.В., Умнов В.В., Новиков В.А., Иванов С.В., Жарков Д.С., Звозиль А.В.
ВНЕСУСТАВНОЙ АРТРОДЕЗ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА КАК НОВЫЙ СПОСОБ
ВЛИЯНИЯ НА ФУНКЦИЮ КИСТИ У БОЛЬНЫХ ДЦП 77

Филиппова Н.Е., Гиленкова С.В., Суворова С.А.
СОТРУДНИЧЕСТВО КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА И ЛОГОПЕДА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ
КОМПЛЕКСА BALAMETRICS И ГАРНИТУРЫ FORBREIN В СТРУКТУРЕ
ОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП 77

Чебаненко Н.В., Зыков В.П., Канивец И.В.
ГЕНЕТИЧЕСКИЙ СПАСТИЧЕСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ: ОТ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА К ЛЕЧЕНИЮ 78

Чумакова А.М., Валиев В.К., Красавина Д.А., Иванов Ю.И., Гарибьянц В.В.
ДИНАМИКА КОРРЕКЦИИ КОСОГО ПОЛОЖЕНИЯ ТАЗА ПРИ УКОРОЧЕНИИ
НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОД КОНТРОЛЕМ КОМОТ 79

Шейко Г.Е., Белова А.Н., Баландина О.В.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ОЦЕНКЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ 79

Шенбергер Е.Б., Батышева Т.Т.
РЕЧЕВОЕ ДЫХАНИЕ И ЕГО ПРОЯВЛЕНИЕ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАИКАНИЕМ 80

Шенбергер Е.Б., Батышева Т.Т.
РАЗВИТИЕ ПРОСОДИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ ПОСРЕДСТВОМ МУЗЫКОТЕРАПИИ
У ЗАИКАЮЩИХСЯ ШКОЛЬНИКОВ 81

Шенбергер Е.Б., Вильданова Е.Л., Батышева Т.Т.
ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР КОРРЕКЦИИ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ
У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 81

Шиошвили В.А., Корнеева И.В., Тихонов С.В., Батышева Т.Т.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО
ГОДА ЖИЗНИ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС 82

Шишенок Ю.В., Батышева Т.Т.
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЭНЕРГОПЛАСТИКИ
В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДИСПРАКСИИ 83

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ГОМОЦИСТЕИНУРИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МЕТИЛТЕТРАГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ

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

Актуальность. Гомоцистинурия — генетически гетерогенное наследственное заболевание из группы аминоацидопатий, обусловленное нарушением метаболизма серосодержащих аминокислот, в первую очередь метионина. Наиболее известны следующие формы заболевания: B_6-зависимая и B_6-резистентная, обусловленные недостаточностью фермента цистатионин β-синтазы и две формы, связанные с генетически детерминированными дефектами реметилирования метионина вследствие патологии метаболизма кобаламина и дефекта фермента метилтетрагидрофолатредуктазы.

Цель. Представляем клиническое наблюдение гомоцистеинурии, связанной с недостаточностью метилтетрагидрофолатредуктазы.

Материалы и методы. Дебют заболевания в возрасте 2 месяцев, когда впервые наблюдался приступ в виде учащения дыхания, заведения глазных яблок вверх, потеря постурального тонуса длительностью несколько секунд. В течение нескольких дней состояние ребенка ухудшалось: вялость, отказ от приема пищи, цианоз. При обследовании в биохимическом анализе крови выявлено повышение уровня гомоцистеина до 214 мкмоль/л (5–15 мкмоль/мл) и снижение – метионина 9мкмоль/л (9–44мкмоль/л). По результатам обследования назначена терапия: фолиевая кислота (затем фолиновая кислота), бетаин, витамин B_{12}, B_6, вальпроевая кислота. Отмечалась положительная динамика в виде частичного регресса неврологической симптоматики, длительной ремиссии эпилептических приступов. Молекулярно-генетическое обследование: в гене MTHFR обнаружены гетерозиготные мутации c.337G>A (p.Arg113Thr, в экзоне 2) и c.780+1G>T (в интроне). МРТ головного мозга: выраженное расширение внутренних ликворных пространств, атрофия головного мозга, фронтальные двусторонние нарастающие гиперинтенсивные изменения в белом веществе головного мозга, задержка миелинизации, выраженное истончение мозолистого тела, узкий мозговой ствол. В связи с нарастанием гидроцефалии в июле 2014 г. установлен вентрикулоперитонеальный шунт. При проведении ЭЭГ в динамике регистрировалась мультифокальная эпиактивность индексом представленности от низких до высоких значений. Развивался с выраженной задержкой психоречевого развития. Возобновление эпилептических приступов наблюдалось после медикаментозной ремиссии в течение 4-х лет в виде гемиклонических и билатеральных тонико-клонических приступов со статусным течением. Проводился многолетний подбор противоэпилептической терапии (без существенного эффекта). В настоящее время приступы резистентны к проводимому лечению.

Результаты. Таким образом, наблюдение демонстрирует относительно редко встречающуюся в педиатрической практике форму гомоцистинурии, связанную с генетически детерминированным дефектом реметилирования метионина. Ранняя диагностика заболевания и назначение терапии привело к длительной ремиссии эпилептических приступов, стабилизации состояния ребенка. Однако, в дальнейшем, несмотря на проводимое лечение, у пациента развилась фармакорезистентная форма эпилепсии со статусным течением приступов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ СПАСТИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДИПЛЕГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Альтаев М.Ж.[1], Мухамбетова Г.А.[2], Ахметче А.А.[3], Утемисов Е.У.[1], Варзина Т.В.[1], Абай Г.А.[1]
[1]РДРЦ «Балбулак» г. Алматы, Республика Казахстан,
[2]КазНМУ, кафедра нервных болезней г. Алматы, Республика Казахстан,
[3]КазНМУ, школа фармации г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Вопросы ранней диагностики и реабилитации церебральных параличей у детей разрешимы частично. Поиск эффективных и индивидуальных методов коррекции спастичности имеет приоритетное значение в педиатрической неврологии.

Цель. Оценка эффективности комплексной коррекции спастичности мышц у детей с диплегической формой церебрального паралича.

Материал и методы. Обследован 51 ребенок со спастической диплегией средней степени тяжести, которые получали комплексную реабилитацию в условиях РДРЦ «Балбулак». Распределение детей по полу: мальчики – 32 случая, а девочек –19 случаев. Возраст детей представлен в диапазоне от 5 до 15 лет,

средний возраст составил – 8,3 года. Проведено неврологическое исследование с оценкой движения по шкалам. Пациенты по индивидуальным показаниям получали миорелаксанты: I группа получала толперизон перорально в возрастной суточной дозе; II группа толперизон перорально и затем внутримышечные инъекции ботулинического токсина типа А; III группа – внутримышечные инъекции ботулинического токсина типа А. Комплексная реабилитация включала методы лечебной физкультуры (групповая, индивидуальная), роботизированная ходьба «Локостейшин», статокинезотерапия, механотерапия, массаж, сенсорная стимуляция, физиолечение, иппотерапия, занятия у психолога, логопеда, виртуальная «дельфинотерапия», кондуктивная педагогика. Оценка эффективности комплексной реабилитации проведена по шкале мышечной спастичности Ашворта и классификации мануальных способностей в первый и на 23-ий день госпитализации.

Результаты. На фоне комплексной реабилитации у детей отмечается улучшение мышечного тонуса, двигательной активности. У детей I группы отмечено улучшение показателей моторных функций, улучшение по шкале больших глобальных моторных функций на 0,61%. Выявлено снижение степени спастичности на 0,59 баллов, что способствовало увеличению объема активных движений в паретичных мыщцах. Улучшение мануальных способностей детей со спастической диплегией отмечено на 0,29 позиций. У детей II группы отмечено улучшение по шкале больших глобальных моторных функций на 1,05 %; снижение спастичности мышц на 0,59 баллов, с увеличением объема движений по суставам. Улучшение манипулятивной функции верхних конечностей отмечено на 0,14 позиций. У детей III группы отмечено улучшение по шкале больших моторных функций на 0,72%. Снижение спастичности мышц по шкале Ашворта отмечено на 0,59 баллов. Отмечено увеличению объема движений в мышцах рук и улучшение манипулятивной функции верхних конечностей на 0,17 позиций.

Выводы. Количественный анализ повторных исследований мышечного тонуса по шкале Ашворта показал статистически достоверную эффективность реабилитации во всех исследуемых группах. Более высокий уровень достоверности комплексной коррекции и терапии спастичности мышц наблюдается в группе пациентов, получавших ботулинический токсин типа А (III группа) и сочетание толперизона и ботулинического токсина типа А (II группа).

СИРИНГОМИЕЛИЯ

Армякова Т.Р., Малышева Т.В., Гунченко М.М., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Сирингомиелия– хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, характеризующееся разрастанием глии и образованием полостей в головном и спинном мозге. Заболевание встречается редко, мужчины болеют в 3 раза чаще женщин. Более 80% больных составляют лица в возрасте от 10 до 30 лет.

Цель. Ранняя диагностика и дифференциальная диагностика сирингомиелии.

Материалы и методы. За три года работы (2017–2019гг.) на прием в консультативно-поликлиническое отделение НПЦ ДП обратилось 3 ребенка с диагнозом «Сирингомиелия». Это были мальчики в возрасте 16, 17 лет и 17 лет 10 месяцев. Был собран анамнез жизни, анамнез заболевания и семейный анамнез. Дети осмотрены и обследованы (КТ, МРТ головного и спинного мозга, рентгенография шейного отдела позвоночника, электронейромиография, ЭЭГ-исследование, УЗДГ сосудов головы и шеи, консультация ортопеда и офтальмолога). Дифференциальный диагноз проводился с гематомиелией, интрамедуллярной опухолью, плекситом, боковым амиотрофическим склерозом, спинной сухоткой.

Результаты. Во всех случаях заболевание начиналось с появления чувствительных расстройств – боли и парестезии в руках, отмечался диссоциированный тип расстройства чувствительности, имело место нарушение болевой и температурной чувствительности при сохранности тактильной и вибрационной чувствительности. В связи с этим 2 ребенка получили ожоги рук, заживление протекало медленно, после ожогов остались рубцы. У одного мальчика были атрофические парезы рук, больше выраженные в дистальных отделах. Анамнез жизни и семейный анамнез у обследуемых детей не отягощен. Пациенты после обследования были направлены на консультацию нейрохирурга в НИИ Нейрохирургии им. Бурденко и в клинику нервных болезней 1 ММИ.

Выводы. Самым информативным методом обследования при сирингомиелии является магниторезонансная томография спинного мозга, позволяющая увидеть увеличение объема спинного мозга в поперечнике и наличие полостей.

СДВГ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Аскевова М.А., Шанавазова М.Д.
ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ, г. Махачкала, республика Дагестан

Актуальность. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) на сегодняшний день представляет важную проблему, так как распространенность этого заболевания прогрессирует и приводит к социальной дезадаптации больного.

Цель. Изучить распространение эпилепсии среди пациентов с СДВГ.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в РЦДПОВ г. Махачкала находились 60 детей (30 мальчиков, 30 девочек), страдающих эпилепсией, из них 28 с генерализованной формой эпилепсии, 32- с парциальной. Возраст детей составлял от 9 до 13 лет. Группой сравнения служили 35 здоровых ребенка в возрасте от 9 до 13 лет, проживающих в Махачкале. Наблюдение основной и контрольной групп осуществлялось в течение 6 месяцев. Для мониторинга особенностей поведения ребенка в школе и дома использовалась шкала Коннера. Для мониторинга общего уровня интеллектуального развития ребенка – нейропсихологический метод «Лурия-90», исследование сферы внимания – корректурная проба, тест Струпа, методика Векслера.

Результаты. В ходе наблюдения выявлено: 28 детей из основной группы соответствовали критериям DSM-IV с преобладанием дефицита внимания СДВГ, у 20 детей была выявлена комбинированная форма СДВГ, у 12 детей был диагностирован СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности. В контрольной группе 5 детей соответствовали критериям DSM-IV комбинированной форме СДВГ, 3 детей с преобладанием невнимательности, у остальных 27 детей не отмечались нарушения по шкале Коннерс. Также, по данным исследования, можно сделать вывод о том, что у пациентов с генерализованной формой эпилепсии отмечается чаще комбинированная форма СДВГ, 19 из 28 детей имели смешанный тип СДВГ, 8 детей с преобладанием дефицита внимания, и 1 пациент с преобладанием гиперактивности и импульсивности. Пациенты с парциальной формой эпилепсии чаще имели СДВГ с преобладанием дефицита внимания, у 23 пациентов СДВГ с преобладанием невнимательности, 7- со смешанным типом, и у 2 детей отмечался тип с преобладанием гиперактивности. По данным ЭЭГ было отмечено, что формирование парциальных эпилетиформных изменений у пациентов с парциальной формой преобладала в лобных отделах головного мозга у 25 из 32 пациентов. Генерализованные эпилептиформные изменения были выявлены у 28 пациентов с генерализованной формой эпилепсии. При нейропсихологическом исследовании у детей с СДВГ были выявлены низкие показатели концентрации и устойчивости внимания, резкие перепады в скорости выполнения тестов, большое количество числа ошибок. При мониторинге эмоционального фона было отмечено, что дети с СДВГ имели повышенный уровень агрессивности, тревожности и признаки эмоциональной лабильности. При мониторинге двигательных функций у детей с СДВГ как в основной, так и в контрольной группе не отмечалось отставания в моторном развитии и нарушений в координаторной сфере.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показали, что у детей с эпилепсией повышен риск развития СДВГ.

МУЗЫКАЛЬНО-ЭСТЕТИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Батышева Т.Т., Кондратьева Н.Н.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Музыкально-эстетическое воспитание занимает одно из ведущих мест в содержании воспитательного процесса нашего центра и является одним из приоритетных направлений. Богатейшее поле для развития творческих способностей детей представляет музыкально-танцевальная деятельность, коррекционно- игровые занятия, музыкально- ритмические игры, инсценировки, музицирование на шумовых инструментах, что непосредственно развивает воображение, мышление, память, чувство ритма у детей с двигательными нарушениями.

Цель. Регулярные занятия должны способствовать благоприятной психологической атмосфере, достижению успехов у ребенка, повышению самооценки, формированию у детей музыкально-эстетических интересов, потребностей, музыкально-эстетического вкуса, творческих способностей, пополнению общего запаса знаний, расширению представлений об окружающем мире, развитию познавательной деятельности, мышления, речи и повышения уровня языковых знаний.

Материалы и методы. В работе с детьми с двигательными нарушениями используются:

- Слушание музыки. Для развития эмоционального и слухового восприятия (формирование реакций на звуки всех оттенков; различие темпов и регистров используя характерные образы животных, различать громкое и тихое звучание музыкальных отрывков; соотнесение звучаний музыкальных и шумовых инструментов; навык различать музыкальные жанры).
- Пение. Для развития голоса (учить воспроизводить долгие и короткие по длительности звуки и ритмы; изменять силу голоса в звукоподражательных упражнениях; привлекать детей к ритмичности музыки).
- Музицирование на шумовых инструментах. Детский шумовой оркестр (для развития чувства ритма, такта, знакомства с тембрами различных инструментов, чувства товарищества и коллективизма).
- Музыкально-ритмические движения. Для развития двигательных навыков, чувства ритма, фантазии, воображения, выразительности движения, увеличения амплитуды движений посредством создания образа животных, птиц, клоунов.

Результаты. В нашем центре работает кружок для развития музыкально-танцевально-ритмических движений, где педагоги, используя все виды музыкальной деятельности, проводят увлекательные, разнообразные, веселые занятия. Дети посещают занятия с желанием и интересом. С активным участием детей организуются досуговые и праздничные мероприятия и выступления на сцене Научно-практического центра детской психоневрологии.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПРОХОДЯЩИМ РЕАБИЛИТАЦИЮ В НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

Батышева Т.Т., Антропова И.М.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Научно-практический центр детской психоневрологии является ведущим учреждением, где проводится поэтапное комплексное восстановительное лечение больных в возрасте от 0 до 18 лет с поражением центральной нервной системы и нарушениями опорно-двигательного аппарата. В настоящее время роль медицинского психолога в нашем центре весьма значительна, так как практически каждый пациент и его родители нуждаются в психологической помощи и поддержке. Деятельность медицинского психолога заключается в диагностике особенностей психической сферы (с целью изучения структуры нарушения), коррекции когнитивной сферы (нахождение оптимального пути психического развития), адаптации личности в окружающей среде (консультирование детско-родительских отношений, коррекция психосоматических проявлений), реабилитации поврежденного психического развития (которая включает точную нейропсихологическую диагностику и развитие корковых функций). Кроме коррекции осуществляется психологическая поддержка и сопровождение пациента, в предоперационный и послеоперационный период. Работа медицинского психолога проходит в тесном сотрудничестве с медицинским персоналом и играет существенную роль в лечении и реабилитации больного ребенка, так как от психологического состояния маленького пациента и его родителей зависит успех лечения. К каждому ребенку осуществляется индивидуальный подход. На протяжении всего периода восстановительного лечения проводится наблюдение за детьми, начиная с установочных бесед в процессе психодиагностики и коррекции. Реабилитационная и коррекционная работа проводится в виде групповых и индивидуальных занятий.

Цель. Оценить сложности, возникающие в процессе профессионального самоопределения, сознательного выбора профессии, и предположительно определить, в каких областях деятельности человек с ограниченными физическими возможностями может наиболее успешно трудиться и получать удовлетворение от своего труда.

Материалы и методы. В ходе работы применяются принципы сказкотерапии, метафорирования, игротерапии, арт-терапии, используются приемы аутогенной тренировки, релаксации, личностно- ориентированной психотерапии, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, рациональной психотерапии, занятия в сенсорной комнате. Наряду с диагностикой и реабилитацией проводится психологическая работа по профессиональной ориентации подростков, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата. Проводится просветительская работа с родителями с целью ознакомления их с особенностями возраста, особенностями развития детей и подростков с врожденной и приобретенной патологией нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

В результате заметно улучшилось состояние психического здоровья пациентов, приводящее к улучшению физического здоровья. Совместная деятельность врачей, психологов, логопедов и педагогов помогает ребенку эффективно развиваться и адаптироваться в окружающей среде. Широкое использование различных методов медико-психологической помощи значительно повышает уровень социально-психологической адаптации детей, способствует восстановлению их социального статуса и улучшению качества жизни после выписки из стационара.

ВЛИЯНИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ РУК НА КОРРЕКЦИЮ ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Батышева Т.Т, Богданова О.В, Бондарева О.О.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. О том, что движения пальцев тесно связаны с речью было известно давно. Дети с ограниченными возможностями здоровья часто имеют задержку формирования речи, памяти, мышления, а также характерно отставание в эмоциональном развитии. Пальчиковые игры помогают налаживать коммуникативные отношения на уровне соприкосновения, эмоционального переживания, контакта "глаза в глаза". Игры дают возможность "прочувствовать" свои пальцы, ладони, сформировать схему собственного тела. При проведении социально-реабилитационных мероприятий, направленных на развитие мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья предусмотрено соблюдение следующих принципов: принцип единства диагностики и коррекции – определение методов коррекции с учетом диагностических данных; принцип системности и последовательности в подаче материала – опора на разные уровни организации психических процессов; принцип компенсации – опора на сохранные, более развитые психические процессы; деятельностный принцип коррекции. Коррекционная работа, таким образом, должна строиться не как простая тренировка умений и навыков, путем проведения отдельных упражнений по совершенствованию психической деятельности, а как целостная осмысленная деятельность ребенка, вписывающаяся в систему его повседневных жизненных отношений.

Цель. Формирование и развитие мелкой моторики и зрительно-моторной координации у детей младшего и старшего дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Материалы и методы. В работе используются различные игры и упражнения на развития мелкой моторики рук, пальчиковая гимнастика, продуктивная деятельность, заучивание стихов и потешек, чтение художественной литературы. Используются групповые и индивидуальные занятия. Даются консультации родителям по этой теме.

Результаты. Применение пальчиковой гимнастики в различных видах деятельности приводит к тому, что у детей происходит увеличение словарного запаса, речь становится более эмоциональной и выразительной; возрастает речевая активность; у детей становится более развита мимика, моторика пальцев рук, внимание, память, воображение; родители получают необходимые знания по данной теме, становятся более информированными в вопросе проведения пальчиковой гимнастики с детьми дома.

Выводы. Уровень развития речи у детей всегда находиться в прямой зависимости от степени развития тонких движений пальцев рук. Несовершенство тонкой двигательной координации кистей и пальцев рук затрудняет овладение письмом и рядом других учебных и трудовых навыков. Таким образом, в результате работы можно сказать, что целенаправленная, систематическая и планомерная работа по развитию мелкой моторики у детей во взаимодействии с родителями способствует улучшению произношения многих звуков, развитию коммуникативных навыков и развитию общей сенсомоторной и рече-двигательной моторики.

УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТНЫМИ СИТУАЦИЯМИ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ

Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Филиппова М.Д., Петрова Е.В.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. При работе с пациентами важно находить способ предупреждения конфликтных ситуаций для сохранения доброжелательного отношения пациента к специалисту и медицинской организации. Для этого необходимо выбрать равноправный стиль общения с пациентом, разбирать жалобы, а также использовать обращения пациентов для развития, при этом проявлять заботу о собственном благополучии и грамотно защищать свои личностные границы.

Результаты. Рассмотрим тактику работы при поступлении жалоб от пациентов. На первом этапе следует выслушать пациента. Это действие дает пациенту возможность снизить эмоциональное напряжение. При взаимодействии следует контролировать громкость и тональность голоса, сохранять визуальный контакт, избегая прямого взгляда. Далее необходимо обсудить решение проблемы, что будет являться проявлением внимания и уважения к чувствам и потребностям пациента. При ведении диалога используйте элементы активного слушания, открытые вопросы, предлагайте варианты, для того чтобы прийти к договоренности. Искренне и заинтересовано поблагодарите пациента за суть предложения. Данное действие поможет пациенту не уходить с обидой, и в дальнейшем открыто говорить об острых переживаниях и потребностях. На следующем этапе для удовлетворения актуальной потребности пациента предложите понятный план

действий, поясните важность предпринимаемых шагов. Необходимо чтобы пациент вас понимал, говорить стоит уверенно, не используя слов-сомнений: «посмотрим», «может», «попробую» и др. Отвечайте на возникающие вопросы по существу, не уходите в частности. Это освободит пациента от тревог, сделает его партнером. Следует убедиться, что у пациента не осталось вопросов на данный момент. В завершение выразите готовность к продолжению сотрудничества, договоритесь о формах и периодичности обмена информацией. Данное действие повышает лояльность пациента к специалисту и медицинской организации.

ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОЕ ИСКУССТВО КАК СРЕДСТВО ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Батышева Т. Т., Гусева Л. Н.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Связь искусства с жизнью, роль его в повседневной жизни – основной стержень занятий с детьми на приобщение их к общечеловеческим и национальным ценностям через изучение творчества русских художников и собственное творчество, занятий по патриотическому воспитанию, любви к родной природе на протяжении всего учебного процесса. Необходимо воспитывать детей в духе патриотизма, любви к Родине, природе родного края, семье, пополнять багаж знаний о Великой Отечественной войне, и понятнее всего это сделать с помощью рисунков.

Цель. Познакомить детей с пейзажем, как жанром изобразительного искусства. Подвести к пониманию того, что художник не просто изображает природу, но и передает свое отношение к изображаемому. Знакомство с творчеством известных русских художников-пейзажистов, изобразительное искусство на тему День победы.

Материалы и методы. Реализация темы патриотического воспитания проводится по плану работы, и чтобы заинтересовать детей предлагаются им темы: «родная природа»; «творчество известных русских художников И. И. Шишкина, И. И. Левитана, А. И. Куинджи, В. М. Васнецова, И. К. Айвазовского»; «героическое прошлое»; «формирование любви к малой Родине, семье». На занятиях дети знакомятся с иллюстрациями известных художников, с биографией художника, его творчеством, какие цвета положены на ту или иную картину и предлагается нарисовать какой-нибудь фрагмент из увиденного пейзажа так, как они это видят. Иногда воспитатель предлагает нарисовать рисунок нетрадиционными методами- ладошками, ватными палочками, тычками жесткой кисточкой. Чтобы расширить представления детей о Великой Отечественной войне проводится следующая работа: прослушивание песен военных лет, чтение стихов, беседы о ветеранах, а также на тему «дети и война». Все свои впечатления дети отражали в рисунках, из которых в дальнейшем оформлена выставка «Наше героическое прошлое». Для формирования семейных традиций проводятся занятия по темам: «день семьи», «день матери», «бабушкины посиделки».

Результаты. Патриотическое воспитание, а также формирование важности семейных ценностей, чувства величия и красоты окружающего мира у детей посредством изобразительного искусства, песен, стихов, бесед имеет очень важное значение для разностороннего развития, воспитания, обучения и социализации всех детей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИПОМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ЛЕЙКОДИСТРОФИИ- ТИП 13 В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМ ГИПЕРФОСФАТАЗИИ

Батышева Т.Т., Дарьина С.С., Наумова Е.Д., Холодова В.О.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Цель. Описать клинический случай гипомиелинизирующей лейкодистрофии, тип 13 в сочетании с синдром гиперфосфатазии с умственной отсталостью, тип 4 (?)

Материалы и методы. Представлен клинический случай

Результаты. Больной А. впервые поступил в 1 ПНО НПЦДП в возрасте 1года 7 мес с жалобами на задержку моторного развития. Из анамнеза: беременность протекала на фоне ОРВИ. Роды самостоятельные, в срок, оценка по шкале Апгар 8/9баллов. Раннее моторное развитие с задержкой. При клиническом осмотре – повышение порога стигматизации (выступающий лоб, сдавленный в височных областях, нависающие веки, экзофтальм, эпикант, страбизм, клювовидный нос с широким закругленным кончиком, подчеркнутые ноздри, длинный фильтр, тонкая верхняя губа диспластичные ушные раковины с деформированным завитком, клинодактилия V пальцев на кистях), периодическое сходящееся косоглазие. При плаче тремор подбородка, конечностей, гипергидроз. Изменение мышечного тонуса по типу дистонии с элементами гипертонуса в

сгибательной группе мышц с акцентом в левых конечностях. Повышение сухожильных рефлексов в конечностях с расширением рефлексогенных зон. Рефлекс Бабинского положительный с двух сторон. Моторные навыки: садится самостоятельно, на четвереньках стоит, ползает реципрокно, стоит и ходит вдоль опоры. Опора на передние отделы стоп. Стопы эквино-плоско-вальгусные. Варусная деформация 5-х пальцев кистей. Отмечается задержка психоречевого развития: экспрессивная речь представлена лепетом, обучаемость снижена, концентрация внимания и устойчивость низкая. При проведении биохимического анализа крови выявлено значительное повышение уровня щелочной фосфатазы максимально до 170 959 (при норме до 644,0), повышение АлАТ 53,0 (норма до 49,0), ЛДГ 340,0 (норма 81,0 – 234,0). Глюкоза 4,3 ммоль/л (норма 4,1 – 5,9) ммоль,л. По УЗИ выявлена пиелоэктазия почек легкой степени с обеих сторон, УЗ-признаки небольшого увеличения суммарного объема щитовидной железы без изменения структуры щитовидной железы. Видео-ЭЭГ мониторинг- эпилептиформной активности, эпиприступов не зарегистрировано. КТ головного мозга – без патологических изменений. Рентгенография кистей – варусная деформация 5-х пальцев кистей. При психолого-педагогическом обследовании – выраженная задержка психо-речевого развития. Заподозрен синдром гиперфосфатазии с умственной отсталостью, тип 1 (синдром Мабри). Дифференциальный диагноз проводился с другими наследственными синдромами с гиперфосфатазией. Проведено полное секвенирование экзома, на котором выявлена ранее описанная гомозиготная мутация во 2 экзоне гена C11orf73 (chr11:86017416G>C, rs202003795), приводящая к замене аминокислоты в 54 позиции белка (p.Val54Leu, NM_016401.3). Мутация описана в гомозиготной форме у пациентов с гипомиелинизирующей лейкодистрофией, тип 13 (OMIM: 614908#0001). По совокупности сведений, мутацию следует расценивать как патогенную. Также выявлена ранее описанная гетерозиготная мутация в 3-UTR области гена PGAP3 (chr17:37828497G>A, rs183208638), приводящая к снижению экспрессии (c.*559C>T, NM_033419.4). Мутация описана в компаунд-гетерозиготной форме вместе с другой мутацией у родственных пациентов с синдромом гиперфосфатазии с умственной отсталостью, тип 4 (OMIM: 615716). Мутация является вероятно патогенной, однако, применительно к данному случаю (в силу не выявления второй мутации в гене) ее следует расценивать как вариант с неопределенной клинической значимостью, который, тем не менее может иметь отношение к фенотипу пациента в случае получения дополнительных подтверждающих данных. На МРТ головного мозга – картина диффузной лейкодистрофии головного мозга (гипомиелиновой?). Таким образом, диагноз подтвержден генетически и методом нейровизуализации: Гипомиелинизирующая лейкодистрофия, тип 13. Синдром гиперфосфатазии с умственной отсталостью, тип 4 (?). Планируется генетическое дообследование – Валидация мутации c.160G>C (p.Val 54 Leu) по 2 экзоне гена C11ORF73 хромосомы 11 методом прямого автоматического секвенирования у трио. Поиск второй мутации в гене PGAP 3 методом прямого автоматического секвенирования по Сэнгеру. В плане – микроматричный хромосомный анализ экзонного уровня (поиск делеций/дупликация в гене PGAP3). В связи с наличием у ребенка синдрома гиперфосфатазии ребенку назначена низкобелковая диета, на фоне которой отмечалось снижение уровня щелочной фосфатазы до 433,5. Также на фоне проводимых реабилитационных мероприятий в виде массажа, лечебной гимнастики, Бобат-терапии, вертикализации, кинезиотейпирования, парафиновых аппликаций на верхние и нижние конечности, опорной стимуляции стоп, психолого-педагогических занятий отмечается положительная динамика в неврологическом статусе.

Выводы. В данном клиническом случае отображены особенности течения и трудности диагностики лейкодистрофий. Следует обратить внимание на сочетанное течение 2-х генетических синдромов и важности генетического обследования пациентов с неврологической симптоматикой.

ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ МЕТОДА КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ И РАБОТЫ НА ТРЕНАЖЕРЕ GALILEO В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ

Батышева Т.Т., Мельникова С.В., Селиванова Е.А., Позднякова Д.А., Пшемыская И.А.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Разработка и внедрение новых методов реабилитации для пациентов с редкими генетическими заболеваниями, такими как синдром Прадера-Вилли, является крайне актуальной задачей. Благодаря развитию генетического тестирования, данная патология может выявляться еще в период новорожденности, благодаря чему последующее своевременное лечение позволяет значительно улучшить прогноз развития заболевания. И перед врачами встает проблема раннего и комплексного подхода к реабилитации детей.

Цель. Изучить сочетание влияния метода кинезиотейпирования и работы на тренажере Galileo на мышечную силу по шкале MRC у детей с синдромом Прадера-Вилли.

Материалы и методы. На базе НПЦ ДПН проходили лечение 6 детей (от 4 месяцев до 3-х лет) с синдромом Прадера-Вилли. У всех детей наблюдался крайне низкий тонус мышц, выраженная задержка физического

развития, была нарушена координация движений, проявлялась задержка речевой активности, а также диагностировалась гипермобильность суставов. Проводилась оценка мышечной силы до и после курса процедур.

Результаты. Данное исследование показало, что в результате применения метода кинезиотейпирования и работы на тренажере Galileo в комплексной терапии, произошло повышение мышечной силы верхних и нижних конечностей: у 5 пациентов произошло повышение мышечной силы с 2 балов до 3 (по шкале MRC). Также произошло повышение двигательной активности и моторики ребенка, улучшилась координация движений.

Выводы. Применение сочетания метода кинезиотейпирования и работы на тренажере Galileo является методом лечения, позволяющим повысить эффективность медицинской реабилитации детей с синдромом Прадера-Вилли и может быть активно использована в сочетании с другими методами лечения и в кооперации с другими врачами у пациентов с самого раннего возраста.

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ ПО ДАННЫМ КАБИНЕТА ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МОСКВЕ В 2020 ГОДУ

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

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) это хроническое инвалидизирующее заболевание, нуждающееся в длительной терапии препаратами изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС). Наличие коморбидных заболеваний (КЗ) зачастую приводит к необходимости назначения дополнительной терапии, более избирательному подбору ПИТРС, а также к негативному течению самого заболевания.

Цель. Провести анализ представленности и частоты встречаемости коморбидных состояний у детей и подростков с рассеянным склерозом, наблюдающихся в городском кабинете РС и других демиелинизирующих заболеваний в 2020г.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации 41 пациента в возрасте 13 лет-17лет11мес с подтвержденным диагнозом “Рассеянный склероз, ремиттирующее течение“, состоящих в регистре в городском кабинете по лечению детей и подростков с рассеянным склерозом (РС) и другими демиелинизирующими заболеваниями по данным на октябрь 2020г.

Результаты. В группе детей и подростков из 41 пациента у 24 (58,5%) детей отмечались различные сопутствующие заболевания. У 10 (24,4%) детей отмечалось наличие двух и более сопутствующих диагнозов. Результаты представлены в таблице 1

Таблица 1. Перечень сопутствующих заболеваний в группе детей и подростков с рассеянным склерозом по данным на октябрь 2020г

Нозология	абс	%
Астено-невротический синдром	9	22
Головная боль напряжения	4	9,7
Мигрень без ауры	1	2,4
Хронический рецидивирующий увеит OU	2	4,8
Аутоимунный тиреоидит	2	4,8
Ихтиозная эритродермия. Нейродермит, лихеноидная форма, тяжелого течения	1	2,4
Псориаз	1	2,4
Неспецифический язвенный колит, панколит, гормонзависимая форма. Первичный склерозирующий холангит (аутоимунный)	1	2,4
Неалкогольная жировая болезнь печени. Аномалия развития толстого кишечника. Долихосигма. Энкопрез.	1	2,4
Состояние после оперативного лечения астроцитомы мозжечка	1	2,4
Ожирение	1	2,4
Внебольничная пневмония. Правосторонний гидропневматоракс.	1	2,4
Гипергомоцистеинемия. Наследственная тромбофилия	1	2,4
Аномалия Арнольда-Киари 1	1	2,4
Синдром Эллерса-Данлоса	1	2,4
Нарушение осанки по сколиотическому типу	3	7,3
Синдром удлиненного интервала QT	1	2,4
Вазовагальные обмороки	1	2,4
Реактивное депрессивное состояние	1	2,4
Невроз навязчивых состояний	1	2,4
Пароксизмальные дискинезии	1	2,4
Легкое когнитивное расстройство	1	2,4

Выводы. Таким образом, перечень сопутствующих заболеваний у детей и подростков с рассеянным склерозом широк. Часто отмечаются другие тяжелые хронические заболевания, в том числе аутоиммунного генеза, что приводит к необходимости назначения ПИТРС более осторожно, избегая негативного влияния на коморбидные состояния и учитывая повышенный риск осложнений.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ И ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Батышева Т.Т., Пшемыская И.А., Позднякова Д.А., Плиева А.М.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В последние десятилетия отмечается увеличение частоты наследственных болезней (НБ) и врожденных пороков развития (ВПР). Наследственные заболевания являются актуальной проблемой современного здравоохранения. По данным ВОЗ оценочное число наследственных болезней может достигать 10000, а количество больных – 10% всего населения земного шара. Первостепенная задача, стоящая перед лечащим врачом, состоит в исключении или подтверждении генетической природы заболевания, что позволяет определить тактику лечения, дать прогноз жизни и здоровья больному и его родственникам. Постановка клинического диагноза редкого заболевания часто бывает затруднена, особенно у новорожденных и детей раннего возраста. Прогресс лабораторной и инструментальной медицины и улучшение диагностики наследственных болезней и синдромов также способствует увеличению частоты выявления этой патологии. По данным ВОЗ, при генных болезнях в 31% отмечается хроническое течение и лишь в 11% случаев – успешное лечение.

Материалы и методы. Через ПНО №3 НПЦДП в 2018 году прошло 14 детей (2.02%) с наследственной патологией и 24 ребенка (3.46 %) с врожденными пороками развития, в 2019 году – 21 ребенок (3,38%) и 38 (5,0%) соответственно.

Результаты. Клинические проявления НБ очень разнообразны и часто имеет место полиорганная патология. Необходимо отметить, что среди ВПР большую часть занимают множественные ВПР с поражением нескольких органов и систем. Детям проводится комплекс обследований, включающий нейровизуализацию (РКТ, МРТ, НСГ), ЭЭГ, ЭНМГ, общеклиническое и биохимическое исследование крови, консультации специалистов (в том числе психиатра, при наличии показаний), консультация генетика с разработкой маршрута дообследования и наблюдения. Симптоматическое лечение показано при всех наследственных и врожденных заболеваниях. У детей, поступающих в НПЦДП, на первый план выходит патология нервной системы, задержка двигательного, познавательного и (до)речевого развития. Учитывая особенности наследственных и врожденных заболеваний, к абилитации таких пациентов необходим мультидисциплинарный подход. Данная группа детей имеет ряд ограничений по реабилитации со стороны групп органов и систем (наиболее часто сердечно-сосудистая система, органы мочевой системы, множественные гемангиомы и др.). Перед началом терапии ребенок должен быть осмотрен профильным специалистом с целью выработки совместной комплексной программы реабилитации и установки возможных ограничений. По данным ЭЭГ у ряда детей выявляется эпилептиформная активность, которая в дальнейшем проявляется эпилептическими пароксизмами. Необходимо отметить, что течение большинства заболеваний хроническое, и проведение восстановительной и поддерживающей терапии занимает длительное время. Каждый курс комплексной терапии необходимо проводить без перегрузки пациента, делая акцент на получение конкретного (пусть небольшого) результата в сочетании с психолого-педагогической, логопедической коррекцией. Большое место занимает работа с родителями, психологическое консультирование, обучение родителей педагогическим методикам домашних занятий и игровой терапии, навыкам лечебной физкультуры и гидротерапии, социально-средовой адаптации. Перегрузка таких детей электропроцедурами, медикаментозной нейротрофической терапией и другими реабилитационными методиками часто приводит к срыву адаптации, острым заболеваниям и обострениям хронической патологии.

БОЛЕЗНЬ МОЯМОЯ КАК ПРИЧИНА ИНСУЛЬТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Батышева Т.Т., Саржина М.Н., Кудрявцева О.И., Гасан О.С., Репп Ф.С., Мосина М.О.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Острое нарушение мозгового кровообращения в детском возрасте характеризуется особенностями этиологии, факторов риска, клинических проявлений и лечения по сравнению с инсультами у

взрослых, что требует особого внимания в неврологической практике. Ежегодная частота случаев инсульта у детей, включая инсульт у новорожденных, а также ишемический и геморрагический инсульт, колеблется от 3 до 25 на 100 000 детей в развитых странах. На внутричерепные артериопатии приходится, по разным оценкам, от 6% до 64% всех ишемических инсультов у детей. К такой патологии относится болезнь моямоя, которая характеризуется длительной и прогрессирующей окклюзией внутричерепных сегментов внутренних сонных артерий и начальных отделов передних и средних мозговых артерий. Этиология неизвестна, хотя нельзя исключить связь с генетическими и семейными факторами (Y. Kaneko et al., 1998). Во многих случаях патогенез является многофакторным, и, таким образом, определение причины обычно должно включать систематическую оценку состояния, все возможные причины. На основании головного мозга формируется сеть коллатеральных сосудов. Тип наследования аутосомно-доминантный с неполной пенетрантностью. Ген восприимчивости расположен на хромосоме 17. Наиболее частые симптомы инсультов у детей включают гемипарез и гемифациальную слабость у 67–90%, речевые нарушения у 20–50%, нарушение зрения у 10–15% и атаксию в 8–10%. У детей наблюдаются общемозговые симптомы, такие как головная боль у 20–50% и изменение психического статуса у 17–38%. Судороги чаще встречаются у детей, чем у взрослых, проявляясь от 15% до 25%, особенно у детей младше 6 лет. Клинические проявления варьируются в зависимости от возраста и типа инсульта. Причины инсульта у детей можно разделить на несколько категорий: кардиогенные, экстракраниальные артериопатии, внутричерепные артериопатии, тромбофилия, серповидноклеточная анемия и системные причины, такие как системная красная волчанка. Дети с артериопатиями типа моямоя имеют высокий риск развития повторных транзиторных ишемических атак (ТИА) и бессимптомных инфарктов головного мозга. Японским исследовательским комитетом по изучению болезни моямоя были разработаны диагностические критерии заболевания: 1) стеноз или тромбоз ВСА на уровне бифуркации, а также проксимальных отделов передней и СМА; 2) характерное расширение базальных коллатеральных артерий, особенно лентикулостриарных и таламоперфорирующих; 3) двусторонний характер поражения.

Материалы и методы. Представлен клинический случай.

Результаты. В НПЦ ДП поступил пациент К., который 11 лет длительно страдал эпизодическими головными болями. После 4 дней ежедневной головной боли рвота, нарушение речи с последующим угнетением сознания, доставлен по СМП в стационар. В неврологическом статусе у пациента выявлялся правосторонний спастический гемипарез, моторная афазия. На МРТ картина ишемического инсульта в бассейне левой СМА с локализацией, изменений в корково-подкорковых отделах заднелобно-теменной области слева. МР-ангиография-картина воспалительных изменений левой общей и внутренней сонных артерий, левой позвоночной артерии. Признаки ишемического инсульта левой лобной, островковой и теменной долей в острой стадии. Церебральная ангиография в динамике: Стеноз внутренней сонной артерии с окклюзией переднемозговой артерии, стеноз среднемозговой артерии. Стеноз правой переднемозговой артерии 95%.

Выводы. Золотым стандартом диагностики является церебральная ангиография, которая выявляет дымчатый вид артерий у основания черепа, что дало болезни название (в переводе с японского «моямоя» обозначает «клуб дыма»). При диагностированной болезни моямоя целесообразна консультация нейрохирурга для оценки необходимости реваскуляризации, генетика для решения вопроса о проведении генетического тестирования с целью поиска ассоциированных мутаций у пациента и родственников. Основное лечение болезни моямоя – хирургическая реваскуляризация. Клинически хирургическое вмешательство уменьшает ишемические симптомы, головную боль и риск кровотечения, а также значительно снижает частоту инсультов. Если признаки болезни моямоя выявляются на МРТ, то следует рассмотреть цифровую субтракционную ангиографию, так как этот метод увеличивает диагностическую чувствительность для болезни моямоя по сравнению с МРТ (включая способность лучше дифференцировать васкулит) и позволяет получить данные, необходимые для предоперационного планирования. В частности, трансдуральные коллатерали, визуализированные на ангиографии, являются специфическими биомаркерами заболевания, которые могут свидетельствовать об ангиогенном потенциале. Основой вторичной профилактики инсульта при болезни моямоя является хирургическая реваскуляризация.

НЕГОВОРЯЩИЕ ДЕТИ: НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НОРМЫ И СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА

Белякова С.М., Клочкова Н.Н., Подгорнова С.Ю., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность обусловлена тенденцией к росту детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР). Главная сложность – недостаточный уровень методической подготовки специалистов к работе с неговорящими

детьми, отсутствие определенной четкой системы и учебно-демонстративного обеспечения; недостаточность баз и условий для оказания помощи детям с ТНР в раннем возрасте

Цель. Озвучить и вынести на обсуждение проблему неоказания ранней помощи неговорящим детям, а также, описать при каких современных диагностиках мы можем эффективно помочь ребенку с ТНР. Задачи следующие: 1. Обозначить данную проблему для специалистов, работающих с детьми с задержками речи, а также для родителей, имеющих детей с ТНР, 2. Осветить разные позиции родителей детей, имеющих речевые проблемы в раннем возрасте, а также позиции специалистов по данному вопросу, 3. Выявить общие, основные критерии нарушений речи у детей в раннем возрасте, 4. Определить методы диагностики детей со специфическими расстройствами развития речи

Материалы и методы. Логопедическая диагностика включает в себя: обследование у ребенка понимание речи; предметного и глагольного словаря; слоговой структуры слов; уровня развития активной речи; состояния артикуляционного аппарата, наличие тонуса перед зеркалом и тактильно, состояние звукопроизношение; обследования на сформированность фонематического слуха.

Результаты. Существуют неврологические, психомоторные и речевые нормы, которые были разработаны нашими советскими учеными, неврологами Л.О.Бадаляном, а также в методических разработках о раннем развитии Пантюхиной Г.В., Печоры К.Л. (2006г.). Однако, в настоящее время мы видим тенденцию к росту числа детей с задержкой речевого развития. Они не соответствуют нормам, нет «сензитивного периода» и к трем-трем с половиной годам не говорят, т.н. «безречевые дети». Такие пациенты стали чаще диагностироваться в нашей больнице и в поликлиниках, это мы видим на практике и в своей работе. Родители часто занимают пассивную позицию в оказании помощи в развитии своих детей, не обращаются к специалистам, занимают «выжидательную» позицию вплоть до 5-ти лет. В таком случае, помощь оказывается несвоевременно, очень поздно, т.е. ребенок получает речевую задержку на 2-а – 3-и года. Есть категория родителей, которые объективно оценивают речевые трудности своего ребенка, но не могут найти специализированную помощь в поликлинике и в детском саду. В общедоступных частных развивающих центрах нет специализированной логопедической помощи для детей с такими речевыми проблемами и дети остаются безречевыми, упущен сензитивный период и мы имеем стойкую задержку по речи. Недостаточная подготовка специалистов к работе с неговорящими детьми также приводит к позиции ожидания (в поликлинике). Часто поликлиники неукомплектованы логопедами, которые могли бы заниматься системно с такой категорией детей. Неговорящие дети – это полиморфная группа. Они имеют стойкую речевую задержку, до 3-х – 4-х лет вообще могут молчать. При этом причины у всех разные, у кого-то недостаточность сенсорного восприятия, сенсорная депривация, неврологическая симптоматика, моторная недостаточность. Сложность заключается в том, что внешне сходная задержка речи может различна по своей структуре и механизмам возникновения. Она может наблюдаться как у детей с общим недоразвитием речи, так и у детей с ДЦП, аутизмом, нарушением слуха (при сохранном интеллекте). Нами были выявлены критерии (симптомы), которые чаще всего встречаются у детей с ТНР. Они встречаются как вместе, так и по одному: 1. Отклонения на доречевом этапе (период лепета, гуления); 2.Годовалый малыш не реагирует на голос родителей, свое имя (при этом у него нет проблем со слухом); 3. В год-два ребенок отказывается повторять слова и фразы за взрослым; 4. Отсутствие в два года активно используемых слов. В этом возрасте малыш уже должен использовать простые слова, чтобы дать понять взрослым, чего он хочет и что его беспокоит; 5. К трем годам ребенок не формирует из слов фразы.

Выводы. Необходимо раннее выявление и диагностика нарушения речевого развития у детей; максимальное сокращение разрыва между началом целенаправленной работы и определением первичного нарушения в развитии ребенка.

РАЗВИТИЕ АКТИВНОСТЕЙ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ДЦП В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Беркутова И.Ю

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

Актуальность. Любая активность ребёнка связана с движением. Самообслуживание, игра, перемещения в пространстве, коммуникация и многое другое. Между тем, на практике, во время проведения занятий по двигательной реабилитации, практически не уделяется внимание целенаправленному развитию активностей повседневной жизни. Используемые упражнения направлены, в первую очередь, на развитие физических качеств. Но дети с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР) далеко не всегда могут использовать полученные на занятиях навыки в повседневных рутинах.

Цель. Проанализировать уровень информированности родителей о необходимости целенаправленного развития активностей повседневной жизни ребёнка (навыков самообслуживания, способах перемещениях и позиционирования, игровой и продуктивной деятельности) в процессе реабилитации.

Материалы и методы. Структурированное интервью родителей, основанное на концепции Международной классификации функционирования (МКФ) и наблюдение за детьми. В исследовании приняли участие 10 семей. На вопросы ответили 9 мам и 1 папа, под наблюдением в течение одного месяца было 10 детей в возрасте от 7 до 15 лет с двигательными нарушениями (4-5 уровень по GMFCS и MACS).

Результаты. Только в одной семье ребёнок регулярно получает эрготерапевтическую помощь. Трое родителей осознают важность такой работы с ребёнком, но не имеют возможности получать подобную помощь из-за отсутствия специалиста. Четверо сказали о том, что задумываются о необходимости обучать ребёнка навыкам самообслуживания, но не уделяют этому времени из-за загруженности занятиями. А 7 человек вообще никогда не задумывались об этом и искренне считают, что ребёнок сам со временем чему-то научится. При этом, проведённое наблюдение выявило абсолютное отсутствие навыков самообслуживания у 5(50%) детей. Двое (20%) детей могли самостоятельно есть твердую пищу руками и только один (10%) ребёнок с помощью адаптированной ложки. При переодеваниях все десять детей были пассивны и только двое могли самостоятельно стянуть шапку и носки. Все (100%) дети постоянно были в памперсах, при этом у них не было анатомических и функциональных причин для отсутствия контроля за функциями тазовых органов. Родители признались в том, что они не знают, как можно обучить ребёнка контролировать данный процесс. У 8 (80%) детей игрушки и игры категорически не соответствовали возрасту, дети в свободное время в основном смотрели мультики на планшете. Четверо (40%) детей использовали речь в качестве коммуникации, двое частично использовали методы АДК (альтернативная и дополнительная коммуникация), в остальных семьях не было отлаженной системы коммуникации с ребёнком. Лишь двоим детям обеспечивалось правильное позиционирование в течение дня. Остальные родители были не в курсе о важности данного подхода.

Выводы. Основным видом помощи детям с ДЦП со стороны специалистов по двигательной реабилитации является активное и пассивное движение. Поэтому мы считаем актуальным включение целенаправленного развития активностей повседневной жизни в систему непрерывной физической реабилитации детей и подростков с двигательными нарушениями путём включения профильного специалиста (эрготерапевта) в междисциплинарную команду.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, ПРИ ПОМОЩИ ПАРАЛИМПИЙСКОГО ВИДА СПОРТА БОЧЧА

Беспятых О.Ю.[1], Жданов Д.М.[2]

[1]ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет», г. Киров, Кировская область

[2]КОГКУСО «Кирово- Чепецкий реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», г. Кирово-Чепецк, Кировская область

Цель. Оценить возможность физической реабилитации детей, имеющих поражения опорно-двигательного аппарата, при помощи паралимпийского вида спорта – бочча.

Материалы и методы. Мы проанализировали нормативную документацию Параолимпийского комитета Российской Федерации, научно-методическую литературу, а также опыт и результаты работы секции бочча при ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет» (г.Киров). Для контроля за кровообращением в пораженных конечностях был применен метод инфракрасной термометрии.

Результаты. Игра бочча была выбрана на основе оценки достаточно эффективных методов и средств, имеющих оздоровительную направленность и способствующих целенаправленному формированию и коррекции двигательных навыков людей, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата. У спортсменов игры бочча наблюдаем положительную динамику в восстановлении некоторых локомоторных функций. Тем не менее, восстановление сниженных и нарушенных функций у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата является очень трудоемким процессом, который длится многие годы, поэтому главной задачей в физической реабилитации данной категории людей, считается увеличение эффективности осуществляемых мероприятий, что требует разработки соответствующих критериев (шкалы) оценки результатов физической реабилитации. То есть, возникает противоречие: необходимо оценить процесс физической реабилитации детей с поражениями опорно-двигательного аппарата, однако критерии такой оценки отсутствуют. Исходя из вышеизложенного противоречия, сформулировали научную проблему: необходимо разработать и обосновать содержание критериев оценки эффективности физической реабилитации детей с нарушениями локомоторных функций. Нами был применен научно-исследовательский метод «инфракрасной термометрии». В качестве объекта исследования довольно часто используют термограмму кисти пациента как достаточно объективного источника информации о выраженности сосудистых реакций, оценки функционального состояния периферического кровообращения путём определения

исходного инфракрасного излучения. Предварительный анализ термограмм показал, что у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата после занятия бочча происходило повышение температуры фаланг пальцев на 3–4 градуса. Наибольшее увеличение значения кожной температуры отмечено в проксимальной фаланге пальцев, чем в дистальной, и в фалангах 2 и 3 пальцев по сравнению с 4 и 5 пальцами. Положительные результаты первых экспериментов по применению «инфракрасной термометрии» в оценке эффективности физической реабилитации детей с нарушениями локомоторных функций свидетельствуют о необходимости продолжения исследований в этом направлении.

Выводы. Физическая реабилитация детей, имеющих поражения опорно-двигательного аппарата, при помощи бочча может являться эффективным методом. Для повышения эффективности проводимых мероприятий необходимо разработать и обосновать критерии оценки результатов физической реабилитации. Одним из таких методов может быть метод «инфракрасной термометрии».

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Бобылова М.Ю., Аскевова М.А., Шанавазова М.Д.
ООО «Институт детской неврологии и эпилепсии им. Святителя Луки», г. Москва
ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ, г. Махачкала, республика Дагестан

Актуальность. Врожденный гипотиреоз (ВГ) – нарушение секреции гормонов щитовидной железы (ЩЖ) является одним из наиболее часто встречающихся врожденных заболеваний желез внутренней секреции, в отсутствие своевременной диагностики и лечения приводящее к тяжелой инвалидизации.

Цель. Описание клинического случая врожденного гипотиреоза как причины развития патологии нервной системы.

Результаты. Пациентка У.А., 10 л. 6 мес. (12.07.2009), наблюдается и получает восстановительное лечение в РЦДПОВ с возраста 5 лет с диагнозом: Симптоматическая эпилепсия. Врожденный гипотиреоз. Перинатальный анамнез: девочка от 3-й беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания и анемии. В возрасте 7 месяцев диагностирован гипотиреоз, назначена заместительная терапия,регулярно принимает L-тироксин. В дальнейшем генетиком, диагностирована тетрасомия по коротким и частично длинным плечам хромосомы 15. При осмотре: повышенный тип телосложения, рост 140 см., вес 40 кг, ИМТ-20,4. Неврологический статус: Сознание ясное. Девочка обращенную речь практически не понимает, не ориентирована в пространстве, времени, и собственной личности. Двигательная сфера: задержка моторного развития – девочка не ходит, стоит и сидит с поддержкой, голову удерживает, ползает. Рефлекс Бабинского с 2-х сторон. Мышечная сила в руках 3 балла, в ногах- 3 балла. Мышечный тонус диффузно снижен. Функции тазовых органов контролирует частично. Гормональный статус: ТТГ 5,53 (N 0,3-3,9), Т3 4,7 (N), Т4 12,6 (N), анти-ТГ 19,2 (N), анти-ТП 1,99 (N). Поставлен клинический диагноз: Тетрасомия по коротким и частично длинным плечам хромосомы 15. Врожденный первичный гипотиреоз. Умственная отсталость умеренной степени на границе с тяжелой степенью Симптоматическая эпилепсия в виде частых комплексных клонических, тонических приступов в левых конечностях, билатеральных тонико-клонических приступов, частых типичных абсансов. Фармакологическая резистентность.

Выводы. При ВГ в первую очередь отмечается задержка психомоторного развития, нарушение слуха и речи, отставание интеллектуального развития вплоть до кретинизма. Дефицит тиреоидных гормонов приводит к замедлению развития мозга, уменьшению количества нейронов и глиальных клеток, снижению содержания миелина, снижению плотности аксонов и синапсов, что сказывается на психомоторном, речевом и интеллектуальном развитии ребенка. ВГ в случае поздней диагностики может быть причиной тяжелых необратимых нарушений развития ребенка. Учитывая неуклонный рост заболеваний ЩЖ, проведение скрининга на ВГ является основным методом для предотвращения развития необратимых последствий в виде прогрессирующей умственной отсталости.

СИНДРОМ ВЕСТА ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

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

Актуальность. Синдром Веста (СВ) – возрастзависимый эпилептический синдром, относящийся к группе младенческих эпилептических энцефалопатий, основными признаками которого являются эпи-

лептические приступы по типу инфантильных спазмов (ИС), задержка психомоторного развития и наличие гипсаритмии на электроэнцефалограмме. Современные представления об этиологии СВ основываются на разделении данного заболевания на симптоматические и криптогенные формы. Этиологические факторы синдрома Веста принято подразделять на пренатальные, перинатальные и постнатальные. Среди перинатальных факторов частота внутриутробных инфекций в развитии заболевания варьирует от 3 до 11%.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились два ребенка с симптоматическими ИС при врожденной цитомегаловирусной инфекции и врожденном сифилисе.

Результаты. Особенностями клинической картины являлись множественные стигмы дизэмбриогенеза, спастический тетрапарез, грубая задержка психомоторного развития, которая предшествовала дебюту судорожного синдрома; возникновение эпилептических пароксизмов в возрасте 6–7 месяцев жизни. Эпилептические приступы наблюдались ежедневно, имели характер многократных серийных симметричных или асимметричных флексорно-экстензорных спазмов. Инфантильные спазмы были резистентны к проводимой антиконвульсантной терапии. На ЭЭГ зарегистрирована постоянная эпиактивность в виде острых вол и комплексов острая медленная волна высокой амплитуды, картина атипичной гипсаритмии. При нейровизуализации в обоих случаях определялись диффузные изменения больших полушарий мозга с дегенерацией белого и серого вещества и расширение желудочковой системы, наличие больших участков жидкостной плотности (при врожденном сифилисе), гипоплазия мозолистого тела и спинного мозга (при врожденной цитомегаловирусной инфекции).

Выводы. Таким образом, инфицирование плода возбудителем сифилиса и цитомегаловирусом привело к грубой энцефаломаляции в результате внутриутробного деструктивного процесса и формированию порока развития центральной нервной системы. После рождения ребенка инфекционное поражение центральной нервной системы проявилось грубой задержкой психомоторного развития и присоединением инфантильных спазмов. Синдром Веста остается сложной проблемой в эпилептологии детского возраста. Они относятся к резистентным формам эпилепсии и, как правило, трансформируются в другие эпилептические синдромы, приводя к глубокой инвалидизации, несмотря на разработку новых методов лечения.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Боровицкая М.Ш., Грищенко М.В., Тихомирова Е.А., Коровина Н.Ю., Ерохина О.В., Гаджиалиева З.М., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Изучение электрокардиографических особенностей у детей с детским аутизмом может давать дополнительную информацию о функционировании регуляторных систем головного мозга.

Цель. Оценить особенности функционального состояния сердечно-сосудистой системы по данным ЭКГ у детей с аутизмом различных возрастных групп.

Материалы и методы. Обследовано 19 пациентов: 11 в возрасте от 2 до 6 лет и 8 в возрасте от 7 до 13 лет (средний возраст 3,64 +/- 1,1 и 8,25 +/- 1,2 соответственно) с установленным диагнозом “Детский аутизм”. Всем обследуемым проводилась электрокардиография в 12-ти стандартных отведениях на электрокардиографе Schiller AT 102 plus.

Результаты. В роли основного водителя ритма в обеих возрастных группах является синусовый узел, однако, и в младшей, и в старшей группах выявлено по 2 пациента с замещающим правопредсердным водителем ритма (18 % и 25 % соответственно). У большинства детей отмечается достаточная регулярность сердечных сокращений и только у 2 пациентов младшей группы (18%) зарегистрирована выраженная синусовая аритмия. Для группы младшего возраста оказалось более характерно наличие брадикардии разной степени выраженности – 7(63%) человек у 2 (18%) детей отмечалась тахикардия. В старшей возрастной группе отмечается нормокардия у 3 (37%) детей, тахикардия также у 3 (37,5%) детей, брадикардия – у 2(25%) детей. Признаки преждевременного возбуждения желудочков выявились у единственного пациента из старшей возрастной группы (12,5 %). Нарушения проводимости представлены наличием неполной блокады правой ножки пучка Гиса в младшей возрастной группе – у 4 детей (36%). Синдром ранней реполяризации желудочков обнаружен у 1 ребенка из младшей группы и у 1 ребенка из старшей (9% и 12,5 % соответственно).

Выводы. Таким образом, для пациентов младшего возраста наиболее характерным оказалось наличие брадикардии разной степени выраженности. У детей более старшего возраста отмечается неравномер-

ность регулярности сердечных сокращений, что требует дальнейшего изучения электрокардиографических показателей.

ВАЖНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОГО НАЧАЛА ПРОВЕДЕНИЯ ВОЙТА-ТЕРАПИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Бурмистрова А.И., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. С каждым годом технологии и оборудование позволяют сохранить жизнь глубоко недоношенным детям с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. В связи с этим остро встает вопрос о необходимости их дальнейшей реабилитации, поскольку такие дети угрожаемы по формированию задержек психомоторного развития. Как только стабилизированы жизненные показатели ребенка необходимо определить тактику его дальнейшего лечения. Одной из самых эффективных методик на текущий момент является Войта-терапия, позволяющая работать с детьми любого возраста и степени тяжести поражения центральной нервной системы. Одним из ключевых элементов в применении Войта-терапии для недоношенных детей с перинатальным поражением центральной нервной системы является раннее начало терапии (в течение первых 4–5 месяцев жизни). Если начать терапию вовремя, есть шанс минимизировать моторный дефицит, а в некоторых случаях – полностью ликвидировать его.

Цель. Рассмотреть на примере отдельно взятого ребенка влияние Войта-терапии на двигательное развитие.

Материалы и методы. В возрасте шести месяцев и двух недель врачом ЛФК был осмотрен ребенок В., рожденный на 28–29 неделе гестации, с весом при рождении 1240г, с оценкой по шкале Апгар 5\6 баллов и выписанный в возрасте месяца с диагнозом «Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-ишемического генеза». На момент осмотра: асимметрия положения корпуса и головы в положении на спине и на животе, самостоятельно переворачивался на бок через левую сторону; в положении на животе опора на локти недостаточная, хуже слева; захват предмета сформирован недостаточно, хуже слева; пытается ползать вокруг своей оси. Двигательное развитие ребенка оценивалось на 3,5–4 месяца. Было принято решение о необходимости проведения данному ребенку Войта-терапии. Занятия проводились амбулаторно на базе НПЦ ДП в течение двух недель. Параллельно проводимым занятиям происходило обучение мамы. Таким образом, ребенок получал терапию ежедневно 2–3 раза в день.

Результаты. По прошествии двух недель занятий ребенок адаптировался к нагрузке и почти полностью ликвидировал свой моторный дефицит: начал самостоятельно переворачиваться со спины на живот и с живота на спину через обе стороны, в положении на животе опирается на выпрямленные руки, предпринимает активные попытки ползти по-пластунски, сформировал более уверенный захват и манипулирование предметом. Ребенок продолжает получать Войта-терапию в том же объеме.

Выводы. Таким образом, данный клинический случай успешного проведения Войта-терапии у глубоко недоношенного ребенка с очень низкой массой тела при рождении и диагностированным перинатальным поражением центральной нервной системы подтверждает идею о необходимости и целесообразности раннего начала проведения реабилитационного лечения в целом и Войта-терапии в частности.

БИОМЕХАНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ (БМЛ) КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ДЦП, GMFCS I-II ДЛЯ СОЗДАНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ПРОТОКОЛА БОТУЛИНОТЕРАПИИ (БТА)

Валиев В.К.[1], Иванов Ю.И.[1], Чумакова А.М.[1], Красавина Д.А.[1], Аксенов А.Ю.[1]
[1]ФГБУ ДПО Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов Минтруда России, г. Санкт-Петербург,
[2]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Современные аспекты реабилитации детей с ДЦП, GMFCS I–II требуют применения исследований в биомеханической лаборатории (БМЛ), которая позволяет четко оценить паттерн ходьбы и выявить первичные узлы дефицита движения. Полученные данные помогают создать эффективные протоколы ботулинотерапии (БТА) и правильно ортезировать этих детей.

Цель. Акцентировать необходимость проведения исследований биомеханики ходьбы у детей с диагнозом ДЦП GMFCS I–II для создания эффективной программы реабилитации (протоколы БТА, ортезирование).

Материалы и методы. В исследовании участвовали 3 пациента с диагнозом ДЦП (по GMFCS I–II) в возрасте от 6 до 16 лет, которые длительное время не получали БТА терапию. Все имели жалобы на резкое снижение темпа ходьбы, быструю утомляемость, шаткость походки. Все дети прошли единый алгоритм обследования: ортопедический осмотр, оценка по шкалам MAS и MTS. После проведенного общего клинического осмотра, не сформировав четкий протокол инъекций, дети были направлены в БМЛ.

Результаты. По результатам биомеханического исследования было выявлено, что у первых двух пациентов первичный узел дефицита движения находился в голеностопных суставах, что не было отмечено при оценке ходьбы в клинике. В фазу опоры на пятку в голеностопном суставе отмечалось снижение амплитуды движения (тыльного сгибания), вследствие чего период начального контакта стопы с опорой приходился на средний и передний отделы стопы. В данном паттерне ходьбы отмечается повышение тонуса в трехглавой мышце голени и снижение тонуса в большеберцовой мышце (не активна). Выявленная патология в голеностопном суставе является первичным узлом дефицита движения, провоцируя ряд изменений в биомеханике коленного и тазобедренного суставов. На базе полученных данных детям была проведена БТА в икроножные мышцы в возрастных дозах, электростимуляция передних большеберцовых мышцы №10 и ортезирование (AFO). У третьего ребенка 16 лет в качестве первичного узла дефицита выступала несимметричность движения в коленных суставах. Во время фазы переноса конечности правое колено сгибалось в неполном объеме, что, в свою очередь, способствовало изменению биомеханики движения тазобедренного, голеностопного сустава и стопы. Этому ребенку была проведена БТА мышц наружных ротаторов бедра, ЛФК и электростимуляция передней большеберцовой мышцы, переднюю и внутреннюю группу мышц бедра №10. Повторный клинический осмотр и результаты БМЛ выявили улучшение показателей темпа ходьбы, длинны шага и выносливости и т.д.

Выводы. БМЛ позволяет выявить первичный узел дефицита и мышцы заинтересованные в спастике, что помогает создать оптимальный протокол БТА.

ПОКАЗАТЕЛИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Галашевская А.А.[1], Почкайло А.С.[1], Борисенко Т.Д.[2]

[1]ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь,
[2]УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска, г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. На сегодняшний день известно, что необходимым условием для нормального функционирования многих органов и систем является адекватная обеспеченность организма витамином D. Согласно данным эпидемиологических исследований во всем мире отмечается высокая распространенность дефицита витамина D среди детского населения. Дети с хронической неврологической патологией имеют более высокий риск развития дефицита витамина D по ряду причин, включая недостаточную инсоляцию, низкое поступление витамина D с пищей, длительный прием противоэпилептических лекарственных средств.

Цель. Оценить обеспеченность витамином D детей с хроническими неврологическими заболеваниями.

Материалы и методы. В республиканском центре детского остеопороза, функционирующем на базе УЗ «Минская областная детская клиническая больница», с 2018 по 2020 годы обследовано 142 пациента (89 мальчиков и 53 девочки) в возрасте от 2 до 18 лет с хроническими неврологическими заболеваниями. Средний возраст пациентов составил 9,9 (6,9; 12,6) лет. В структуре обследованного контингента 26,8% (n=38) составили пациенты с детским церебральным параличом, 41,5% (n=59) – с нейромышечными заболеваниями, 16,2% (n=23) – с эпилепсией, 15,5% (n=22) – с другими хроническими неврологическими заболеваниями. Из всех обследованных 44,4% (n=63) пациента получали противоэпилептические лекарственные средства. Определение уровня 25-гидроксивитамина D (25(OH)D) проводился методом электрохемилюминисценции. Интерпретацию результатов осуществляли в соответствии с международными рекомендациями «Practical guidelines for supplementation of Vitamin D and treatment of deficits in Central Europe» (2013г.): дефицит витамина D регистрировался при уровне 25(OH)D менее 20 нг/мл, субоптимальный статус – 20–30 нг/мл, оптимальный (адекватный) статус – 30–50 нг/мл, высокий уровень – 50–100 нг/мл.

Результаты. Средняя концентрация 25(OH)D у обследованных пациентов составила 18,18 (13,07; 26,94) нг/мл. При этом минимальное зарегистрированное значение составило 2,3 нг/мл, максимальное – 76,6 нг/мл. Анализ уровней 25(OH)D в сыворотке крови обследованных пациентов показал, что лишь у 14,8% (n=21) пациентов отмечался оптимальный статус обеспеченности витамином D. У 56,3% (n=80) детей был выявлен

дефицит витамина D, у 26,1% (n=37) – субоптимальный статус (недостаточность витамина D), а у 2,8% (n=4) пациентов зарегистрированы высокие уровни витамина D. Тяжелый дефицит витамина D выявлен у 16,9% (n=24) пациентов. Наблюдалась слабая отрицательная корреляционная связь между возрастом и уровнем 25-гидроксивитамина D (rs=-0,27, p=0,001). Не выявлено статистически значимых различий в уровнях 25(OH)D между мальчиками и девочками (U=2022,5; p=0,113), а также при применении противоэпилептических лекарственных средств и без их применения (U=2158,0; p=0,175).

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой распространенности дефицита витамина D у детей с хроническими неврологическими заболеваниями, что свидетельствует о необходимости мониторинга уровня 25(OH)D в сыворотке крови в процессе ведения пациентов данной категории, а также необходимости назначения лекарственных средств на основе витамина D с целью как медицинской профилактики, так и лечения выявленного дефицита витамина D.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ СО СТОЙКИМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Галашевская А.А.[1], Почкайло А.С.[1], Водянова О.В.[1,2]

[1]ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь,
[2]УЗ «Минская областная детская клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Неуклонный рост инвалидизации среди детей, имеющих неврологическую патологию, а также прогнозируемый рост заболеваемости остеопорозом во всем мире определяет актуальность изучения отдельных аспектов данных патологий. Хронические заболевания нервной системы, особенно сопровождающиеся стойкими двигательными нарушениями, являются одной из основных причин развития вторичного остеопороза и ассоциированных с ним переломов. Низкая минеральная плотность кости (МПК) может выступать в качестве неинвазивного информативного предиктора переломов.

Цель. Оценить минеральную плотность костной ткани и определить частоту встречаемости остеопороза у детей с хронической неврологической патологией, сопровождающейся стойкими двигательными нарушениями.

Материалы и методы. Исследование проводилось с 2019 по 2020 годы в республиканском центре детского остеопороза, функционирующем на базе УЗ «Минская областная детская клиническая больница». В исследование включены 49 пациентов в возрасте 3–18 лет с хроническими неврологическими заболеваниями, сопровождающимися стойкими двигательными нарушениями (передвижение в коляске/инвалидном кресле). Из обследованных пациентов мальчики составили 45% (n=22), девочки 55% (n=27). Средний возраст пациентов составил 8,4 (5,8; 12,2) лет. В структуре обследованного контингента 51% (n=25) составили пациенты с детским церебральным параличом с уровнем GMFCS IV–V, 49% (n=24) – с другими хроническими неврологическими заболеваниями, сопровождающимися стойкими двигательными нарушениями. У 16% (n=8) пациентов выявлены низкотравматические переломы в анамнезе. МПК определена методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии по педиатрическим программам исследования: поясничного отдела позвоночника (L1–L4) – у 44 пациентов, всего тела без включения костей черепа (total body less head (TBLH) – у 49 пациентов.

Результаты. Показатели МПК у обследованных детей по программе TBLH составили 0,505 (0,424; 0,568) г/см^2, Z-критерий – -0,8 (-1,7; 2,9) SD; L1-L4 – 0,387 (0,317; 0,460) г/см^2, Z-критерий – -3,0 (-3,8; -1,8) SD. Низкая МПК при обследовании всего тела зарегистрирована у 20% (n=9) пациентов, в области L1–L4 – у 71% (n=35) пациентов. Установлена статистически значимая положительная умеренной силы корреляционная связь между уровнями МПК L1–L4 и МПК всего тела (rs=0,607; p=0,000). У детей с переломами в анамнезе отмечались статистически значимо более низкие показатели Z-критерия МПК, измеренной как в области L1–L4 (U=68,5; p=0,009), так и во всем теле (U=35,0; p=0,002). Не было выявлено статистически значимых различий в уровнях МПК по полу и нозологии. На основании анализа анамнеза переломов и показателей МПК у 14% (n=7) пациентов был верифицирован вторичный остеопороз, у 59% (n=29) – дефицит костной массы. Данным пациентам были даны рекомендации по лечению выявленных нарушений и последующему динамическому наблюдению.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения рентгеновской денситометрии у детей с хронической неврологической патологией, сопровождающейся стойкими двигательными нарушениями, с целью выявления пациентов с риском переломов, а также осуществления мониторинга за состоянием костной ткани у данной когорты пациентов.

ВРАЧЕБНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

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

Актуальность. Врачебная профессиональная консультация подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ОДА) является одним из этапов медико-социальной и трудовой реабилитации.

Целью работы явилось изучение возможности подбора профессии и учебного заведения подросткам с патологией ОДА при проведении врачебной профессиональной консультации.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 82 подростка с различными поражениями ОДА, в том числе детским церебральным параличом с нарушениями функций верхних и нижних конечностей, врожденными и посттравматическими дефектами кисти, деформациями и укорочениями конечностей. В качестве методического материала использовали Приказ МТ и СЗ РФ от 1 февраля 2018 г. № 46 «Об утверждении методических рекомендаций для специалистов органов службы занятости населения по организации работы с инвалидами, в том числе по оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудовых функций».

Результаты. Всем подросткам, прошедшим врачебную профессиональную консультацию, был рекомендован ряд основных и дополнительных специальностей, а также учебные заведения, где эти специальности можно получить. Подросткам с патологией ОДА мы не рекомендовали такие факторы, которые в будущем затрудняли бы качественное выполнение служебных обязанностей и неблагоприятно воздействовали на функции опорно-двигательного аппарата. В качестве примера №1 приводится Заключение по врачебной профессиональной консультации: Наташа Н., 17 лет. Диагноз: Последствия закрытой спинальной травмы; ушиб шейного отдела спинного мозга с наличием спастического тетрапареза более выраженного в нижних конечностях, средней тяжести. Анамнез заболевания. В возрасте 15-ти лет в ДТП получила травму шейного отдела позвоночника. Доставлена бригадой СМП в нейрохирургическое отделение больницы, где была прооперирована и получила необходимое лечение. Выписана на амбулаторный этап реабилитации. Наблюдалась у нейрохирурга, невролога, врача ЛФК, психолога. Получила реабилитацию и санаторно-курортное лечение в санатории Саки. На момент врачебной профессиональной консультации является инвалидом. Имеет место нарушение функции верхних и нижних конечностей. Интеллект сохранен. Учитывая состояние здоровья и желание девушки продолжать обучение для получения профессии, нами было рекомендовано обучение по очно-дистанционному типу в колледже Индустрии питания на специальность «бухгалтерский учет» по специально-адаптированной программе.

Выводы. Таким образом, ВПК подростков с отклонениями физического здоровья является междисциплинарной проблемой и требует от специалистов, занимающихся их абилитацией и реабилитацией, полипрофильного взаимодействия. Одним из медико-социальных и психолого-педагогических этапов реабилитации подростков, в том числе и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата врожденного и посттравматического генеза, является врачебная профессиональная консультация, позволяющая выбрать достойную профессию, способствующую улучшению качества их жизни и адаптации к современным социально-экономическим условиям.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР РАННЕГО ДЕБЮТА ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА

Давлицаров М.А., Чудопалова В.С., Редюхина Е.Д., Малышева Л.А.
ГУЗ Детская городская клиническая больница г. Тулы, Тульская область

Актуальность. Туберозный склероз (болезнь Бурневиля-Прингла) – наследственное нейрокожное заболевание из группы факоматозов, характеризующееся системным поражением внутренних органов, костей, глаз и кожи, с нарушением пролиферации, миграции и дифференциации клеток нейроглии. Частота встречаемости туберозного склероза у детей и подростков составляет 1 случай на 6800–12000 детского населения.

Цель. Проиллюстрировать значение своевременного выявления туберозного склероза на основании истории болезни ребенка Д., 8 месяцев, находящегося под наблюдением в ГУЗ Детская городская клиническая больница г. Тулы.

Результаты. Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в 6–7 недель, обострения хронического пиелонефрита. Роды 1, срочные. Вес при рождении 3540 см, длина 54 см. Оценка по Апгар: 7/8 баллов. Из родильного дома выписан на 5 сутки жизни в удовлетворительном состо-

янии. В возрасте 1 месяца при проведении Эхо-КГ выявлены множественные рабдомиомы миокарда, в результате чего в декабре 2019 ребенок госпитализирован в ТДОКБ с подозрением на туберозный склероз. Проведено МРТ головного мозга – картина туберозного склероза. ЭЭГ – эпилептиформной активности не выявлено. При осмотре выявлены гипопигментные пятна на нижних конечностях и туловище. В возрасте 4 месяцев дебют эпилепсии – экстензорные спазмы с кратковременным тоническим напряжением конечностей, заведением глаз и поворотом головы влево, частотой до 10 раз в сутки с длительностью припадков от нескольких секунд до нескольких минут. Назначена противосудорожная терапия. Приступы купированы с 30.03.2020. В возрасте 5 месяцев ВЭЭГМ – выявлена эпилептиформная активность в лобно-центральных и височных долях. Медико-генетическое исследование 18.04.2020 – выделена спорадическая однонуклеотидная замена, приводящая к образованию стоп-кодона в гене TSC2:NM_000548:exon17:c.G1832A:p.R611Q в гетерозиготном состоянии. С 27.05.2020 по 06.06.2020 стационарное лечение в НИКИ педиатрии им. Ю.Е. Вельтищева: Туберозный склероз. Структурная генетическая мультифокальная эпилепсия. Множественные рабдомиомы сердца. Ангиомиолипомы почек, единичные кисты почек, ХБП 1 стадия. ЭЭГ сна от 28.05.2020: эпилептиформная активность не зарегистрирована. Эхо-КГ от 05.06.2020: множественные гиперэхогенные образования (рабдомиомы) в полости правого и левого желудочков без признаков обструкции. Регургитация на ТК 1 степени. МРТ головного мозга от 04.06.2020: картина туберозного склероза с наличием кортикальных, субкортикальных туберсов, изменений белого вещества, обызвествленных субэпендимальных узлов. УЗИ почек от 06.06.2020: в паренхиме обеих почек немногочисленные ангиомиолипомы размерами до 0,4 х 0,2 см и единичные кисты размерами до 0,2 х 0,2 см, точечные гиперэхогенные включения. Эпилептолог от 05.06.2020 – Туберозный склероз. Структурная генетическая мультифокальная эпилепсия (эпилептические спазмы). В настоящее время проводится регулярное наблюдение за ребенком в динамике и коррекция терапии. Неврологические статус: положение активное. Форма черепа обычная. ЧМИ без особенностей. Менингеальной и общемозговой симптоматики нет. Объем активных и пассивных движений полный. Мышечный тонус физиологичен. Сухожильные рефлексы с рук и ног – живые, D=S. Точки выхода корешков безболезненны, симптомы натяжения отсутствуют. Голову держит. Переворачивается со спины на живот и обратно. Встает на четвереньки, ползает. Самостоятельно садится и сидит. Эмоционален, улыбается, смеется, в речи – активный лепет. Наличие множественных гипопигментных пятен на коже туловища и конечностей, седая прядь волос.

Выводы. Данный случай показывает пример классического течения туберозного склероза и подчеркивает необходимость своевременной диагностики данной патологии, начиная с момента определения рабдомиомы в сердце, с целью выбора и оптимизации лечебной тактики, позволившей достичь контроля над эпилептическими припадками и улучшить качество жизни ребенка.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЖУБЕР

Давлицаров М.А., Чудопалова В.С., Редюхина Е.Д., Малышева Л.А.
ГУЗ Детская городская клиническая больница г. Тулы, Тульская область

Актуальность. Синдром Жубер – наследственное заболевание с тремя основными признаками: аномалией мозжечка и ствола головного мозга, называемой симптомом «коренного зуба», гипотонией и задержкой развития. Известно 18 генов, мутации в которых приводят к синдрому Жубер. Распространенность заболевания от 1:80000 до 1:100000.

Цель. На основании истории болезни ребенка Д., 1 год, находящегося под наблюдением в ГУЗ ДГКБ г. Тулы, описать редкий клинический случай синдрома Жубер с выраженной задержкой моторного развития и миатоническим синдромом. Сопутствующий диагноз: Поликистоз почек, тип 1. Атрофия зрительных нервов OU. Слепота OU (отсутствие предметного зрения).

Результаты. Из анамнеза: ребенок от 4 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания. От 3 родов в 38 недель. На УЗИ плода выявлен поликистоз почек, киста печени. Вес 3550 г, длина 54 см. Оценка по Апгар: 8/8 баллов. Состояние после рождения средней степени тяжести, что обусловленно снижением мышечного тонуса, нечеткостью рефлексов, горизонтальным нистагмом. На 4 сутки жизни переведен в ГУЗ ТДОКБ: ВПР – поликистоз почек. Киста печени. Перинатальное гипоксически-ишемическое повреждение ЦНС, синдром снижения безусловно-рефлекторной активности. УЗИ почек и надпочечников от 25.03.2019 – мультикистоз почек с двух сторон. Генетик от 27.03.2019 – Поликистоз почек, инфантильный тип, аутосомно-доминантный тип наследования. РКТ брюшной полости от 01.04.2019 – в правой доле печени кистозный очаг размерами 26х17 мм. НСГ от 01.04.2019 – признаки гипоксии, незрелости головного мозга. На 20 сутки жизни переведен в ФГАУ НМИЦ Здоровья детей: Поликистоз почек, аутосомно-доминантный тип. Кистозная болезнь печени. Сопутствующий: Ишемия мозга. Консультирован генетиком, взят анализ крови на моле-

кулярно-генетическое обследование – панель «Наследственные болезни почек»: выявлен нуклеотидный вариант g.88530522dup в гетерозиготном состоянии и нуклеотидный вариант g.88465614_88465615del в гетерозиготном состоянии в гене CEP290, а так же патогенный вариант g2150466T>A в гетерозиготном состоянии в гене PKD1. Повторный курс лечения в ФГАУ НМИЦ Здоровья детей в июле 2019. ЗВП от 04.07.2019 – с обеих сторон выражено нарушение проведения зрительной афферентации на кору. ВЭЭГМ от 08.07.2019 – за время исследования эпилептиформной активности не зарегистрировано. Учитывая наличие у ребенка патологической глазной симптоматики, проведено МРТ ГМ от 11.07.2019 – выявлена аномалия задней черепной ямки, соответствующая симптому «коренного зуба»: глубокая межножковая ямка, сообщающаяся расширенным водопроводом мозга с четвертым желудочком; выпрямленные и утолщенные верхние ножки мозжечка; гипо/аплазия червя мозжечка; диспластический рисунок гемисфер мозжечка по типу полимикрогирии. Заключение: МР-картина соответствует изменениям, характерным для синдрома Жубер. Окулист– ангиопатия сосудов сетчатки, горизонтальный крупноразмашистый нистагм OU. Областной детский офтальмолог (март 2020) – атрофия зрительных нервов. Слепота OU (отсутствие предметного зрения). Генетик ТОПЦ – Синдром Жубера, аутосомно-рецессивный тип наследования. Поликистоз почек, тип 1, аутосомно-доминантный тип наследования. Последний курс лечения в мае 2020 в условиях ГУЗ ТО ЦДП: Синдром Жубер. Выраженная задержка моторного развития. Миотонический синдром. Соп: Поликистоз почек, тип 1. Атрофия зрительных нервов OU. Слепота OU (отсутствие предметного зрения). ЭМГ – патологии не выявлено. В настоящее время проводится регулярное наблюдение за ребенком в динамике. Неврологический статус: положение активное. Форма черепа обычная. Стигмирован: длинные ресницы, короткая шея, диспластичные ушные раковины, арахнодактилия. Менингеальной и общемозговой симптоматики нет. Взгляд не фиксирует, плавающие движения глазных яблок, горизонтальный крупноразмашистый нистагм. Объем активных и пассивных движений полный. Мышечный тонус снижен. Сухожильные рефлексы с рук и ног – несколько снижены, D=S. Голову держит непродолжительное время. Не ползает. Переворачивается со спины на живот и обратно. Самостоятельно не садится. Посаженный, сидит с поддержкой до 10 минут. При вертикализации нет опоры на стопы. В речи лепет. На обращение реагирует улыбкой, поворотом головы. Пьет из бутылочки, кушает размягченную пищу.

Выводы. Данный клинический случай свидетельствует о том, что синдром Жубер у ребенка Д. – случайная находка, обнаруженная при проведении обследований по поводу поликистоза почек (панель «Наследственные болезни почек» с изменениями в гене CEP290) и патологической глазной симптоматики (МРТ головного мозга с МР-картиной, характерной для синдрома Жубер), подтвержденная генетиком (на основании клинической картины – мышечная гипотония и выраженная задержка стато-моторного развития).

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПРИ НАРУШЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ

Давыдов А.Т.[1,2], Бутко Д.Ю.[1], Даниленко Л.А.[1], Артамонова М.В.[1]

[1]ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург,

[2]ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты РФ, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Особенности реабилитации подростков с детским церебральным параличом (ДЦП) при нарушении психических функций является важной задачей по повышению эффективности реабилитационных мероприятий.

Цель. Проанализированы особенности реабилитации ДЦП у подростков с нарушением психических функций.

Материалы и методы. Обследована группа подростков с ДЦП с нарушением психических функций в возрасте от 14 до 18 лет в количестве 110 человек с использованием базового набора международной классификации функционирования (МКФ). У всех подростков с ДЦП определяли 5 степеней нарушений психических функций: отсутствие нарушений; легкие нарушения; умеренные нарушения; тяжелые нарушения; абсолютные нарушения. В норме отсутствие нарушений психических функций средне-статистически задавалось в диапазоне от 0 до 4 %, легкие нарушения от 5 до 24 %, умеренные нарушения от 25 до 49 %, тяжелые нарушения от 50 до 95 % и абсолютные нарушения от 96 до 100 %. Реабилитационные мероприятия включали: психологическое консультирование, психологическую коррекцию, психологический тренинг, психологическую профилактику, медикаментозное лечение, динамическое наблюдение и функциональную терапию.

Результаты. Оказалось, что нарушений психических функций не выявлено у 9,9 %, выявлялись легкие нарушения у 30,1 %, умеренные нарушения у 36,4 %, тяжелые у 23,6 % подростков с ДЦП. Абсолютных нарушений психических функций не выявлено. У подростков с ДЦП при легких и умеренных нарушениях психических функций проводилось психологическое консультирование, психологическая коррекция, психологический тренинг и психологическая профилактика. В результате их проведения у 66,5 % подростков было отмечено достоверное улучшение функции темперамента и личности, функции экстраверсии, интраверсии; функции мотивации, умственных функций; функции поддержки и смены внимания, разделения внимания, способности уделять внимание; функции адекватности, регулирования и диапазона эмоций, функции аффекта, напряженности, беспокойства, радости, горя и функции сглаживания аффекта. У подростков с ДЦП при тяжелых нарушениях психических функций проводилось медикаментозное лечение, динамическое наблюдение и функциональная терапия. В результате их проведения у 23,6 % подростков было отмечено достоверное улучшение функции интеллектуального роста, функции восприятия; базовых познавательных функций; познавательных функций высокого уровня, функций абстрагирования и организации мышления; функций сложного межличностного взаимодействия; функций базисного межличностного взаимодействия, формирования и завершения отношений, функции контроля своего и поведения при взаимодействиях.

Выводы. Использование базового набора МКФ для диагностики ДЦП у подростков с нарушением психических функций достоверно улучшает реабилитационную и экспертную диагностику, постановку цели реабилитации, обоснование потребности в реабилитационных мероприятиях, выбор мероприятий и оценку эффективности реабилитации, а также повысить эффективность реабилитационных мероприятий у подростков с ДЦП и нарушением психических функций.

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

Дагаева А.Е., Асташкина Ю.В., Сафронова Н.А., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Митохондриальные болезни – заболевания, обусловленные генетическими, структурными, биохимическими дефектами митохондрий, приводящими к нарушениям тканевого дыхания. В основе MELAS-синдрома лежит нарушение тканевого дыхания и дефект энергетического метаболизма. На сегодняшний день известно около 10 генов, при дефекте которых наблюдается манифестация MELAS-синдрома. Средний возраст дебюта – 6–10 лет. Клиническая картина отличается гетерогенностью, включает острые инсультоподобные эпизоды, эпилептические приступы, непереносимость физических нагрузок вследствие мышечной слабости.

Цель. Оценка эффективности реабилитации пациента с MELAS-синдромом, проходившим реабилитацию в он-лайн формате в условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки по COVID-19.

Материалы и методы. Представлен клинический случай.

Результаты. Пациент М., 8 лет с жалобами на нарушения движения в правой руке и ноге, быструю утомляемость, частые боли в ногах, нечеткую речь, чрезмерную эмоциональность, снижение концентрации внимания, ночные страхи. В анамнезе: от 2 беременности в 39лет, на фоне токсикоза и гестоза в третьем триместре, от 2 самостоятельных родов на 41 неделе с родостимуляцией, вес 3930, Апгар 8/9 баллов. Раннее моторное и речевое развитие по возрасту. В 3 года 2 мес. – 1 эпизод лактат-ацидоза с многократной рвотой, фебрильными судорогами, утратой двигательной активности. На МРТ головного мозга с ангиографией – выраженное нарушение скорости кровотока в правом поперечном синусе, без видимых признаков тромбоза. Через 2 месяца-похожий эпизод. Ребёнок обследован в гематологическом отделении МДГКБ. Выставлен диагноз: гематогенная тромбофилия (носительство протромбогенных генетических полиморфизмов). После проведенного обследования генетиком НПЦДП ДЗМ выставлен окончательный диагноз: Митохондриальная миопатия с лактат-ацидозом и инсультоподобными эпизодами (MELAS): умеренный правосторонний гемипарез, атактический синдром, лёгкая умственная отсталость. В условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации из-за коронавируса COVID-19, реабилитация ребенка проводилась в дистанционном формате. Осмотрен дистанционно мультифункицональной бригадой в составе невролога, педиатра, психолога и логопеда, врача ЛФК. Рекомендован комплекс упражнений с инструктором ЛФК, направленный на улучшение амплитуды движений в паретичных конечностях, логопедическая коррекция для улучшения артикуляции, грамматического состава речи, занятия с психологом для нормализации. На фоне проводимых мероприятий отмечено увеличение амплитуды движений в паретичных конечностях, улучшение мелкой моторики в правой кисти, улучшение звукопроизношения.

Выводы. Своевременная, последовательная и непрерывная реабилитация пациентов с митохондриальной патологией является необходимым условием для минимизации выраженности двигательного и интеллектуального дефицита. Применение дистанционной платформы в условиях ограничительных мероприятий пандемии COVID-19 демонстрирует достаточную эффективность в решении основных задач реабилитации.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИОННО- ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ОН-ЛАЙН ФОРМАТЕ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ)

Дегтярева Н.Н., Ионова С.Н., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Тенденции развития современного мира таковы, что многие услуги теперь можно предоставлять дистанционно. Логопедическая практика не стала исключением. Преимущества он-лайн работы в возможности заниматься в комфортных условиях, не покидая своего рабочего места или квартиры, проще обеспечить непрерывность и регулярность коррекционной работы, избежать нежелательных контактов в условиях карантина. Занятия, проводимые онлайн, подходят взрослым, учитывая, что взрослый человек имеет достаточную мотивацию, усидчивость и самоконтроль. Детям с незначительными нарушениями звукопроизношения, где нет необходимости делать логопедический массаж, пассивную артикуляционную гимнастику или тактильно помочь ребёнку сделать ту или иную артикуляционную позу; чем старше и усидчивее ребенок, тем продуктивнее проходят он-лайн занятия; школьникам по коррекции произношения, заикания, дисграфии (нарушения письма), дислексии (нарушение чтения) и т.д. Но, он-лайн формат логопедических занятий в некоторых случаях имеет ограничения применения. В первую очередь, они не подходят безречевым детям. Учитывая ведущую роль игры в развитии ребенка раннего возраста, на занятиях необходимо использовать специальный дидактический материал (игрушки, различные предметы, а не картинки и изображения). Маленький ребёнок неусидчив, он не может долго удерживать внимание на чём-либо. Чаще всего маленькие дети негативно воспринимают формат он-лайн общения. Конечно, на данный момент существует множество компьютерных развивающих игр, но при формировании речи ведущей остается роль взрослого и непосредственное общение ребенка со взрослым. Он-лайн формат не подходит детям с нарушением мышечного тонуса и с особенностями строения артикуляционного аппарата, которым требуется механическая помощь специалиста, в частности, логопедический массаж, детям с СДВГ, РДА, РАС (не всегда). Минусы коррекционной работы, проводимой он-лайн: невозможность оценить мышечный тонус и провести дифференцированный логопедический массаж, помочь ребёнку сделать пассивную артикуляционную гимнастику; плохая связь (специалисту бывает очень сложно понять и оценить качество речи ребенка, и, в свою очередь, ребёнок может неверно воспринимать речь специалиста); домашняя обстановка, которая расслабляет и демотивирует ребёнка. Он чувствует себя максимально расслабленно, и это может стать хорошим поводом для «нерабочего» настроения. Именно поэтому, коррекционно-логопедические занятия с детьми раннего возраста мы рекомендуем проводить офф-лайн. Особенно хочется отметить роль мамы в коррекционном процессе формата он-лайн. Без ее участия продуктивность работы снижается в разы. В таком формате легко проводить обучение родителей. Полученные ими знания тут же применяются на практике, отслеживаются результаты. Такое сотрудничество обеспечивает максимальные результаты при работе в он-лайн формате.

АЗБУСНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ У ДЕТЕЙ

Дулимова А.В., Малышева Т.В., Гунченко М.М., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Азбусная или лекарственно-индуцированная головная боль у детей – одна из самых частых вторичных цефалгий, которая приводит к ухудшению качества жизни, снижению физических и умственных способностей у ребенка.

Цель. Дифференциальная диагностика, методы лечения и профилактика азбусной головной боли.

Материалы и методы. За месяц работы в амбулаторно-поликлиническом отделении из 122 обследованных детей выявлено, что 10 детей страдают первичными головными болями, у 2 отмечалась абузусная головная боль. Собраны жалобы, анамнез жизни, анамнез заболеваний, семейный анамнез, проведен ана-

лиз “дневников приступов”. Проведены обследования (магнитно-резонансная- томография, компьютерная томография головного мозга, рентгенография шейного отдела позвоночника, электроэнцефалография, консультация эпилептолога, офтальмолога, ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов шеи и головы). Дифференциальная диагностика проводилась с вторичными головными болями на фоне органического поражения центральной нервной системы: церебральными кистами, опухолями головного мозга, а также новой ежедневной персистирующей головной болью.

Результаты. У 2 (0,2%) детей отмечались ежедневные тупые головные боли давящего или сжимающего характера, незначительной или умеренной интенсивности до 15 и более дней в месяц на протяжении более 3 месяцев. Наибольшая сила боли отмечалась в утренние часы, ребенок ощущает усталость, снижение концентрации внимания, раздражительность, нарушение сна, страх появления или усиления боли. В лечении основным и эффективным методом является прекращение приема обезболивающих препаратов в сочетании информационно-образовательной беседой, мультидисциплинарных подходов, назначении транквилизаторов, нейролептиков, антиконвульсантов

Выводы. Одним из самых информативных методов обследования при лекарственно-индуцированной головной боли является введение дневника, в котором необходимо отмечать частоту и интенсивность приступов, симптомы, название, дозировку, кратность приема лекарственного средства.

РОЛЬ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ И ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПРАКТИКЕ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГБУ РО «ОДКБ»

Ефремова Т.Е.[1], Сафонова И.А.[2], Лобанова А.М.[1], Колтунова И.Ю.[1], Рыжкина Е.И.[1], Белашев С.В.[3], Агеева Э.А.[1], Ломакина А.А.[1]

[1]ГБУ РО «ОДКБ» г. Ростов–на–Дону, Ростовская область,
[2]ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону, Ростовская область,
[3]ГБУ РО «ПНД», г. Ростов- на- Дону, Ростовская область

Актуальность. Сенсорная интеграция в медицине стала развиваться еще с 60-х годов прошлого столетия в связи с выявлением большого количества случаев ментальных нарушений, сказывающихся на обучении и развитии детей. Были раскрыты причины сенсорных нарушений, их влияние на повседневную жизнь детей с такими нарушениями и на их родителей, а также пути и средства помощи. В настоящее время сенсорная интеграция не теряет своей значимости, что обусловлено довольно высокой распространенностью сенсорных дисфункций в детской популяции, которые имеют тенденцию к затяжному течению, требуя обследования и госпитализации, сопровождаясь риском утяжеления соматического заболевания, что приводит к ухудшению развития ребенка и качества жизни самого пациента и его семьи.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 64 пациента в возрастной группе 3–7 лет с расстройствами речевого и психического развития, проходивших курсы реабилитации в отделении медицинской реабилитации ГБУ РО «ОДКБ» г. Ростова-на-Дону в течение 2019 года. В исследовании использовались следующие методы и методики: обследование невролога с определением неврологического статуса и динамическим клиническим наблюдением в течение реабилитационных курсов; обследование психиатра с определение психического статуса и последующим динамическим наблюдением; обследование психолога с помощью экспериментально-психологического исследования и последующей ежедневной психокоррекцией; обследование логопеда-дефектолога с последующими ежедневными занятиями; полуструктурированное интервью с родителями, направленное на уточнение сведений о социально-психологическом статусе пациента, обстоятельствах жизни, болезни; анализ медицинской документации (история болезни, медицинская карта), данных параклинических методов исследования (магнитно-резонансной томографии головного мозга, спиральной компьютерной томографии головного мозга, электроэнцефалографии).

Результаты. В результате применения сенсорной интеграции в комплексной реабилитации у детей с речевыми и психическими нарушениями выявлено улучшение речевых, когнитивных функций, психоэмоциональной сферы, поведения.

Выводы. Применение занятий по сенсорной интеграции в комплексной реабилитации достаточно эффективно при ведении детей с речевыми и психическими нарушениями. Положительная динамика от проведенных мероприятий по сенсорной интеграции наблюдается в речевом развитии детей, в когнитивной сфере. Отмечается стабилизация психоэмоциональной сферы и поведенческих реакций детей с речевыми и психическими нарушениями.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА АЛЬТЕРНАТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Жеребцова В.А., Богомолова В.В.
ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», г. Тула, Тульская область

Актуальность. Альтернативная и аугментативная коммуникация (ААС) – относительно новое направление медицинской реабилитации, которое включает в себя методы, используемые для понимания вербальных сообщений людьми с отсутствием или существенными ограничениями устной речи. Коммуникативные и речевые нарушения являются очень актуальной проблемой, поскольку большая часть пациентов Центра — это дети с тяжелыми множественными нарушениями развития, у которых, в силу понятных причин, оказывается либо ограниченным, либо проблематичным речевое развитие.

Цель. Обзор практического опыта применения метода альтернативной коммуникации.

Результаты. В своей работе мы используем альтернативные формы коммуникации уже на этапе диагностических занятий. Это позволяет уточнить степень выраженности речевых и коммуникативных нарушений, поставить SMART–цели, на основе потенциальных возможностей и актуальных потребностей ребенка и его семьи, составить индивидуальную программу коррекционных мероприятий с учетом поставленных SMART–целей. Для выбора подходящей ребенку системы дополнительной коммуникации нами определяется уровень коммуникативного развития и когнитивные возможности ребёнка. Оценка коммуникативных навыков осуществляется с использованием методик:

- Макартуровский опросник: русская версия. Оценка речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста (М.Б. Елесеева, Е.А. Вершинина, В.Л. Рыскина);
- Матрица общения (Чарити Роуленд);
- Международная классификация функционирования (МКФ).

В зависимости от когнитивных, двигательных и коммуникативных возможностей ребенка и его потребностей, мы используем низкотехнологичные средства – реальные предметы, графические символы, картинки, на которые ребенок может указывать различными способами (взглядом, шлемом-указкой, частью тела), а также высокотехнологичные средства- устройства, разработанные специально для альтернативной коммуникации, либо компьютеры, планшеты с дополнительным программным обеспечением. На начальных уровнях коммуникации (1–3 уровень по матрице коммуникации) начинается с формирования интереса к другому человеку, намеренность и направленность коммуникации, умение разделять совместное внимание с партнером по общению, умение подражать коммуникативному партнеру и играть с ним в игры на очередность, делать выбор. Включение в занятия изображений начинается, когда ребенок может использовать общепринятые поведенческие реакции (4 уровень по матрице коммуникации). При добавлении изображений в коммуникацию нами проводится оценка уровня понимания символов, а также подбор их размера и количества. Коммуникативные доски в реабилитационных занятиях с ребенком мы используем в случае, когда из четырех основных мотивов общения он применяет не меньше двух. Для каждой активности коммуникативные доски составляются отдельно. Наряду с другими средствами альтернативной коммуникации нами используются высокотехнологичные средства, которые могут быть представлены устройствами, разработанными исключительно для ААС: системы управления взглядом (Ай-трекер) и программное обеспечение для коммуникации и обучения (Communicator 5, Look to Learn) и приложений с совмещением голоса и изображения (LetMeTalk, Linka). Важная роль отводится поддержке совместной активности ребенка с родителями и семьей, включению родителей в реабилитационные занятия, демонстрации, каким образом необходимо создавать обучающие и коммуникативные ситуации, как адаптировать коммуникативную среду в соответствии с возможностями ребенка. Дистанционные консультации родителей по вопросам реализации программы домашней реабилитации, позволяют оценить динамику достижения поставленных целей и, в случае необходимости, скорректировать их до следующей госпитализации.

Выводы. Наш опыт использования метода альтернативной коммуникации в программе медицинской реабилитации позволяет сделать выводы, что использование различных средств альтернативной коммуникации дает возможность:

- развивать коммуникативные навыки ребенка;
- развивать познавательные возможности ребенка;
- повысить активность и участие ребенка в общении;
- включить доступные ребенку средства коммуникации в ежедневную жизнь семьи, что способствует большей социализации ребенка с особыми потребностями и улучшению качества жизни как ребенка, так и семьи, в целом.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Жеребцова В.А., Григорьева Е.А.
ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», г.Тула, Тульская область

Актуальность. Церебральный паралич (ЦП) продолжает оставаться самым распространенным в мире физическим нарушением. Наряду с новыми эффективными методами помощи продолжается активное продвижение и применение устаревших, не получивших подтверждения своей эффективности и не соответствующих стандартам доказательной медицины методов.

Цель. Оценить методы, применяемые в ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» г.Тулы с точки зрения их эффективности. Найти место этих методов в опубликованном в 2020 году систематическом обзоре: «Положение дел в 2019 году: систематический обзор программ профилактики и помощи для детей с церебральным параличом», I. Novak (The University of Notre Dame Australia, Sydney).

Материалы и методы. Для каждого раздела реабилитации предусмотрено формирование SMART- цели, актуальной для ребенка и семьи. Соответственно, подбор методов, способствующих достижению поставленных целей. Реабилитация в нашем учреждении ведется по следующим направлениям:

1. Физическая реабилитация:
   - кинезиотерапия на укрепление определенных групп мышц, в том числе с использованием тренажеров и подвесов («зеленый цвет» – do it, S+),
   - занятия с использованием роботизированных комплексов «Локомат», «Пабло», «Мотомед» («желтый цвет» - probably do it, W+),
   - тренировка ходьбы с функциональной программируемой электростимуляцией («желтый цвет»),
   - обучение ходьбе с использованием технических средств (ходунков, костылей, тростей) («зеленый цвет»),
   - гидрокинезиотерапия в бассейне с инструктором(«желтый цвет»),
   - бимануальные тренировки, терапия с ограничением движения и др. («зеленый цвет»).
2. Коррекция спастичности и профилактика котрактур с целью снижения спастичности, увеличения объема движений, уменьшения болевых ощущений, улучшения качества ухода и качества жизни применяются препараты ботулинического токсина типа А. Мы применяем многоуровневые инъекции под контролем УЗИ («зеленый цвет»). У нас небольшой опыт работы с баклофеновыми помпами, в ТО лишь один ребенок получает лечение данным методом, двум детям проведена селективная дорзальная ризотомия. При генерализованной спастичности по показаниям применяются пероральные антиспастические препараты. Серийное гипсование полимерными материалами применяется как самостоятельный метод или в сочетании с ботулинотерапией («зеленый цвет»). Кроме этого, при необходимости, специалистами Центра изготавливаются ортезы из низкотемпературного пластика. С 2020 года проводится наблюдение детей с ЦП по программе CPUP. При выявлении отрицательной динамики принимается решение о коррекции программы реабилитации, ботулинотерапии, либо о направлении на оперативное лечение.
3. Оценка нутритивного статуса и его коррекция, оптимизация процесса кормления, лечение дисфагии («желтый цвет»). Учитывая частоту встречаемости дисфагии у детей с ЦП, в нашем Центре с 2019 года проводится видеофлюороскопическое обследование. По результатам исследований была подтверждена аспирация и установлены гастростомы («зеленый цвет») 8 детям, еще 5-и пациентам планируется установка гастростомы в ближайшее время. Педиатром нашего Центра проводится оценка соматического статуса детей с ДЦП с использованием центильных таблиц, в зависимости от уровня функционирования. При выявлении отклонений формируются рекомендации коррекции рациона и использования специальных продуктов и витаминых комплексов.
4. Альтернативная и аугментативная коммуникация. С целью объективной оценки исходного уровня развития коммуникативных навыков в настоящее время используется «Матрица общения». По результатам обследования специалист формирует программу по развитию альтернативной или дополнительной коммуникации с использованием низко или высокотехнологичных устройств. В Центре применяется система «Айтрекер» («желтый цвет») – управление компьютером при помощи взгляда и коммуникационная система «НейроЧат» на основе технологии интерфейса мозг-компьютер.
5. Подбор, адаптация и обучение использованию технических средств реабилитации
6. Домашние программы реабилитации («зеленый цвет»). Нашей основной задачей в настоящее время является мотивация семьи к сотрудничеству. Этому способствуют совместный выбор SMART-цели, использование метода мотивирующего интервью, подбор программы домашней реабилитации, которая не нарушает привычный распорядок жизни семьи (включение их в ежедневные рутинные события). Для поддержания мотивации, коррекции программы (при необходимости) мы активно используем телекоммуникационные каналы связи.

Результаты. Большинство практик, которые мы применяем в работе, представлены в систематическом обзоре (I.Novak et al. 2020) как эффективные и рекомендованные к применению.

Выводы. Большая часть методов, которые составляют основу комплексной индивидуальной программы реабилитации детей с церебральным параличом, имеют высокий уровень доказательности (S+) в соответствии с I. Novak et al. 2020 и рекомендованы к использованию. Часть методов, которые мы используем, отнесены к уровню W+, поскольку имеют многолетний убедительный опыт применения, но не имеют подтверждение в соответствии с современными требованиями, предъявляемыми к исследованиям. Возможно, при получении новых результатов исследований, эти методы будут отнесены к методам с высоким уровнем доказательности.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ «ИНДУЦИРОВАННОЙ ОГРАНИЧЕНИЕМ ТЕРАПИИ» И «БИМАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ» У ДЕТЕЙ С ЦП В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ

Жеребцова В.А., Катасонова О.Ю., Кынина Д.Ю., Ушакова С.Г.
ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», г.Тула, Тульская область

Актуальность. Двигательные нарушения являются одной из ведущих проблем у детей с церебральным параличом (ЦП). Нарушения функции по спастическому типу встречаются у более 80% детей с ЦП, из них двигательные нарушения с односторонним поражением встречаются в 1/3 случаев; дискинетические формы ЦП встречаются в 7% случаев, атаксические формы – в 4% случаев. При всех формах ЦП имеются нарушения функции верхних конечностей той или иной степени выраженности. Реабилитация, направленная на улучшение функционирования верхних конечностей у детей с различными формами ЦП, является одной из важных составляющих успешности реабилитационного процесса.

Целью применения методов терапии с ограничением и бимануальной терапии является улучшение функционирования вовлеченных верхних конечностей и, таким образом, увеличение продуктивного взаимодействия ребенка с окружающей средой.

Материалы и методы. Работа с детьми с ЦП в нашем учреждении строится на принципах мультидисциплинарного и семейноцентрированного подхода. При первичном осмотре ребенка с функциональными нарушениями верхних конечностей, команда специалистов проводит оценку степени спастичности по шкале Эшворта, степень моторной активности верхней конечности по шкале PMAL, бимануального функционирования тонкой моторики (BFMF). С учетом потребностей ребенка и запроса семьи определяются SMART-цели с последующим определением программы вмешательств. В своей работе мы активно используем методы, направленные на активное включение вовлеченной конечности. В случае преимущественного поражения одной из верхних конечностей, в реабилитационную программу включается метод индуцированной ограничением терапии (CI-терапия). Данный метод имеет высокий уровень доказательности при условии выполнения данной терапии не менее 2 часов в день, не менее 2 месяцев.

Результаты. Клинический пример проведения терапии с ограничением ребенку с гемипарезом: Маша К., 5 лет, ДЦП, левосторонний гемипарез, GMFCS I, MACS IV слева. Правой рукой Маша манипулирует без ограничений, левой может с трудом захватывать предметы. Маша регулярно получает ботулинотерапию (2–3 раза в год), в марте 2020 через неделю после инъекции было проведено гипсование здоровой руки на неделю. В течение периода госпитализации в нашем Центре для нее совместно с реабилитологами разработана программа для вовлеченной левой конечности с включением различных активностей, на основе интересов ребенка: Маша любит рисовать и собирать фигуры из конструктора, играть в различные сортеры, пазлы. SMART-цель для девочки: удерживает в левой руке крупные предметы (валик, кисть, цилиндры и др.) и совершает ими простые манипуляции (перекладывает, рисует и т.д.) в каждой подобной активности. По проведенной объективной оценке, было отмечено, что у Маши расширился активный диапазон движений, она может удерживать предметы и манипулировать ими вовлеченной рукой более продолжительное время. «Бимануальная терапия» (Bimanual training) ориентирована на активности, в которых ребенок использует обе верхние конечности вместе. SMART-цели подбираются с условием обязательного использования двух рук: откручивать крышку банки ведущей рукой, придерживая ее вовлеченной рукой, нанизывать бусины ведущей рукой, удерживая шнур вовлеченной рукой и т.п. Правильно подобранные задачи и соответствующее поощрение способствует успешности ребенка и, как следствие, возрастанию мотивации использования рук в бимануальных повседневных активностях. По результатам реабилитационных мероприятий, проводимых в Центре в период госпитализации, каждому ребенку индивидуально разрабатываются домашние реабилитационные программы с использованием повседневных активностей ребенка в достижении поставленных SMART-целей. С целью динамического наблюдения достижения и

своевременной коррекции поставленных целей, мы регулярно проводим дистанционное консультирование наших пациентов. На сайте нашего Центра мы размещаем собственные видеоматериалы по обучению навыкам самообслуживания, ссылки на другие важные информационные ресурсы.

Выводы Применение индуцированной ограничением и бимануальной терапии в комплексной программе реабилитации позволяет более продуктивно использовать вовлеченные верхние конечности в ежедневных активностях ребенка, повышая эффективность реабилитации.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. КООРДИНИРУЮЩАЯ РОЛЬ НЕВРОЛОГА В ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ДИСФАГИИ

Жеребцова В.А., Максименко А.А.
ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», г. Тула, Тульская область

Актуальность. Оказание помощи пациенту со множественными нарушениями подразумевает мультидисциплинарный подход команды специалистов, акцентирующих свое внимание на потребностях ребенка и семьи. Процесс реабилитации должен учитывать как медицинские, так и психологические и социальные вопросы, к которым можно отнести: нарушения коммуникации, питания и кормления, ежедневные потребности ребенка. Вопросы диагностики дисфагии и ее коррекции являются актуальной проблемой у детей со множественными нарушениями. Согласно мировой статистике (обзор I. Novak et al 2020) 1 ребенку из 15 необходимо питание с помощью гастростомы. Работа с дисфагией чрезвычайно важна, так как респираторные осложнения, вызванные аспирацией, являются самой распространенной причиной летального исхода у людей с ДЦП (45%).

Цель. Обзор практического опыта работы мультидисциплинарной команды в реабилитации детей со множественными нарушениями, координирующая роль невролога в организации процесса на примере диагностики и вмешательств при дисфагии.

Результаты. В ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии», г. Тула медицинская реабилитация осуществляется мультидисциплинарной командой, объединяющей специалистов, оказывающих реабилитацию с четкой согласованностью действий, постановкой целей и задач. Лечащим врачом в Центре является невролог, он же и координатор команды, в задачи которого входит: диагностика нарушений, постановка функционального диагноза с применением шкал для оценки исходного функционального уровня (шкалы GMFCS, MACS, FMS, EDACS, CFSC), оценка исходного реабилитационного статуса (состояния функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья ребенка, классифицированного МКФ). Проводится оценка степени спастичности, подбор метода ее коррекции, применение многоуровневых инъекций ботулотоксина. Совместно со специалистом по физической реабилитации и ортопедом – диагностика вторичных ортопедических осложнений, формирование двигательных SMART-целей, позиционирование и подбор технических средств, разработка и коррекция программы домашней реабилитации и постурального менеджмента. Специалисты мультидисциплинарной команды участвуют в оценке исходного статуса, формировании SMART-целей (двигательные, коммуникативные, нутритивные), оценке эффективности проводимых реабилитационных мероприятий (шкалы GMFM 66,88, PMAL, BFMF). При первичном осмотре ребенок консультируется группой специалистов, определяются основные двигательные, коммуникативные, нутритивные проблемы. В корректировке нарушений предпочтение отдается методикам с доказанной эффективностью. На первичном приеме при совместном осмотре невролога и педиатра проводится первичная оценка нутритивного статуса с применением стандартизированных шкал (SAFE, EDACS). Для диагностики нарушений глотания с микроаспирацией внедрена и широко используется методика видеофлюороскопии. Наличие доказанной аспирации по данным видеофлюороскопии является абсолютным показанием к постановке гастростомы. Выбор вида гастростомы зависит от ряда факторов: рекомендаций врача, периода времени, на который потребуется гастростома. В настоящее время вопрос о постановке гастростомы является очень «тяжелым» для семьи, поэтому специалистами мультидисциплинарной команды используются приемы мотивационного интервью, приводятся примеры семей, где детям уже поставлена гастростома. В настоящее время 8 детям проведена постановка гастростомы.

Выводы. Невролог – это тот специалист, который, сопровождает ребенка с церебральным параличом с рождения, является координатором мультидисциплинарной команды в вопросах ранней диагностики и формирования программы медицинской реабилитации, основанной на методах с доказанной эффективностью, и поэтому является главным действующим лицом в мультидисциплинарной команде специалистов.

ДИАГНОСТИКА ДИСФАГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ВИДЕОФЛЮОРОСКОПИИ

Жеребцова В.А., Максименко А.А., Сапогова А.И.
ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», г.Тула, Тульская область

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

Материалы и методы. Диагностика глотания проводится поэтапно. При первичной оценке логопед собирает сведения из анамнеза и жалоб пациента, проводит клинический осмотр и стандартизированный скрининговый тест оценки глотания для определения рисков аспирации. В случае выявленных нарушений глотания, назначается дополнительная диагностика с использованием метода видеофлюороскопии. Видеофлюороскопия – метод рентгенографической диагностики, который позволяет детально оценить процесс акта глотания от начальной до итоговой фазы движения пищевого болюса, определить возможные риски аспирации, микроаспирации и рефлюксной регургитации при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, который, к сожалению, не получил широкого распространения в медицинской практике, не смотря на высокий уровень убедительности (уровень А). Обследование проводится в условиях рентгенкабинета с использованием тестового материала пищи и жидкостей разного уровня загущения с добавлением ренгенконтрастного вещества – бария.

Результаты. По результатам диагностики логопед подбирает уровень консистенции диеты, которая не вызывает поперхиваний у ребенка. Также, для предупреждения рисков аспирационных явлений, специалист дает практические рекомендации семье по использованию стратегий при кормлении для безопасного проглатывания пищи и жидкости: загущение воды, подбор консистенции, адаптивная посуда для освоения новых навыков приема пищи за столом.

Выводы. Наличие и степень выраженности дисфагии у детей со множественными нарушениями напрямую влияет на объем и качество реабилитационного процесса, а иногда, при тяжелых нарушениях, может существенно ограничивать его. Поэтому так важна своевременная диагностика и коррекция нарушений глотания, подбор диеты и адаптированной посуды.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В ПРОГРАММЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПОСТУРАЛЬНОГО МЕНЕДЖМЕНТА

Жеребцова В.А., Ушакова С.Г.
ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», г. Тула, Тульская область

Актуальность. В вопросе успешности реабилитации детей с тяжелыми множественными нарушениями важно соблюдение программы постурального менеджмента, которая разрабатывается конкретно для каждого ребенка, включает индивидуальную программу занятий, подбор технических средств реабилитации и ортезов для поддержания правильной позы в течение суток. Программа постурального менеджмента направлена на развитие функциональных навыков и самостоятельной активности ребенка, предотвращение развития вторичных ортопедических деформаций, стимуляцию когнитивного развития ребенка.

Цель. Обзор практического опыта разработки и соблюдения программы постурального менеджмента с использованием индивидуально изготовленных и полностью соответствующих параметрам и потребностям ребенка технических средств у пациентов с множественными нарушениями с целью профилактики вторичных ортопедических осложнений.

Результаты. В вопросе разработки и обеспечения программы постурального менеджмента ребенку с множественными нарушениями важное значение имеет соблюдение принципа мультидисциплинарности. Командой специалистов совместно проводится оценка функционального состояния ребенка с использованием соответствующих шкал, определяется объем необходимых диагностических мероприятий, формируются актуальные реабилитационные цели, на их основе – комплексная программа реабилитации. К задачам специалиста по физической реабилитации относится обеспечение правильной позы во время различных дневных активностей ребенка и ночного сна. В период госпитализации осуществляется подбор и адаптация необходимых технических средств реабилитации (ТСР) индивидуально в зависимости от потребностей ребенка с

последующим предоставлением их на весь период госпитализации. Детям с IV-V уровнем функционирования по шкале GMFCS необходимо обеспечение достаточно большим объёмом ТСР на протяжении всего периода взросления, таким образом, создаются наилучшие условия для профилактики ряда вторичных осложнений, развития функции руки, коммуникативных возможностей. Одним из серьезных ортопедических осложнений является дислокация тазобедренных суставов (ТБС). Вывих тазобедренных суставов вызывает стойкий болевой синдром, ограничивает возможности правильного позиционирования и ухода, снижая качество жизни ребенка и семьи. Существует прямая зависимость между уровнем двигательного развития по GMFCS и прогрессивным смещением бедра. С 2020 г в ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» применяется осмотр детей по программе CPUP (Швеция) по формализованной карте гониометрии, с четкими временными интервалами проведения рентгенографических исследований и измерений подвижности суставов. С учетом выявленных нарушений ребенку подбирается и/или корректируется индивидуальная программа реабилитации с использованием ботулинотерапии, ортезирования, позиционирования, вертикализации, двигательной активности. Программа постурального менеджмента детям с уровнем нарушения GMFCSIV-V должна осуществляться в позе лежа сразу после рождения, в позе сидя с 6 мес., в позе стоя с 12 мес.

Выводы. Своевременное раннее использование индивидуально изготовленных и полностью соответствующих параметрам и потребностям ребенка технических средств в программе постурального менеджмента (уровень доказательности А) обеспечивает профилактику вторичных ортопедических осложнений, дислокации ТБС, способствует развитию функции руки, безопасному кормлению и глотанию, альтернативной коммуникации и когнитивному развитию ребенка, повышая таким образом качество жизни ребенка с множественными нарушениями и его семьи.

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

Жеребцова В.А., Чибисов И.В.

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

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

Цель. Обзор опыта работы по профилактике формирования ортопедических осложнений у детей с двигательными нарушениями с использованием методов серийного гипсования в сочетании с ботулинотерапией и ортезированием.

Результаты. В ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» г. Тула методика серийного «гипсования» применяется более 10 лет, в том числе с сентября 2018 года данный метод применяется с использованием мягких и жестких полимерных бинтовых материалов. Серийное «гипсование», как правило, сочетается с ботулинотерапией и первый этап «гипсования» выполняется на 10–14 сутки после введения ботулотоксина типа А, длительность каждой иммобилизации составляет от 6 до 10 дней, после чего происходит смена повязок, что дает возможность постепенно увеличивать объём движений вовлеченной конечности. Полимерный бинт, используемый для проведения ортезирования, не вызывает аллергических реакций, более легкий, пропускает воздух, а также испарения со стороны иммобилизованной части тела, точно принимает форму тела. Важным аспектом используемого метода является возможность активной нагрузки иммобилизованной конечности в процессе проведения серийного «гипсования». Данная методика способствует растяжению спастичной мышцы в течении длительного времени, а также позволяет поддерживать и постепенно увеличить объем активных и пассивных движений в суставе. В дальнейшем, с целью сохранения и закрепления полученного объёма движений конечности, назначается ношение туторов и аппаратов. Данный вид медицинской реабилитации относится к уровню убедительности рекомендаций В, уровню достоверности доказательств 2А. Серийное «гипсование» проведено 98 детям I–III уровня функционирования по GMFCS, положительные результаты в виде увеличения угла тыльного сгибания голеностопного сустава достигнуты у всех пациентов (22% детей имели прибавку от 0 до 5 градусов, 57% от 5 до 10 градусов, 8% от 10 до 15 градусов и свыше 15 градусов 13%). Более чем у 70% пациентов отмечается улучшение походки (оценка производилась по шкале оценки походки, а также с использованием реабилитационного комплекса для восстановления двигательной активности, координации движений конечностей, с возможностью функциональной оценки (система для видеоанализа движения). У всех пациентов, получавших антиспастическую

терапию (введение ботулотоксина, этапное «гипсование», ортезирование) отмечалось снижение спастичности (оценка проводилась по модифицированный шкале Эшворта совместно с неврологами).

Выводы. Применение функционального ортезирования в сочетании с ботулинотерапией и последующем ортезированием в комплексной программе реабилитации пациентов с двигательными нарушениями позволяет поддерживать и увеличивать объём активных и пассивных движений в суставах конечностей, улучшает походку, снижает гипертонус, предотвращает формирование вторичных ортопедических осложнений, что приводит к улучшению качества жизни ребенка.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В ПРОГРАММЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. ПРОГРАММА ДОМАШНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Жеребцова В.А., Шилина С.А.
ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», г.Тула, Тульская область

Актуальность. На протяжении последних лет в структуре детской инвалидности одно из ведущих мест принадлежит болезням нервной системы, в том числе церебральному параличу (ЦП). Оптимальная модель оказания помощи пациентам с ЦП подразумевает мультидисциплинарный подход команды специалистов из числа неврологов, педиатров, специалистов по физической реабилитации, специалистов по коммуникации, ортопедов и др. специалистов, фокусирующих свое внимание на возможностях ребенка и его семьи. В вопросе выбора оптимальных методов физической реабилитации для ребенка с двигательными нарушениями важным является определение уровня функционирования по шкале GMFCS, которая позволяет получить представление о потенциальных возможностях ребенка, определить ключевые проблемы, расставить приоритеты в построении реабилитационной программы согласно SMART-цели, помочь правильно сориентировать семью пациента на реально достижимые результаты. В 2020 году I. Novak (The University of Notre Dame Australia, Sydney) с соавторами опубликовала систематический обзор, демонстрирующий уровень доказательности различных терапевтических методов в реабилитации пациентов с ЦП, где физические методы реабилитации рекомендованы для достижения целей улучшения общей двигательной активности и функциональных возможностей ребенка.

Результаты. В Центре детской психоневрологии, г. Тула физическая реабилитация представлена широким спектром физических методов воздействия, включающая различные методы кинезиотерапии, роботизированной реабилитации, гидротерапии, аппаратной физиотерапии. Крайне важным является обучение родителей методам домашней реабилитации с учетом реальных возможностей семьи. Наряду с интенсивными реабилитационными мероприятиями, проводимыми в Центре, пациентам составляется индивидуальная программа домашней реабилитации в период госпитализации, направленная на профилактику вторичных осложнений и оптимальную организацию двигательной активности, помогающую формировать и расширять двигательные возможности и функциональные способности ребенка для независимой жизни в естественных для ребенка и семьи социальных условиях. Программа домашней реабилитации предусматривает обучение семьи по вопросам позиционирования и безопасного перемещения, оптимальному использованию технических средств реабилитации, ортезированию, а также индивидуальный подбор физических упражнений и видов активностей в соответствии с поставленными SMART-целями. Специалисты нашего Центра проводят дистанционное консультирование (сопровождение) пациентов по программам домашней реабилитации.

Выводы. По нашим наблюдениям применение методов физической реабилитации с последующей домашней реабилитацией обеспечивает более высокие темпы и качество становления двигательных навыков, функциональных способностей ребенка, тем самым улучшая качество жизни его и семьи.

МОТОРНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ ЛОГОПЕДА ДОШКОЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ ПРИЁМОВ ПРЕОДОЛЕНИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Жукова Ю.В.
ГБОУ Школа № 2053, г. Москва

Актуальность. С окончанием сентября подходят к концу диагностические мероприятия, проводимые в дошкольных учреждениях специалистами коррекционной службы. Анализ диагностик речевого развития

позволяет определить тенденцию к увеличению числа дошкольников с нарушением моторной реализации речевой функции (артикуляционная диспраксия) – около 70% от обследуемого контингента, что определяет актуальность рассмотрения данной проблемы и способов ее решения. Праксис – способность совершать последовательные и целенаправленные движения по заданному плану. Диспраксия – неспособность к правильному выполнению целенаправленных движений. Советским психологом, врачом-невропатологом А.Р. Лурия было выделено два вида праксиса:

- кинестетический (чувствительный, афферентный); вид праксиса, позволяющий понять ощущения от тела, от его положения в пространстве, способность принять позу. Таким образом, афферентная артикуляционная диспраксия характеризуется нарушением звукопроизношения и слоговой структуры слова. Механизм нарушения таков, что из-за снижения тактильной чувствительности афферентные сигналы обрабатываются слабо или неправильно, что мешает освоению схемы тела, в том числе артикуляционного аппарата. Поэтому у ребенка становится затруднено понимание расположения органов артикуляции по отношению друг к другу. Следовательно, затрудняется произношение звуков.
- кинетический (двигательный, эфферентный); данный вид праксиса позволяет выполнить серию движений, начать моторную программу, удержать, переключить и завершить ее. Эфферентная артикуляционная диспраксия будет характеризоваться нарушением слоговой структуры слова, т.е. трудностью переключения с одной артикуляционной позы на другую.

Целью логопедических занятий после проведённых обследований будет являться преодоление речевых нарушений дошкольников, а одним из рекомендуемых приёмов – включение моторного планирования в коррекционный процесс.

Результаты. Поскольку артикуляционный праксис формируется на основе общего (крупной моторики) в коррекционную работу по преодолению артикуляционной диспраксии для получения наиболее эффективного результата рекомендуется включать задания на моторное планирование. Моторное планирование – способность совершать последовательные и целенаправленные движения по заданному плану. Это наиболее сложная форма функционирования нервной системы детей, которая будет появляться в случае новых задач, новых непривычных ситуаций, новых материалов, новых действий. Поэтому задачей педагога при планировании занятий с включением моторного планирования будет являться подбор упражнений, обеспечивающих развивающее действие. Для эффективной тренировки моторного планирования задания необходимо выполнять согласно четкой инструкции и в каждое коррекционное занятие включать упражнения с непривычными моторными действиями и отрабатывать их до получения качественного результата. Моторное планирование играет существенную роль в формировании речевой и речедвигательной деятельности, что и будет ускорять процесс развития и коррекции. А результатом проделанной работы будет «чистая», выразительная речь воспитанников.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ В «ЦЕНТРЕ SPINA BIFIDA»

Иванов С.В.[1], Кенис В.М.[1], Щедрина А.Ю.[1,2], Онуфрийчук О.Н.[1], Федосеева А.С.[1], Солохина И.Ю.[1], Шишкина А.И.[1], Зврзиль А.В.[1]

[1]ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера» Минздрава России, г. Санкт-Петербург
[2]ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Спинномозговая грыжа (spina bifida) – порок развития позвоночника, сопровождающийся разнообразными клиническими проявлениями со стороны позвоночника, спинного мозга и нижних конечностей. На сегодняшний день мультидисциплинарный подход в лечении приобретает все большое развитие, он объединяет специалистов, которые работают как единая команда, их действия четко согласованы и это обеспечивает рациональный подход к реализации задач абилитации и реабилитации.

Цель. Обосновать использование мультидисциплинарного подхода в лечении пациентов с последствиями спинномозговых грыж.

Материалы и методы. В 2015 году на базе ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера» Минздрава России был создан «Центр spina bifida» для лечения детей с последствиями спинномозговых грыж. В рамках «Центра spina bifida» был сформирован мультидисциплинарный консилиум в составе невролога, ортопеда, уролога, офтальмолога, психолога и ортезиста. Работа основана на обследовании и лечении 144 пациентов, которые были консультированы в рамках «консилиума spina bifida» в 2018–2019 году. Нами была разработана регистрационная карта spina bifida, которую мы использовали при обследовании и опросе детей и/или их родителей. Регистрационная карта состояла из нескольких модулей:

общая часть, ортопедическая часть, включая ортезирование, неврологическая часть, урологическая часть, офтальмологическая часть. Для определения характера нейросегментарного поражения у детей со spina bifida нами использовалась классификация Sharrard, согласно которой при Thoracic–27 пациентов; L1–L2 – 13 пациентов; L3–L4 – 46 пациентов; L5–S1 – 31 пациент; S2 – 27 пациентов.

Результаты. Все 144 пациента с последствиями спинномозговых грыж были осмотрены неврологом, ортопедом, урологом, офтальмологом, ортезистом и психологом. Из 144 детей 18 (12,5%) пациентов нуждались в повторных нейрохирургических вмешательствах (8 – вентрикулоперитониальное шунтирование, 6 – мобилизация спинного мозга, 2 – устранение диастематолмиелия, 2 – удаление липомы терминальной нити). У детей с последствиями спинномозговых грыж имеется широкий спектр врожденных и приобретенных ортопедических деформаций. В обследованной нами группе у 114 (79%) пациентов отмечалась ортопедическая патология. В устранении контрактур и деформаций нижних конечностей нуждались 54 (37,5%) пациента. В проведении хирургического лечения на стопах нуждались 17 из 114 пациентов. В исследованной группе только 56 (39%) родителей пациентов были осведомлены о той урологической патологии, которая есть у ребенка. В интермиттирующей катетеризации мочевого пузыря нуждались 52 (36%) пациента с последствиями спинномозговых грыж. В проведении комплексного урологического обследовании нуждались 132 (92%) ребенка. Обследование, выполненное офтальмологом, показало, что снижение остроты зрения выявлено у 98 (68%) пациентов. Основными причинами были аномалии рефракции, чаще миопия и астигматизм; амблиопия при анизометропии, косоглазии и нистагме; атрофия зрительного нерва, поражение центральных нейронов зрительных путей. Большинство офтальмологических нарушений было обусловлено синдромом Арнольда-Киари II. Глазодвигательные, преимущественно несодружественные, а также зрачковые и аккомодационные нарушения встречались у 75 (52%) пациентов и свидетельствовали о центральном нейрогенном характере поражения. Организованный «консилиум spina bifida» в рамках «Центра spina bifida» позволяет привлечь к лечению детей с этой тяжелой патологией всех заинтересованных специалистов. Проведенное нами исследование показывает обоснованность привлечения специалистов (ортопеда, невролога, уролога, ортезиста, офтальмолога, психолога) в рамках «консилиума spina bifida». Представленный комплексный подход в диагностике и лечении последствий спинномозговых грыж позволяет разработать индивидуальную карту абилитации и реабилитации пациентов.

Выводы. Проведенное нами предварительное исследование показывает необходимость комплексного мультидисциплинарного обследования и лечения. Разработанная индивидуальная карта абилитации и реабилитации позволяет определить последовательность лечения и преемственность между специалистами.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ МЕДИЦИНЫ

Иванова Е.С., Ковалева С.Е., Чебатура А.Д., Типсина Н.В., Кирсанова Е.Ю., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Условия карантина погрузили работу специалистов клинического профиля в особое пространство интернета, где нет возможности быть напрямую в контакте с маленьким пациентом и его родителем. Учитывая младший возраст и особенности нарушений (когнитивные расстройства, аутистический спектр, трудности удержания внимания и т.д.), необходимо было выработать новый метод взаимодействия в рамках цифровой реабилитации. Решением стало консультирование родителей с практической частью, в небольших группах по теме «Контроль динамики развития ребенка».

Цель Принятие и осознание родителями особенностей ребенка и составление совместного плана с адекватными ожиданиями к коррекции.

Материалы и методы. В нашей консультативной работе находилось 34 родителя пациентов от 2 до 9 лет. Первичное консультирование включало интервью, дающее понимание относительно принятия и осведомленности родителем о диагнозе пациента. Групповое консультирование проходило с использованием интернет платформы в группах по 6–9 человек. Практическая часть заключалась в оценке родителем навыков ребенка на момент госпитализации, и выработке совместно с психологом целей развития на 3 месяца. В конце давалась анкета оценки эффективности реабилитации.

Результаты. Родители с низкой осведомленностью о заболевании ребенка или непринятием диагноза, имеют завышенные требования к коррекции и низкую оценку эффективности цифровой реабилитации. Родители имеющие полное представление об особенностях развития своего ребенка и диагнозе, были больше включены в работу с психологом и давали высокие оценки эффективности реабилитации «онлайн».

Выводы. Цифровая медицина дает возможность специалисту «вхождения в семью» для создания гармоничных условий развития детей в микросоциуме. Критичность родителя к заболеванию ребенка оказывает влияние на оценку им реабилитации. Раскрытие причин задержек психического развития и консультирование родителей об индивидуальных особенностях ребенка является первостепенной задачей в работе медицинского психолога.

ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Каримов В.В., Шапошникова А.Ф., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. На современном этапе, когда активно идет поиск новых путей лечения, реабилитации, профилактики нарушений речевого развития у детей, расстройства речи невозможно рассматривать только в рамках психиатрии, это связано, прежде всего, с полиморбидностью данных нарушений, что диктует заинтересованность в проблеме представителей разных медицинских специальностей: неврологии, психиатрии, педиатрии. О необходимости мультидисциплинарного подхода и связи психических расстройств с неврологической патологией у детей неоднократно говорилось многими исследователями (Горюнова А.В., 1985, 1987; Журба Т.А., Мастюкова Е.М. с соавт., 1981, 1987, Р. Карампур 2012, Бенилова С.Ю, 2019).

Материалы и методы. На базе Научно-практического центра детской психоневрологии, по инициативе директора Центра, главного внештатного детского специалиста ДЗМ по неврологии, главного внештатного детского специалиста по медицинской реабилитации Минздрава России, д.м.н., профессора, заслуженного врача России Т.Т. Батышевой, было создано уникальное отделение патологии речи, где полипрофессиональной бригадой специалистов (врачи-психиатры, неврологи, психологи, логопеды, дефектологи) оказывается лечебно-реабилитационная помощь детям с нарушениями речи. Основной задачей открытого в октябре 2020 года отделения патологии речи является разработка и внедрение дифференцированного, персонализированного подхода к диагностике, лечению и реабилитации патологии речи, возникшей в структуре сочетанной психоневрологической патологии. В детской психоневрологической практике, подход, получивший название персонализированной (персонифицированной) медицины видится наиболее целесообразным, в связи с широким спектром индивидуальных траекторий развития психики каждого ребенка.

Результаты. В комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий введены несколько блоков:

1. Медицинский: лекарственные (фармакотерапия) и нелекарственные (физиотерапия, физическая реабилитация, включающая в себя массаж, ЛФК) методы лечения. Данный этап требует установления комплаенса, высокого доверия врачу со стороны родителей ребенка, поэтому данный этап осуществляется врачом психиатром, врачом-неврологом совместно с психологом.
2. Психологический – диагностика и коррекция проблем ребенка, обучение родителей навыкам организации в условиях семьи благоприятной психологической среды для ребенка с учетом его индивидуальных особенностей. Данный блок выполняется психологом.
3. Психодидактический – формирование в семье ребенка развивающей среды путем обучения родителей развивающим играм, умению правильно включаться в деятельность ребенка, видеть мир его глазами и уметь предотвращать проявления протестных реакций с помощью игровых приемов. Данный блок осуществляется логопедом, учителем-дефектологом, педагогом.
4. Психосоциальный – самый универсальный блок, где находит свое место активность самых разных специалистов. Этот блок включает в себя помощь в организации обучения ребенка, оформления инвалидности, разъяснении возможностей контактов с родительскими организациями, стимуляция общения семей между собой и взаимной поддержки.

Выводы. Таким образом, на протяжении описанных этапов лечения и реабилитации, находясь в активном сотрудничестве с родителями маленьких пациентов, специалисты психиатрического, неврологического, коррекционного профиля имеют возможность формировать среду, в которой живет и развивается ребенок. Глобальная цель работы отделения патологии речи- создание на госпитальном этапе и в дальнейшем реализующейся в семье ребенка постоянно функционирующей лечебно-коррекционной системы, направленной на профилактику декомпенсаций состояния здоровья детей с нарушениями речевого развития и сопутствующими психическими и неврологическими расстройствами.

ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Каримов В.В., Шапошникова А.Ф., Данилова М.Ю., Языкова Т.М., Шапошникова О.Ф., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность исследований, направленных, на изучение специфики речевых нарушений у детей с расстройствами психического развития определяется как их высокой коморбидностью, так и распространенностью. Встречаемость нарушений психического развития у детей составляет 15–43% (Бенилова С.Ю, 2019); Центр по контролю и профилактике заболеваний США опубликовал в 2020 году новую статистику – расстройства аутистического спектра (РАС) встречаются у каждого 54-го ребенка, что на 10 % больше, чем по статистике 2018 года (Морозова Т., 2020); гиперкинетические расстройства (СДВГ) выявляются у 7–16% детей в России (Корень Е.В., Куприянова Т.А., 2015). Высокая коморбидность речевых расстройств и нарушений психического развития в детском возрасте, определяются, прежде всего, общностью этиологических и патогенетических механизмов, представленных сочетанием генетических, биологических и социальных факторов.

Результаты. На основании клинических наблюдений, включавших ежедневное обследование врачом-психиатром, данные патопсихологического, педагогического, логопедического обследования и данные инструментальных и лабораторных методов обследования по 39 пациентам, во всех случаях было выявлено наличие коморбидной дизонтотгенетической патологии: у 16,6 % были выявлены расстройства аутистического спектра, у 4,7% – синдром гиперактивности и нарушения внимания, у 4,7% – умственная отсталость легкой степени, у 74% детей наличие задержки интеллектуального развития, сопровождающей расстройства формирования речи. В 95% случаях выявлена сопутствующая патология перинатального периода: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, в 2,5% случаев хромосомные нарушения. Таким образом, патология психоречевого развития раннего возраста, как правило, отличается полиморбидностью и сочетанием резидуально-органической патологии с собственно, психической.

Выводы. В 100% случаев у детей, обратившихся первично с жалобами на задержку речевого развития, выявлялась та или иная коморбидная патология, связанная с нарушениями психического развития. Отмечалась высокая частота представленности резидуально-органического фактора в формировании дизонтогенетических расстройств, как по задержанному, так и по искаженному типу. Описанные особенности диктуют необходимость организации лечебно-реабилитационной помощи детям с нарушениями речевого и психического развития в структуре полипрофессиональной психоневрологической помощи.

ПРИМЕНЕНИЕ МКФ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО НЕВРОЛОГА

Карпов С.М., Колесникова Е.В., Минаева О.А.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», г. Ставрополь, Ставропольский край

Актуальность. Показатель детской инвалидности в мире увеличивается ежегодно на 10%, при этом в ее структуре преобладают болезни нервной системы – 19,5%, психические расстройства – 14,3% и врожденные аномалии – 21%. В 60% случаев детская неврологическая инвалидность связана с патологией перинатального периода, при этом 24% составляют пациенты с детским церебральным параличом (ДЦП). Для современного общества ДЦП представляет достаточно актуальную тему, т.к. является наиболее частой причиной тяжелых двигательных и когнитивных нарушений.

Цель. Показать преимущества ведения пациента в системе МКФ.

Материалы и методы. Проведение анализа работы МДБ с использованием МКФ у пациентов с ДЦП.

Результаты. Основными принципами реабилитации детей с ДЦП являются: раннее начало проведения реабилитационных мероприятий, непрерывность, комплексность, индивидуализация программы реабилитации, этапность, социальная направленность, использование методов контроля эффективности. В клинической практике осуществляется комплексный подход к лечению данной патологии, включающий выполнение лечебных и реабилитационных мероприятий (медикаментозное лечение, использование методов физической реабилитации), ортезотерапия, психолого-педагогическая и логопедическая коррекции, психотерапия, эрготерапия. В настоящее время для изменения степени нарушений здоровья у детей используется Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП). При использовании МКФ-ДП применяется принцип индивидуального

подхода с учетом индивидуальных особенностей ребенка, что дает возможность подобрать более точные реабилитационные мероприятия. Для детей с ДЦП наиболее важным представляется использование МКФ, позволяющих оценить способность ребенка совершать функциональные движения и способность ребенка выполнять различные виды бытовой и повседневной активности. МКФ является тем инструментом, который помогает выявить актуальные проблемы конкретного ребенка с ДЦП, определить цель и задачи реабилитации, планировать и отслеживать лечение, оценивать полученные результаты.

Выводы. Таким образом использование данной классификации в практике детского невролога позволит повысить качество и эффективность оказания медицинской помощи детям, страдающим ДЦП.

СРЕДНЕСРОЧНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕНСИТОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И SPINA BIFIDA, ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПИЮ ИБАНДРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ

Кенис В.М., Сапоговский А.В., Прокопенко Т.Н., Бергалиев А.Н., Иванов С.В., Киселева Т.И.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Применение бисфосфонатов в последние годы становится все более распространенным методом профилактики и лечения остеопороза у детей с нейромышечными заболеваниями.

Цель. Изучить динамику среднесрочных показателей денситометрии у пациентов с детским церебральным параличом и spina bifida, получавших терапию ибандроновой кислотой.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 34 пациентов: 19 детей с ДЦП (GMFCS уровни III–IV) и 15 детей со spina bifida (грудной и верхнепоясничный нейросегментарные уровни), средний возраст 9,8±2,9 лет. Всем пациентам проводили последовательные инфузии ибандроновой кислоты (0,1 мг на 1 кг веса каждые 3–4 месяца на протяжении года). Оценка минеральной плотности костной ткани проводилась с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии и выполнялась с помощью рентгеновского денситометра до первой инфузии, а также перед каждой из последующих инфузий.

Результаты. Средние значения Z-критерия для всего тела увеличился с -2,55 до -2,1 и для поясничного отдела позвоночника с -2,7 до -1,65. Улучшение Z-критерия для поясничного отдела было отмечено уже после первой, а для всего тела – после первых двух инфузий.

Выводы. На фоне инфузий ибандроновой кислоты показатели минеральной плотности костной ткани у детей с ДЦП и spina bifida как для всего тела, так и для поясничного отдела позвоночника демонстрировали улучшение на протяжении среднесрочного периода наблюдения. С учетом полученной динамики статические нагрузки, связанные с увеличением нагрузки на позвоночник, рекомендуется расширять уже через 3 месяца после первой инфузии, тогда как нагрузку на нижние конечности желательно увеличивать через 6 месяцев.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ

Кислякова Е.А.[1], Тимошкина А.С.[1], Малькова Т.В.[2]
[1]Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск, Смоленская область
[2]МБОУ «ЦДОП№1» ТПМПК №1, г. Смоленск, Смоленская область

Актуальность. Специфические расстройства развития речи характеризуются первичными нарушениями речевого развития, при которых ребенок имеет соответствующий возрасту интеллект, нормальный слух и оптимальные условия для овладения речью. Задержка в развитии проявляется без предшествующего периода нормального развития (Гузеева В.И., 2016г). В настоящее время количество детей, имеющих различные расстройства речевого развития, прогрессивно увеличивается.

Цель. Выявление наиболее частых возможных причин, которые могли повлечь за собой задержку речевого развития у детей.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) № 1 г. Смоленска и кафедре неврологии и нейрохирургии СГМУ. В исследование были включены 45 детей с нарушениями речи в возрасте от 5 до 10 лет, из них 10 девочек и 35 мальчиков. Материалом исследования являлись заключения детских ПМПК и заключения, предоставленные врачом неврологом. Дети были разделены на 3 возрастные группы: 5–6 лет – 12 детей из которых 9 мальчиков и 3 девочки, 7–8 лет – 28 детей из которых 21 мальчик и 7 девочек, 9–10 лет – 5 детей и все мальчики.

Результаты. Анализ данных по течению беременности показал высокую частоту встречаемости угрозы прерывания беременности 46,7%, различных инфекционных заболеваний (ОРЗ-66,7%, кольпит-33,3%), токсикоза 1 половины беременности 22,2%, анемии 15,6%, гестоза 6,7%. У 58% беременных установлено сочетанное действие нескольких вышеперечисленных факторов. И только три беременности протекали без каких-либо осложнений. Все дети были рождены в срок и с нормальной массой тела. У 24,5% детей был тяжелый период адаптации: ИВЛ с рождения 27,3%, церебральная ишемия 1,2ст. с гидроцефальным синдромом 18,2%, врожденная септицемия и врожденная пневмония по 9,1%. В исследуемых группах были выделены следующие нарушения речи. В группе детей 5–6 лет чаще всего встречались такие нарушения как: дизартрия 58,3%, задержка речевого развития по типу общего недоразвития речи (ОНР) 3 уровня 50%, дислалия и моторная алалия по 8,3%. Ведущими факторами развития нарушений в этой группе были: внутриутробная инфекция 41,6%, токсикоз и угроза прерывания беременности по 25%. В группе 7–8 лет были выявлены: дизартрия 64,2%, моторная алалия 10,7%, заикания 7,1%, ОНР 3 уровня 7,1%, 4 уровня 14,3%, сенсомоторная алалия 3,6%. Диагноз РАС был поставлен 14,2% детей. Ведущими факторами были угроза прерывания беременности 50%, инфекции 28,6%, анемия 14,3%. Группа 9–10 лет: дизартрия 80%, моторная алалия и сенсомоторная алалия по 10%. Наиболее частые факторы – угроза прерывания беременности 80% и токсикоз 60%.

Выводы. У 96% обследованных детей выявлен отягощенный анамнез. Речевые нарушения регистрировались преимущественно у мальчиков (78%). В старших возрастных группах отмечаются большее количество и более тяжелые речевые нарушения (дизартрия, сенсомоторная алалия), с ведущими антенатальными факторами риска: угроза прерывания и токсикоз 1-й половины беременности.

ВОЙТА-ДИАГНОСТИКА В ЕЖЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ

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

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

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 из угасания, 3. Анализ реакций положения, которые были модифицированы и стандартизированы В. Войтой.

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.

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.

НЕЙРОДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кожалиева Ч.Б.
ГБУЗ МО «Детский клинический многопрофильный центр», г. Мытищи, Московская область

Актуальность. Неизменный рост числа детей раннего возраста, которые проходят реабилитацию в условиях стационара имеет две стороны. С одной стороны, доступность комплексной медико-психолого-педагогической абилитации и реабилитации, с другой – ранняя диагностика имеющихся отклонений и задержек в развитии делает возможным такую целенаправленную и своевременную реабилитацию и коррекцию. Нейродефектологическое сопровождение как неизменная и важная составляющая комплексной реабилитации в условиях медицинского учреждения относительно новое направление. Его востребован-

ность в последние годы подтверждает эффективность такой работы, встроенной в общую систему и логику реабилитационного процесса.

Цель. Разработка программы нейродефектологического сопровождения детей раннего возраста (от года до трех лет) и детей от 6 месяцев до года, направленной на предупреждение возможных более серьезных задержек и искажений в психоэмоциональной, коммуникативной, мотивационно-потребностной сфере у ребенка с ЗПМР и ЗМР.

Материалы и методы. Программа нейродефектологического сопровождения основывается на всесторонней диагностике, оценке психического статуса ребенка, результаты которой ложатся в основу стратегии помощи. Сложившаяся практика нейродефектологического сопровождения представляет собой диагностическое исследование, сопряженное с обучающей программой по психолого-педагогической абилитации и реабилитации. Скрининг развития проводится по следующим параметрам: когнитивное развитие, понимание речи, продуцирование речи, крупная и мелкая моторика, коммуникативные навыки, самообслуживание. По результатам беседы с мамой ребенка, общения с ребенком, при необходимости используется тест М-ЧАТ.

Результаты. В текущем году нейродефектологическое обследование прошли 16 детей возраста до одного года и 89 детей возраста от года до трех лет. По результатам всестороннего исследования была составлена индивидуальная коррекционно-развивающей программа каждому ребенку. Данная программа реализовывалась в период нахождения ребенка отделении медицинской реабилитации, по окончании которой разрабатывалась реабилитационная программа для сопровождения ребенка в домашних условиях.

Выводы. Нейродефектологическое обследование и основанная на его результатах индивидуальная программа сопровождения ребенка раннего возраста показала себя эффективной в предупреждении возможных более серьезных задержек и искажений в психоэмоциональной, коммуникативной, мотивационно-потребностной сфере у ребенка с ЗПМР и ЗМР. Мониторинг психического статуса ребенка при повторной госпитализации показывает положительную динамику, позволяет при необходимости скорректировать программу индивидуального развития.

РЕАБИЛИТАЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Колесникова Е.В., Минаева О.А., Чередниченко Т.Т., Карпов С.М.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», г. Ставрополь, Ставропольский край

Актуальность. Диагностика и коррекция когнитивных нарушений у детей, страдающих ДЦП является одной из наиболее актуальных задач современной реабилитологии, что позволяет предупредить появление дальнейших отклонений, скорректировать уже имеющиеся расстройства, снизить степень инвалидизации и достигнуть максимально возможного для каждого ребенка уровня социальной адаптации. В процессе комплексной реабилитации большую роль играет медикаментозная терапия когнитивных нарушений у детей с ДЦП с использованием ноотропных препаратов, которые оказывают активирующее действие на коррекцию речевых, моторных нарушений, улучшающих память, нормализуют адаптационные системы организма, улучшают интегративную деятельность головного мозга.

Цель. Проведение медикаментозного лечения с использованием полипептида коры головного мозга скота для коррекции когнитивных нарушений у детей дошкольного возраста, страдающих ДЦП и оценка полученных результатов.

Материалы и методы. В исследование включено 112 детей в возрасте от 3 лет до 7 лет, лечившихся в детском психоневрологическом отделении детской краевой клинической больницы, у которых были диагностированы наиболее частые формы ДЦП – диплегическая и гемипаретическая. Для оценки эффективности проведенной медикаментозной терапии использовались следующие методики: неврологического осмотра, нейропсихологического тестирования, нейрофизиологических исследований (ЭЭГ), нейровизуальных исследований (КТ, МРТ), лабораторных исследований, статистической обработки и анализа. Были выделены 2 группы. Основная группа, кроме стандартной терапии, получала полипептид коры головного мозга скота.

Результаты. В ходе наблюдения в основной группе на фоне применения полипептида коры головного мозга скота после курса лечения отмечалось значительное улучшение в сфере когнитивных нарушений у детей с ДЦП. Значительно увеличился словарный запас. Кроме улучшения речевой функции, отмечалась положительная динамика в сфере памяти как краткосрочной, так и долгосрочной.

Выводы. Таким образом полипептид коры головного мозга скота эффективен при широком спектре когнитивных нарушений, что подтверждает высокую терапевтическую эффективность в комплексной реабилитации детей с ДЦП.

ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМ ДЕФЕКТОМ

Кондратьева Н.Н.
ГБУЗ «Научно-практический Центр Детской Психоневрологии» ДЗ г. Москвы

Актуальность. Повышенное внимание к категории детей со сложным дефектом в последние годы можно объяснить расширением дифференцированного подхода к обучению и воспитанию аномальных детей, а также тенденцией к количественному увеличению этой категории. К детям со сложным дефектом относятся дети, имеющие аномалии развития сенсорных функций (зрения, слуха) в сочетании с интеллектуальной недостаточностью (умственная отсталость, олигофрения). Процесс обучения значительно усложняется, когда дело касается ребёнка со сложным дефектом. Сложный дефект – это не просто сумма двух (а иногда и более) дефектов. Он является качественно своеобразным и имеет свою структуру, отличную от составляющих сложный дефект аномалии. Обследование любого аномального ребёнка, обследование ребёнка со сложным дефектом носит комплексный характер и является клинико-психолого-педагогическим обследованием. В нем принимают участие дефектологи, психологи, физиологи, психиатры, врачи-специалисты. За последние годы контингент учащихся школ для слепых и слабовидящих значительно изменился. Применение в современной офтальмологии новых методов ранней диагностики, коррекции и лечения заболеваний органов зрения позволило многим детям вернуть или значительно улучшить зрение.

Результаты. Сложность и особенность обучения этих детей заключается в следующем. Слепые дети при правильно организованном специальном обучении достаточно успешно уже на ранних годах обучения овладевают точечно-рельефным штрихом, что, в свою очередь, позволяет им успешно овладеть чтением, грамотой, письмом и счетом. У умственно отсталых слепых этот процесс проходит далеко не так успешно и занимает значительно больше времени. Это объясняется рядом причин. Во-первых, в силу органического поражения центральной нервной системы компенсаторные возможности умственно отсталого ребёнка значительно снижены и механизмы тактильного и слухового анализаторов без специальной работы в компенсаторную деятельность не включаются. Во-вторых, для формирования представлений, понятий и, наконец, обобщений на уровне слова при обучении нормально видящих умственно отсталых широко используются средства наглядности, а при обучении интеллектуально полноценных слепых – слово и специальные тифлографические усвоения учебной информации, при этом требуется достаточно высокий уровень абстрактного мышления, анализа и обобщения. А именно эти психические функции и нарушены у умственно отсталых в первую очередь. Нормальное функционирование фонематической системы предполагает возможность безошибочной слуховой дифференциации всех звуков речи (включая и акустически близкие) и правильность их произношения. Обе эти стороны, характеризующие состояние фонематической системы, в случаях рано приобретенной тугоухости не могут формироваться нормально. Слуховая дифференциация звуков речи у слабослышащих страдает, прежде всего, из-за ограничения диапазона воспринимаемых ими звуковых частот. Кроме этого, у детей наблюдается вторичное недоразвитие аналитико-синтетической деятельности в центральном отделе рече-слухового анализатора, вызванное «некачественностью» поступающих с периферии слуховых раздражений (полная невозможность восприятия на слух звуков или восприятие не всех их формант). Дети с I степенью тугоухости различают на слух не более 75% согласных, произнесенных голосом разговорной громкости около самой ушной раковины. При этом уже на расстоянии 0,5 метров от уха возможность различения согласных снижается до 60%, а на расстоянии 2 метров – даже до 40%. Восприятие связной речи в этих условиях оказывается возможным лишь потому, что дети, полностью владеющие речью, опираются на имеющиеся у них целостные образы слов и фраз, что позволяет им домыслить (нередко ошибочно) недостающие звенья.

Выводы. Таким образом, состояние слуховой дифференциации звуков речи у слабослышащих как I, так и II отделения таково, что оно не может обеспечить усвоения детьми полноценного звукопроизношения, а в дальнейшем – и письма. Формирование звукопроизношения у слабослышащих протекает со значительным отклонениями от нормы из-за неполноценности речеслухового анализатора, который не способен в необходимой степени осуществлять свою «ведущую роль» в отношении рече-двигательного анализатора, Не имея возможности воспринять тот или иной звук речи на слух или дифференцировать его от сходных звуков, ребёнок не может самостоятельно овладеть и правильной его артикуляцией. Кроме того, у слабослышащих детей могут быть нарушения в строении и функционировании рече-двигательного анализатора, что также может обусловливать у них дефекты произношения звуков.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ №12 ЗА ПЕРИОД С 01.01.2020 ПО 01.08.2020.

Красненко М.В., Кабирова А.Ф., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Анализ статистических показателей является важной составляющей деятельности отделения, позволяющей выявлять изменения в структуре, нозологических аспектах оказания стационарной помощи, что является важным условием своевременного реагирования на изменение потребностей при оказании медицинской помощи в соответствии с требованиями современного общества и достижений медицины.

Цель. Анализ деятельности детского психиатрического отделения №12 за период с 01.01.2020 по 01.08.2020.

Материалы и методы. Использованы медицинские карты стационарного больного, статистические карты выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара.

Результаты. При рассмотрении возрастной структуры пролеченных больных обращает на себя внимание выраженное преобладание пациентов возраста 3–4 лет – 122 человек (57%); пациенты возраста 5–7 лет составляют 86 человек (40%); пациенты, не достигшие 3-летнего возраста, составили 6 человек (3%). Данные цифры говорят о высокой потребности в оказании помощи у детей младшего возраста и о необходимости раннего начала проведения лечебных и коррекционно-развивающих мероприятий. Наиболее часто среди пациентов 12 психиатрического отделения выявлялись другие общие расстройства психического (психологического) развития (задержки психического и речевого развития), F 84.8: 116 случаев (54% от всех нозологических форм, диагностированных в отделении), расстройства аутистического спектра (F 84.01, F 84.02, F 84.11, F 84.12) представлены 62 случаями (29%), при этом следует отметить, что аутистическая симптоматика в виде отдельных симптомов, синдромально незавершенных состояний отмечалась у 118 пациентов, что соответствует 55% пролеченных больных. Умственная отсталость диагностирована у 34 (16%) больных, шизофрения диагностирована только у 2 (1%) пациентов. Все нозологические формы сопровождались речевыми нарушениями: недоразвитие речи 1 уровня диагностировано у 119 детей (56%), 2-го уровня – у 60 пациентов (28%), 3-й уровень речевых расстройств – у 27 человек (12%), задержка речевого развития диагностирована в 8 случаях (4%). В отделении применяется комплексный подход к ведению пациентов. Медикаментозная терапия применялась в 100% случаев, при этом назначение нейролептической терапии потребовалось 125 больным (58% от пролеченных). 100% пациентов были охвачены мероприятиями психолого-педагогической, логопедической коррекции. 100% пациентов прошли курс ЛФК. 131 человек (61%) получили физиопроцедуры, 114 больных (53%) – курс лечебного массажа. В результате такого комплексного подхода 204 пациента (95%) выписаны с улучшением, без динамики-всего 10 больных (5%).

Выводы. Возрастная, нозологическая структура пациентов, пролеченных в стационаре, отражает общие тенденции детской психиатрической практики. Симптоматика аутистического спектра занимает большой удельный вес в нозологической структуре пролеченных детей, что отражает актуальность данной проблемы в современной детской психиатрии. Применение комплексного подхода к ведению пациентов, включающего в себя как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения (ЛФК, массаж, физиотерапия), а также коррекционно-развивающие мероприятия позволяет достигать положительных результатов в лечении данных психических расстройств.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ, ВЫЯВЛЕННЫМИ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЁННОСТИ

Левченкова В.Д.[1], Батышева Т.Т.[1], Титаренко Н.Ю.[2]
[1]ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы
[2]ООО Научно-производственный центр «Огонек», г. Москва

Актуальность. Среди детей-инвалидов с детства по неврологическому профилю, значительную часть составляют больные, страдающие детским церебральным параличом (ДЦП), распространённость которого не имеет тенденции к уменьшению. 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. Профессором К.А. Семёновой вместе с сотрудниками 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.

Результаты. 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. 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, у ребёнка, страдающего ДЦП, план проводимого лечения сохраняется до совершеннолетия, используя не только круглосуточный, но и дневной стационар, в сочетании с занятиями дома. 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. С возрастом больных объём и разнообразие проводимых методов лечения увеличиваются, используются современные технологии ортезирования, иглорефлексотерапия, с 2-х 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.

Выводы. Только комплексное, адекватное, непрерывное и своевременно проводимое лечение ребёнка способствует овладению двигательными навыками, психическому развитию, адаптации в социальной среде.

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЦИФРОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ. АРТИКУЛЯЦИОННАЯ ГИМНАСТИКА КАК ЧАСТЬ ДИСТАНЦИОННОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

Леонова Н.В., Флёрис Л.И., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В апреле 2020 г. в НПЦ ДП стартовал проект цифровой реабилитации детей «Дневной стационар 2.0» В рамках проекта в составе мультидисциплинарной команды проводилась дистанционная коррекционно-логопедическая работа с детьми разных возрастных групп с различной речевой патологией. Работая дистанционно, стало ясно, что один из важных этапов коррекционной логопедической работы – артикуляционная гимнастика, которая часто опускается родителями при выполнении домашних заданий, но может эффективно проводится в режиме онлайн не только логопедом, но и самим родителем, присутствующим на занятии и осуществляющим помощь ребенку, и контроль при ее выполнении.

Цель. Мотивировать ребенка и родителя к выполнению артикуляционной гимнастики, объединить их в совместной работе с последующим самостоятельным выполнением – для маленьких детей с частичной помощью и контролем взрослого, для старших дошкольников и школьников – самостоятельно.

Материалы и методы. В процессе работы с детьми были сформированы основные требования к занятиям и подобран комплекс базовых и специальных артикуляционных упражнений:

1. Подготовлен видеоматериал и сформирована библиотека видеороликов с участием ребенка-логопата, с которым специалист проводит артикуляционную гимнастику, дает комментарии и рекомендации по выполнению упражнений.
2. В зависимости от возраста и возможностей ребенка материал разделен на игровой и произвольный. Для детей младшего дошкольного возраста подготовлена артикуляционная гимнастика на сказочно-игровом материале, для детей старшего дошкольного и школьного возраста использовались упражнения традиционного артикуляционного комплекса и упражнений с применением природных материалов.
3. Обязательным условием является совместная работа родителей с детьми. На занятиях – логопед – ребенок – родитель; при выполнении домашних заданий – родитель и ребенок. Старшие дошкольники и младшие школьники работали самостоятельно с опорой на видеоматериал библиотеки. Комплекс упражнений артикуляционной гимнастики был направлен: на снижение проявления неврологической сим-

птоматики в оральной, артикуляционной и мимической мускулатуре; на увеличение объема, амплитуды движений языка и губ, на скорость выполнения и точность выполнения движений. Упражнения выполнялись под счет с разным темпом и ритмом. Наряду с артикуляционными упражнениями выполнялся комплекс дыхательных и голосовых упражнений.

Результаты. В процессе дистанционной коррекционной работы были отмечены следующие результаты: повышение мотивации к занятию в дистанционном формате и ежедневному выполнению артикуляционной гимнастики с опорой на видеоматериалы; улучшение эмоционально-положительного фона и продуктивности совместной работы ребенка и родителя с применением навыков владения техническими средствами и систематичности занятий.

Выводы. Таким образом, системно организованный подход при дистанционных занятиях позволяет включить в работу родителей и детей разного возраста с различной речевой патологией и интеллектуальными возможностями.

ТРЕВОЖНОСТЬ- КАК ВЕДУЩЕЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Ломако Я.В., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. У пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) неоднократно был показан более высокий уровень тревожности, чем у пациентов без данного диагноза. Тем не менее, относительно подростков данные исследования практически не проводились. Кроме того, в настоящий момент не получено данных о том, какие факторы могут быть взаимосвязаны с уровнем тревожности подростков с ДЦП. Между тем, в связи со специфическими особенностями подросткового возраста (возрастными, психофизиологическими, психическими), получение данных о факторах, связанных с повышением или понижением уровня тревожности подростков с ДЦП, становится особенно актуальным. Повышенный уровень тревожности подростков с ДЦП, может стать причиной дезадаптивного состояния и поведения, формирования панических атак, дистимий и реактивных депрессий. Вот почему так важно понимать кто из подростков находится в группе риска по вопросам повышенной личностной и реактивной тревожности и уделить им повышенное внимание.

Цель. Выявление взаимосвязи между наличием диагноза ДЦП и повышенным уровнем различных видов тревожности, а также определение факторов, наличие которых тесно взаимосвязано с повышенным уровнем тревожности у подростков с ДЦП, что поможет более дифференцированно подойти к вопросам психокоррекции подростковой тревожности.

Материалы и методы. Методика диагностики реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, методика диагностики подростковой тревожности Прихожан, проективная методика «Рисунок человека», методика «Тест-опросник родительского отношения — ОРО». Данные методики были проведены на подростках экспериментальной группы (подростки с ДЦП, пациенты НПЦ детской психоневрологии от 12 до 17 лет обоих полов без когнитивных нарушений) и контрольной (подростки без кинического диагноза ДЦП от12 до 17 лет обоих полов без когнитивных нарушений).

Результаты. В результате проведенного исследования было установлено, что подростки с ДЦП (подростки экспериментальной группы) имеют более высокий уровень всех видов тревожности по сравнению с подростками контрольной группы. Так, среднее значение уровня личностной тревожности подростков с ДЦП по Спилбергеру-Ханину составило 43,8, в то время как у подростков без данного клинического диагноза всего 32,6. Таким же образом распределились значения полученные по результатам диагностики реактивной тревожности: 46,2 и 33,7 у экспериментальной и контрольной групп соответственно. Сравнительный анализ видов тревожности по Прихожан, также показывает более высокие значения по изучаемому нами показателю в экспериментальной группе по сравнению с контрольной. Значения, полученные по видам тревожности Прихожан в экспериментальной группе по сравнению с контрольной следующие: «школьная» – 7,7 – 5,5; «межличностная» - 9,2 – 7,3; «самооценочная» - 8,2 – 6,6; общий уровень тревожности – 8,8 – 5,9. Также в результате проведенного исследования, было установлено, что уровень реактивной и личностной тревожности у подростков с ДЦП взаимосвязан с уровнем двигательных нарушения по шкале GMFCS. Значение уровня личностной тревожности у подростков с уровнем GMFCS 1 равен 33,5, с GMFCS 2 – 42,3, с GMFCS 3 – 54,6, при этом различия между данными показателями были признаны статистически достоверными. Аналогичные данные были получены и по показателям реактивной тревожности: 36,8 у группы подростков с GMFCS 1, 45,8 у группы подростков с GMFCS 2 и 55,7 у подростков с GMFCS 3. Подобным образом распределились значения среди видов тревожности по Прихожан: «межличностная» тревожность распределена между подростками с уровнями двигательных нарушений GMFCS 1, 2 и 3 со значениями 7,9, 8,6 и 9,8 соответственно; «само-

оценочная» тревожность со значениями 7,0, 8,1 и 9,6 соответственно, «общая» тревожность со значениями 7,1, 8,5 и 9,8 соответственно. Третья часть нашего исследования состояла в выявлении зависимости уровня всех видов тревожности подростка с ДЦП и стилем родительского воспитания, включая тревожность матери. Установлено, что тревожность матери напрямую значимо коррелирует со всеми видами тревожности. Корреляция личностной тревожности матери с реактивной (r=0,269) и личностной тревожностью (r=0,234) указывает на то, что чем больше мать подростка склонна к тревоге, воспринимает большой спектр ситуаций как угрожающие, тем выше проявляются данные характеристики и у детей. Выявлена прямая корреляция личностной тревожности матери со школьной тревожностью (r=0,275), межличностной (r=0,252), самооценочной (r=0,267), магической (r=0,256) и тревожностью в целом (r=0,260). В ходе дальнейшей диагностики стиля родительского воспитания, были получены данные, свидетельствующие о том, что стиль воспитания авторитарная гиперсоциализация актуален для контрольной группы, но не коррелирует с видами тревожности в экспериментальной группе, так как практически не представлен среди родителей подростков с ДЦП. Необходимо отметить закономерность влияния стиля кооперации на виды тревожности в обеих группах, при этом влияние имеет обратный характер. При этом было установлено, что психологическая близость с ребенком (симбиоз) имеет различное значение для тревожности подростков в разных группах. Если в экспериментальной группе повышение психологической близости влечет повышение личностной и реактивной тревожности подростков с ДЦП, то в контрольной группе проявление симбиоза снижает реактивную и личностную тревожность. При этом в обеих группах симбиоз снижает самооценочную тревожность.

Выводы. В ходе проведенного исследования установлено, что подростки с ДЦП имеют более высокий уровень всех видов тревожности, в сравнении со своими здоровыми сверстниками. Получены достоверные данные о взаимосвязи уровня тревожности подростков с ДЦП и такими факторами его жизни, как степень двигательных нарушений по шкале GMFCS и стилем родительского воспитания, включая тревожность матери. Данные, полученные нами, могут ежедневно использоваться в работе с подростками с ДЦП, делая терапию тревожных состояний для таких подростков более точечной, направленной на решение конкретных проблем, а значит более эффективной. Также мы получили важные данные об уровне тревожности матерей, воспитывающих подростков с ДЦП и степенью влияния их тревожности на тревожность пациентов, что приводит к пониманию необходимости психотерапевтической поддержки родителей детей с ДЦП не только на этапе «принятие диагноза» в детском возрасте, но на протяжении всего периода реабилитации до 18 лет.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПСОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП

Лысак Н.В.[1], Новикова З.А.[2]
[1]ГАУЗ АО «Детская ГКБ», г. Благовещенск, Амурская область
[2]ФГБОУ ВПО «АГМА», г. Благовещенск, Амурская область

Актуальность. В настоящее время детский церебральный паралич (ДЦП) является ведущей причиной детской неврологической инвалидности как в России, так и во всем мире. Существуют различные способы реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом, которые позволяют уменьшить мышечный тонус, уменьшить боль, увеличить двигательную активность, активировать двигательные рефлексы и подавить патологические, облегчить занятия и уход. В раннем детстве нарушения мышечного тонуса верхних и нижних конечностей у детей приводят к ограничению функциональных возможностей пациента, затрудняют его самообслуживание, нарушают овладение навыками передвижения, в том числе ходьбы, и приводят к необходимости использования дополнительных средств опоры при передвижении, что в итоге создает двигательный дефицит. Со временем формируются патологические установки в вертикальном положении, приводящие к формированию контрактур, подвывихов и вывихов суставов. При повышении мышечного тонуса в нижних конечностях могут формироваться патологические установки и деформации. Дети со спастической формой ДЦП находятся в зоне высокого риска по развитию контрактур. Гипсование является одним из методов профилактики развития контрактур.

Цель. Изучение эффективности гипсования нижних конечностей у детей со спастической формой ДЦП.

Материалы и методы. Под нашим наблюдение находилось 34 ребенка в возрасте от 3 до 10 лет со спастической формой ДЦП, проходивших курс восстановительного лечения. Курс реабилитации включал: Войта, Бобат, ботулинотерапию, гипсование, лечебную физкультуру, массаж. Всем больным применялось гипсование нижних конечностей в виде ботинок, с жесткой стелькой. Продолжительность гипсования составила от 8 до 10 дней. Обязательным условием были ежедневные занятия по методике Бобат. Занятия по методике Бобат были направлены на формирование правильных двигательных навыков, уменьшении мышечной спастичности, стимулирование восприятий собственного тела, подавление патологических двигательных

моделей. Активно применялась вертикализация и пассивно-активная ходьба в гипсах. Пациенты оценены по модификационной шкале Эшфорта до и после гипсования.

Результаты. В результате проведенной реабилитации у 23 детей (67,6%) наблюдалась положительная динамика, в виде снижения мышечной спастичности в нижних конечностях (уменьшение спастичности по модификационной шкале Эшфорта на 1–2 бала), формирования опоры на всю стопу. В гипсах у детей отмечалась более устойчивая опора. У 11 детей (32,4%) положительная динамика наблюдалось после повторного гипсования нижних конечностей.

Выводы. Данные проведённого исследования позволяют сделать выводы о том, что применение гипсования в комплексной реабилитации детей со спастичной формой ДЦП приводит к значительному улучшению результатов лечения, что способствует снижению рисков развития контрактур.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОЙ РАБОТЫ

Марченкова Л.Ю., Климова С.А., Сафронова Н.А., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность Непрерывная реабилитация является необходимым условием для успешного и эффективного лечения неврологических и психических заболеваний в детском и подростковом возрасте. Традиционные методы логопедической помощи в условиях ограничительных мероприятий при пандемии COVID-19 стали не только временно недоступны, но и просто недопустимы. Поэтому, организация работы дневного стационара в он-лайн режиме стала настоящим спасением для наших пациентов. Несмотря на сомнения родителей в эффективности логопедической коррекции в таком необычном для всех формате, получаемые результаты заставили многих пересмотреть свою точку зрения.

Цель. Для успешной логопедической работы необходим комплексный подход к обучению и коррекции речевых нарушений, исправление недостатков устной речи и развитие высших психических функций, участвующих в процессе письма и чтения, тесное взаимодействие пациента и специалиста. Особенностью логопедической работы в он-лайн режиме является активное участие, дисциплина и мотивация не только маленького пациента, но и его законного представителя.

Материалы и методы. В отделении применяются методики Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной, В.И. Рождественской, М.Ф. Фомичевой, А.И. Богомоловой, Т.А. Ткаченко и др. В работе используется пассивная и активная артикуляционная гимнастика; упражнения для развития дыхания и голоса; словесные инструкции с многократным повторением (беседа, рассказ); различные компоненты игровой деятельности. Использовались многофункциональные наглядные пособия.

Результаты. В процессе дистанционно-логопедической работы за период с апреля 2020 г по октябрь 2020 г прошли курс лечения и консультативных мероприятий 140 пациентов. Из них с общим недоразвитием речи – 60 человек (43%), задержкой речевого развития – 49(35%), дизартрией – 21 человек (15%), заиканием – 10 человек (7%). В целом, умеренная положительная динамика отмечалась в 70% (98) случаев. Наилучший результат (48%) показали пациенты из групп с общем недоразвитием речи и задержкой речевого развития. Основными ограничивающими факторами в проведении логопедической коррекции в он-лайн формате являлись нарушение понимания инструкций при расстройствах поведения (синдром дефицита внимания и гиперактивности), расстройствах аутистического спектра, интеллектуальном снижении.

Выводы. В условиях ограничительных мероприятий по COVID-19 логопедическая коррекция в он-лайн режиме является отличной альтернативой проведению речевой реабилитации в обычном формате. Необходимо продолжить поиск и усовершенствование наиболее эффективных методик, применяемых в дистанционной работе логопедов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП

Маслова Н.А.[1,2], Боровик Т.Э.[1,2], Звонкова Н.Г.[1,2], Бушуева Т.В.[1,3], Кузенкова Л.М.[1,2], Гусев А.А.[1]
[1]ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ, г. Москва,
[2]ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва,
[3]ФГБНУ «Медико-генетический научный центр им. академика Н.П. Бочкова», г. Москва

Актуальность. У детей со спастическими формами детского церебрального паралича (ДЦП) часто наблюдаются проблемы при приеме пищи. Дисфагия может приводить к затруднению кормления через рот,

риску повторных аспирационных пневмоний, развитию недостаточности питания, остеопении, снижению иммунитета и реабилитационного потенциала. Наличие диафрагмальной грыжи и ГЭРБ способствует ухудшению состояния детей. Постановка гастростомы в таком случае является единственным способом обеспечения адекватного питания и безопасной нутритивной поддержки.

Цель. Оценить динамику показателей физического развития у детей со спастическими формами ДЦП до и после наложения гастростомы.

Материалы и методы. В ретроспективное когортное исследование было включено 25 детей (60% мальчиков) в возрасте от 2 до 14 лет, находившихся на лечении в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ в период с 2017 по 2020г. с целью реабилитации (8 детей GMFCS уровень IV, 17 детей GMFCS уровень V). У всех детей оценивались показатели физического развития (масса и рост/длина тела, в том числе с использованием сегментарных измерений (высота колена, длина голени). Для определения способности принятия пищи и жидкости проводился опрос по шкале EDACS. Антропометрические показатели оценивались по стандартам ВОЗ с расчетом индексов (Z-скоров) масса к возрасту, рост к возрасту, ИМТ к возрасту до гастростомии и через 12 мес после начала энтерального питания через гастростому.

Результаты. Показанием к наложению гастростомы у всех детей являлось нарушение проходимости пищевода на фоне псевдобульбарных расстройств (дисфагия, 5 уровень по шкале EDACS). До операции недостаточность питания отмечалась у 19 (76%) детей: острая (Z-score ИМТ/возраст < -2) – у 4 (16%), хроническая (Z-score рост/возраст < -2) – у 15 (60%). Пункционная низкопрофильная гастростомия с эндоскопической поддержкой была проведена у 10 (40%) детей. Лапароскопическая гастростомия была проведена у 15 (60%) больных в связи с необходимостью антирефлюксной операции (фундопликация по Ниссену) и пластики диафрагмальных грыж. Всем детям осуществлялась нутритивная поддержка с использованием высококалорийных высокобелковых смесей. Через 12 мес после начала нутритивной поддержки через гастростому частота встречаемости недостаточности питания у детей достоверно уменьшилась и составила 50%: достоверно увеличилась массы тела и ИМТ к возрасту (WAZ1 -4,16 (-6,27;-2,02) до наложения гастростомы и WAZ2 -3,14(-5,76;-0,73) через 12 мес (p=0,015); BAZ1 -3,59 (-6,97; -2) до наложения гастростомы и BAZ2 -2,63 (-5,65; 0,22) через 12 мес (p=0,02).

Выводы. Энтеральное питание через гастростому является эффективным способом нутритивной поддержки у детей со спастическими формами ДЦП, когда кормление через рот небезопасно или не может обеспечить необходимые потребности в пищевых веществах. Такой метод кормления приводит к значимому улучшению пищевого статуса детей.

АЭРОДИНАМИКА КАК ИННОВАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И ДЦП

Мелека Т.А., Кутявина С.И., Протопопова Н.И., Андреева О.И., Григорьева С.А., Мохова А.В., Леонтьева Л.А.

АУСО УР «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (РЦ «Адели») г. Ижевск, республика Удмуртия

Актуальность. Важным условием успешной реабилитации является ее непрерывность и преемственность на протяжении всех этапов реабилитации. Технический прогресс дает возможность развитию новым реабилитационным методикам, и одной из них является аэродинамика, т.е. аэродинамическая гимнастика. С помощью регулируемого потока воздуха и скорости ветра аэротрубы, а также подбора индивидуальной нагрузки, происходит воздействие на все группы мышц, увеличивается их сила, повышается двигательная активность и развивается равновесие. Благодаря занятиям в аэротрубе можно добиться эффективной помощи детям с поражениями опорно-двигательного аппарата и ДЦП.

Цель. Создание альтернативного направления, непрерывности и прееемственности в реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и ДЦП.

Материалы и методы. Проведение сеансов аэродинамической гимнастики у детей с ДЦП и нарушениями опорно-двигательного аппарата на основе разработанной программы с совместным участием специалистов реабилитационного центра «Адели», Федерацией парашютного спорта на базе аэродинамического комплекса «SkyFly»; применение упражнений в воздушном потоке на основе рекомендаций специалистов; проведение ряда диагностических процедур и осмотров специалистов Реабилитационного центра с использованием аппаратно-программного комплекса «Видеоанализ движений» и стабилизаторе компьютерном с биологической обратной связью «Стабилан-01-2» с регистрацией состояния пациентов до, во время и после проведенных занятий.

Результаты. По результатам диагностических методик (показателей замеров динамометрии, показателей статистической выносливости мышц, показателей пробы Ромберга, гониометрии), осмотров спе-

циалистов (врач-педиатр, врач-невролог, врач ЛФК, психолог) наблюдается положительная динамика у 97% детей. По данным исследования на стабилане с использованием теста Ромберга и пробы «Мишень» положительная динамика отмечается у 70–80% пациентов. С помощью метода видеоанализа движений все пациенты подлежали исследованию биомеханики ходьбы. Для оценки ходьбы измерены показатели угловых кинематических характеристик в суставах нижних конечностей. Общая динамика по большинству показателей дала положительный результат в 50 % случаев.

Выводы. Применение аэродинамической гимнастики у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и ДЦП становится инновационным направлением в комплексной реабилитации и может стать прекрасной альтернативой и дополнением в лечении, реабилитации и социализации маленьких пациентов.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ РОЛИ ПРОГРАММНО-АППАРАТНОГО КОМПЛЕКСА С БИОЛОГИЧЕСКИ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ «РЕАКОР» И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО РАВНОВЕСИЯ, ВЫРАВНИВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ И НОРМАЛИЗАЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Михайлова О.А., Рябова Е. Н, Турок Г.А., Матвеева С.П.
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие», г. Астрахань, Астраханская область

Актуальность. В работе представлен анализ результатов функционального биоуправления с биологически обратной связью «Реакор» у детей с задержкой психоречевого развития, синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

Цель работы состоит в оценке возможных направлений и методов профилактики и коррекции разнообразных нарушений социального функционирования у детей с патологией нервной системы, сопровождающейся нарушениями психоречевого развития, синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. При выборе маршрута реабилитации детей с когнитивными нарушениями всё большее значение уделяется немедикаментозным видам воздействия. К таким видам относят функциональное биоуправление с биологически обратной связью «Реакор» (нейробиоуправление), которое активно используется при коррекции различных расстройств центральной нервной системы.

Материалы и методы. С целью определения результатов воздействия функционального биоуправления с биологически обратной связью «Реакор» в НПЦРД «Коррекция и развития» была отобрана группа детей с ЗПРР и СДВГ в количестве 22 человек. А также контрольная группа детей в количестве 10 человек в возрасте 5–10 лет. Для обследования детей использовались следующие методы: осмотр врача-психиатра, врача-невролога, дефектолога, логопеда с целью диагностики ЗПРР и СДВГ, а также аппаратные методы исследования: ЭЭГ, нейроэнергокартирование и программно-аппаратный комплекс «Активациометр» для определения изменений биоэлектрической активности и кислотно-щелочного баланса головного мозга, функциональной активности правого и левого полушарий головного мозга и уровня психоэмоционального состояния ЦНС. Материалом исследования послужили результаты тестирования, в котором оценивались когнитивные способности по Ж.М. Глозман, таблицы Шульте и др., а также скрининговые замеры энергообмена на аппарате НЭК-5, регистрация активации полушарий головного мозга программно-аппаратным комплексом «Активациометр», с помощью которого проводилась диагностика психоэмоционального состояния ребёнка с поражением нервной системы до и после «Альфа-тренинга» функционального биоуправления с биологически обратной связью «Реакор» с целью получения объективных данных об эффективности реабилитационной программы.

Результаты. В процессе работы с детьми, при технической поддержке средств, используемых в методе БОС, пациент получает информацию результативности выполненного задания – достигнут ли порог мощности ритма, произошли ли изменения ритмов и т.д., таким образом, активируя волевые усилия, изменяет биоэлектрическую активность. В последующем тренировки позволяют зафиксировать полученные результаты, путем произвольной саморегуляции, и использовать навыки и приемы биоуправления. Анализ изменений психоэмоционального уровня показал стабилизацию психического тонуса; снижение невнимательности и импульсивности, состояния напряжения, повышение жизнедеятельности. Оценка функциональной асимметрии полушарий и межполушарного взаимодействия показал перестройку ведущего правого полушария в сторону левого, а также выравнивание функциональной асимметрии. При повторных замерах на нейрокартографе отмечается повышение энергообмена в левом полушарии, что

демонстрирует закрепление положительного эффекта программы «Альфа-тренинга» БОС-Реакор у детей с ЗПРР.

Выводы. В процессе нашей работы мы имели дело с разнообразием этиопатогенетических факторов и клинических проявлений у детей, требующих постоянной комплексной реабилитации, что представляет собой совокупность как медикаментозной терапии и нефармакологических методов коррекции, которая должна осуществляться персонифицировано, поэтапно и систематично. Однако, медикаментозная терапия имеет ряд противопоказаний и побочных осложнений: возрастные ограничения, кратковременный положительный эффект препарата, частые аллергические реакции. Функциональное биоуправление с БОС «Реакор» является одним из методов адаптивного изменения систем головного мозга, помогающим восстановлению нарушенных физиологических функций, не имеющее побочных эффектов и противопоказаний. Метод можно с уверенностью рекомендовать для длительного курсового применения в реабилитации детей с ЗПРР и СДВГ как в комплексе с другими методами, так и в качестве монотерапии.

РОТАЦИОННЫЙ ПОДВЫВИХ В АТЛАНТО-АКСИАЛЬНОМ СОЧЛЕНЕНИИ, КАК СКРЫТАЯ ПРИЧИНА ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Мишунина О.А., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Атлант и соседний с ним аксис соединяются с помощью сложной системы связок и имеют особое строение по сравнению с другими позвонками, что обеспечивает максимальный объем движений и является причиной частых травм. Любое повреждение в этой области отражается на состоянии всего организма. Атлант является связующим звеном между позвоночником и костями черепа, он защищает артерии, вены и нервы, проходящие в этой области. Подвывих атланта – это распространенная травма и часто ее не сразу замечают. Симптомы похожи на обычные неврологические расстройства или вообще отсутствуют. Во время подвывиха происходит смещение позвонков относительно друг друга. Связки, соединяющие их, растягиваются, но не рвутся, поэтому контакт между позвонками не теряется. При ротационном подвывихе атлант сдвигается и поворачивается относительно второго позвонка на 3–5 миллиметров, оказывая негативное влияние на сонные и позвоночные артерии, яремные вены и блуждающий нерв. После выхода из полости черепа ствол блуждающего нерва вместе с сонной артерией и яремной веной спускается на шею, затем проникает в грудную и в брюшную полость. Блуждающий нерв иннервирует твердую оболочку головного мозга в области задней черепной ямки, заднюю стенку наружного слухового прохода, часть кожи ушной раковины, корень языка, надгортанник, гортань, глотку, небные дужки, мягкое небо, пищевод, трахею, бронхи, легкие, сердце, средостение, щитовидную и вилочковую железу, дугу аорты, подключичную артерию, лимфатические узлы шеи, желудок, печень, селезенку, поджелудочную железу, почки, тонкую и толстую кишку, до сигмовидной. Возможные причины ротационного подвывиха: 1) травмы (падение, ныряние, удары, спортивные игры, неправильное выполнение кувырка или стойки на голове, резкое движение головой, после длительного состояния покоя, когда мышцы были расслаблены, резкие некоординированные движения). В связи со слабостью мышц и связок, подвывих чаще встречается у новорожденных и детей раннего возраста при стремительных родах, стимуляции родовой деятельности, надавливании роженице на живот, наложении акушерских щипцов, извлечении ребенка при кесаревом сечении, когда перед родами тело ребенка неправильно расположено, шея может быть повреждена при прохождении через родовые пути, когда, при родовспоможении, ребенка тянут за голову. После рождения связки аксиального сочленения могут повредиться при неестественном положении головы, если ребенок часто лежит на животе с поворотом головы набок или на высокой подушке, при резком повороте или наклоне головы, при натягивании через голову одежды с узким горлом, в случаях, когда малыша, до 4 месяцев, поднимают, не поддерживая голову, 2) воспалительные процессы в суставах позвоночника (ревматоидный артрит, болезнь Гризеля и др.), 3) врожденная особенность соединительной ткани с гипермобильностью суставов (синдром Моркио, синдром Элерса-Данлоса и др., 4) перенесенные операции на голове и шее, когда голове может придаваться положение ротации или гиперэкстензии при вмешательствах на отофарингеальной зоне, при общей анестезии с использованием миорелаксантов. Состояния, которые могут симулировать ААРП: мышечная кривошея, связанная с перенапряжением или контрактурой кивательной мышцы противоположной стороны, аномалии сегментации КВС с нестабильностью, наследственные синдромы (синдром Дауна, мукополисахаридозы, нейрофиброматозы). Минимальное смещение атланта со своей оси отражается на всем организме. Беспокойство и плач грудного ребенка может объясняться другими причинами, а подвывих атланта остаться без лечения. Дети наблюдаются с нарушениями мышечного тонуса, двигательными

нарушениями, гипервозбудимостью, с жалобами на беспокойный сон, мраморность кожи, потливость, нарушение речевого развития, памяти, гиперактивное поведение и дефицит внимания. В более старшем возрасте у детей с ротационным подвывихом начинает повышаться артериальное давление, появляется быстрая утомляемость, слабость, головные боли, обмороки, бронхолегочные заболевания или нарушения в работе ЖКТ и ССС, нарушения осанки, снижение зрения и другие состояния и синдромы, обусловленные воздействием на сонные, позвоночные артерии, яремные вены, на блуждающий нерв.

Цель. Анализ частоты встречаемости ротационного подвывиха в атланто-аксиальном сочленении при МР исследовании краниовертебрального перехода у детей с психоневрологическими нарушениями из группы риска.

Материалы и методы. В течение года дети разных возрастных групп с неврологическими жалобами из группы риска по ротационному подвывиху в атланто-аксиальном сочленении проходили обследование: ДСБЦА шейного отдела и МРТ краниовертебрального перехода, ЭЭГ. При подтверждении диагноза, к лечению добавлялась остеопатическая, мануальная и кинезиотерапия. Во всех случаях отмечалось значительное улучшение или выздоровление в короткие сроки.

Результаты. В ходе исследования выяснено, что применение МРТ краниовертебрального перехода помогает выявить застарелый, легкой степени выраженности, ротационный подвывих в атланто-аксиальном сочленении. Было подтверждено влияние данной патологии на позвоночные артерии и как следствие, на кровоснабжение головного мозга. Отмечалась корреляция между изменениями, полученными при МРТ краниовертебрального перехода, ДСБЦА, ЭЭГ, данными неврологического осмотра.

Выводы. Подвывих может долгое время ничем не проявлять себя, а различные патологические состояния в более старшем возрасте редко связывают с травмой. Подвывих легкой степени часто остается не распознанным, в связи с анатомической и функциональной особенностью строения краниовертебрального перехода, многообразием причин, вызывающих подвывих, в связи с отсутствием указания на факт травмы, отсутствием специфических жалоб из-за давности травмы. Ротационное смещение запускает целый каскад патологических процессов: миофасциальное и вертеброгенное влияние на позвоночные артерии, раздражение симпатических сплетений позвоночных артерий, нарушение венозного оттока из полости черепа, нарушение свободного движения ликвора, перераспределение нагрузок на суставы затылочного сегмента.

БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Морошек Е.А.[1], Бальберт А.А.[1,2]
[1]Медицинский центр «Клиника доктора Бальберта», г. Екатеринбург, Свердловская область,
[2]ГБУЗ СО «Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн»,
г. Екатеринбург, Свердловская область

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) сопровождается прогрессирующими костно-мышечными осложнениями и снижением участия в социальной сфере. Боль является вторичным осложнением ДЦП, и ей уделяется все больше внимания. По данным разных авторов, распространенность болевого синдрома у детей в возрасте до 14 лет (средний возраст 7 лет) составляет 50–70 % от всех случаев ДЦП. Во время последней оценки CPUP Шведские авторы указали, что около 1/3 детей, включенных в программу имеют хронический болевой синдром. Однако с возрастом количество пациентов с болевым синдромом увеличивается и к 35–40 годам достигает 80–90 %. Причины болевого синдрома у детей с ДЦП разнообразны и могут быть связаны с гипертонусом мышц, гиперкинезами, дистониями и их последствиями в виде множественных вторичных осложнений, а также с сопутствующими соматическими заболеваниями. Или связаны с инвазивными медицинскими хирургическими процедурами и реабилитационными мероприятиями. Наиболее часто у детей с ДЦП боль возникает в нижних конечностях. По данным разных авторов около 40 % пациентов жалуются на боль в голеностопных суставах и стопе, около 20 % на боль в коленях, 30 % боль в тазобедренных суставах, в меньшем проценте случаев на боль с спине, головную боль и боль в руках. Также пациенты жалуются на абдоминальную, зубную боль, послеоперационную боль в ранах и других местах. В исследовании Шведских ученых были обнаружены статистически значимые различия по уровню GMFCS по боли в нижних конечностях, а именно в стопах, коленях и бедрах и абдоминальные боли. Боль в животе и / или бедрах была наиболее частой у детей с GMFCS V. Обоснованием этому может являться выраженный аддукторный синдром, вывих бедра, которые являются более частыми осложнениями пациентов с GMFCS V. Абдоминальные боли могут быть вызваны запором или гастроэзофагеальным рефлюксом, которые, также чаще встречаются у пациентов с GMFCS V. Боль в коленях является более частой у детей GMFCS III, чем у GMFCS I и V, и это может быть связано с тем, что походка с приседанием («crouch gate») чаще всего встречается при GMFCS III. Лица в

GMFCS I и II чаще на боль ступнях или голенях, чем в GMFCS уровня V. Нагрузка на стопы у детей с GMFCS I и II возрастает при увеличении функциональной активности во время ходьбы. В систематическом обзоре программ вмешательств Ионы Новак и соавторов от 2019 года в группе адресованной лечению болевого синдрома у детей с ДЦП наиболее эффективными методами отмечено лечение ботулиническим токсином типа А, применение интратекальной баклофеновой помпы, восстановительное оперативное лечение на тазобедренных суставах, при сколиозах, массаж, анималотерапия, медикаментозная терапия антиконвульсантами (габапентин) и др. Несмотря на то, что распространенность боли может различаться в разных исследованиях, можно сделать вывод, что боль является серьезной проблемой для детей с ДЦП. К сожалению, имеющиеся исследования этиологии боли, а также эффективных подходов к ее лечению остаются недостаточными. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы определить, что еще можно сделать, чтобы снизить частоту болевых синдромов у данной группы пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ С ДИСФАГИЕЙ

Мошурова Л.В.[1], Леднева В.С.[1], Чернышова В.С.[1], Агишева Л.А.[2], Щукина И.Г.[2]
[1]ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко», г. Воронеж, Воронежская область,
[2]БУЗ ВО «Областная детская клиническая больница №2», г. Воронеж, Воронежская область

Актуальность. Объемные образования головного мозга, черепно-мозговые травмы (ЧМТ), состояния после оперативного лечения, комы различной этиологии, переломы лицевых костей черепа – патологические состояния, которые требуют применения энтерального питания. Категория пациентов с неврологическими нарушениями относится к группе нутритивного риска и должна обязательно получать нутритивную поддержку.

Цель. Оценить эффективность энтерального питания в нейрореабилитации пациента после ЧМТ с дисфагией.

Материалы и методы. Карта стационарного больного Т., 10 лет.

Результаты. Приводим клинический случай: Миша Т. поступил в отделение медицинской реабилитации в августе 2020 г. Из анамнеза заболевания известно, что в конце июня ребенок получил ЧМТ. Госпитализирован в отделение нейрохирургии с сочетанной травмой, в том числе, ушибом головного мозга. КТ головного мозга, шейного отдела позвоночника: КТ- признаки субарахноидального кровоизлияния в межножковую цистерну, эпидуральной гематомы левой височной доли, контузионные очаги 2 типа в субкортикальных отделах верхней лобной извилины слева, в области таламуса с двух сторон, в области переднего рога левого желудочка. КТ - признаки линейного перелома левой теменной кости, с переходом на чешуйчатый шов. Консервативное лечение. В дальнейшем переведен в отделение медицинской реабилитации. При поступлении состояние тяжелое за счет неврологической симптоматики. Уровень сознания снижен, ближе к сопорозному. Нарушение терморегуляции по типу центральной гипертермии. При поступлении реагировал только на болевые раздражители. Глотание нарушено, поперхивается жидкой пищей, небная занавеска провисает, речи нет, контакту не доступен, движения глазных яблок координированы, взгляд не фиксирует. Реакция зрачков на свет отсутствует, мидриаз слева. Язык по средней линии. Небный и глоточный рефлекс снижены. Признаки тетрапареза, грубее слева. Функцию тазовых органов не контролирует. Кормится через зонд. Масса тела 35 кг, рост 140 см, ИМТ=17,9. За 23 дня пребывания в отделении из реабилитационных мероприятий, кроме медикаментозного, физиотерапевтического лечения, ЛФК, массажа, было назначено энтеральное питание полуэлементной смесью, в объеме 250 мл (250 ккал) два раза в день ежедневно. На момент выписки отмечается положительная динамика. Уровень сознания восстановился, мышечный гипертонус снижен. Сохраняются признаки тетрапареза. Появился контроль мочеиспускания, дефекации, восстановились самопроизвольные движения. Купирована анизокория, восстановлена способность к самостоятельному питанию, терморегуляторным процессам. Проявления бульбарного синдрома снижены. Масса тела составила 38,5кг, ИМТ=19,6. Состав смеси для энтерального питания отвечает потребностям организма на фоне бульбарных расстройств как последствия ЧМТ. Применение лечебных смесей для энтерального питания в стационаре у детей с неврологическими расстройствами ускоряет процесс выздоровления.

Выводы. Нейрореабилитация пациентов с последствиями ЧМТ с дисфагией должна быть комплексной с обязательной нутритивной поддержкой, что способствует предотвращению осложнений, прежде всего, нарушению метаболического гомеостаза на фоне гипоксии, ускорению восстановления организма, сокращению сроков пребывания в стационаре.

МЕЖПОЛУШАРНЫЕ ДОСКИ И ДВУРУЧНОЕ РИСОВАНИЕ КАК ПРИЁМЫ РАЗВИТИЯ ВЗАИМОСВЯЗАННОЙ РАБОТЫ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Нехаева Е.А., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Как известно, мозг разделён на два полушария, которые соединены друг с другом с помощью комиссур, главной из которых является мозолистое тело, объединяющее мозг в единую интегративную систему, посредством которой осуществляется согласование и синхронизация работы нервных клеток. У детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) нарушена слаженность работы полушарий, что особенно проявляется в десинхронизации активности участков коры в нижней лобной и верхней височных извилинах, которые считаются центрами речи. В лобной доле левого полушария расположена зона Брока, поражение которой приводит к моторной афазии, то есть неспособности говорить при сохранении понимания обращённой речи, а в височной – зона Вернике, при повреждении которой возникает сенсорная афазия, человек теряет способность понимать смысл сказанного. С точки зрения науки, межполушарная асинхронизация свидетельствует о нарушении функциональной связи, причём степень нарушения работы коррелирует с речевыми способностями ребёнка.

Цель. Существуют практические методики и простые упражнения, разработанные для улучшения межполушарного взаимодействия, что является основной целью применения их у детей с РАС. Достижение данной цели будет возможно при выполнении следующих задач: 1. активизация взаимодействия всех систем организма и улучшение соматического состояния; 2. снижение агрессивного стрессового воздействия окружающей среды; 3. оптимизация способности человека к развитию и обучению, повышение качества данного процесса; 4. улучшение интеллектуальных способностей и активизация мыслительных процессов.

Материалы и методы. Для достижения заданной цели и поставленных задач применяют разные варианты двигательной активности, посредством которых можно создавать новые нейронные сети и улучшать синхронизацию работы мозговых отделов. Качественно развить взаимодействие между полушариями поможет рисование обеими руками. Существуют специальные прописи с игровыми заданиями, в которых нужно раскрашивать, штриховать, обводить рисунки левой и правой рукой поочередно или одновременно. Они помогают улучшить зрительно-моторную координацию и пространственно-графическую ориентацию, а также подготовить дошкольников к обучению в школе. Для улучшения синхронной работы двух полушарий головного мозга полезны также игры со специальными межполушарными тренажёрами (так называемыми, межполушарными досками, или, межполушарными лабиринтами). Пособие изготовлено из дерева и выглядит как два зеркально отражённых лабиринта с бегунками. Ребёнку необходимо двигать бегунки одновременно, двигаясь от центра лабиринта к краю или наоборот. Существуют доски для рук и для ног. Рекомендуются для занятий с детьми старше трёх лет. Обычно понятие «межполушарные доски» встречается в контексте психокоррекции. Помимо занятий с детьми с РАС, нейрокоррекционные упражнения на данном тренажёре можно рекомендовать детям при различных особенностях развития: например, ЗПР, ММД, ЗПРР, ДЦП, СДВГ, а также взрослым пациентам после инсульта и травм головного мозга. Также тренажёр будет полезен детям с нормальным развитием психических и психофизиологических функций для развития внимания и самоконтроля.

Результаты. Межполушарное взаимодействие в процессе психической деятельности – одна из важнейших характеристик человека как вида. Вместе с речью, прямохождением, сознанием оно стало толчком к эволюции. Взаимодействие полушарий обеспечивает психике устойчивость, упорядоченность, дифференцированность, предопределяет общее развитие, обучаемость и интеллект. Снизится риск возникновения дисграфии и дислекции – нарушений письменной речи, повысится стрессоустойчивость, улучшатся память и внимание.

Выводы. Межполушарное взаимодействие необходимо для координации работы мозга и передачи информации из одного полушария в другое. Как считают некоторые специалисты, лишь каждый десятый человек на нашей планете может эффективно и сбалансированно пользоваться обоими полушариями мозга, в то время как у прочих доминирует развитие лишь левой или правой стороны, вторая же игнорируется. Чаще внимание уделяют левому полушарию, из-за чего страдает творческий потенциал индивидуума. Отсутствие синхронности в работе полушарий головного мозга – частая причина трудностей в обучении детей дошкольного и младшего школьного возраста, так как при несформированности межполушарного взаимодействия не происходит полноценного обмена информацией между правым и левым полушариями, каждое из которых постигает внешний мир по-своему. Упражнения для развития межполушарного взаимодействия улучшают мыслительную деятельность, обеспечивают слаженную синхронную межполушарную работу, способствуют улучшению запоминания, повышают устойчивость и концентрацию внимания.

КАТАТОНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Никитина С.Г., Симашкова Н.В., Якупова Л.П., Зозуля С.А.
ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва

Актуальность. Кататонический синдром – один из ведущих синдромов, наблюдающихся в раннем детстве начиная со 2-го года жизни. В контексте данного исследования, кататония представляет интерес как неоднородный, неспецифичный двигательный синдром для детской шизофрении.

Цель. Выделить особенности течения кататонического синдрома в двух подгруппах больных детской шизофренией.

Материалы и методы. На базе отдела детской психиатрии под руководством д.м.н. проф. Симашковой Н.В. ФГБНУ НЦПЗ были обследованы 53 человека с верифицированным диагнозом по адаптированной версии МКБ-10 «Шизофрения, детский тип F20.8xx3» в возрасте от 3 до 15 лет. Все больные в связи с тяжестью состояния проходили стационарное лечение.

Результаты. На основании данных анамнеза и клинического наблюдения оказалось возможным условно выделить две подгруппы: подгруппу больных злокачественной детской шизофренией с преобладанием кататонии и подгруппу больных детской шизофрений с полиморфной симптоматикой. К особенностям заболевания у больных первой группы относилось одновременное развитие двигательных и речевых нарушений. Заболевание развивалось с нарастания кататонической симптоматики, как гиперкинетического, так и гипокинетического типов, сопровождавшейся обилием подкорковых двигательных стереотипий (манежный бег, прыжки на одном месте, яктация, движения «моющего», складывающего, потирающего типа, битье по подбородку, взмахи руками как крыльями, червеподобные движения в пальцах рук, гримасы, щелканье языком, «воющие» звуки), которые вытесняли целенаправленные движения (Симашкова Н.В. 2016 г.). Больные принимали характерные вычурные позы. Отмечался переменчивый тонус мышц. Вслед за моторными нарушениями утрачивалась речь. Как крупная, так и мелкая моторика формировалась с особенностями: отмечалась неловкость, неуклюжесть, «шарнирность» при движениях. По шкале кататонии (BFCRS) больные данной подгруппы оценивались от 35 баллов и выше (что соответствовало «тяжелой кататонии»). При нейрофизиологическом обследовании отмечалось резкое повышение бета-активности, нарастание уровня медленноволновой тета-активности в лобных и центральных областях. При иммунологическом обследовании отмечалось нарастание титра аутоантител к основному белку миелина и белку S100b выше 0,9 ед.опт. пл. Начало заболевания у больных второй подруппы характеризовалось полиморфным приступом с мягкой кататонической симптоматикой, приостановкой в развитии речи. Кататонические нарушения исчерпывались гипердинамией, повышением мышечного тонуса конечностей, гримасами, негативизмом и импульсивностью. Обострение состояния преимущественно приходилось на кризовые периоды развития ребенка, когда на фоне терапевтических ремиссий с мягкими гиперкинетическими проявлениями развивался полиморфный психотический приступ. Ведущей симптоматикой являлись галлюцинаторно-бредовые нарушения. Кататония проявлялась в виде «замираний» на одном месте, оживления гримас, атетозных движений в пальцах, яктации. По шкале кататонии больные данной подгруппы оценивались от 11 до 30 баллов («умеренная кататония»). При нейрофизиологическом обследовании альфа-ритм оставался в пределах возрастной нормы, отмечалась повышенная бета-активность, признаки дисфункции стволово-диэнцефальных структур. При иммунологическом обследовании отмечалось повышение титров лейкоцитарной эластазы сыворотки крови до 289 нмоль/мин*мл и альфа-1-антитрипсина в пределах от 38 до 47 ИЕ/мл, титры аутоантител к ОБМ и белку S100b оставались в границах нормы.

Выводы. Кататоническая симптоматика является неоднородным и неспецифическим синдромом для круга психиатрических и неврологических заболеваний. В рамках подтипов детской шизофрении она также изменяется по тяжести и клинической картине проявлений. Усиление кататонического возбуждения сопровождалось изменениями иммунологического и нейрофизиологического статуса пациентов.

СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ МОВАТА-ВИЛЬСОНА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Новикова З.А.[1], Лысак Н.В.[2]
[1]ФГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия г. Благовещенск, Амурская область,
[2]ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница», г. Благовещенск, Амурская область

Актуальность. В настоящее время в литературе описано большое количество моногенных заболеваний и синдромов, в клинической картине которых наблюдаются судороги, задержка темпов психо-речевого

развития и множественные стигмы дисэмбриогенеза. Описание клинико-генетических характеристик таких синдромов позволяет расширить представления о полиморфизме их проявлений, патогенетических механизмах их возникновения, информировать врачебное сообщество для раннего выявления и коррекции данных синдромов. Синдром Моват-Вильсона (СМВ) – редкое моногенное заболевание, которое характеризуется микроцефалией, эпилепсией, характерными лицевыми дисморфиями, врожденными пороками сердца и мочеполовой системы, болезнью Гиршпрунга, задержкой роста, психо-речевого и моторного развития. Большинство случаев заболевания носит спорадический характер.

Цель. Описание клинических характеристик пациента с СМВ.

Результаты. Приводим клиническое наблюдение. Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности, 1 родов в срок, масса 3900, оценка по Апгар 7/8 баллов. При осмотре в родильном зале выявлена стволовая форма гипоспадии. С рождения наблюдался неврологом с диагнозом перинатальная энцефалопатия. Раннее моторное развитие с задержкой, наблюдался с угрозой детского церебрального паралича. С 1 года – генерализованные тонико-клонические приступы до 40–70 в сутки. Длительный подбор антиконвульсантов ввиду неэффективности. С учетом фенотипических данных, грубой задержки развития, отсутствия эффекта от противосудорожной терапии в возрасте 1,5 лет направлен на молекулярно-генетическое исследование методом сравнительной гибридизации на микрочипах (молекулярное кариотипирование или arrayCGH), обнаружена мозаичная делеция 2q22.1q23.3, что соответствует синдрому Мовата-Вильсона. На момент осмотра ребенок получает вальпроевая кислота 250 мг 2 раза в сутки, топирамат 75 мг 2 раза в сутки, перампанел 6 мг в сутки. На фоне данной терапии приступов не отмечается, ВМ-ЭЭГ планируется через 6 месяцев. При осмотре выявлены множественные стигмы дисэмбриогенеза, фенотипически соответствует СМВ. Моторное и психо-речевое развитие с грубой задержкой. Речь лепетная, продуктивному контакту недоступен, грубый интеллектуальный дефект. Сходящееся косоглазие OU. Ходит с поддержкой за одну руку, сидит самостоятельно, стоит с поддержкой, ползает на четвереньках, переворачивается. Мышечный тонус диффузно снижен, гипермобильность суставов. Плосковальгусная деформация стоп. По данным МРТ головного мозга органической патологии не выявлено. В возрасте пробанда 8 лет в семье появился еще один ребенок. Беременность с предгравидарной подготовкой, проведением медико-генетического консультирования, биопсии хориона в 12 недель с проведением хромосомного микроматричного анализа для выявления мутаций – патогенного хромосомного дисбаланса не обнаружено. Ребенок родился в срок, раннее развитие по возрасту, наблюдается в эпикризные сроки.

Выводы. Таким образом, информирование врачей об орфанных заболеваниях, их этиопатогенезе, клинической картине, фенотипических признаках, лечении приведет к значительному повышению эффективности диагностики наследственных заболеваний и синдромов. Наличие в семье наследственной патологии должно учитываться врачом на приеме для своевременного направления пациента и семьи на медико-генетическое консультирование. Осознание проблемы диагностики орфанных заболеваний, в том числе синдрома Мовата-Вильсона – первый шаг к оказанию помощи пациентам с редкими заболеваниями и их семьям, а также к осуществлению профилактики редкой патологии.

СЕЛЕКТИВНАЯ НЕВРОТОМИЯ МЫШЕЧНО-КОЖНОГО НЕРВА КАК СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ТОНИЧЕСКОЙ СГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

Новиков В.А., Умнов В.В., Звозиль А.В., Иванов С.В., Умнов Д.В., Никитина Н.В., Жарков Д.С., Федосеева А.Ф.

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

Актуальность. Несмотря на то, что сгибательная контрактура локтевого сустава в рамках синдрома «спастической руки» встречается реже прочих, функциональная значимость его разгибания очень велика. Локтевой сустав является промежуточным суставом верхней конечности, реализующим функциональную связь между плечом и предплечьем. Он позволяет предплечью, которое может занимать любое положение в пространстве в результате движения в плечевом поясе, придавать наиболее функционально выгодное положение кисти. Таким образом, становится понято, что сгибательная контрактура локтевого сустава может существенно ограничить пациента в такой важной жизненной функции, как самостоятельное питание.

Целью нашего исследования являлась оценка эффективности селективной невротомии мышечно-кожного нерва для лечения сгибательной контрактуры локтевого сустава.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов обследования и хирургического лечения 17 пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП). Спастичность по шкале Ashworth у паци-

ентов, отобранных для исследования, была III балла и выше. Результаты лечения оценивали на основании клинических данных (учитывалась возможность пассивного и активного разгибания в суставах верхней конечности), оценки мышечного тонуса по шкале Ashworth, а также с помощью функциональных показателей верхней конечности.

Результаты. Для оценки результата нейрохирургического лечения, мы анализировали влияние операции на тонус мышц-сгибателей локтевого сустава. Его снижение было значительным: на III–IV балла по шкале Ashworth он понизился у 15 пациентов (88%) и на 2 балла у 2 детей (12%). Статистический анализ данных исследования подтвердил достоверность различий ($p<0,05$) влияния невротомии n. musculo-cutaneus на амплитуду активных движений в локтевом суставе, выражающихся в ее увеличении. Эти же данные позволяют нам сделать вывод и о том, что данный вид нейрохирургического лечения не оказывает практически никакого влияния на прочие суставы руки. Полученные результаты функциональных тестов подтверждает сделанный ранее вывод: невротомия n. musculo-cutaneus оказывает значительное положительное влияние на амплитуду движений в локтевом суставе, и это находит свое отражение в динамике результатов тестов. Улучшение функциональных возможностей конечности по системе MACS было следующим: 4,31±0,3 до лечения и 2,63±0,2 после хирургического лечения.

Выводы. Селективная невротомия n. musculo-cutaneus является эффективным методом понижения патологического тонуса мышц, сгибающих локтевой сустав. В среднем активная амплитуда движений в локтевом суставе увеличилась на 67,9°, и мы оценили этот результат как хороший. Хорошие результаты лечения наблюдались в 88% случаев, что говорит о высокой эффективности подобного вида лечения. К сожалению, влияние данного вида тонуспонижающего лечения на другие суставы верхней конечности оказалось минимальны. Это подтверждается и функциональными тестами: мы отметили закономерную положительную динамики только тех тестов, которые находятся в прямой зависимости от активных движений в локтевом суставе.

«КРАСНЫЕ ФЛАГИ» У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В РАМКАХ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Пальшинцева И.Б., Макарова К.В.

ГУЗ Детская специализированная психоневрологическая больница №1, г. Ульяновск, Ульяновская область

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) является широко распространенной патологией детского возраста, приводящей к инвалидизации и социальной дезадаптации. Факторы, влияющие на процессы адаптации детей к заболеванию, доказывают необходимость психологической коррекции семьи на основе дифференциального подхода к особенностям детско-родительских взаимоотношений и повышения роли семьи в жизни ребенка.

Цель. Определить особенности детско-родительских отношений, эмоциональное состояние и социальную ситуацию развития детей с ДЦП для разработки коррекционно-развивающей программы в условиях лечебного учреждения.

Материалы и методы. Обследовано 34 семьи: дети дошкольного возраста (6–7 лет) и их матери. Экспериментальную группу составили 17 детей с ДЦП, самостоятельно двигающихся и обслуживающих себя в быту, и их матери. Контрольную группу составили 17 детей того же возраста и пола без диагноза ДЦП и их матери. По клиническому критерию в выборке детей с ДЦП, дети с нижней спастической диплегией (парапарезом) составили 64,7 %, спастическим тетрапарезом – 23,5 %, левосторонним гемипарезом – 5,9 %, левым смешанным нижним парапарезом – 5,9 %. Средний возраст родителей (матерей) составлял 34 года. Методики: методика изучения детско-родительских установок PARI; анализ семейных взаимоотношений Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис; цветовой тест Люшера (модификация Л.Н.Собчик); тест тревожности (Р. Тэммл, М. Дорки В. Амен); методика «Два дома» И. Вандвик, П. Экблад.

Результаты. Дети с ДЦП характеризуются повышенной чувствительностью к различным раздражителям, высоким уровнем тревожности, истощаемостью и эмоциональной возбудимостью. В семье, воспитывающей детей с ДЦП, достоверно преобладает противоречивый стиль воспитания ($p<0,05$), что характеризует негармоничные семейные отношения и формирование у детей неадекватной оценки своих возможностей. Корреляционный анализ установил, что психологические факторы, такие как, высокие требования в семейном воспитании и поощрении активности ребенка, ведут к ускорению развития и способствуют позитивному восприятию действительности и эмоциональной стабильности ($r = 0,045$). На основании полученных психологических критериев в семье, воспитывающей ребенка с ДЦП, была разработана психокоррекцион-

ная программа развития эмоциональной сферы для детей старшего дошкольного возраста с ДЦП и написана памятка для семьи, которая была внедрена в структуру медико-психологического сопровождения детей с ДЦП в нашем лечебном учреждении.

Выводы. Психологическое сопровождение детей с ДЦП и их родителей позволяет установить доверительные отношения и сформировать навыки самостоятельно справляться с возникающими негативными переживаниями. А сочетание индивидуальных и групповых форм воздействия, применение различных видов психологической, социально-педагогической помощи, как можно ранее начало коррекционной деятельности помогает преодолеть многие недостатки в развитии личности ребенка-инвалида, сделать процесс интеграции его в социальную жизнь более успешным.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ДЦП С ПРИМЕНЕНИЕМ АЭРОДИНАМИЧЕСКОГО ТРЕНАЖЕРА

Паутов Э.С., Наумова Е.В.

ФГБОУ ВО «Чайковский государственный институт физической культуры», г. Чайковский, Пермский край

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) у детей встречается в 3–4 случаях на 1000 детей и является тяжелым заболеванием центральной нервной системы. При спастических формах ДЦП происходит также поражение опорно-двигательного аппарата, которое проявляется в снижении силы мышц и уменьшении амплитуды движений в суставах. В настоящее время является актуальным направлением поиск новых, эффективных методик реабилитации детей с последствиями ДЦП. ДЦП сопровождается значительным ограничением двигательной активности. Гипокинезия приводит к ухудшению функций не только двигательного аппарата, но и всех систем организма. Физические упражнения уменьшают вредное влияние гипокинезии и являются профилактикой и устранением гипокинетических расстройств. Однако, в отличие, например, от травматических повреждений проводящих путей, при ДЦП полного прерывания проведения нервного импульса не отмечается. Поэтому значительную роль в восстановлении движений играет стимуляция нервной деятельности нисходящих двигательных путей по принципу обратной связи за счет развития проприоцептивной чувствительности, что достигается, в частности, занятиями с детьми в аэротрубе. Пути проприоцептивной чувствительности (мышечно-суставного чувства) направляются к коре полушарий большого мозга и в мозжечок, регулирующий координацию движений. Далее импульсы передаются через ассоциативные волокна, которые связывают кору червя и полушарий мозжечка и через зубчатое ядро с красным ядром (одним из центров экстрапирамидной системы, и через таламус с корой большого мозга. Далее стимулируются двигательные проводящие пути, представленные пирамидными и экстрапирамидными путями.

Цель. Оценить влияние занятий в аэродинамическом тренажере на показатели силовых способностей у детей с последствиями ДЦП.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 10 детей, имеющие диагноз ДЦП. У всех детей отмечалось нарушение опоры на ноги (опора на носочки, на внутренний край стопы) и походки (неуверенная ходьба, отсутствие самостоятельной ходьбы). Также у большинства детей отмечались контрактуры в локтевых и тазобедренных суставах, нарушение осанки по кифосколиотическому типу. В ходе исследования у испытуемых оценивалась статическая силовая выносливость мышц шеи, спины и брюшного пресса. Также проводилась динамометрия. Тестирование проводилось дважды: до начала занятий и после 8 тренировок в аэродинамическом тренажере.

Результаты. На основании проведенного тестирования были получены следующие результаты. На начало исследования показатели динамометрии составили: 8 кг правой рукой и 7,4 кг левой рукой, на конец исследования 8,2 кг правой рукой (прирост 2,5 %) и 8.4 кг (прирост 13,5%) левой рукой. Среднее значение показателя статической силовой выносливости мышц шей на начало исследования составило 21.5 секунд, в конце исследования 22,4 секунды (прирост 4,2%). Среднее значение показателя статической силовой выносливости мышц брюшного пресса на начало исследования составило 20,5 секунд, в конце исследования 20,7 секунды (прирост 0,9%). Среднее значение показателя статической силовой выносливости мышц спины на начало исследования составило 30,6 секунд, в конце исследования 30,9 секунды (прирост 0,9%).

Выводы. Таким образом, за период проведения исследования у детей испытуемой группы улучшились показатели динамометрии, статической силовой выносливости мышц шеи, спины и брюшного пресса. Изменения носят статистически достоверно незначимые отличия, что связано с небольшим периодом проведения исследования, тем не менее наблюдается положительный эффект от занятий на аэродинамическом тренажере детей с последствиями ДЦП.

ЗАНЯТИЯ ПО ИЗОДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ СЛОЖНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ

Писарева И.Б., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Изобразительная деятельность имеет огромное значение в эстетическом развитии детей. В процессе рисования или лепки у них формируется художественный вкус, творческие способности, развивается воображение и фантазия, стимулируется наблюдательность. Существует много методик по рисованию, но при дистанционном обучении предпочтительнее проводить занятия по изодеятельности с помощью нетрадиционных техник изображения. Работа с нетрадиционными техниками рисования стимулирует у детей положительную мотивацию, вызывает радостное настроение, снимает страх перед процессом рисования. Как правило, проведение таких занятий развивает у детей уверенность в своих силах, формирует навыки и умения, необходимые для создания творческих работ, развивает мелкую моторику рук, знакомит их с различными способами и приемами нетрадиционных техник рисования.

Материалы и методы. На занятиях по нетрадиционным техникам изображения можно применять разнообразные материалы, доступные практически всем. С детьми младшего возраста можно начать рисовать ладошкой или раскрашивать рисунки пальчиком. При такой технике рисунок получается быстро – это крайне важно, потому что малыши не могут долго заниматься одним делом. Следует познакомить их с рисованием печатками, сделанными из картофеля или поролона, но здесь нужна будет активная помощь родителей. Дети младшего возраста легко справятся с рисованием спичечными коробками, которыми можно нарисовать, например, цветы или корзину для яблок, а также с рисованием ватными палочками, которыми можно раскрашивать картинки. В любом возрасте дети любят лепить, но вместо традиционного пластилина можно использовать соленое тесто, а затем раскрасить получившиеся фигурки или предметы. Детей старшего возраста следует познакомить с техникой рисования отпечатками листьев или, например, сельдерея, из которого получаются красивые розы, а также отпечатками цветной капустой. Очень увлекает их рисование волшебных картин, когда дети сначала рисуют на чистом листе бумаги восковой свечкой или восковыми мелками, а затем на рисунок наносят краску и из-под нее проявляется картина. Такой способ выполнения интересен и доступен не только детям старшего возраста, такие занятия можно проводить и с маленькими детьми. Можно познакомить с техникой рисования мыльными пузырями или с техникой рисования солью. Очень интересна техника кляксографии, когда на капли краски дети дуют в трубочку или прижимают их прозрачной пленкой, а затем дорисовывают картинку. Когда дети смотрят на кляксу, они видят предмет или образ, а вопросы «На что похожа клякса?» или «Кого или что она тебе напоминает?» развивают не только мышление и воображение, но и речь ребенка. Не менее интересна техника рисования пластмассовой вилкой, от которой получаются красивые цветы или морские волны, а также техника рисования смятой бумагой. В каждом доме найдутся старые журналы или открытки, нужно только внимательно рассмотреть их, а затем вырезать и приклеить к бумаге, изобразив сюжет. Также интересна техника пластилинографии, которая позволяет рисовать картины пластилином или массой для лепки. Любая из этих техник доставляет детям много радости.

Результаты. Каждая из этих нетрадиционных техник рисования – это маленькая игра для ребенка. Их использование дает детям чувство раскованности, развивает воображение и дает полную свободу для самовыражения. Нетрадиционные техники рисования дают толчок к развитию детского интеллекта, активизируют творческую активность детей, учат мыслить нестандартно, а также содействуют знакомству с ними не только детей, но и их родителей, стимулируют совместное творчество с ними.

СИНДРОМ РЕТТА. АКТУАЛЬНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Раков Д.В., Малышева Т.В., Гунченко М.М., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Синдром Ретта – крайне редкое наследственное заболевание, которое возникает у девочек преимущественно в раннем возрасте, характеризуется регрессом психомоторного развития, поведением, схожим с аутистическим, потерей навыков целенаправленного движения руками и эпилептическими припадками. Частота встречаемости, как правило, составляет 1:15000. Интервал проявления заболевания – от 6 до 20 лет, в крайне редких случаях первые симптомы выявляется в возрасте до 3 месяцев. Однако, данное заболевание на ранних этапах развития ребенка клинически схоже с другими неврологическими заболеваниями, что, в свою очередь, усложняет своевременную диагностику данного синдрома. Важно диа-

гностировать данный синдром на раннем этапе для подбора оптимальной тактики в лечении пациента и дальнейшего прогноза.

Цель. Ранняя диагностика синдрома Ретта.

Материалы и методы. Клинический случай пациентки с синдромом Ретта.

Результаты. Пациентка М. с генетически подтвержденным диагнозом "Синдром Ретта". Диагноз установлен в 1 год 11 мес. Ребенок от здоровой матери, беременность протекала без особенностей. Вес при рождении 4290г., рост 53 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Раннее развитие: голову в 1 мес. держала уверенно, далее отмечалась задержка в развитии (села в 10,5 мес., пошла в 1 год 6 мес., первые слова с 1 года 6 мес.). Стигмирована. В 8 мес. появились жалобы на задержку моторного развития (не ползает, не встает). Наблюдалась у невролога по месту жительства с диагнозом "Энцефалопатия неуточненная, синдром двигательных нарушений, задержка моторного развития". Получала курсы массажа, ЛФК, физиолечение. С 1 года3 мес. наблюдалась неврологом с диагнозом "Другие уточненные поражения ЦНС. Дисплазия соединительной ткани. Задержка развития". Судорог не было. В 1 год11 мес. генетически подтвержден диагноз "Синдром Ретта". Своевременное направление пациента к генетику позволило установить диагноз в раннем возрасте.

Выводы. Пациенты с задержкой моторного, психо-речевого развития, либо с регрессом приобретенных навыков и имеющие стигмы дизэмбриогенеза должны быть осмотрены генетиком в ранние сроки для своевременной постановки диагноза, подбора оптимальной тактики лечения и дальнейшего прогноза.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ «ПСИХОТЕРАПИЯ МАТЕРИНСКОЙ ЛЮБОВЬЮ» В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

Родионова Е.А., Захарова Т.В., Сафронова Н.А., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В условиях сложившейся пандемии стрессовым воздействием для детей будет не столько страх заболеть, сколько резкое изменение образа жизни семьи, непредсказуемость реакций близких взрослых, изменение отношений между членами семьи. Длительная самоизоляция, порождающая ограничения на общение и свободное передвижение, необходимость находится в ограниченном пространстве всем членам семьи, страх за жизнь и здоровье близких, вынужденное изменение образа жизни – все это в разы повышает всеобщую тревожность, конфликтность. Если ситуация эмоционального реагирования у взрослых выходит из-под контроля, то это неизбежно влияет на наших детей, которым так важно в стрессовой ситуации опереться на эмоционально устойчивого взрослого. Невозможность очно посещать врача и других специалистов также является стрессовым фактором. Родители в такой ситуации испытывают чувство беспомощности, тревогу, страх, тотальную изоляцию. На фоне такого возрастающего стресса в связи с пандемией одним из эффективных решений становятся цифровая реабилитация. У семей сохраняется возможность быть в контакте со своим врачом и получать реабилитационные мероприятия в дистанционном форме, в том числе и психологическую реабилитацию.

Цель. Подобрать наиболее эффективные психо-коррекционные воздействия в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации, в том числе с применением возможностей цифровых технологий, позволяющие научить родителей помогать детям справляться со стрессом и психоэмоциональным напряжением и сохранить свою эмоциональную устойчивость.

Материалы и методы. Наибольшую эффективность в условиях дистанционного консультирования показала методика Б.З Драпкина «Психотерапия материнской любовью», где основная работа при этом ведется в системе мать-дитя и помогает сформулировать для ребенка коррекционную позитивную вербальную программу. Именно позитивную, в виду недопустимости суггестивных запретов. В процессе психокоррекции формируются позитивные вербальные установки, которые мать затем передает своему ребенку (в виде четко сформулированных фраз, которые проговариваются ребенку во сне).

Результаты. За период с апреля 2020 года по ноябрь 2020 года была проведена психо-коррекционная работа в рамках данного метода с 82 семьями, воспитывающими детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста. Выраженная положительная динамика в отношении снижения психоэмоционального напряжения, тревожности и уровня конфликтности в семьях отмечалась в 43 семьях (52,5% случаев), умеренная – в 31 семье (37,8% случаев), незначительная – в 8 семьях (9,7% случаев, в связи с недостаточной включенностью матери в психо-коррекционный процесс).

Выводы. Материнская любовь является необходимым условием снижения психоэмоционального напряжения как у ребенка, так и у самой матери. Использование метода «Психотерапия материнской любовью» позволяет повысить психо-адаптационные механизмы матери и ребенка, снизить эмоциональное напря-

жение и тревогу. У матери происходит процесс личностного совершенствования и развития, она приобретает навыки гармоничной передачи любви и заботы своему ребенку, следствием чего становится гармонизация всех внутрисемейных отношений.

ДЦП У РЕБЕНКА С НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Романенко А.Е., Булычева Р.В., Телушко Т.В.
СПбГБУЗ Детская городская больница Святой Ольги, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Нейромышечные заболевания и детский церебральный паралич (ДЦП) редко сочетаются у одного больного и могут вызывать трудности в диагностике.

Цель. Продемонстрировать редкое сочетание одновременного течения двух различных неврологических заболеваний у ребенка.

Материалы и методы. Данные анамнеза, результатов клинического, нейрофизиологического и инструментального обследований.

Результаты. У ребенка 8 лет, проходившего лечение в неврологическом отделении по поводу спастической диплегии, впервые выявлены признаки миопатии. Мальчик поступил с жалобами на задержку моторного развития (не умеет бегать, прыгать, стоять на одной ноге), невнятную речь, трудности самообслуживания, нарушения походки. Из анамнеза жизни: преждевременные роды на 33-й неделе беременности; масса тела при рождении 1790 г, оценка по шкале Апгар 3/5 баллов. Находился на ИВЛ в течение 5 суток. По результатам НСГ: ВЖК 2–3 степени. Психомоторное развитие с задержкой, начало самостоятельной ходьбы с 2-х лет. По результатам МРТ головного мозга – обширные глиозные изменения в перивентрикулярных зонах белого вещества обеих гемисфер, больше справа; внутренняя заместительная гидроцефалия; дисплазия мозолистого тела. В возрасте 2-х лет ребенку поставлен диагноз ДЦП. С 3–4 лет у мальчика отмечено ухудшение речи (стала невнятной). При объективном осмотре в отделении выявлены не характерные для ДЦП проявления слабости лицевой мускулатуры: лицо гипомимично; двусторонний птоз, сглаженность носогубных складок, «аденоидный» тип лица; затруднено зажмуривание глаз, «надувание» щек, оскаливание зубов. Речь невнятная, тихая; выраженная ринолалия. Тонус мышц диффузно снижен, на этом фоне – гипертонус задней группы мышц нижних конечностей с акцентом слева. Мышечная сила в конечностях снижена до 3-х баллов. Глубокие рефлексы невысокие, S=D. Отсутствовали характерные для ДЦП патологические стопные знаки и контрактуры голеностопных суставов. В то же время, выявлены типичные для миопатии нарушения осанки: поясничный гиперлордоз, «крыловидные» асимметрично расположенные лопатки. Нарушения походки сочетали признаки обоих заболеваний. Ребенок вставал с пола с типичными миопатическими приемами. Проведенное ЭНМГ-обследование обнаружило признаки умеренного первично-мышечного поражения проксимальных и дистальных отделов верхних и нижних конечностей в сочетании с супрасегментарными нарушениями. Кроме того, выяснено, что старший брат мальчика (13 лет) также имеет невнятную речь (которая ухудшалась по мере взросления ребенка), отстает от здоровых сверстников в моторном развитии, не справляется с нагрузками на уроках физкультуры. В неврологическом статусе у него обнаружены клинические признаки миопатии: слабость лицевой мускулатуры, диффузная мышечная гипотония, снижение сухожильных рефлексов, нарушения осанки. Таким образом, на основании объективных данных мы выявили «семейный» случай наследственной миопатии.

Выводы. Данное наблюдение показывает наличие у ребенка одновременно двух заболеваний (детского церебрального паралича и миопатии), которые изменяют клиническую картину каждого заболевания в отдельности и нивелируют выраженность клинических проявлений ДЦП. В подобных случаях детям требуется индивидуальный подход к лечению.

ОСОБЫЕ АСПЕКТЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Ростачева Е.А.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Наиболее распространенной формой ДЦП является спастическая диплегия. Эта форма наиболее перспективная в отношении социальной адаптации, обучения и трудоустройства. Для спастической диплегии характерны двигательные нарушения верхних и нижних конечностей, причем ноги поража-

ются больше. В клинической картине наблюдается изменение мышечного тонуса по спастическому типу. С развитием спастической диплегии коррелирует только один фактор – недоношенность (Ровелл с соавт.). Различные авторы (И.В.Машилов и другие), указывают на то обстоятельство, что высокий уровень кортизола, недоношенность и спастическая диплегия являются последствиями одного и того же внутриутробного нарушения типичного для больных со спастической диплегией. При этом недоношенность и повышенный уровень кортизола у больных со спастической диплегией связаны с нарушениями гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что, вероятно, и обуславливает высокий уровень недоношенности в соответствии с теорией Лиггинса. Однотипность аномалий развития, несмотря на различные действия повреждающих факторов, объясняется общим биохимическим звеном патогенеза – торможение окислительных процессов, которые являются основой роста и дифференцировки клеток. По традиционным представлениям гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система относится к каналу почек, это канал роста и развития. Сходство движений определенного класса и симптоматика расстройства движений при ДЦП позволяет классифицировать патологию позы и ходьбы у таких пациентов по дефектному уровню координации. Такого типа проявления характерны для дисфункции канала печени, который связан со всеми уровнями двигательной системы. Выбор канала печени как одного из ведущих для воздействия подтверждается также тимическими нарушениями при ДЦП. Тимус, по традиционным представлениям, также относится к каналу печени. В результате проведенного анализа выделены основные каналы воздействия – это каналы почек и печени, расположенные на нижних конечностях, что соответствует клинической картине спастической диплегии.

Целью нашей работы была разработка новых методик лечения детского церебрального паралича на основе современных и традиционных теорий рефлексотерапии.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты наблюдения и обследования 66 детей со спастической диплегией в возрасте от 4 до12 лет, разделенных на три группы. В каждую группу входили дети примерно со сходной клинической картиной и тяжестью двигательных нарушений. Все дети были недоношенными с весом от 2000–2500 г. Проводилось лечение по трем методикам. Первая методика включала иглоукалывание с воздействием на соответствующие корпоральные точки, краниопунктуру и поверхностное иглоукалывание. Во второй методике применялась фармакопунктура. Третья методика составляла комбинированное воздействие с применением предыдущих двух методик.

Результаты. В результате проводимого лечения были получены следующие результаты: совсем не ходили – 26,8% пациентов, после проведения 1 и 2 методик эти цифры уменьшились до 20,5% и 19% соответственно, но более существенное улучшение отмечалось при комбинированной методике, уменьшение до 15,2%. Появилась возможность к самостоятельному передвижению после проведения первых двух методик примерно у одинакового количества пациентов, соответственно: 40,0% и 40,5%, при комбинированной методике такая возможность появилась у более значительного количества детей – 54,4%. Клинические исследования были подтверждены данными ЭЭГ. По данным ЭЭГ увеличилось количество детей с возрастной нормой ЭЭГ: с 5,7% до 23,5%, 26,4% в первой и второй группе соответственно. Значительное улучшение отмечалось в третьей группе и составило 32, 4%. Уменьшилось снижение функциональной активности коры от 72,2% до 42,6% после первой методики и более значительные изменения после второй до 31,3% и особенно после третьей методики до 27,6%.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования у всех детей отмечалась значительная положительная динамика, сопровождающаяся не только количественной, но качественной перестройкой в интегральной деятельности мозга, с образованием новых связей и частичной нормализации регуляции движения. Наиболее эффективной оказалась комбинированная методика, основанная на современных и традиционных принципах подбора активных точек.

ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП

Рубинов М.А.[1], Атякшев А.В.[2], Степаненко Д.Г.[3], Давыдов О.Д.[3]
[1]ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Свердловская область
[2]ООО «Медицинский центр Вертекс», г. Екатеринбург, Свердловская область
[3]ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, Свердловская область

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) является основной причиной детской неврологической инвалидности в мире. В отечественной литературе мы не нашли исследований эффективности остеопатии при ДЦП. Ни в отечественной, ни в зарубежной литературе, не обнаружили работ, посвященных особенностям соматических дисфункций (СД) у детей с ДЦП в зависимости от уровня глобальных моторных навыков.

Цель. Изучить особенности соматических дисфункций у детей со спастическими формами ДЦП в зависимости от уровня глобальных моторных навыков и оценить результативность остеопатического лечения.

Материалы и методы. В основную группу вошли 45 пациентов, получавших реабилитационное лечение в ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум» с 01.08.18 по 01.08.20 в возрасте от 5 до 15 лет, со спастической формой ДЦП с уровнями глобальных моторных навыков: 1 уровень – 9 человек; 2 – 12; 3 – 18; 4 – 6. Контрольную группу составили 19 детей (без ДЦП), получавших остеопатическое лечение в «Медицинском центре Вертекс». Дети были сопоставимы по возрасту и полу: в основной группе средний возраст 8,5 лет, из них, 21 мальчик и 24 девочки; в контрольной группе – 8,8 лет, 10 мальчиков и 9 девочек. Оценку моторных функций проводили согласно «протоколу оценки двигательных функций», принятой в ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум» с использованием шкал: GMFCS, MACS, MRC, GMFM – 66. Оценку СД при остеопатическом обследовании и лечении проводили, согласно утвержденным клиническим рекомендациям. Остеопатическое лечение проводили с интервалом 1 раз в 0,5 – 3 месяца. Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 2 лет. Всего проведено 195 лечебных сеансов.

Результаты. У всех детей с ДЦП достоверно чаще ($p<0,05$) выявлены глобальные биомеханические и ритмогенные СД, в сравнении с детьми контрольной группы. В структуре глобальных ритмогенных СД, у детей с ДЦП, обнаружили нарушение выработки и проведения Краниального (КРИ), а также, дыхательного ритмического импульса (ДРИ), которые не наблюдали ни у одного ребенка в контрольной группе. В структуре региональных СД у детей с ДЦП преобладали СД региона твердой мозговой оболочки, выраженность которых была достоверно выше ($p<0,05$), чем у детей в контрольной группе. У детей основной группы достоверно выше ($p<0,05$) выявляли спазм диафрагмы. При анализе структуры региональных СД у детей с различными уровнями спастической формы ДЦП, существенных различий мы не выявили, но обнаружили прямую корреляцию – достоверной «утяжеление» региональных СД, в зависимости от уровня глобальных моторных нарушений. В первые сутки после лечения у всех детей родители отметили эффект расслабления, продолжительный сон, осложнений после лечения не наблюдали. При объективном обследовании после 1 сеанса лечения не обнаружили достоверного улучшения моторных функций.

Выводы. У детей со спастическими формами ДЦП достоверно чаще выявляли глобальные биомеханические и ритмогенные СД, которые коррелировали с уровнем моторных нарушений. Это определяет необходимость применения, в первую очередь, техник коррекции глобальных ритмогенных СД и требует продолжения исследования. Результаты исследования подтвердили данные литературы (K. Wyatt et. al., 2011) об отсутствии улучшения моторных навыков у детей с ДЦП после 1 сеанса лечения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ АБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Самсонова Т.В., Назаров С.Б., Магомедова Н.М., Чистякова А.А.
ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» МЗ РФ, г. Иваново, Ивановская область

Актуальность. Двигательные нарушения являются одними из наиболее часто встречающихся последствий перинатального поражения нервной системы у детей первого года жизни. Актуальной задачей является поиск объективных критериев оценки эффективности лечебно-абилитационных мероприятий при этой патологии.

Цель. Разработать объективные критерии оценки эффективности медицинской абилитации у детей с двигательными нарушениями на этапе формирования первых антигравитационных поз.

Материалы и методы. Обследованы 39 детей в возрасте 3–6 месяцев: 23 – с последствиями перинатального поражения нервной системы в виде двигательных нарушений и 16 – без неврологической патологии. Всем детям проводились неврологическое обследование и компьютерная стабилометрия по разработанной нами методике, на стабилоплатформе с высокой чувствительностью для малого веса, в положении ребенка лежа на животе с опорой на предплечья или ладони. Определялись показатели: скорость перемещения центра давления; ширина, разность длины и ширины эллипса статокинезиограммы; уровни 60% мощности спектра в сагиттальной и фронтальной плоскостях; площадь статокинезиограммы; показатель стабильности и индекс устойчивости. В основной группе обследование осуществлялось в динамике: до и после курса медицинской абилитации. Ретроспективно дети основной группы были разделены на 2 подгруппы: I – с положительной динамикой неврологических нарушений (n=13), II – с ее отсутствием (n=10).

Результаты. При проведении индивидуального и ROC-анализа динамики показателей компьютерной стабилометрии у детей установлено, что высокую диагностическую значимость для оценки эффективности медицинской абилитации у детей в возрасте 3–6 месяцев с двигательными нарушениями имеет динамика показателя разности длины и ширины эллипса статокинезиограммы. При его снижении более чем на 31%

лечение оценивается как эффективное, а при его снижении менее чем на 31% или повышении лечение оценивают как неэффективное с точностью до 84%. На основании этого предложен способ оценки эффективности лечения детей 3–6 месяцев с двигательными нарушениями. Установлены высокие чувствительность (85%) и специфичность (78%) данного метода. Результаты ROC-анализа с расчетом площади под кривой (AUC) подтвердили хорошую информативность предложенного метода (AUC=0,82).

Выводы. В результате исследования разработан новый способ оценки эффективности медицинской абилитации у детей с двигательными нарушениями в возрасте 3–6 месяцев, который позволит проводить своевременную коррекцию плана лечебно-абилитационных мероприятий для снижения частоты и тяжести инвалидизирующих исходов перинатального поражения нервной системы.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАРАНЕОЛАСТИЧЕСКОЙ АТАКСИИ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА

Сафронова Н.А., Волкова Л.Н., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Лимфома Ходжкина является В-клеточным злокачественным лимфопролиферативным заболеванием с неизвестной этиологией. Заболевание возникает в любом возрасте, преимущественно в интервале от 16–35 лет. К клиническим проявлениям относится бессимптомное увеличение периферических лимфоузлов, интоксикация, интермиттирующая лихорадка, кожный зуд, поражение органов средостения. В ряде случаев клиническая картина может дебютировать развитием паранеопластических неврологических синдромов – неспецифическими признаками, ошибочно трактующимися как самостоятельное заболевание нервной системы.

Цель. Привлечение внимания детских неврологов к данной группе состояний как к предиктору онкологического процесса. Паранеопластические неврологические синдромы обусловлены влиянием антинейрональных антител на различные структуры нервной системы или вторичным нарушением гомеостаза и могут намного опережать по времени манифестацию клинической картины опухоли. Знание этого факта способствует своевременной диагностике новообразования, позволяет назначить адекватное лечение, достичь стойкой ремиссии и улучшить прогноз основного заболевания.

Материалы и методы. Мозжечковая дегенерация является самым распространённым неврологическим паранеопластическим синдромом. Представляется клинический случай развития паранеопластической атаксии у мальчика 2 лет. Ребёнок от 6 беременности, протекавшей на фоне lues (2 триместр) и хронического гепатита, от 2 родов, в сроке 42–43 недели, массой 3440,0 по Апгар 7/8 баллов. Проходил профлечение в периоде новорождённости. Рос и развивался в соответствии с возрастными нормативами. В 2 года после эпизода повторной рвоты и повышения температуры, появилась неустойчивость при ходьбе, которая была трактованы как острая постинфекционная атаксия. В течение 2 последующих лет было отмечено три атактических эпизода на фоне повышения температуры, с неполным восстановлением походки после каждого эпизода. После обследования в РБКБ был выставлен ДЗ: Эпизодическая атаксия. Через 3 года от вышеописанных событий был верифицирован нодулярный тип лимфоидного преобладания лимфомы Ходжкина. На фоне проводимых курсов химиотерапии достигнута стойкая ремиссия, проявления атаксии не отмечались.

Выводы. Таким образом, наличие атактического синдрома и обнаружение злокачественного новообразования в течение 3 лет после появления первых признаков мозжечковых нарушений указывает на их паранеопластический характер. В каждом случае острого нарушения функции мозжечка неврологам необходимо включать в диагностический поиск онкологические заболевания с определением ассоциированных антител.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА ЛФК В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Селиванова Е.А., Тихонов С.В., Климов Ю.А., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В условиях ограничения возможностей пациентов получить очную медицинскую специализированную помощь из-за ситуации с COVID-19 возникла необходимость создания программ, которые позволят и обеспечат проведение непрерывной реабилитации пациентам НПЦ ДП ДЗМ.

Цель. Улучшить качество оказания медицинской помощи детям с патологией центральной нервной системы (ЦНС) и опорно-двигательного аппарата (ОДА) в условиях сложившейся эпидемиологической обстановки с COVID-19.

Материалы и методы. За период с апреля 2020 года по июль 2020 врачами отделения ЛФК, входящими в состав сформированных мультидисциплинарных команд, было осмотрено и проконсультировано более 500 пациентов с различной патологией ЦНС и ОДА. Связь с пациентами осуществлялась на созданной информационной цифровой платформе TrueConf-Дневной стационар 2.0, которая обеспечивает возможность взаимодействия врача и семьи ребенка, нуждающегося в реабилитации в режиме реального времени, и защиту персональных данных как пациента, так и врача. Дистанционная работа врача ЛФК включает в себя: установление контакта с пациентом и его семьей, сбор анамнеза жизни пациента, сбор анамнез заболевания, визуальный осмотр пациента, проведение тестирования пациента, повторная консультация после проведенного комплекса реабилитации. Набор тестов определялся моторными навыками пациентов: положением головы, положением туловища, положением верхних конечностей, положением нижних конечностей, осанка, положением плечевого пояса, положением таза. Осмотр пациента осуществлялся в присутствии родителя или законного представителя. В ходе дистанционного осмотра ребенка врач ЛФК дает оценку состояния ребенка, наличию противопоказаний и показаний для проведения реабилитационных мероприятий, определяет объём планируемой реабилитации и разработка персонифицированного комплекса упражнений под контролем инструктора ЛФК. Занятия проходят ежедневно, используя платформу Дневного цифрового стационара. Продолжительность занятий от 15 до 30 минут, курс 10 дней. До начала занятия и после него родитель или законный представитель оценивали ЧСС пациента и регистрировали в дневнике пациента. Для оценки эффективности проведенной реабилитации врачи ЛФК использовали Международную Классификацию функционирования (МКФ). Диагноз по МКБ-10 был дополнен диагнозом по МКФ.

Результаты. За период с апреля 2020 года до июля 2020 года более 500 пациентов получили дистанционную квалифицированную консультацию врача ЛФК и прошли курс лечебной гимнастики под контролем инструктора ЛФК. Определитель в реабилитационном диагнозе по МКФ уменьшился на 1 единицу у 86 % пациентов, что говорит о положительной динамике в течении заболевания у пациента. У 14% пациентов определитель в МКФ диагнозе не изменился. Врачами отделения ЛФК были созданы и введены протоколы дистанционного осмотра и контроля за сотоянием пациентов, протоколы ежедневной работы инструктора ЛФК. Мы получили большое количество положительных отзывов о работе врачей ЛФК и инструкторов ЛФК в цифровом Дневном стационаре 2.0, что говорит о сложившимся двустороннем благоприятном взаимодействии сотрудников НПЦ ДП ДЗМ и родителей наших пациентов, что является важной составляющей в реабилитации наших пациентов.

Выводы. Сложившаяся эпидемиологическая обстановка в мире с COVID-19 потенциировала создание платформы Дневного цифрового стационара 2.0, которая обеспечила непрерывность реабилитационного процесса пациентов НПЦ ДП ДЗМ с заболеваниями ЦНС и ОДА. Использование МКФ и работы мультидисциплинарной бригады позволили количественно оценить качество оказанного объема реабилитационных мероприятий.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СЕМЬИ РЕБЕНКА С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, КАК ПРЕДИКТОРА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА

Серов А.В., Искендеров Д.Э., Шуляк Г.А.

ФГБУ «Детский психо-неврологический санаторий «Теремок», г. Зеленоградск, Калининградская область

Актуальность. В настоящем исследовании изучаются социально-психологические условия жизни семьи с ребенком-инвалидом, отношение к ребенку и его занятость в учебной и коррекционной работе, количество обращений к специалистам. Была проанализирована целесообразность использования опросника, как инструмента экспресс-оценки выделенных показателей.

Цель. Анализ социально-психологических условий в семье ребенка-инвалида, отношение к ребенку и его занятость в учебной и коррекционной работе, количество обращений к специалистам. Была проанализирована целесообразность использования опросника, как инструмента экспресс- оценки «реабилитационного потенциала семьи» и его влияния на социализацию и адаптацию ребенка с инвалидностью.

Материалы и методы. Опросник социально-психологической ситуации в семье ребенка-инвалида, разработанный на основе исследований медико-социального статуса семьи, воспитывающей ребенка с детским церебральным параличом (Орел В.И. и соавторы), а также анализа Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Результаты. На сегодняшний день, согласно проведенному опросу, жилищный вопрос и доступность медицинской помощи не вызывают трудностей у родителей. Все родители с детьми-инвалидами получают медицинскую помощь два-три раза в год. В 95% случаев не испытывают проблем с жильем. В 80% не испытывают материальных трудностей. Выявленные показатели говорят о достаточно стабильной соци-

ально-экономической ситуации обследуемых семей. Однако, вопросы адаптации и социализации ребенка-инвалида в обществе остаются достаточно острыми. По данным нашего исследования, 70% родителей не задумывались о будущей профессии своего ребенка. Другие 30% родителей полагают, что перечень профессий сильно ограничен. Выявлена низкая обученность детей самообслуживанию: лишь 40% детей могут самостоятельно воспользоваться туалетом, а разогреть себе еду только 10%. Не менее актуален вопрос заинтересованности родителей в социально-бытовой адаптации детей-инвалидов: только 12% родителей отмечают, что испытывают необходимость в получении помощи по обучению ребенка навыкам самообслуживания; 5% отмечают необходимость обучения ребенка использованию вспомогательных средств.

Выводы. Учитывая полученные результаты, вопрос информирования родителей о мерах социальной поддержки, о целях реабилитации, корректировка реабилитационных программ и внедрение инструментов оценки активности детей с ДЦП – одна из наиболее актуальных и перспективных задач медико-социальной реабилитации.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ЭЛЕКТРОСТАТИЧЕСКОГО МАССАЖА «ЭЛГОС» В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ. СРАВНЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА «HIVAMAT-200»

Соколова Н.П., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. «Элгос» – аппарат для массажа переменным электростатическим полем. Принцип работы аппарата «Элгос» заключается в создании между телом и аппликатором переменного электростатического поля, которое оказывает физиотерапевтическое воздействие. При глубокой осцилляции, то есть быстрых последовательных повторениях массирующих движений электростатическим полем, происходит безболезненная деформация тканей, они ритмично колеблются в заданной частоте (5–250 Гц). Такое воздействие вызывает глубоко проникающую, положительную резонансную вибрацию тканей в области воздействия и оказывает противовоспалительное, противоотечное, лимфодренирующее, миостимулирующее воздействие на ткани. Аппарат «Элгос» по выходным параметрам является аналогом аппарата «HIVAMAT-200»

Цель. Сравнение эффективности применения аппаратов «Элгос» и «HIVAMAT-200» для лечения детей с патологией речевого развития.

Материалы и методы. Аппарат «Элгос» использовался для проведения электростатического массажа речевой и жевательной мускулатуры у детей на базе физиотерапевтического кабинета Дневного стационара №1. Данные по использованию аппарата «HIVAMAT-200» взяты из архивов Дневного стационара №1.

Результаты. Сравнение производилось по двум параметрам: эффективность проведения процедуры на конкретном аппарате для пациентов и простота использования аппаратов для медицинского персонала. В ходе исследования выяснено, что применение аппарата «Элгос» для проведения электростатического массажа артикуляционной и жевательной мускулатуры достаточно эффективно. К концу 10-ти дневного курса родители отмечали снижение гиперсаливации, улучшение жевания, увеличение активности в освоении речевых навыков. С точки зрения удобства применения, работа с аппаратом «Элгос» затрудняется необходимостью останавливать процедуру на 1–2 минуты (время изменения параметров аппарата вручную) один-два раза в течение одной процедуры. Аппарат «HIVAMAT-200» работает по заранее запрограммированным схемам, переключение режимов производится автоматически.

Выводы. Эффективность применения аппарата «Элгос» для проведения электростатического массажа артикуляционной и жевательной мускулатуры для пациентов сравнима с эффективностью применения аппарата «HIVAMAT-200», но трудозатраты медицинского персонала увеличиваются в 2 раза при работе на аппарате «Элгос»; соответственно снижается количество пациентов, которые могли бы получить данную процедуру в единицу времени.

СОЗДАНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО КЛУБА КАК МЕТОД ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С СЕМЬЕЙ В ДОШКОЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ШКОЛЫ

Сосина А.В., Харитонова Е.И.
ГБОУ Школа № 2053, г. Москва

Актуальность. Служба Психолого-педагогического Сопровождения (СППС) в настоящих условиях стала неотъемлемой частью любой московской школы. Функционал педагогов Службы – это работа с детьми с

ОВЗ, мониторинг и выявление детей «группы риска», просветительская и поддерживающая работа педагогов каждой ступени образования. Не менее важное направление деятельности педагогов СППС- взаимодействие с семьей, родителями детей-инвалидов, детей с ОВЗ и детей «группы риска». Однако, предпринимая определенные шаги для освоения именно этого, столь важного поля педагогической деятельности, специалисты сталкиваются с целым рядом трудностей.

Цель. Будучи специалистами СППС дошкольного отделения, авторы статьи поставили себе цель создать поле для общения родителей в неформальной доверительной обстановке, с присутствием специалиста или специалистов, контролирующих и направляющих это общение, опираясь на возможности и желание самих родителей принимать участие в подобном общении.

Материалы и методы. Для реализации этой цели был организован Родительский Клуб «Кораблик». Создание такого поля общения требовало решения следующих задач: 1. выбрать формат общения, который родители сочтут удобным и необременительным; 2. оптимизировать временные и эмоциональные затраты родителей-участников клуба; 3. дать возможность участникам самим принимать решение о степень вовлеченности в течение встречи; 4.разработать структуру встреч, соблюдая баланс между регламентированными, оговоренными заранее выступлениями специалистов и свободной беседой родителей; 5. привлекать к встречам новых участников – задача первостепенной важности.

Результаты. Основные участники нашего клуба – это мамы. Понимая, что у мам в каждой семье есть большой круг обязанностей, на выполнение которых требуется время, формой проведения встреч Клуба была выбрана онлайн-конференция, частота встреч – одна в 2 недели. Это позволило мамам-участникам встреч не отрываться от своих домашних дел, не искать на время встреч человека, который бы занялся ребенком (детьми), не тратить время на дорогу и пр. Режим онлайн-конференции также играет роль в становлении доверительной обстановки, позволяя родителю самому выбрать степень вовлеченности в беседу, возможность переходить от пассивного слушателя и наблюдателя к активному участнику, задающему вопросы, комментирующему интересующую тему беседы. Направленность каждой проводимой встречи тщательно продумывается педагогами накануне. Один из обязательных моментов – небольшая просветительская презентация. Тема выбирается исходя из актуальных запросов родителей, которые педагоги получают через мессенджер, телефон или при личном контакте.

Выводы. Представленная форма работы с семьями – важная часть работы специалистов СППС в нашем дошкольном образовательном учреждении. Подобное взаимодействие позволяет коррекционным педагогам быстро реагировать на различные острые ситуации в семьях воспитанников, связанные и несвязанные с посещением детского сада, вырабатывать совместно с родителями тактику поведения для той или иной жизненной ситуации, поддерживать родителей в принятых ими решениях. У родителей-участников Клуба есть возможность обсудить различные новообразования в поведении ребенка, их влияние на жизнь семьи. Работа Родительского Клуба позволяет специалистам и родителям находить общий язык, взаимодействовать, вырабатывать общую стратегию поведения, стремясь поддержать воспитанников и семьи. Мы, педагоги, чувствуем эмоциональную вовлеченность родителей и видим ее положительные результаты.

ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Сушкевич А.Г., Малышева Т.В., Гунченко М.М., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В 2019 году через кабинет психиатра консультативно-поликлинического отделения НПЦ ДП прошло 3268 пациентов. Многие обращения были повторными. Среди них преобладали расстройства аутистического спектра (РАС). При РАС наиболее частыми сопутствующими синдромами были обсессивно-компульсивные расстройства, нарушения сна, деструктивное поведение, аффективная лабильность, агрессивное поведение, направленное против себя и других. В большинстве случаев тяжелого течения РАС была показана психофармакотерапия.

Результаты. В практике лечения детей и подростков с РАС мы руководствуются рядом принципов: 1) цель медикаментозной терапии – симптом, а не диагноз в целом, 2) соблюдение технических аспектов назначения лекарственных средств в педиатрической практике, что означает: любые лекарства должны назначаться ответственно, независимо и индивидуально, на основании соответствующей информации о комплаентности, эффективности, безопасности, качества лекарственных средств, оправданности назначения в соответствии с инструкцией к препарату, 3) в амбулаторной практике для детей и подростков дозы титрования следует начинать с наименьших (пусть не самых терапевтически эффективных, по сравнению

с лечением взрослых больных) из расчета мг/кг/дн, постепенно увеличивая до наивысших эффективных доз в мг / кг / дн; 4) при тяжелых заболеваниях требуется полифармакотерапия, однако, большинство случаев после нивелирования основной симптоматики удаётся вести на монотерапии, 5) адекватное лечение требует времени, а это значит, что для достижения результата препарат следует применять в течение примерно восьми недель, 6) особенно важно обучить пациента и его семью основным принципам титрования препаратов и контроля побочных эффектов, появление которых особенно настораживает, а амбулаторный режим помощи не позволяет видеть пациента врачом ежедневно. Родственники больных должны быть осведомлены о сроках назначения препарата, ожидаемом эффекте, побочных действиях препарата, 7) в нашей практике хорошо зарекомендовал себя метод взаимодействия с пациентами и родственниками в онлайн режиме регулярных видеоконференции с лечащим врачом, 8) фармакотерапия для пациентов с РАС подбирается индивидуально, но не эмперически. Должны учитываться соматические показатели здоровья, гормональный фон пациента, прошлый опыт применения медикаментозной терапии. Доказательные данные предполагают рисперидон, тиаприд, перициазин и другие антипсихотики. С согласия родителей могут применяться в индивидуальном порядке качественно зарекомендовавшие себя в зарубежной практике кветиапин и арипипразол. Активно используются также нормотимики, препараты антиконвульсивной терапии. Главным вопросом остаётся недостаточный доказательный опыт применения ноотропной и нейротрофические терапии.

Выводы. По нашим наблюдениям, не существует единственного препарата или схемы, которые могли бы воздействовать на весь аутистический спектр одновременно.

ПРИМЕНЕНИЕ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

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

ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) считается одним из самых распространенных заболеваний нервной системы, приводящим к ранней инвалидности. Атонически-астатические формы ДЦП характеризуются низким тонусом мышц, атаксией, высокими сухожильными и периостальными рефлексами. Одно из средств нейрореабилитации детей, страдающих ДЦП, – кинезиотерапия, целью которой является выработка правильного двигательного стереотипа и формирование новых навыков (самообслуживание, владение столовыми и письменными приборами трудовая деятельность и т.д.).

Цель. Изучение и сравнение эффективности совместного применения кинезиотейпирования в сочетании с ЛФК, немедикаменотозной и нейрометаболической терапией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие дети с вышеуказанной формой ДЦП. Пациенты основной и контрольной групп получали нейрометаболическую и немедикаментозную терапию (массаж, ЛФК, физиопроцедуры). В отношении пациентов основной группы дополнительно применяли кинезиотейпирование. Оценку мышечной силы осуществляли по шкале MRS: от 0 баллов (нет движений) до 5 баллов (нормальная мышечная сила). Мышечный тонус определяли соматоскопически (визуально) по положению нижних конечностей и пальпаторно на основании субъективного ощущения сопротивления, получаемого при ощупывании различных групп мышц нижних конечностей.

Результаты. Получен положительный эффект от лечения, в том числе улучшение двигательных навыков, тем самым доказано, что метод кинезиотейпирования может как выступать в качестве самостоятельного метода лечения ДЦП, так и значительно усиливать эффект от применения других методов. По результатам нашего исследования было показано, что эффективность формирования двигательных навыков оказалась значительно выше в группах с уровнем нарушений моторных функций II и III по шкале классификации GMFCS, а в группе с более тяжелыми двигательными расстройствами способствует формированию правильного или приближенного к физиологическому паттерну ходьбы и функции опоры, а также к предупреждению вторичных биомеханических осложнений.

Выводы. На основании этих данных мы можем говорить, что кинезиотейпирование позволяет улучшить качество жизни пациента, дает возможность проводить реабилитацию более интенсивно, ввести дополнительные методы. Воздействие тейпа продолжается между процедурами, что обеспечивает пролонгированный эффект. Таким образом, кинезиотейпирование может являться методом выбора, т.к. обладает существенными преимуществами: неинвазивность, отсутствие побочных эффектов, возможность амбулаторного лечения. Применение кинезиотейпирования значительно повышает эффективность тренировок

ЛФК и массажа на фоне медикаментозной терапии улучшают возможности самообслуживания и социализации ребенка-инвалида, что, в свою очередь, повышает эффективность реабилитационных мероприятий и улучшает качество жизни пациентов с атонически-астатической формой ДЦП.

ПРЕИМУЩЕСТВО НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА И ЧТЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Типсина Н.В., Титова Е.Г., Маринова В.А., Елизарова А.В., Тучак О.Н., Тишкова-Горынина А.В., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. С каждым годом мы замечаем увеличение количества детей с нарушениями письменной речи. Большое количество первоклассников, идущих в школу, оказываются не готовыми к учебным нагрузкам, их мозг не готов обрабатывать большое количество информации. Эти нарушения имеют под собой физиологическую основу – дефицитарное развитие определённых зон головного мозга. Нейропсихологическая диагностика и коррекция предусматривает создание тесного комплекса методов, которые способны с точностью устанавливать степень дефицитарности той или иной психической функции и быстро и правильно составить коррекционный маршрут.

Цель. Изучение и апробация методов нейропсихологической диагностики и коррекции, а также сравнение её с общепринятыми методами и приёмами психолого-педагогической коррекции.

Материалы и методы. А.В.Семенович предлагает систему сенсомоторной коррекции по принципу замещающего онтогенеза, которая представляет развитие мозгового обеспечения. Основной принцип данной системы – прохождение не пройденных этапов онтогенеза. Из её методики были отобраны те упражнения, которые удобны для выполнения в условиях Дневного стационара. Это упражнения для повышения нейродинамики (дыхательные и для нормализации тонуса); когнитивные упражнения (развитие зрительного, слухового восприятия, внимания и памяти, фонематических процессов, межполушарного взаимодействия, пространственных представлений, речи); упражнения на формирование произвольной саморегуляции (формирование навыков на двигательном уровне).

Результаты. Нейропсихологическая коррекция является наиболее эффективным и быстрым средством повышения работоспособности, умения планировать учебную деятельность, формирования навыков самоконтроля. Это позволило в более короткие сроки устранить нарушения письменной речи у младших школьников.

ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ У ШКОЛЬНИКОВ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Типсина Н.В., Титова Е.Г., Тучак О.Н., Тишкова-Горынина А.В., Маринова В.А., Елизарова А.В., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Одной из актуальных проблем логопедии в настоящее время является нарушение письменной речи у школьников. Своевременное выявление и преодоление расстройств чтения и письма - основная задача логопеда.

Цель. Теоретико-методологическое обоснование, определение и апробация коррекционно-педагогических мероприятий, направленных на гармоничное формирование и развитие письменной речи с учетом необходимости преодоления дефекта.

Материалы и методы. Методика экспериментального изучения состояния письменной речи школьника проходила по следующим направлениям: изучение состояния пространственной ориентировки; двигательных функций руки; слухо-моторных координаций; фонематического развития; звукового анализа и синтеза; речевого внимания и памяти; состояния устной речи (звукопроизношения, словарного запаса, грамматического строя); особенности чтения; состояние письма.

Результаты. Данные, полученные в результате обследования, позволяют выявить спектр задач коррекционного воздействия и определить его основные направления в устранении трудностей по обучению родному языку у младших школьников. Регуляторная помощь, которую мы реализовывали, оказалась достаточно эффективной, чтобы обеспечить медицинскую и коррекционно- развивающую поддержку детям с нарушениями письменной речи в условиях Дневного стационара.

АКТИВИЗАЦИЯ СЛУХОВОГО И ФОНЕМАТИЧЕСКОГО ВОСПРИЯТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КАК ОСНОВЫ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Типсина Н.В., Тишкова-Горынина А.В., Титова Е.Г., Тучак О.Н., Елизарова А.В., Маринова В.А., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. На современном этапе уделяется все большее внимание методикам, приемам, методам речевого развития детей раннего возраста с ОВЗ, с целью активизации данного процесса у детей, в том числе с психоневрологической патологией. Развитие слухового восприятия проходит в двух направлениях: развивается восприятие бытовых звуков и восприятие речевых звуков (фонематическое восприятие). У детей с психоневрологической патологией развитие слухового и фонематического восприятия отклоняется от нормы и не может служить полноценной основой для развития речи.

Цель. Определение эффективности выбранных направлений активизации слухового и фонематического восприятия детей раннего возраста с психоневрологической патологией как основы их дальнейшего речевого развития.

Материалы и методы. На протяжении трех лет мы проводили работу по активизации слухового и фонематического восприятия детей, обучая применяемым нами методам и приемам родителей для обеспечения непрерывности занятий по окончании сроков госпитализации ребенка. Работа по активизации слухового восприятия предусматривала: 1. Развитие слухового внимания: умения прислушиваться, ориентироваться в пространстве на слух, локализовать звук в пространстве, различать характер, темп, громкость и длительность звучания. У детей вырабатывалось отношение к звуку как к значимому сигналу; 2. Развитие слуховой памяти: умения определять путем проб то, что звучало (бытовые звуки, звучащий музыкальный инструмент). Работа по активизации фонематического восприятия включала: 1. Развитие тонального слуха: умения различать высоту звучания; 2. Развитие речевого слуха: умения ориентироваться в пространстве на голос человека, узнавать человека по голосу, прислушиваться к шепоту, показывать названное животное, узнавать животное по его крику, различать слова-паронимы. В работе активно использовались многочисленные видео- и аудиоматериалы, традиционные дидактические материалы.

Результаты. Отмечались положительные изменения в состоянии слухового и фонематического восприятия детей. Дети даже с тяжелыми неврологическими нарушениями начинали реагировать на звучание инструментов и игрушек, проявлять ориентировочную реакцию, пытаться локализовать звук в пространстве, даже не находящийся в поле их зрения; тянуться к звучащим предметам, проявлять голосовые реакции, откликаться на голосовую стимуляцию взрослого, пытаться подражать звучанию голосов животных, узнавать звучание музыкальных инструментов, правильно находить названные предметы и находить соответствующую картинку словам-паронимам.

Выводы. Полученные результаты коррекционной работы и динамическое наблюдение за детьми позволяют нам сделать вывод об эффективности выбранных нами направлений активизации слухового и фонематического восприятия детей раннего возраста с психоневрологической патологией как основы их дальнейшего речевого развития.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММИТАЦИИ ХОДЬБЫ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРАХ №№ 5-6

Типсина Н.В., Филиппова Т.Н., Кирсанова Е. Ю, Погорелова Т.И., Рождественская Н.Д., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Актуальной проблемой является формирование правильной походки при заболеваниях нервной системы – при миелодисплазии крестцово-поясничной области, синдроме пирамидной недостаточности, различных формах детского церебрального паралича (ДЦП), последствиях острого нарушения мозгового кровообращения и т.д. Знание механизмов супраспинального контроля ходьбы в норме и при повреждении головного мозга позволит управлять нейропластическим потенциалом мозга и осуществлять регуляцию активности значимых центров. А это, в свою очередь, будет способствовать становлению несформированных функций и улучшению качества жизни пациентов с поражением ЦНС. Механическое воздействие силы реакции опоры передается через нервную систему и влияет на активность клеток голов-

ного и спинного мозга. В результате, в зависимости от силы реакции опоры, включаются или выключаются системы, ответственные за контроль и управление двигательной активностью и мышечно-суставным аппаратом, нормализующие мышечный тонус, корректирующие работу позо-тонической системы, происходит активация сенсомоторных зон коры головного мозга, ответственных за контроль ходьбы. Активация этих зон приводит к возбуждению нисходящих корректирующих влияний на спинальные мотонейроны и, тем самым, влияет на состояние мышечного тонуса.

Цель. Оценить эффектность применения имитатора ходьбы у детей с неврологической патологией.

Материалы и методы. В исследовании, проведенном с декабря 2019 года по март 2020, всего приняли участие 38 детей. С диагнозом ДЦП было 29 человек от 1 года10 месяцев до 9 лет с формой спастическая диплегия – 13 детей, гемипаретическая форма – 8 ребенка, атонически-астатическая форма – 8 человека. Из них по CMFCS- I уровень – 23% ,II уровень – 54%, IV уровень – 23%. С синдромом пирамидной недостаточности – 6 (2,5– 9 лет) детей, с миелодисплазией пояснично-крестцового отдела – 2 ребенка (1,5-9лет), с последствиями ОНМК – 1 ребенок (7лет). Процедуры проводились на аппарате «Корвит» в комбинации режимов по схеме от медленной ходьбы (75 шагов в минуту) до средней (120 шагов /мин) и быстрой ходьбы (150 шаг/мин) с использованием вертикализатора. Процедуры проводились по 20 минут ежедневно. Курс-10 процедур. Все дети получали также весь комплекс реабилитации (физиотерапию, массаж, лечебную гимнастику, занятия с психологом и т. д.)

Результаты. В результате проведенных процедур опорной стимуляции на аппарате «Корвит» отмечалось: увеличение опоры на стопу, подавление патологических синкинезий и возникающих поз тройного сгибания, улучшение эмоционального фона. Ходьба с правильной постановкой стопы по времени становилась длительнее.

Выводы. 1.Иммитатор ходьбы эффективен при неврологической патологии с нарушением походки (при синдроме пирамидной недостаточности, миелодисплазии пояснично-крестцового отдела, последствиях острого нарушения мозгового кровообращения и различных формах ДЦП I–IV уровнях по CMFCS); 2. Опорная стимуляция на аппарате «Корвит» дает более выраженный эффект вместе с комплексом других реабилитационных мероприятий, применяемых в дневных стационарах №5 и 6.

ТРЕХМЕРНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СТОП НА ОСНОВЕ НЕЙРОФИЗИОЛОГИИ ПО МЕТОДУ ЦУКУНФТ-ХУБЕР ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Тучков В.Е., Гербутова М.Н.
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФМБЦ им. Бурназяна ФМБА России, г. Москва

Актуальность. Уже более 20 лет в Европе трехмерная мануальная терапия стоп на основе нейрофизиологии по методу Цукунфт-Хубер является одним из эффективных методов восстановительного лечения стоп у детей с неврологическими заболеваниями. В последние годы терапия приобретает все большее распространение и в России. Терапия проводится в рамках глобальных двигательных паттернов, что существенно отличает ее принцип действия от классической мануальной терапии.

Цель. Консервативное лечение плоско-вальгусных и эквино-плоско-вальгусных деформаций стоп, профилактика или уменьшение контрактур, восстановление функциональной длины мышц, улучшение постуральной регуляции всего тела, мобилизация суставов у детей с поражением центральной нервной системы.

Материалы и методы. Анализ результатов проведения курса трехмерной мануальной терапии стоп на основе нейрофизиологии по методу Цукунфт-Хубер у детей с ДЦП, использование бинтов для удержания достигнутой коррекции, интеграция родителей в терапию, анализ немецких статей, предоставление фотоматериалов, сравнение положения стоп до и после терапии.

Результаты. Уменьшение напряжения мышц, увеличение подвижности в суставах стоп, изменение положения стоп относительно продольно оси голени, изменение постуральной регуляции всего тела, самостоятельное освоение ходьбы.

Выводы. Проведение трехмерной мануальной терапии стоп на основе нейрофизиологии по методу Цукунфт-Хубер позволяет мягко скорректировать положение стоп при неврологических заболеваниях центрального генеза, при этом достигнутая коррекция сразу может быть интегрирована в движение, что позволяет изменить весь двигательный рисунок и как следствие изменить постуральную регуляцию тела, нарушение которой лежит в основе неврологических заболеваний центрального генеза.

ВНЕСУСТАВНОЙ АРТРОДЕЗ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА КАК НОВЫЙ СПОСОБ ВЛИЯНИЯ НА ФУНКЦИЮ КИСТИ У БОЛЬНЫХ ДЦП

Умнов Д.В., Умнов В.В., Новиков В.А., Иванов С.В., Жарков Д.С., Звозиль А.В.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Несмотря на то, что сгибательная контрактура лучезапястного сустава у больных ДЦП на начальных этапах развития представляется функционально выгодной для пациента, поскольку позволяет активнее разгибать пальцы, в отдаленной же перспективе она приводит к резкому ухудшению схвата кистью. До сих пор наиболее актуальным остается вопрос взгляда на хирургическую коррекцию данной контрактуры средней степени тяжести, поскольку сухожильно-мышечные оперативные вмешательства на данной стадии развития уже резко утрачивают свою эффективность, а внутрисуставные артродезы лучезапястного сустава дают в итоге результат не пропорциональный степени травматичности используемой операции.

Целью нашего исследования являлась разработка эффективного способа стабилизации лучезапястного сустава у больных ДЦП со сгибательной контрактурой средней степени тяжести.

Материалы и методы. Работа основана на результатах обследования и лечения 11 пациентов с ДЦП в возрасте от 9 до 17 лет. Тест с пассивной фиксацией лучезапястного сустава являлся основным критерием отбора. Заключался он в следующем: если схват кистью улучшался при пассивной фиксации лучезапястного сустава и сопровождался активным разгибанием пальцев более 40°, то тест являлся положительным. Это становилось показанием для хирургического лечения с использованием предложенной нами методики внесуставной фиксации лучезапястного сустава накостной металлоконструкцией. Результаты лечения оценивали на основании клинических и рентгенологических показателей через 1 месяц после операции и через 1 год непосредственно после удаления фиксирующей конструкции.

Результаты. Прежде всего, оценка производилась качественная на основании субъективных описательных данных, предоставленных пациентами и их родителями. Все пациенты отметили отчетливое значимое улучшение скорости и амплитуды активного разгибания пальцев кисти и усиление схвата, что глобально сказывалось положительно на точности произвольных движений конечностью, расширяло спектр возможных манипуляций и в большинстве случаев позволяло освоить такие навыки, которые ранее отсутствовали.

Выводы. Предложенная методика временного внесуставного артродеза лучезапястного сустава является эффективным способом лечения пациентов с ДЦП со сгибательной контрактурой данного сустава, а также существенно менее травматичной по сравнению с внутрисуставным артродезом. Она позволяет создать хороший базовый фон для реабилитации верхней конечности, а также выявить в ее процессе скрытые функциональные возможности кисти.

СОТРУДНИЧЕСТВО КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА И ЛОГОПЕДА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМПЛЕКСА BALAMETRICS И ГАРНИТУРЫ FORBREIN В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Филиппова Н.Е., Гиленкова С.В., Суворова С.А.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В реабилитационной работе с детьми с ДЦП в настоящее время мы используем разнообразные инновационные технологии. Одними из таких технологий, успешно применяемых, являются Гарнитура Forbrein и комплекс Learning breakthrough kit (Balametrics). Forbrein – это минигарнитура для костного звукопроведения. Воздействие гарнитуры направлено на способность понимания обращенной речи, улучшая обработку информации как устного, так и письменного языка; развитие слухо-речевой памяти; произвольного внимания (концентрация и объем); речевого слуха (фонематическое восприятие); звукопроизношения (работа над артикуляционным праксисом, плавностью речи); фонации (сила голоса, тембр, ритм, интонационная насыщенность); чтение; письмо; повышение мотивации; повышение самооценки, уверенности в себе; развитие коммуникативных навыков. Balametrics – метод мозжечковой стимуляции, который используется у детей с СДВГ, СДВ, ЗПР, ЗРР, нарушениями учебной деятельности, нарушениях координации движений, нарушениях устной речи. Отрабатывается произвольность двигательных актов, праксис, поддержание равновесия, формирование схемы тела, интеграция зрительной, слуховой и соматосенсорной информации. В нашей практике совместное одновременное при-

менение этих технологий у детей с ДЦП во много раз сокращает время, улучшает качество и результаты коррекционного воздействия. При таком воздействии логопед и психолог, работая совместно, корректируют свои цели и задачи для конкретного ребенка, параллельно развивая нарушенные функции и работая над интегративными сенсорными системами: вестибулярной, слуховой, зрительной, проприоцептивной.

Результаты. В научно-практическом центре мы используем гарнитуру Forbrein и комплекс Balametrics уже несколько лет и замечаем высокие результаты. Результатами такой работы в нашем центре являются крепкий эмоциональный контакт на занятии специалиста и ребенка; повышенная мотивация детей к занятиям; быстрое решение поставленных коррекционных задач у каждого конкретного ребенка. Технологии применяются в комплексе с классическими нейропсихологическими и логопедическими технологиями и могут стать дополнительным средством для улучшения коррекционного воздействия и реабилитации детей.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ СПАСТИЧЕСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ: ОТ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА К ЛЕЧЕНИЮ

Чебаненко Н.В., Зыков В.П., Канивец И.В.
ГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования МЗ РФ, г. Москва

Актуальность. Согласно Европейской классификации, спастические формы церебрального паралича (ЦП) составляют 83–87%. По данным К.А. Семёновой, 77% случаев ЦП являются спастическими. Доказательства генетической природы спастических церебральных параличей давно известны. Они подтверждаются популяционными когортными исследованиями. Например, в семьях с больными детьми риск рождения ребенка с церебральным параличом увеличивается в 9 раз.

Цель. Оценка результатов ботулинотерапии у детей со спастическим генетическим ЦП в зависимости от выявленных мутаций.

Материалы и методы. Обследован 31 ребёнок от 3 до 7 лет со спастическим генетическим ЦП: 20 детей со спастической диплегией, 9 – с тетраплегией, 2 – с гемипаретической формой. GMFCS 2 уровня – 11 детей, GMFCS 3 уровня – 20 детей. Результативность ботулинотерапии оценивалась с помощью диагностических тестов: шкала спастичности по Ashworth, хамстринг-, трицепс-, аддукторный-тесты, объём активных движений в суставах, шкала GMFCS, степень выраженности тонических рефлексов. Статистическая оценка достоверности результатов проводилась с помощью критерия Стьюдента.

Результаты. У детей с ЦП GMFCS 2 уровня выявились мутации в группах генов регуляции различных аспектов общего клеточного обмена (FASTKD2, ADSL), регуляции процессов внутриклеточной секреции и внутриклеточного транспорта (REEP2), регуляции трансмембранного транспорта (SLC2A1), регуляция возбудимости нейрональной мембраны (SCN1A – 4 ребёнка), регуляция обмена нейромедиаторов и функционирования синапсов (OFD1), регуляция процессов деления клетки (ARID1B – 2 ребёнка). У детей с ЦП GMFCS 3 уровня выявились мутации в группах генов приводящих к формированию болезней накопления (MVK), регуляция процессов образования и функционирования цитоскелета (TUBGCP5, CYFIP1, NIPA2 (2 ребёнка), NIPA1 (2 ребёнка)), регуляция процессов нейроонтогенеза (FAM58A (2 ребёнка), DUSP9), регуляции трансмембранного транспорта (ATP2B3), регуляция возбудимости нейрональной мембраны (SCN1A (3 ребёнка), HCN1, KDM6A SCN8A), регуляция обмена нейромедиаторов и функционирования синапсов (PNCK), регуляция процессов деления клетки (CENPJ, PPP3CA). По данным исследования результативность ботулинотерапии в различных группа генов достоверно не различалась. Через 2 недели после проведения ботулинотерапии у всех детей снизился локальный спастический мышечный тонус на 1 балл по модифицированной шкале спастичности Ашфорта. Объём движений в суставах достоверно увеличился у 12 детей (38,7%), уменьшилось влияние тонических рефлексов у 31 ребёнка (100%). При обследовании через 4 месяца у 15 (48,4%) детей сохранился достигнутый уровень объёма движений в суставах. Более эффективная динамика отмечена у пациентов с GMFCS 3 уровня.

Выводы. У детей с генетическим спастическим ЦП результаты ботулинотерапии не зависели от групп генетических мутаций. Но, учитывая малое количество выборки, требуются дальнейшие исследования на больших выборках.

ДИНАМИКА КОРРЕКЦИИ КОСОГО ПОЛОЖЕНИЯ ТАЗА ПРИ УКОРОЧЕНИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОД КОНТРОЛЕМ КОМОТ

Чумакова А.М., Валиев В.К., Красавина Д.А., Иванов Ю.И., Гарибьянц В.В.
ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, г. Санкт-Петербург,
Профессорская клиника ОДА, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Синдром короткой ноги или разнодлинность ног является часто встречающейся патологией в клинической практике врача-ортопеда. По данным разных авторов, различная длина ног наблюдается у 90% населения (Сарнадский В.Н.,2003г.; Проценко В.Н., Беляков В.В., 2010 г., G.A.Knutson,2005). Данный синдром может стать причиной, вызывающей тяжелые ортопедические патологии.

Цель. Оценка необходимости коррекции разнодлинности ног с применением контроля за постурой методом КОМОТ.

Материалы и методы. Проведено обследование детей с 7 до 18 лет с имеющимся перекосом таза при укорочении нижней конечности от 0,5 до 1,5 см, с последующей компенсацией разнодлинности. Было выделено 2 группы пациентов: в первой проводилась только компенсация, во второй группе- компенсация с подбором индивидуального комплекса упражнений.

Результаты. У пациентов обеих групп наблюдалась положительная динамика на фоне компенсации, но было выявлено отчетливое улучшение и стойкий результат в группе, где использованы индивидуальные комплексы ЛФК, так как в одной и в другой группе имелось сочетание разнодлинности ног с цервикальной дорсопатией, которая также влияет на постурологический баланс.

Выводы. Полученные результаты требуют более детального обследования шейного отдела позвоночника у этих детей и создание единого алгоритма для пациента с разнодлинностью ног. Также этим пациентам необходимо проведение комплексной реабилитации, включающей компенсацию, коррекцию шейного отдела позвоночника и индивидуальный комплекс ЛФК.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ОЦЕНКЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Шейко Г.Е., Белова А.Н., Баландина О.В.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России,
г. Нижний Новгород, Нижегородская область

Актуальность. Реабилитация детей с детским церебральным параличом (ДЦП) требует системного подхода и динамичной оценки достигаемых результатов. Для описания и измерения степени нарушений здоровья у детей с ДЦП используется Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП). Данная классификация позволяет унифицировать определение индивидуального профиля функционирования ребенка с учетом средовых и личностных факторов, оценивать изменения нарушений здоровья в процессе реабилитации. Тем не менее, на данный момент не существует четких количественных критериев, позволяющих с помощью МКФ-ДП определять эффективность медицинской реабилитации пациентов с ДЦП, что актуально в практическом и научном плане.

Цель. Разработать критерий оценки эффективности медицинской реабилитации детей с ДЦП на основе использования МКФ-ДП.

Материалы и методы. В исследование включено 29 пациентов (средний возраст 5,4±1,05 лет) с различными формами ДЦП, которые на протяжении 12 месяцев получали курсы медицинской реабилитации в условиях стационара и поликлиники. До и после курсов реабилитационных мероприятий всем пациентам, помимо общесоматического и клинико-неврологического обследования, проводили тестирование с применением специализированных опросников и шкал, а также оценку с использованием краткого базового набор МКФ-ДП для детей/подростков с ДЦП. На первом этапе работы путем экспертной оценки определены группы пациентов с улучшением и без улучшения, проанализирована степень согласованности мнений экспертов. На втором этапе рассчитаны чувствительность и специфичность предложенного нами критерия оценки эффективности реабилитации, а также проанализирована степень согласованности мнений экспертов и разработанного оценочного критерия.

Результаты. Реабилитационный эффект определялся нами на основании динамики оценок доменов по компонентам МКФ-ДП «функции», «активность и участие» через 12 месяцев от начала реабилитационных мероприятий. Критерием улучшения было принято считать положительную динамику состояния ребенка не менее чем по 3 доменам с изменением оценки как минимум на 1 балл. Через 12 месяцев после проведенных реабилитационных мероприятий, согласно экспертному методу, улучшение было достигнуто у 18 пациентов с ДЦП. Согласно предложенному нами критерию оценки эффективности медицинской реабилитации, улучшение наблюдалось у 16 пациентов с ДЦП. Чувствительность предложенного нами критерия оценки эффективности медицинской реабилитации пациентов с ДЦП составила 89%, специфичность 91%, что дает основание рекомендовать использование данного критерия для оценки улучшения эффективности медицинской реабилитации детей с ДЦП.

Выводы. Продемонстрировано, что МКФ-ДП может применяться в качестве инструмента оценки реабилитационного эффекта у пациентов с ДЦП на основании динамики оценок доменов по компонентам классификации МКФ-ДП «функции», «активность и участие» с использованием следующего критерия улучшения: снижение оценки по определителю, как минимум, на 1 балл не менее чем в 3 доменах. Предложенный нами критерий позволяет устанавливать ориентир, на достижение которого должны быть направлены усилия реабилитационной команды при проведении медицинской реабилитации у пациентов с ДЦП.

РЕЧЕВОЕ ДЫХАНИЕ И ЕГО ПРОЯВЛЕНИЕ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАИКАНИЕМ

Шенбергер Е.Б., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Речевое дыхание – основа звучащей речи, источник образования звуков, голоса. Оно помогает правильно соблюдать паузы, сохранять плавность речи, менять громкость, делать речь выразительной. Под речевым дыханием понимается способность человека в процессе высказывания своевременно производить короткий, достаточно глубокий вдох и рационально расходовать воздух при выдохе. Правильное речевое дыхание дает возможность при меньшей затрате мышечной энергии речевого аппарата добиваться максимума звучности, более экономно расходовать воздух. Речевое дыхание представляет собой высококоординированный акт, во время которого дыхание и артикуляция строго соотносятся в процессе речевого высказывания. В норме, у ребенка одновременно с развитием речи вырабатывается правильное речевое дыхание. Нарушение речевого дыхания – один из постоянных признаков заикания. Заикание определяется как нарушение темпа, ритма и плавности устной речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Начало этого расстройства речи попадает обычно на период интенсивного формирования речевой функции – на возраст детей от 2 до 6 лет.

Цель. Разработка практических рекомендаций по проведению логопедической работы, направленной на развитие речевого дыхания у детей дошкольного возраста с заиканием.

Материалы и методы. 1. Выработка правильного диафрагмального дыхания. С этой целью проводится дыхательная гимнастика, в процессе которой происходит нормализация ритма дыхания и увеличение объема вдоха; 2. Обучение спокойному, короткому вдоху и свободному, плавному, удлиненному выдоху с использованием элементов дыхательной гимнастики А.Н. Стрельниковой и разнообразного наглядного материала; 3. Обучение рациональному, экономному ротовому выдоху в процессе произнесения звуков, слогов, слов, фраз (проводится одновременно с развитием артикуляции звуков и голосообразованием). Работа по развитию речевого дыхания у детей дошкольного возраста с заиканием направлена на развитие объема легких, формирование диафрагмального типа дыхания, короткого вдоха и плавного, длительного выдоха, одновременно уделяя большое внимание правильному развитию артикуляторного аппарата, что является основой для звучного голоса.

Результаты. Системный подход в обучении, специальное планирование, регулярные занятия, индивидуальный и дифференцированный подход дают положительные результаты в развитии речевого дыхания у детей дошкольного возраста с заиканием. А это, в свою очередь, положительно сказывается на работе по преодолению заикания, а также на формировании и совершенствовании правильного звукопроизношения. Работа по развитию речевого дыхания у детей дошкольного возраста с заиканием направлена на развитие объема легких, формирование диафрагмального типа дыхания, короткого вдоха и плавного, длительного выдоха, одновременно уделяя внимание правильному развитию артикуляционного аппарата, что является основой для звучного голоса.

РАЗВИТИЕ ПРОСОДИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ ПОСРЕДСТВОМ МУЗЫКОТЕРАПИИ У ЗАИКАЮЩИХСЯ ШКОЛЬНИКОВ

Шенбергер Е.Б., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Одной из важнейших психических функций человека является речевая. В процессе речевого развития формируются высшие формы познавательной деятельности, способность к понятийному мышлению. Лица, страдающие заиканием, лишены возможности нормального речевого общения с окружающими, заикание является серьезным препятствием для выполнения производственных обязанностей, получения образования, устройства личной жизни. Постоянные затруднения в речи травмируют больных, вызывая невротические реакции. С помощью музыки возможна работа по формированию представлений об интонационной выразительности, по развитию моторики (общей, ручной, артикуляторной и мимической), а также профилактическая работа, направленная на повышение умственной работоспособности и нормализацию психического здоровья ребенка.

Цель. Определить эффективность коррекционно-логопедической работы, направленной на развитие просодической стороны речи посредством музыкотерапии у заикающихся школьников.

Материалы и методы. 1. Непосредственное лечебное воздействие музыки на нервно-психическую сферу больных при ее пассивном или активном восприятии. В дошкольном возрасте седативный или активизирующий эффект музыки достигается музыкальным оформлением игр, воспитательных мероприятий или режимных моментов, специальной психотерапевтической ориентацией традиционных занятий с детьми, 2. Использование музыки в качестве вспомогательного приема, сопровождающего такие процедуры как аутотренинг, игротерапию, лечебную драматизацию и прочие, 3. Музыкальная ритмика, широко используемая при лечении двигательных и речевых расстройств, осуществляется в форме групповых занятий с ритмическими играми, хороводами, дыхательной гимнастикой, воспроизведением заданного ритма в ускоренном и замедленном темпе, игрой на ударных инструментах и т.п. Упражнения ритмико-психомоторной терапии обеспечивает многоканальность стимулов, организующих и концентрирующих внимание за счет сочетания акустических, оптических, тактильных и кинестетических элементов, 4. Музыкотерапия, как форма лечебной педагогики, направленная на коррекцию личностных особенностей, дезадаптирующих ребенка в коллективе сверстников, нарушающих его социальные связи. В процессе эмоционально насыщенных занятий у детей формируются навыки общения. Робкие, боязливые, тормозимые дети приобретают уверенность в себе, ощущение равного среди равных, повышается их самооценка.

Результаты. Музыкотерапия благотворно влияет на заикающихся за счет дозировки раздражителей: темпа, ритма, динамики музыки и слова. Музыка и словесные инструкции вызывают дифференцированные по времени, силе и форме двигательные реакции. Музыка и слово помогают активно реализовывать движение или затормозить моторную реакцию, способствуют воспитанию и перевоспитанию личностных качеств. Использование музыкотерапевтических приемов в процессе коррекционной работы со школьниками, страдающими заиканием, облегчает не только переход от одного этапа коррекции к другому, но и от одной стадии к другой благодаря организующему влиянию ритма и подключению речи к формированию произвольных основ поведения и движений. Это свидетельствует о перспективности применения подобных технологий в коррекционно-педагогическом процессе.

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ МАССАЖ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР КОРРЕКЦИИ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Шенбергер Е.Б., Вильданова Е.Л., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Проблема коррекционно-логопедической помощи детям с неврологической патологией в настоящее время является чрезвычайно актуальной. Необходимость мер по диагностике и коррекции нарушений в развитии детей связана с наличием в стране тревожной демографической ситуации, характеризующейся не только общим снижением рождаемости, но и увеличением доли рождения нездоровых, физиологически незрелых детей. В последние годы резко увеличился процент детей с речевой патологией, обусловленной нарушениями иннервации органов артикуляции. В настоящее время возросло признание эффективности логопедического массажа специалистами, занимающимися тяжелыми речевыми дефектами, такими как дизартрия. В комплексной системе коррекционных мероприятий логопедический массаж

предваряет артикуляционную, дыхательную и голосовую гимнастику. Массаж в логопедической практике используется при коррекции дизартрии. Правильный подбор массажных комплексов способствует нормализации мышечного тонуса органов артикуляции, улучшает их моторику, что способствует коррекции произносительной стороны речи.

Цель. Разработка комплексов логопедического массажа в практике коррекции звукопроизношения у детей дошкольного возраста с дизартрическими расстройствами.

Материалы и методы. 1.Исследование анатомического строения артикуляционного аппарата, 2. Исследование состояния мимической мускулатуры в покое и динамике, 3. Исследование состояния тонуса мышц непроизвольной и произвольно артикуляционной моторики (лицевой, губной, язычной мускулатуры): исследование двигательной функции артикуляционного аппарата, исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата, 4. Состояние звукопроизношения.

Результаты. При составлении комплекса массажных движений, который имеет своей цель восстановление функции движения нижней челюсти и положения рта, необходимо учитывать не только мышцы первично выполняющие данную функцию, но и те мышцы, которые косвенно принимают участие движениях нижней челюсти. Соответственно, логопед, выполняя массаж ребенку, имеющему вышеуказанные проблемы должен включить в массажный комплекс область шеи, дна полости рта височную область, область задней части щек, как с наружной, так и внутренней стороны. При этом необходимо учитывать состояние мышечного тонуса. В том случае, если тонус повышен, следует начинать массаж с мышц, косвенно принимающих участие в данных движениях или, иначе говоря, с второстепенных мышц. Напротив, если тонус понижен, следует начинать массаж с основной группы мыши и в первую очередь с жевательной и крыловидных, как несущих основную нагрузку в выполнении данной функции. Только в этом случае можно получить эффективный результат от логопедического массажа.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Шиошвили В.А., Корнеева И.В., Тихонов С.В., Батышева Т.Т.
ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность проблемы реабилитации детей с церебральной патологией определяется увеличивающейся распространенностью и социальной значимостью данной патологии, влекущей за собой порой тяжелую инвалидизацию. 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. Особенно важны в неонатальной практике следующие эффекты МП: высокая проникающая способность, позволяющая воздействовать на глубинные структуры мозга; нейротропное действие и седативное; улучшение крово- и ликвородинамики, микроциркуляции гипоталамо-гипофизарной области, что особенно важно для создания адаптационно-регуляторных предпосылок.

Цель. Оценка эффективности транскраниальной магнитотерапии (ТКМТ) БИМП и реализующей его приставки «Оголовье» (вариант для новорожденных) к магнитотерапевтическим аппаратам «АМО-АТОС» у детей первого года жизни с перинатальным поражением ЦНС (ПП ЦНС).

Материалы и методы. Под наблюдением находились дети с ПП ЦНС в возрасте от 3 недель до 11 месяцев жизни. Среди наблюдаемых детей преобладали девочки (61%). Соотношение доношенных и недоношенных детей составило 1:1,5. В структуре ПП ЦНС превалирующими были синдромы тонусных нарушений (52%) и гипервозбудимости (38%), а также гидроцефальный синдром (19%), синдром вегето-висцеральных нарушений (13%). Всем детям было проведено стандартное обследование, которое включало в себя анализ жалоб родителей, данных анамнеза, результатов выполненного инструментального исследования (нейросонография), неврологический осмотр. Церебральный кровоток исследовали с помощью тепловизионной диагностики. Оценка проводилась по тепловизионному признаку гипоксии головного мозга – гипотермии подбородка. Все дети получали процедуры транскраниальной магнитотерапии БИМП с приставкой «Оголовье» от аппарата «АМО-АТОС», индуцирующего бегущее магнитное поле с частотой модуляций 10 Гц, в импульсном режиме (магнитная индукция 15 мТл). Время воздействия 5 мин при 1-й процедуре с постепенным увеличением времени воздействия на 1 мин до 10 мин ежедневно, курсом 10 ежедневных процедур.

Результаты. ТКМТ переносилась всеми детьми хорошо, побочных реакций в ходе курса лечения не отмечалось. Эффективность проводимой терапии оценивалась по клиническим проявлениям, результатам тепловизионной диагностики, проводимой до начала и после окончания курса физиотерапевтических

процедур. В результате проведенного лечения у пациентов была отмечена положительная динамика большинства клинических проявлений: улучшился мышечный тонус у 67% детей, купировался синдром гипервозбудимости у 82% детей, имевших его до начала лечения. По результатам тепловизионной диагностики не отмечалось термоасимметрии в области лица у 27% детей, у остальных наблюдавшихся тепловизионные признаки гипоксии головного мозга значительно уменьшились.

Выводы. Таким образом, наши клинические наблюдения и специальные исследования свидетельствуют о том, что применение метода ТКМТ БИМП у детей первого года жизни с перинатальным поражением ЦНС целесообразно и эффективно.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЭНЕРГОПЛАСТИКИ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДИСПРАКСИИ

Шишенок Ю.В., Батышева Т.Т.

ГБУЗ Научно-практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. В структуре речевых нарушений часто наблюдается артикуляционная диспраксия. Она же может являться и самостоятельным нарушением. В настоящее время изучением диспраксии и способов ее коррекции занимаются неврологи, нейропсихологи, сенсорные терапевты, логопеды.

Цель. Оценка эффективности применения биоэнергопластики в логопедической коррекции диспраксии у детей.

Материалы и методы. Для исследования эффективности применения биоэнергопластики в логопедической коррекции диспраксии были созданы экспериментальная (ЭГ) и контрольная (КГ) группы. В каждую группу были включены по 8 пациентов в возрасте от 4 до 7 лет с артикуляционной диспраксией. В начале проведено логопедическое обследование детей. По результатам логопедического исследования были подобраны комплексы упражнений с использованием биоэнергопластики. Применение технологии реализовывалось с пациентами ЭГ в структуре каждого логопедического занятия и включало несколько этапов. Первый этап-соматогнозис. Использовались дидактические игры и приемы: «Собери человека», дорисовывание недостающих частей тела человека, рисунок лица, показывание части тела по инструкции. Второй этап- по инструкции логопеда ребенком выполнялись статические артикуляционные упражнения, сопровождающиеся соответствующими движениями рук. Третий этап- динамические артикуляционные упражнения совместно с движениями обеих рук, имитирующими движения речевого аппарата, с произнесением соответствующего упражнению звука/ цепочки звуков. После каждого занятия родителю давались рекомендации и задания для закрепления полученного результата. На логопедических занятиях с пациентами КГ биоэнергопластика не использовалась, артикуляционная гимнастика выполнялась традиционным способом.

Результаты. По завершении курса логопедических занятий в ЭГ и КГ подведены результаты (таблица 1). Помимо указанных в таблице показателей отмечается улучшение двигательной памяти и показателей внимания пациентов, их заинтересованность в выполнении заданий с использованием биоэнергопластики.

Таблица 1. Показатели в ЭГ и КГ до и после исследования

Параметр исследования	% пациентов, верно выполнивших пробы до применения биоэнергопластики		% пациентов, верно выполнивших пробы после применения биоэнергопластики	
	ЭГ	КГ	ЭГ	КГ
Артикуляционная моторика				
- кинестетически праксис	25	37,5	100	100
- кинетический праксис	0	0	100	87,5
1. Звукопроизношение	0	10	100*	87,5*
3. Слоговая структура слова	0	0	62,5	50
4. Моторика кисти и пальцев	37,5	37,5	87,5	50
5. Пространственные представления	50	62,5	100	62,5

*В параметре звукопроизношение отмечается поставленный звук/группа звуков, автоматизированный/автоматизированные изолированно.

Выводы. Полученные результаты отражают эффективность и целесообразность применения биоэнергопластики в логопедической коррекции диспраксии.

ДЛЯ ЗАМЕТОК: