Департамент Здравоохранения города Москвы
Научно-практический центр детской психоневрологии
Департамента Здравоохранения г. Москвы
при поддержке
Всероссийского общества неврологов
Союза реабилитологов России
Института инновационной реабилитации
Московского городского педагогического университета
Института специального образования и комплексной реабилитации
Национальной ассоциации экспертов по детскому церебральному параличу и сопряженным заболеваниям
Благотворительного фонда помощи детям, больным ДЦП «ШАГ ВМЕСТЕ»

V ЮБИЛЕЙНАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ И ДРУГИЕ НАРУШЕНИЯ ДВИЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ»

Материалы конференции

Москва 2015

Оглавление

Абкович А.Я. СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ОБУЧЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ С ДЦП	10
Абкович А.Я. ОПЫТ СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ В ГАУ «МНПЦ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ»	11
Агаркова Л.Г., Мезенцева О.А., Карева И.В., Польская А.В. СИНДРОМ «ВЯЛОГО РЕБЕНКА»	12
Акимов А.И., Лапочкин О.Л. ИСКУССТВОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ ПСИХОТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ЛЕЧЕНИИ С ДЕТЬМИ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС	13
Андросова З.П., Самсонова М.И., Прокопьева А.Г. НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ	14
Ахмадов Т.З. ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЦП ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ ТРАДИЦИОННОЙ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ В КОМПЛЕКСНОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	15
Ахметова Н.С., Варзина Т.В., Жуманазарова М.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАТОКИНЕЗОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЦП	16
Ахметова Н.С., Варзина Т.В., Есенбаева Б.А. ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ ПРИ ДЦП	16
Барбаева С.Н., Кулишова Т.В., Стецурина А.С. ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	17
Батышева Т.Т., Авцина В.В. Гунченко М.М., Слабова Г.А. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ МОТОРНО-СЕНСОРНОЙ НЕЙРОПАТИИ	18
Батышева Т.Т., Антропова И.М., Чебаненко Н.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ	19
Батышева Т.Т., Антропова И.М., Чебаненко Н.В. НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ	21
Батышева Т.Т., Армякова Т.Р. МИГРЕНЬ У ДЕТЕЙ	22
Батышева Т.Т., Бадалян О.Л., Трепилец В.М., Платонова А.Н. РАБОТА. ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ ЭПИЛЕПСИИ И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	23
Батышева Т.Т., Бакуменко В.И., Гунченко М.М., Саржина М.Н Хрусталева Е. В., Типсина Н. В. СИНДРОМ АЙКАРДИ-ГУТЬЕРЕСА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	25
Батышева Т.Т., Балканская С.В., Кудрявцева О.И. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У ПАЦИЕНТА С ЭПИЛЕПСИЕЙ – СИНДРОМ ЛАНДОЛЬТА	27
Батышева Т.Т., Бриль А.Г., Лягин А.С., Кусакин В.В., Бунякин Н.И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОРОЧНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП	28
Батышева Т.Т., Власова В.А., Петрова О.А., Ахадова Л.Я, Загилова О.Ю. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ КРАББЕ	29
Батышева Т.Т., Горина Т.П. МРТ ДИАГНОСТИКА ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЫШЦ	30
Батышева Т.Т., Гунченко М. М., Слабова Г. А. , Мещерякова К. К.	31

АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	
Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Чебатура А.Д., Бойко Е.А., Иванчук Е.В. ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ЦВЕТОВОГО ВЫБОРА ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	32
Батышева Т.Т., Джинчарадзе Н.Г., Щипанова Е.А., Колесник А.С. МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С КОНТРАКТУРАМИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ, В СЛЕДСТВИЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	33
Батышева Т.Т., Зотова М.А., Коровина Н.Ю., Сорокин А.Б. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ PAC AMSE ПРИ ОСМОТРЕ СПЕЦИАЛИСТОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА	34
Батышева Т.Т., Квасова О.В., Дмитриева Т.В. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ	35
Батышева Т.Т., Квасова О.В., Трепилец В.М.,Трепилец С.В. ОСТЕОПОРОЗ У ДЕТЕЙ С ДЦП И ЭПИЛЕПСИЕЙ	36
Батышева Т. Т., Климов Л.В., Гришина И. Э., Флорова Ю.А. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	37
Батышева Т.Т., Левченкова В.Д., Титаренко Н.Ю., Рыжкова З.Н. Садов Е.Ю. РАННИЕ ПРЕДВЕСТНИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ С ДЕТСТВА	39
Батышева Т.Т., Левченкова В.Д., Деревягин В.И. О МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВЕ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	40
Батышева Т.Т., Леонова Н.В., Флёрис Л.И. ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО, ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ	41
Батышева Т.Т., Логунков А.М. НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В СТРУКТУРЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	42
Батышева Т.Т., Молоткова У.В., Ларионова А.Н., Кондакова О.Б., Балканская С.В., Соловьева А.В. МАСКА ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА НАСЛЕДСТВЕННАЯ МОТОРНО-СЕНСОРНАЯ НЕЙРОПАТИЯ I ТИПА (ВАРИАНТ НМСН I ШАРКО-МАРИ-ТУТА)	43
Батышева Т.Т., Орлова Г.И., Подгорнова С.Ю., Халилова Л.Б. РАЗВИТИЕ ЯЗЫКОВОЙ СПОСОБНОСТИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ДЦП	44
Батышева Т.Т., Переверзева Д.С., Данилина К.К., Коровина Н.Ю. ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В РАЗВИТИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	45
Батышева Т.Т., Петрова О.А., Власова В.А., Загилова О.Ю., Чебаненко Н.В.ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛИНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР.	45
Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Климов Ю. А., Шиошвили В.А., Кудрявцева О.И., Рубинова Ю.Л., Малашкевич Н.В. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ	46
Батышева Т.Т., Полунин В.С. РОЛЬ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ В	47

ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
Батышева Т.Т., Пшемыская И.А., Полухина Н.В., Слободчикова Н.С. Позднякова Д.А. ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС В СОЧЕТАНИИ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	48
Батышева Т.Т., Саркисова Е.В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ. ПРОФИЛАКТИКИ ЗАНОСОВ ИНФЕКЦИИ В ДЕТСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР	49
Батышева Т.Т., Саркисова Е.В., Ларионова А.Н., Синельникова А.Н… АКТУАЛЬНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВЯЛЫХ ПАРАЛИЧЕЙ У ДЕТЕЙ В КОНТЕКСТЕ БОРЬБЫ С ПОЛИОМИЕЛИТОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	51
Батышева Т.Т., Сидорова К.Ю. ФОРМИРОВАНИЕ ИНТЕРЕСА К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БЕЗРЕЧЕВЫХ ДЕТЕЙ	52
Батышева Т.Т., Сидорова К.Ю., Орлова Г.И. РАЗВИТИЕ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	53
Батышева Т.Т., Суворова С.А., Гиленкова С.В. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ЗАИКАНИЕМ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ	54
Батышева Т.Т., Суворова С.А., Гиленкова С.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО, РЕЧЕВОГО И МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ	55
Батышева Т.Т., Суворова С.А., Гиленкова С.В. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ЗАИКАНИЕМ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ	56
Батышева Т.Т., Суворова С.А., Гиленкова С.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО, РЕЧЕВОГО И МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ	57
Батышева Т.Т., Трепилец В.М., Ахадова Л.Я. ДИАГНОСТИКА. РЕДКИХ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ СИДРОМА «ВЯЛОГО РЕБЕНКА». КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ФОРМЫ НЕМАЛИНОВОЙ МИОПАТИИ	58
Батышева Т.Т., Шалиманова С.В. РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ В РАЗВИТИИ ДОШКОЛЬНИКА С ДЦП	59
Батышева Т.Т., Шенбергер Е.Б. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КОНТРАСТОТЕРМИИ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ДИЗАРТРИЕЙ ПРИ ДЦП	62
Батышева Т.Т., Шиошвили В.А., Ахадова Л.Я., Пшемыская И.А., Позднякова Д.А., Полухина Н.В. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ РОДОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ	62
Белоусова М.В., Уткузова М.А. ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕЧИ	63
Белоусова М.В., Уткузова М.А. РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ И ЭЛЕКТРОННЫЕ ГАДЖЕТЫ	64
Битова А.Л., Садовская Ю.Е., Константинова И.С., Бернштейн М.И., Блохин Б.М. НОВЫЕ СТРАТЕГИИ НЕЙРОАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ДИПЛЕГИЕЙ	65
Бронников В.А., Культина А.Ю. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ ДЦП ПО ИСХОДНЫМ ДАННЫМ СТАТИКО – МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ	66
Бронников В.А., Залазаева Е.А., Данилова М.А. ОПЫТ	67

ПРИМЕНЕНИЯКОМПЛЕКСА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Булекбаева Ш.А. СЛУЖБА ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КАЗАХСТАНЕ	68
Власенко С.В., Ненько А.М. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОНСЕРВАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЗЫ И ХОДЬБЫ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ФОРМОЙ СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ	69
Власенко С.В., Османов Э.А. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, ФОРМА СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫМ ПЕРЕРОЖДЕНИЕМ МЫШЦ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	70
Власенко С.В., Пономаренко Е.Н. ОСОБЕННОСТИ БОТУЛИНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП В ПОЗДНЕМ РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	71
Войтенков В.Б., Скрипченко Н.В., Климкин А.В., Суровцева А.В НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ДИАГНОСТИКЕ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ	72
Волкова Н.В., Лапочкин О.Л. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ МЕТОДА МОНТЕССОРИ-ТЕРАПИИ	72
Галантюк И. Г., Исаева Н.В. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХБИОМЕХАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ (ХАКАСОВ) И ЕВРОПЕОИДОВ РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (г. АБАКАН)	73
Горюнова А.В., Шевченко Ю.С., Данилова Л.Ю., Боброва Н.А ПСИХОМОТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	74
Давыдов С.О., Вечкаева О.В. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП МЕТОДОМ ИНТЕНСИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ	75
Даниярова Ш.Б-П., Игнатьева А.С. ВАЛИДАЦИЯ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ « ШОИВОЗ-РЕБЕНОК» В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	76
Даниярова Ш.Б-П. ИНВАЛИДИЗАЦИИ РЕБЕНКА В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ	76
Данков Д. М., Попков Д. А., Змановская В. А., Кашуба Е.В., Буторина М.Н., Павлова О.Л. ДИНАМИКА ПАТТЕРНА ПОХОДКИ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПОСЛЕ ОДНОМОМЕНТНОГО МНОГОУРОВНЕВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	77
Дегонская Е.В., Евтушенко Л.Ф., Евтушенко И.С. ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	78
Дегонская Е.В., Евтушенко И.С., Евтушенко Л.Ф. ЗАВИСИМОСТЬ ЭКГ-МАРКЕРОВ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА ОТФОРМЫ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ	78
Дроздова И.М., Милованова О.А. ВОЗМОЖНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СПАСТИКО-ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ	79
Дубина С.П., Евтушенко О.С., Евтушенко С.К., Яновская Н.В ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ	80

Евтушенко О.С., Вовченко И.В., Евтушенко С.К. СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИППОТЕРАПИИ В КОСТЮМЕ "ГРАВИСТАТ" В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ	81
Евтушенко О.С., Дегонская Е.В., Евтушенко И.С., Евтушенко Л.Ф МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА В ПРОЦЕССЕЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	82
Евтушенко О.С., Дубина С.П., Евтушенко С.К., Яновская Н.В., Фомичева Е.М.ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ВЗРЫВО-ОСКОЛЬЧАТОГО РАНЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У РЕБЁНКА С УШИБОМ СПИННОГО МОЗГА И НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ	83
Евтушенко С.К, Евтушенко О.С., Кутякова Е.И. МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АПАЛЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗТРОВАННОГО ЦЕНТРА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ	84
Евтушенко С.К., Евтушенко О.С., Кутякова Е.И. ОСОБЕННОСТИ КУРАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ И СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ	84
Евтушенко О.С., Евтушенко С.К., Яновская Н.В., Дубина С.П МЕТОДОЛОГИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕНСИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	85
Евтушенко О.С., Сохань Д.А., Евтушенко Л.Ф., Евтушенко С.К., Савченко Е.А. СОЧЕТАНИЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МОЗГА И СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС	86
Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р., Евтушенко О.С. РАННЯЯ КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ МЫШЕЧНЫХ ДИСТРОФИЙ И АМИОТРОФИЙ У ДЕТЕЙ	87
Жеребцова В.А. РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	88
Жигэу Е.И. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	89
Зенкина О.Ю., Червонная О.Ю., Кривцова Л.В. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ	90
Змановская В.А., Попков Д.А., Буторина М.Н., Павлова О.Л., Данков Д.М., Е.В.Кашуба РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В КОМПЛЕКСЕ С БОТУЛИНОТЕРАПИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЦП ПОСЛЕ МНОГОУРОВНЕВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	91
Исанова В.А. КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ УЧРЕЖДЕНИЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОБРАЗОВАНИЯ, СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ	92
Калач М.А., Коровина Н.Ю., Давыдов Д.В., Сорокин А.Б СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДАННЫХ НЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ОВЗ	93

Клиточенко Г.В., Тонконоженко Н. Л., Малюжинская Н.В Кривоножкина П.С. ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЦП	94
Козявкин В.И., Лисович В.И., Качмар О.А. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД КРЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	95
Козявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Волошин Т.Б. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ РАЗВИТИЯ ТОНКОЙ МОТОРИКИ РУК И РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С АУТИЗМОМ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ПО СИСТЕМЕ ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	96
Козявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Гордиевич М.С. ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ	96
Конова О.М., Шубина Л.С., Дмитриенко Е.Г., Дмитриенко Т.Г. РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ ОСЛАБЛЕННЫХ МЫШЦ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	97
Корнеева Н.Б., Владимирова О.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УСТАНОВЛЕНИЮ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	98
Косатенко К.Ю., Токарева И.Ф ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ	99
Кочубей Г.Н., Устинова А.В., Павлов А.В., Меньшикова Т.Н. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА LOKOMAT® У ДЕТЕЙ С ДЦП	100
Красавина Д.А., Ходичева О.Н. УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДВИЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БТА И МЯГКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОРТЕЗОВ	101
Лака А.А., Сампиев М.Т., Рамлугон К. ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ МЕТАЛЛОЗА И ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ СКОЛЬЗЯЩИМИ ТИТАНОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ У БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ	102
Лупандина-Болотова Г.С, Игнатов Д.А., Семикина М.Г., Зотов П.А., Поляков С.Д., Клочкова О.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВМЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ СТИМУЛЯЦИИ АУТОХТОННОЙ МУСКУЛАТУРЫ С АБИЛИТАЦИОННЫМИ МЕТОДИКАМИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС	103
Макарова Е.Ю., Авдеева Т.Г. ВЗАИМОСВЯЗЬ СИНДРОМА ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ С СОСТОЯНИЕМ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	104
Михайлова О.В., Абкович А.Я.АДАПТИВНАЯ ПЕДАГОГИКА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	105
Мозговая Е.В., Мишина С.В., Виноградова О.А., Патрухина Н.А ОСТЕОПАТИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКЕ К РОДАМ	106
Морозова Е.А., Шаймарданова Г.А. РАННИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	107
Морозова Е.А, Камалова А.В., Хасанов А.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЖИЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЗИЦИИ ПЛОДА В РОДАХ	108

Морошек Е.А., Аронскинд Е.В., Афанасьева Н.А. МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯГИПЕРКИЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЦП В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ «ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО»	110
Новиков В.И., Малахов О.А., Монахов Н.Ф., Новикова Т.Р… ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ В КОМПЛЕКСЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	111
Новосёлова И.Н., Комфорт А.В, Понина И.В, Валиуллина С.А., Васильева М.Н. РАННЯЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ДОРЗАЛЬНОЙ РИЗОТОМИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП	111
Песчанская М.Л., Евдущенко Т.Г., Кутякова Е.И. КОМПЛЕКС ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С АПАЛЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	112
Плохоцкий А.И., ШишаеваЕ.А. СВЯЗЬ ПАМЯТИ И ЭМОЦИЙ	113
Побута О.В., Исанова В.А., Лебедева Л.Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКОГО КОСТЮМА РПК «АТЛАНТ» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	114
Польская А.В., Мезенцева О.А. Карева И.В., Агаркова Л.Г АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНЫЕ ПРИСТУПЫ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО НЕВРОЛОГА	115
Пономаренко Ю.Н., Каладзе Н.Н., Мошкова Е.Д. ИММУННАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И НАПРАВЛЕНИЯ ЕЁ ОПТИМИЗАЦИИ	116
Пятин В.Ф., Мокина Н.А., Мокин Е.Д. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ С КИНЕЗИОТЕРАПИЕЙ У ПОДРОСТКОВ	117
Романов Г.Н., Корсакова Е.А. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ВИБРО-АКУСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА «РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕБЕНКА. ЦЕНТР Г.Н.РОМАНОВА»	118
Романов Г.Н., Суслова Г.А., Корсакова Е.А. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА	119
Рублева Ю.В., Бурд С.Г. КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ	121
Савельева Н.Н., Ганин С.А., Лайкина Е.В. МЕТОД ХРОНИЧЕСКОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ПОЯСНИЧНОГО УТОЛЩЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЦП	123
Сажнева И.А., Евтушенко О.С., Яновская Н.В., Евтушенко С.К., Фомичёва Е.М. МЕТОДИКА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ НЕРВОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО РАНЕНИЯ	124
Самсонова М.И., Тарасов М.Ю., Говорова М.Д., Петухова Н.К.,Тимофеев А.Л., Красильникова Р.В. РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА Г.ЯКУТСКА	125
Саржина М.Н., Чебаненко Н.В. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ	126
Севастьянов В.В. ПРИМЕНЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ МНОГОКАНАЛЬНОЙ ПРОГРАММИРУЕМОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ	127

Селеверстова Е.А. ПРИМЕНЕНИЕ ДЕТЬМИ С ДИАГНОЗОМ ДЦП ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ – ОДНО ИЗ НЕПРЕМЕННЫХ УСЛОВИЙ УСПЕШНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	128
Сергеева Р.Р. НЕОНАТАЛЬНЫЕ СУДОРОГИ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	129
Сирбиладзе Г.К., Сирбиладзе К.Т., Юрьева Р.Г., Святогор И.А Гусева Н.Л. ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ	130
Стеклов А.А., Хуснутдинов Р.Р., Мельник В.В. АБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ МЕТОДАМИ ЛОКОМОТОРНОЙ ТРЕНИРОВКИ	131
Стеклов А.А., Хуснутдинов Р.Р., Мельник В.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОБОТИЗИРОВАННЫХ СИСТЕМ В КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЦП	132
Суворова С.А., Суворов Д.А. КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СПАСТИЧЕСКИХ КОНТРАКТУР У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	133
Суворова С.А., Евдокимова И.И., Казарина Е.В. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ МОТИВАЦИИ НА РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА	134
Тимершин А.Г., Синило Д.А. ИНТРИТЕКАЛЬНАЯ БАКЛОФЕНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	135
Токарева И.Ф., Габдрахманова З.Ш. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДИАГНОЗОМ ДЦП	135
Турок Г.А., Барсукова Н.В., Рябова Е.Н., Федорова Т.Н., Михайлова О.А.,. Зимина Н.В. РЕДКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕДИАТРИИ. НАСЛЕДСТВЕННО-ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	137
Устинова А.В., Бертрам Н.В., Павлов А.В., Меньшикова Т.Н. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП	137
Уткузова М.А., Белоусова М.В. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АБИЛИТАЦИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА	138
Фирсова И.Г. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	139
Цинкалов А.В., Лапочкин О.Л. КОРРЕКЦИЯ ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У ДЕТЕЙ С ДЦП ПО МЕТОДИКЕ ГОСПИТАЛЯ СВЯТОЙ МАРИИ Г. БРИЗБЕНА (АВСТРАЛИЯ). ОПЫТ ГБУЗ МО ДПНБ	140
Цыпина Л.Г. КОРРЕКЦИОННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРИ АУТИСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ	141
Цыпина Л.Г. ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭНЦЕФАЛИТЕ У ДЕТЕЙ	142

Чарыкова А.А., Павлова Н.Н., Лазуренко С.Б. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАЗВИТИИ КООРДИНИРОВАННЫХ ДВИЖЕНИЙ РУК У МЛАДЕНЦЕВ С СОЧЕТАННЫМ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	143
Чебаненко Н.В. ИСХОДЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ К ДВУМ ГОДАМ	143
Чемерис А.В., Булекбаева Ш.А. ПРИНЦИП МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОСТИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ДЕТСКОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ	144
Шаймурзин М.Р., Евтушенко С.К., Евтушенко О.С., Фомичева Е.М СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКОГО ПАТТЕРНА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ МИЕЛИНО- И АКСОНОПАТИЙ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ МОТОСЕНСОРНЫМИ ПОЛИНЕВРОПАТИЯМИ	145
Шамборская Е.А. ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ ОГКУЗ «БЕЛГОРОДСКИЙ ДОМ РЕБЕНКА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИКИ»	146
Шершнева А.И. ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ДЕТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧАХ	147
Щербицкая О.В., Познякова Е.А., Смирнова Е.А. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ	148
Яновская Н.В., Евтушенко С.К., Евтушенко О.С. ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ЦНС У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ	149
Яновская Н.В, Евтушенко О.С., Евтушенко С.К. ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ С ПСИХО-РЕЧЕ-МОТОРНОЙ ЗАДЕРЖКОЙ, УГРОЖАЕМЫХ ПО РАЗВИТИЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	150
Rawer, R.C. ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ФУНКИЦИОНАЛЬНУЮ СИСТЕМУ ДВИЖЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СИНУСОИДАЛЬНОЙ ВИБРАЦИОННОЙ ПЛАТФОРМЫ “ГАЛИЛЕО”	151

СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ОБУЧЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ С ДЦП

Абкович А.Я.

Кафедра специальной педагогики и специальной психологии МГГУ им. М.А. Шолохова, Москва

Актуальность. В связи с позитивными изменения, произошедшими в российском обществе в последние десятилетия существенно расширились возможности получения образования детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья. Появились вариативные образовательные маршруты и для детей с ДЦП.

Для успешного включения ребенка с церебральным параличом в образовательный процесс требуется создание специальных условий и организация адекватного, систематического, комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения как ребенка, так и его семьи.

Материалы и методы. В 2013-2014 годах нами было проведено исследование готовности образовательных организаций разных типов (школа дистанционного обучения, школа VI вида и массовая школа) к обучению детей с ДЦП.

В экспериментальном исследовании приняли участие 48 человек. Среди них 30 родителей детей-инвалидов вследствие ДЦП школьного возраста и 18 педагогических работников государственных образовательных организаций. Основным методом исследования было выбрано анкетирование, для реализации поставленных задач были разработаны две анкеты (для педагогических работников и для родителей).

Результаты. Сравнение результатов исследования по разным типам образовательных организаций показало: в полной мере специальные условия обучения и воспитания для школьников с ДЦП не созданы ни в одной из образовательных организаций, принимавших участие в исследовании; наибольшая готовность к обучению и воспитанию детей с церебральным параличом определяется в школах VI вида; готовность школы дистанционного обучения к работе с детьми с ДЦП приближена к уровню школ VI вида; наименьшая готовность к обучению и воспитанию школьников с детским церебральным параличом определяется в массовых общеобразовательных организациях.

Наиболее остро с точки зрения создания специальных образовательных условий стоят следующие проблемы: кадровое обеспечение, программно-методическое обеспечение, возможность получения реабилитационных услуг.

ОПЫТ СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ В ГАУ «МНПЦ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ»

Абкович А.Я.

ГАУ «МНПЦ реабилитационных технологий», Москва

Актуальность. Современный подход к семье ребенка-инвалида рассматривает ее как реабилитационную структуру, обладающую потенциальными возможностями для создания максимально благоприятных условий для развития и воспитания

ребенка. Именно семья становится стартовой площадкой для его самоопределения в социуме.

С апреля 2014 г. в ГАУ «МНПЦ РТ» совместно с БФСПГ «Соинтеграция» при поддержке Фонда защиты детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, реализуется проект создания интеграционного семейного клуба «Большая семья». Основная цель проекта - содействовать преодолению социальной изолированности семей, воспитывающих детей-инвалидов.

Материалы и методы. Целевая группа проекта - дети, инвалиды, члены их семей, вкл. здоровых детей. Реализация проекта осуществлялась в несколько этапов. На подготовительном этапе был проведен отбор семей для участия в проекте, сформирована команда специалистов и волонтеров, и проведен обучающий семинар для обеспечения их готовности к выполнению поставленных задач. На диагностическом этапе проведена комплексная диагностика семьи, включая оценку социально-экономического положения семьи и ее психологическое изучение. Данные, полученные в результате диагностики, послужили основой для разработки программы работы семейного интеграционного клуба.

На основном этапе проекта проводились ежемесячные мероприятия социально-педагогической, социально-психологической и социокультурной направленности.

Результаты. Достигнутый в результате реализации проекта результат полностью соответствует ожидаемому. Родители детей – участников проекта получили полезную информацию по вопросам обучения, воспитания и реабилитации детей, повысилась их общая психологическая и педагогическая компетенция. В процессе работы клуба происходит неформальное человеческое общение детей и родителей друг с другом и со специалистами, люди делятся практическим жизненным опытом и находят пути решения имеющихся проблем. Особенно ценной для детей-инвалидов и их родителей является возможность привлечения к мероприятиям здоровых братьев и сестер. На данный момент можно говорить о том, что сделан значительный шаг по преодолению изолированности семей, в которых воспитываются дети-инвалиды.

СИНДРОМ «ВЯЛОГО РЕБЕНКА»

Агаркова Л.Г., Мезенцева О.А. , Карева И.В., Польская А.В.

МБУЗ «Городская детская больница» г. Белгород

Актуальность. В последние годы резко возросло число маленьких пациентов, поступающих в наше отделение с жалобами родителей на низкую двигательную активность детей, отставание их в статико – моторном развитии. Диагнозы, с которыми они направляются в стационар, звучат так: « Перинатальное поражение ЦНС, синдром тонусных нарушений», «Натальная травма ШОП», «ДЦП, атонически – астатическая форма», что приводит к гипердиагностике данных нозологий и неверной лечебной тактике.

В настоящее время известно более 80 заболеваний, проявляющихся в раннем детском возрасте симптомокомплексом, в основе которого лежит диффузная мышечная гипотония. Трудности в дифференциальной диагностике и постановке правильного диагноза объясняются малой доступностью в России тонких молекулярно – генетических, биохимических, морфологических методов исследования. Точная диагностика причин мышечной гипотонии чрезвычайно важна

как для определения тактики лечения ребенка, так и для медико - генетического консультирования в отягощенных семьях.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 96 детей, в возрасте от 3-х месяцев до 3-х лет, впервые поступившие в стационар. Пациентов распределили по возрастам, сформировались 3 группы детей: от 3-х месяцев до 1 года - 54 ребенка (1 группа), от 1 года до 2-х лет – 24 пациента (2 группа), от 2-х до 3-летнего возраста 18 детей (3 группа). Во всех группах численно преобладали мальчики.

При неврологическом осмотре у всех детей наблюдалась схожая симптоматика: поза «лягушки», увеличение амплитуды движений в суставах, снижение двигательной активности. Отставание в статико – моторном развитии в 1 группе отмечалось у 52 % детей, во 2 группе – у 78 % детей, в 3 группе – у 94 %.

В первую очередь у всех пациентов были исключены курабельные соматические заболевания. На втором этапе диагностики была поставлена задача выделить в каждой группе пациентов по уровню поражения нервной системы (поражение ЦНС или поражение моторной единицы). Всем детям с мышечной гипотонией были проведены стандартные обследования: общий и биохимический анализы крови, нейросонография, ЭХО – КГ, УЗИ органов брюшной полости, ЭЭГ, МРТ – по показаниям. Электронейромиография проводилась при подозрении на поражение периферических структур НС (мышц, нервов, клеток передних рогов спинного мозга).

Дети с подозрениями на врожденные мышечные дистрофии, амиотрофию, нарушение обмена веществ (наследственные болезни обмена) были осмотрены генетиком и обследованы в медико – генетической лаборатории.

Результаты. Во всех трех группах были выявлены дети с патологией обмена веществ (5%, 8% и 5% соответственно). Для дальнейшего обследования эти пациенты были направлены в профильные отделения ведущих лечебных учреждений г. Москвы. Структурные изменения в ЦНС (кисты ЗЧЯ, агенезия мозолистого тела, гипоплазия червя и миндалин мозжечка, атрофические изменения в базальных ядрах), повлекшие за собой формирование синдрома диффузной мышечной гипотонии, во всех группах были выявлены более чем у 70 % детей. Во 2 группе двум детям (8%) был поставлен диагноз «спинальная амиотрофия», и подтвержден на ЭНМГ и молекулярно генетическим методом (СМА Верднига – Гоффмана, II тип).

Выводы. Ранняя комплексная диагностика детей с синдромом «вялого ребенка» способствует улучшения качества жизни маленьких пациентов путем назначения своевременной адекватной терапии, в ряде случаев поможет остановить прогрессирование заболевания, и главное - позволяет снизить число детей-инвалидов.

ИСКУССТВОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ ПСИХОТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ЛЕЧЕНИИ С ДЕТЬМИ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС

Акимов А.И., Лапочкин О.Л.

ГБУЗ МО «Детская психоневрологическая больница», Москва

Актуальность. Важнейшей задачей педагогов и воспитателей является «экология души» ребенка, развитие его духовно-нравственного потенциала, формирование личности ребенка. Одно из решений этой задачи состоит в погружении в мир красоты, искусства и природы. Расширение понимания творчества означает не

только внешнее творческое самовыражение ребенка в музыке, танце, рисунке, но и внутреннее самотворчество, работа души над качествами личности: самовоспитание доброты, щедрости, отзывчивости, сострадания, любви.

Материалы и методы. В последние десятилетия сложился научный подход в использовании произведений искусства для профилактики и лечения заболеваний. Искусствотерапия, как один из видов психотерапии, широко внедрен в медико-педагогическую систему реабилитации больных детей с помощью приобщения их к искусству.

Результаты. Многие годы практики проведения искусствотерапевтических сеансов в ГБУЗ МО ДПНБ позволили отметить их эффективность, обосновать и структурировать программу искусствотерапии как технологию развития. Она включена в общую реабилитационную систему больницы наряду с другими психотерапевтическими и логотерапевтическими мероприятиями, технологиями сенсорного воздействия и др.

Искусствотерапия решает вопросы гармонизации внутреннего мира ребенка, активизирует положительные эмоции, создает ощущение душевного комфорта, формирует первичные навыки психической саморегуляции. Средствами искусствотерапии происходит влияние на развитие всех психических процессов, включая мышление, память, внимание, речь, воображение. Данное направление стимулирует ребенка принимать активную позицию, выражать себя в действии.

Выводы. Опыт использования искусствотерапии в ГБУЗ МО ДПНБ свидетельствует о ее значимости в процессе восстановления здоровья детей. Метод помогает преодолеть проблемы эмоционально-волевой сферы, развивать и корректировать недостатки познавательной деятельности, ориентировать детей на позитивную жизненную позицию.

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ

Андросова З.П., Самсонова М.И., Прокопьева А.Г.

ГБУ РС(Я) РБ №1-Национальный центр медицины», Якутск
ГБУ РС(Я) «Детская городская больница», Якутск

Актуальность В структуре заболеваний детского населения Республики Саха(Якутия) болезни нервной системы ежегодно занимают третье место. В 2014году заболеваемость болезнями нервной системы детей возрасте от 0 до 17 лет составила 165,4 на 1000 населения, в том числе впервые 80,8‰ (в 2013 году 171,1‰ и 78,4‰ соответственно).

Цель: выявление факторов, влияющих на формирование ранней детской инвалидности при болезнях нервной системы.

Материалы и методы: Статистический анализ данных 48 стационарных карт пациентов в возрасте от 3 месяцев до 2–х лет с тяжелой неврологической патологией с установленной инвалидностью, выписанных из отделения психоневрологии раннего возраста Педиатрического центра Республиканской больницы №1-Национальный центр медицины.

Результаты: Выявлено, что 75% этих пациентов проживали в сельской местности, только 29,2% матерей имели среднее специальное или высшее образование. 4,2% женщин не состояли на учете в женской консультации. У 20,8% матерей был осложненный акушерско-гинекологический анамнез, у 33,3% течение

беременности осложнилось экстрагенитальной патологией, у 10,4% - данная беременность была многоплодная. У 50% женщин патологические роды, в 31,3% случаях было оперативное родоразрешение. У детей установлены следующие этиологические факторы развития тяжелой патологии нервной системы: врожденная и наследственная патология – 27,1%, внутриутробное инфицирование -20,8%, тяжелая асфиксия -18,8%. В 47,9% эти факторы сочетались с недоношенностью. У 41,7% детей имелась сочетанная соматическая патология (бронхолегочная, желудочно-кишечного тракта, сердца, анемия 2-3ст и т.д.). Клинические формы неврологической инвалидности: детский церебральный паралич-39,6%, эпилепсия-14,6%, аномалии развития мозга -10,4%, окклюзионная гидроцефалия, болезнь Дауна, болезни обмена веществ -8,3%, факоматозы, болезнь Верднига-Гоффмана -6,3%.

Выводы: формированию ранней детской инвалидности способствовали анте- и интранатальные факторы. Ранняя диагностика, раннее начало комплексной терапии будут способствовать снижению инвалидизации детей.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЦП ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ ТРАДИЦИОННОЙ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ В КОМПЛЕКСНОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Ахмадов Т.З.

Чеченский государственный университет, г. Грозный

Актуальность. Одной из сложных проблем современной детской психоневрологии является выработка рациональной и эффективной системы реабилитации больных ДЦП. В этом сложном процессе важно понимание и участие родителей больного ребенка. Это достигается оптимальным детско-родительским отношением, а также воспитанием осознанного отношения родителей к болезни ребенка, повышением уровня их информированности. Для более эффективного и стабильного контакта медицинского персонала с родителями следует знать отношение родителей к тому или иному лечебно-профилактическому процессу.

Цель. Изучение динамики клинических проявлений ДЦП, по данным анкетирования родителей, после включения в комплексное восстановительное лечение методов традиционной китайской медицины (ТКМ) в 2009-2012 гг. в условиях Чеченской Республики – лечение проводилось китайскими специалистами, командированными из КНР по договору.

Материалы и методы. Мы исследовали динамику клинических проявлений ДЦП в основной группе в 2012 г., сразу после проведенного цикла восстановительного лечения, и в 2015 г. по специально разработанной анкете-опроснике, отражающей положительную динамику нарушений в двигательной, психической и речевой сфере больного ребенка на протяжении всего наблюдения.

Результаты. Улучшение клинической симптоматики в динамике (в %)

Нарушения // год и число больных	2012 г. – 225 больных	2015 г. – 163 больных
Двигательные, психические, речевые	10,5	5,6
Двигательные	33,8	53,5
Двигательные, психические	35,3	13,3
Двигательные, речевые	9,4	20,5

Психические	8,0	2,1
Речевые	3,0	5,0
Без динамики	24 больных	21 больной

Выводы. Таким образом, как видно из таблицы, результаты нашего анкетирования родителей указывают на то, что в среднем имеется определенная позитивная динамика в двигательной и речевой сфере больных ДЦП при пользовании методами ТКМ (иглотерапия, скальптерапия, цигун-биоэлектротерапия, массаж туйна) в комплексном лечении ДЦП, и эти данные практически совпадают с заключениями лечащих врачей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАТОКИНЕЗОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЦП

Ахметова Н.С., Варзина Т.В., Жуманазарова М.М.

Республиканский детский реабилитационный центр «БАЛБУЛАК»
Республика Казахстан, г. Алматы

Актуальность. Коррекция двигательных нарушений при детском церебральном параличе с трудом поддается реабилитации традиционными видами лечения. Одним из решений этой проблемы является внедрение в комплексную реабилитацию технологий биологически-обратной связи (БОС), в частности стотокинезотерапии.

Цель. Определить эффективность статокинезотерапии в реабилитации больных с ДЦП.

Материалы и методы. Проведена оценка эффективности статокинезотерапии у у детей с ДЦП в возрасте от 7 до 16 лет, которые передвигаются самостоятельно. Всего 44 ребенка, из них спастическая диплегия – 15, спастический гемипарез – 14, гиперкинетическая форма – 6, атактическая форма – 9. Для проведения занятий был использован компьютерный стабилоанализатор укомплектованный чувствительной платформой и двумя мониторами (для исследуемого и для врача). Сущность метода заключается в том, что платформа реагирует на изменение равновесия пациента, которое на экране монитора отмечается маркером. В начале и в конце курса были проведены диагностические тесты (Ромберга, тест «Мишень», тест на изометрическое сокращение мышц ног). По результатам обследования индивидуально для каждого ребенка были подобраны реабилитационные тренажеры в программе. Курс составил 10 сеансов. Продолжительность сеанса составила 20-25 минут.

Результаты. По окончании курса отмечено улучшение концентрации внимания, скорости реакции, равновесия и координации движений, улучшилось качество проведения упражнений, наросла мышечная сила в пораженной нижней конечности.

Выводы. Включение статокинезотерапии в комплексную реабилитацию детей с ДЦП позволяет достичь значительных улучшений не только в двигательной сфере, но и улучшить познавательные функции, как результат взаимодействия при удержании равновесия вестибулярного и зрительного анализаторов, суставно-мышечной проприорецепции и высших отделов ЦНС.

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ ПРИ ДЦП

Ахметова Н.С., Варзина Т.В., Есенбаева Б.А.

Республиканский детский реабилитационный центр «БАЛБУЛАК»
Республика Казахстан, г. Алматы

Актуальность. Дети с детским церебральным параличом (ДЦП) испытывают специфические трудности в приеме и обработке поступающей информаци, что связано не только с нарушением движения, речи, зрения, слуха, но и с недостатками интеллекта, внимания, памяти, с общей пассивностью ребенка, его повышенной утомляемостью. В составе комплексной реабилитации проводятся коррекционные занятия с психологом.

Цель. Определить эффективность коррекционной работы психолога при ДЦП

Материалы и методы. Проведен анализ 83 реабилитационных карт детей с ДЦП. По уровню психического развития дети были распределены по группам

Уровень психического развития	норма	ЗПР	ЗПР 1	ЗПР 2	ЗПР 2.3	ЗПР 3.4	ЗПР 4.5	ЛЗПР
Количество детей	4	5	24	9	11	5	1	24

Для диагностики восприятия у детей 3-5 лет были использованы методики «Чего не хватает на этих рисунках?», «Узнай кто это», «Какие предметы спрятаны в рисунках?». Для определения уровня умственного развития младших школьников (7-10) лет была использована методика Э.Ф.Замбацявичине. Для детей старшего возраста - методика Векслера, шкала тревожности CMAS и др. Индивидуальные занятия проводились с детьми с ЗПР с использованием учебно-методических пособий, были использованы элементы «Sandplay» терапии, а также в сенсорной комнате. Групповые занятия в виде психологических игр посещали дети с нормой психического развития и легкой задержкой психического развития. Курс 10-12 индивидуальных занятий, в сенсорной комнате 5-6 занятий. Продолжительность занятия составила 30 минут.

Результаты. По окончании курса реабилитации была отмечена положительная динамика в виде уменьшения уровня тревожности, повышения самооценки, формирования коммуникативных навыков, улучшения в познавательной сфере (внимание, память, мыслительные процессы), расширения объема знаний об окружающем.

Выводы. Таким образом, дети с ДЦП имеют особенности психического развития и нуждаются в психологической помощи. Коррекционная работа психолога позволяет улучшить познавательную деятельность детей с ДЦП, социальную интеграцию детей в общество, повышает их самооценку и позволяет раскрыть личностные качества и творческие способности ребенка с ограниченными возможностями.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Барбаева С.Н., Кулишова Т.В., Стецурина А.С.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Актуальность. По статистическим данным (2012), в Алтайском крае у детей от 0 до 14 лет заболеваемость ДЦП составила 50,5 на 100 тысяч детского населения, что выше, чем в среднем по РФ - 31,15 на 100 тысяч соответственно. Социальная дезадаптация этой группы пациентов побуждает специалистов к поиску эффективных методов реабилитации. Исследование качества жизни (КЖ) ребёнка позволяет оценить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

Цель. Оценка динамики качества жизни детей с ДЦП в результате санаторного этапа реабилитации.

Материалы и методы. На базе КГБУЗ Краевого психоневрологического детского санатория нами обследованы больные ДЦП (n=99), (средний возраст 7,0±1,7 года). Комплекс лечения детей состоял из занятий ЛФК, ручного массажа, парафиновых аппликаций, электростимуляции мышц (по № 10), занятий с психологом (№7). КЖ оценивали с помощью опросника для родителей и детей с ДЦП - PedsQL для разных возрастных групп двукратно: во 2-ой день поступления в санаторий и через 2 месяца, после курса лечения. Проведена статистическая обработка полученных данных.

Результаты. В результате исследования выявлено, что исходно высокий уровень КЖ наблюдался у 15 (15,5%) больных ($p<0,05$). Через 2 месяца после курса реабилитации - КЖ улучшилось у 67(67,7 %) ($p<0,05$) обследуемых детей. У детей до 4 лет улучшение КЖ отмечалось за счет эмоционального на 23,2% ($p<0,05$) и общего функционирования на 21,4% ($p<0,05$); у детей от 5-7 лет за счет увеличения уровня эмоциональных на 17,8% ($p<0,05$), социальных на 19,6%($p<0,05$) и общих параметров функционирования на 22,4% ($p<0,05$), у детей школьного возраста - по параметру физического функционирования на 21,5% ($p<0,05$).

Заключение. Таким образом, выявлено, что данный комплекс реабилитации улучшает качество жизни пациентов с ДЦП.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ МОТОРНО-СЕНСОРНОЙ НЕЙРОПАТИИ

Батышева Т.Т., Авцина В.В. Гунченко М.М., Слабова Г.А.

ГБУЗ НПЦ детской психоневрологии ДЗ г. Москвы

Актуальность. Наследственная моторно-сенсорная нейропатия (болезнь Шарко-Мари-Тута, БШМТ, CMT) – гетерогенная группа генетических нарушений, имеющих фенотип прогрессирующей нейропатии моторных и сенсорных нервов. Это самое распространенное нервно-мышечное заболевание, выявляемое с частотой 1 из 2500. В основе реализации заболевания лежит множество генетических принципов: точковые мутации, варианты числа копий, алелльная гетерогенность, возраст-зависимая пенетрантность и вариабельная экспрессивность. В ходе популяционных исследований последних 10 лет было открыто около 50 генов, ответственных за развитие болезни, что подтверждает необходимость в молекулярно-генетической диагностике.

Цель работы: разработка алгоритма диагностики наследственных моторно-сенсорных нейропатий при наличии семейного анамнеза и в его отсутстви**е.**
Существует несколько рабочих классификаций болезни Шарко-Мари-Тута (БШМТ), Все они основаны на трех критериях:

- Демиелинизирующие (скорость проведения импульса по срединному нерву менее 35 м/с), аксональные (скорость проведения импульса более 40 м/с), промежуточные (скорость поведения импульса между 25 м/с и 45 м/с)
- Тип наследования: АД, АР, Х-сцепленный;
- Ген, подверженный мутации

Клинический фенотип определяется возрастом начала, нейрофизиологическими данными и в некоторых случаях данными морфологического исследования. Клинические фенотипы включают болезнь Шарко-Мари-Тута 1 типа (CMT1), 2 типа (CMT2), синдром Дежерин-Сотта (DSN), синдром врожденной гипомиелинизации (CHN), синдром Русси-Леви (RLS). Доминантные мутации de novo в генах PMP22, MPZ и EGR2 являются самой частой причиной наследственной нейропатии с началом на первом году жизни.

Таблица. Алгоритм диагностического поиска на этапе, предшествующем молекулярно-генетической диагностике.

	С е м е й н ы е								С п о р а д и ч е с к и е		
Электрофи зиологичес кие данные	Демиелинизирующие			Промежуточн ые		Аксональные					
Тип наследования	АД CMT1	АР CMT4	Х CMTX	АД DI-CMT	Х CMTX	АД CMT2	АР CMT2	Х CMTX	Демие линизи рующие	Проме жуточ ные	Аксональн ые
Молекулярно-генетическая диагностика	PMP22 dup 70% MPZ 5% PMP22 2,5% SIMPLE EGR2	PRX GDAP1 EGR2 MTMR2 MTMR1 3 NDRG3 FGD4 FIG4 SH3TC2	GJB1 (Cx32) 8,8%	DNM2 MPZ	GJB1 (Cx32)	MFN2 20% MPZ RAB GARS NEFL HSP27 HSP22	GDAP1 LMNA	GJB1 (Cx32)	PMP22 dup GJB1 (Cx32) PMP22 MPZ	DNM2 GJB1 (Cx32) PMP22 MPZ	MFN2 GJB1 (Cx32) MPZ

Материалы и методы: за 1 год работы наблюдались дети, имеющие клинические и электрофизиологические проявления НМСН с семейным анамнезом, отягощенным по клиническим проявлениям НМСН – 11 пациентов, из них молекулярно-генетическая диагностика проводилась 6 пациентам, среди которых 4 имели клинические проявления в возрасте после 10 лет, у всех этих пациентов выявлена дупликация на хромосоме 17p11.2-12 (ген PMP22). 2 пациента являлись сибсами с клиническими проявлениями синдрома Дежерин-Сотта и имели мутацию c.404T>C(Ile135Thr) в гене MPZ (P0), ответственную за развитие БШМТ 1В типа у их матери. Все молекулярно-генетические исследования проводились в МГНЦ РАМН.

Выводы. Наследственная моторно-сенсорная нейропатия (болезнь Шарко-Мари-Тута) – высоко гетерогенное заболевание, для которого характерно отсутствие четкой корелляции клинических проявлений с мутациями в генах, ответственных за развитие патологии. Современные техники молекулярной и клеточной биологии выявили большое и увеличивающееся число генетических подтипов. Пенетрантность CMT1 всегда 100%, но время появления и тяжесть течения варьируют в широком диапазоне. Самым широким распределением по возрасту и клиническим проявлениям обладает ген MPZ (P0). Занимает второе место по распространенности среди аутосомно-доминантных демиелинизирующих нейропатий (после CMT1A в следствие дупликации).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

Батышева Т.Т., Антропова И.М., Чебаненко Н.В.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ, Москва

За последнее время с развитием высоких технологий, совершенствованием нейрореаниматологии снизились показатели летальности, но резко увеличилось число детей-инвалидов. В данной связи актуальнейшей и стратегической задачей становится нейрореабилитация. Это комплексный подход, включающий в себя медицинскую, физическую, психолого-педагогическую, социальную стороны.

Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы – ведущее лечебно-научное и организационно-методическое учреждение г. Москвы. В центре получают реабилитационную помощь, консервативное и хирургическое лечение дети в возрасте от 3 дней до 18 лет с различного рода врожденными и приобретенными заболеваниями центральной и периферической нервной системы. За 30 лет работы в центре накоплен богатый опыт нейрореабилитации маленьких пациентов.

Одним из важнейших психологических аспектов нейрореабилитации является не только медицинский, но и психолого-педагогический подход. Ситуация, когда ребенок с заболеванием нервной системы и опорно-двигательного аппарата обеспечен только медицинской помощью, является неприемлемой. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья, лишенный своевременной помощи логопеда, дефектолога, психолога, с каждым годом все больше отстает в познавательном и речевом развитии, упускаются важнейшие сензитивные периоды, перспективы дальнейшего обучения и социальной адаптации в значительной степени суживаются.

В центре со дня его открытия существует психолого-педагогическая служба. В настоящее время служба представлена целым рядом специалистов – логопеды, дефектологи, медицинские психологи, педагоги-воспитатели, инструктора по трудотерапии. При работе с ребенком учитываются возрастные, индивидуальные, характерологические особенности, а также тяжесть заболевания, то есть к каждому ребенку осуществляется индивидуальный подход.

Другим важнейшим психологическим аспектом нейрореабилитации является работа не только с ребенком, но и с родителями, направленная на достижение в семье понимания проблем больного ребенка и причин конфликтов, возникающих в связи с его заболеванием. Она должна носить постоянный, структурированный характер и рассчитана не только на понимание проблем семейных отношений, но и на активное привлечение родственников к участию в нейрореабилитационном процессе. Следует учитывать, что психическое и соматическое состояние родственников не может не оказывать влияния на состояние здоровья больного ребенка, на протекание реабилитационного процесса в целом. Помимо этого, психологические проблемы родителей ребенка-инвалида, которые остаются без внимания специалистов, перерастают в социальные, что свидетельствует о необходимости развития психолого-педагогической работы, проведении реабилитационных мероприятий не только с инвалидом, но и членами его семьи. Современный подход к семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, рассматривает ее как реабилитационную структуру, изначально обладающую потенциальными возможностями к созданию максимально благоприятных условий для развития и воспитания ребенка. Большое значение имеют условия воспитания ребенка в семье. Чрезмерная опека (гиперопека), равно как и отсутствие внимания к ребенку (гипоопека), в значительной мере

утяжеляют общее нервно-психологическое состояние детей, затрудняют процесс их социальной адаптации. Важно, чтобы ребенок не чувствовал себя исключенным или обделенным, т. к. это неблагоприятно сказывается на развитии его личности. Установка родителей на изоляцию ребенка с отклонениями в развитии от коллектива сверстников, от общения с ними является тормозом в его развитии и затрудняет процесс реабилитации.

Следующим важнейшим психологическим аспектом нейрореабилитации является подготовка и повышение квалификации специалистов. В процессе нейрореабилитации должен участвовать весь персонал – от санитарки, иедицинской сестры до заведующего отделением и директора Центра. Работа по воспитанию и обучению персонала любого уровня и ранга очень сложна. Люди, не способные к эмпатии, дружественному взаимодействию с больными и их родственниками, не могут работать в такого рода учреждениях. Медицинские психологи центра работают в тесном сотрудничестве с медицинским персоналом, играя при этом существенную роль в лечении и реабилитации больного ребенка, так как от психологического состояния и настроя ребенка зависит успех лечения.

Таким образом, комплексность воздействий на протяжении всех периодов восстановления ребенка, вовлеченность родителей в реабилитационный процесс, позитивный настрой и профессионализм персонала обеспечивают успешность нейрореабилитации и облегчает интеграцию ребенка в жизнь общества.

НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Батышева Т.Т., Антропова И.М., Чебаненко Н.В.

ГБУЗ НПЦ детской психоневрологии ДЗМ, . Москва

Актуальность. Нарушения психического развития при детском церебральным параличе (ДЦП) имеют под собой анатомо-физиологические основы. Психологу необходимо не только выявить нарушения развития, которые из-за анатомического дефекта не подлежат восстановлению, а крайне важно определить наиболее сохранные психические функции, чтобы активировать компенсаторные механизмы.

Цель. Определение спектра психических расстройств у детей и подростков с ДЦП в зависимости от формы.

Методы и материалы. В работе использованы следующие методы психодиагностики: определение развития навыков самообслуживания у детей, оценка интеллектуального развития, нейропсихологическая диагностика. Для выявления личностных особенностей детей и подростков в психодиагностике использованы опросники и проективные тесты. Пациентам проводили неврологический осмотр с определением формы ДЦП по МКБ-10 и магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга.

Обследованы 133 ребёнка с ДЦП в возрасте от 6 до 15 лет. Из них со спастическим церебральным параличом (G80.0) было 11 детей; с ДЦП, спастической диплегией (G80.1) был 41 ребёнок; с ДЦП, детской гемиплегией (G80.2) было 38 детей (с правосторонним гемипарезом – 17 детей, с левосторонним гемипарезом – 21 ребёнок); с ДЦП, дискинетической формой (G80.3) – 24 ребёнка и с ДЦП, атактической формой (G80.4) – 19 детей.

Результаты. Синдромообразующими признаками для детей со спастическим церебральным параличом являются грубые нарушения речи в виде анартрии, выявленные у 5 детей; в виде тяжелой спастико-ригидной дизартрии, выявленные у 6 детей; а также выраженный познавательный дефицит у 11 детей.

У детей со спастической диплегией структура задержки психического развития характеризуется своеобразной диссоциацией. Удовлетворительное развитие вербального мышления выявлено у 40 детей, способность к абстракции и обобщению – у 39 детей. Нарушения пространственного гнозиса и праксиса выявлены у 36 детей, акалькулия – у 16. Расстройство функционирования лобных отделов в виде недостаточного планирования и замедления темпов мышления выявлено у 34 детей. Нарушения речи в форме спастико-паретической дизартрии у 35, задержки речевого развития были выявлены у 31 ребёнка.

У детей с детской гемиплегией, правосторонним гемипарезом, выявлены нарушения в виде элементов оптико-пространственной аграфии (11 детей). Кроме того выявлены легкие преходящие расстройства речи в форме моторной алалии (3 ребёнка), дислалии (2 ребёнка), стертой дизартрии (14 детей), нарушения фонематического слуха (12 детей), фонематической дисграфии (7 детей), заикании (5 детей), снижении уровня вербального мышления (14 детей).

У детей с детской гемиплегией, левосторонним гемипарезом, выявлены нарушения в виде нарушения слухоречевой памяти (18 детей), зрительной агнозии (7 детей). Кроме того, отмечены особенности эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности (6 детей), инертности (15 детей), эмоциональной уплощенности (8 детей).

Иная структура нарушения психического развития была выявлена у детей с дискинетической формой. Наряду с высоким развитием интеллекта в 100% случаев и сохранностью наглядно-образного мышления у 22 детей, у 16 наблюдались гиперкинетическая дизартрия, у 12 детей – нейросенсорная тугоухость, у 9 – сенсорная алалия.

При сопоставлении результатов обследования МРТ головного мозга детей с атактической формой с нарушениями психического развития мы разделили данных детей на 2 группы. Наиболее лёгкие нарушения психического развития наблюдались у детей, локализация поражения мозга которых ограничивалась только мозжечком. Эти 8 детей были малоинициативны, у них наблюдались тревожно-фобические расстройства (страх падения, страх высоты). У 11 детей, локализация поражения мозга которых затрагивала участки лобных отделов, отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности (10 детей), некритичность к своему дефекту (11 детей), расторможенность (9 детей), агрессивность (7 детей).

Заключение. Разнообразие нарушений психического развития при ДЦП обусловлено этиологической и патогенетической неоднородностью патологии, а так же топикой поражения головного мозга. Нарушения психического развития наиболее часто представлены инертностью психических процессов, персеверативностью мышления, перцептивными нарушениями, недостаточностью концентрации внимания и способности удерживать воспринятый материал, неустойчивость организационной деятельности, легкая утомляемость и быстрая истощаемость. Перспективы дальнейшей разработки темы заключаются в проведении более углубленных клинико-психологических и катамнестических исследований, определение перспектив коррекции нарушений психического развития и разработка новых её методов, влияющих на формирование личности и психическое здоровье в целом.

МИГРЕНЬ У ДЕТЕЙ

Батышева Т.Т., Армякова Т.Р.

ГБУЗ Научно-практический центр Детской Психоневрологии ДЗ, Москва

Мигрень – один из самых распространенных видов первичных головных болей. По данным многих исследователей мигренью страдают от 3 до 30% популяций. Широкая распространенность мигрени, высокая частота и интенсивность приступов способствуют выраженной социальной дезадаптации и, как следствие, снижению школьной успеваемости.

Цель работы: ранняя диагностика мигрени, дифференциальная диагностика мигрени, анализ факторов, провоцирующих мигренозный приступ.

Материалы и методы: за три года работы (2012, 2013, 2014 г.г.) на прием обратилось 36 детей с диагнозом мигрень. Был собран анамнез жизни, анамнез заболевания и семейный анамнез. Проведен анализ «дневников приступов». Все дети обследованы (КТ, МРТ головного мозга, рентгенография шейного отдела позвоночника, ЭЭГ – исследование, УЗДГ сосудов головы и шеи, консультация эпилептолога и окулиста). Дифференциальный диагноз проводился с головной болью напряжения, астено-невротическими реакциями, опухолью мозга, вегето-сосудистой дистонией эпилепсией, патологией органов зрения.

Результаты: у 24 детей (67%) выявлена мигрень с аурой, у 12 детей (33%) мигрень без ауры. У 22-х детей отмечалась зрительная аура в виде синтиляций и скотом; у одного ребенка метаморфопсия. У одного ребенка сенсорная аура в виде парестезий. В подавляющем большинстве случаев (30 детей) родственники первой линии страдают мигренью. Дебют заболевания чаще приходится на пубертатный период (28 детей, 78%). В данной группе детей выявлены следующие факторы, провоцирующие приступ мигрени: диета (голод, определенные продукты), недостаток или избыток сна, связь с менструальным циклом, факторы окружающей среды (свет, шум, запах, изменение погоды), физические нагрузки, стресс.

Выводы: мигрень в настоящие время является неизлечимым заболеванием в силу своей наследственной природы. Таким образом, основной задачей лечения мигрени является не окончательное избавление пациента от приступов, а предупреждение их и сохранение высокого качества жизни. Важным аспектом лечения является анализ и последующее избегание провоцирующих факторов. Рекомендуется ношение темных очков в яркие солнечные дни, избегание длительной работы с компьютером или просмотров телевизора, дозирование физических и эмоциональных нагрузок.

РАБОТА ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ ЭПИЛЕПСИИ И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Батышева Т.Т., Бадалян О.Л., Трепилец В.М., Платонова А.Н.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ, Москва

Актуальность. С целью оптимизации и модернизации медицинской службы, Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 21.02.2014г. № 140 «Об организации Центра по лечению эпилепсии и пароксизмальных состояний у детей и

подростков» на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения г.Москвы «Научно- практического центрадетской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (бывшая 18 детская больница) был открыт городской Центр эпилепсии и пароксизмальных состояний. Прием ведут 3 эпилептолога (консультант профессор д.м.н. Бадалян О.Л., доктора к.м.н. Платонова А.Н., Трепилец В.М.)

Цель. Особое внимание в работе центра отводится детям-инвалидам с эпилепсией и нарушениями опорно-двигательного аппарата. Важной задачей эпилептологов Центра является определение возможности реабилитации детей с эпилепсией и ДЦП при длительной ремиссии приступов и определения объема проводимых восстановительных мероприятий. Также в Центре пациенты с эпилепсией получают официальное подтверждение о необходимости антиэпилептической терапии из перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. На базе городского Центра эпилепсии и пароксизмальных состояний формируется клинико-статистический регистр детей и подростков с эпилепсией.

Материалы и методы. Создание центра обусловлено необходимостью оказания своевременной и квалифицированной медицинской и социальной помощи детям с эпилепсией г. Москвы. В центре проводиться консультативно-диагностическая помощь детям с установленным диагнозом эпилепсия для подтверждения данного диагноза и определения тактики дальнейшего ведения пациента, а также определения диагноза у детей с подозрением на эпилепсию, осуществления наблюдения за больными эпилепсией с целью своевременного и адекватного контроля эффективности лечения, корреция терапии, выявление побочных реакций на противосудорожную терапию, определение срока отмены лечения. По нормативам, выработанным эпилептолога повторный прием при первичном назначении препарата проводиться 1 раз в 3 месяца, при клинико-энцефалографической ремиссии 1 раз в 6 месяцев. Сроки наблюдения определяются индивидуально для каждого ребенка и в среднем составляют 3-5 лет. За полтора года существования центра было принято 1280 детей, из них 992-больных эпилепсией.

Результаты. Впервые диагноз эпилепсии был установлен у 45 детей. Из 992 больных мальчиков было 544 (54%) и 448(46%) девочек, эпилепсия преобладала у детей в возрасте от 7 до 14 лет (46%) и в 1,5 раза чаще у мальчиков в возрасте от 4 до 18 лет.

Преобладали фокальные формы эпилепсии – 692 ребенка (69,8%), у 291 ребенка (29,3%) отмечались генерализованные формы эпилепсии и у 9 детей (1%) - неуточненные формы эпилепсии. В структуре фокальных форм эпилепсии преобладали симптоматические формы эпилепсии (61,8%), симптоматические височные формы эпилепсии диагностированы у 58% детей, лобные у 26% детей и затылочные у 16% детей. На втором месте располагались криптогенные фокальные формы эпилепсии (19,3%) - 65% височные, 23% затылочные и 12% криптогенные лобные формы. На последнем месте оказались идиопатические эпилепсии (18,9%), среди которых преобладали височные формы. Больные с идиопатическими генерализованными эпилепсиями составили 18,9% (из них 7% абсансные формы, 3% юношеская миоклоническая эпилепсия, 8% эпилепсия с изолированными генерализованными приступами). Эпилептические энцефалопатии составили 12% от всех форм эпилепсии, из них 42% синдром инфантильных спазмов (симптоматический и криптогенный), 7% синдром Леннокса-Гасто. Эпилептическая энцефалопатия с когнитивной эпилептической дезинтеграцией выявлена у 2,8% детей с эпилепсии. Преобладали генерализованные (чаще вторично генерализованные)

приступы, на втором месте располагались простые и сложные фокальные приступы, реже - миоклонические приступы. Симптоматические формы эпилепсии дебютировали в возрасте до 3 лет, а идиопатические у детей школьного возраста и подростков.

Из 45детей с первично выявленной эпилепсией у 36 удалось достигнуть клинико-электроэнцефалографической ремиссии приступов. У детей с эпилепсией 18% имеют резистентные к лечению приступы. При использовании современных АЭП у 45% детей с резистентными формами эпилепсии удалось достигнуть снижения частоты приступов до 50% и ниже. У 290 (68%) детей с симптоматическими формами эпилепсии установлены различные формы детского церебрального паралича (ДЦП), что связано с основной направленностью работы НПЦ ДП по реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, у 217детей (75%) приступы на время обследования и лечения были купированы. Учитывая длительность ремиссии, тяжесть состояния, соматический статус и изменения на ЭЭГ определена тактика ведения и объем реабилитационных мероприятий у детей-инвалидов с эпилепсией и ДЦП.

При анализе антиэпилептической терапии было установлено, что примерно 65% детей, больных эпилепсией, получают антиконвульсанты - производные вальпроевой кислоты, 16% топирамат, 12% леветирацетам. Более 50% детей получают оригинальные препараты (депакин-хроносферу, топамакс, кеппру). Современные антиэпилептические препараты получают 51 ребенок, 42 ребенка - зонисамид (зонегран), 6 детей - перампанел (файкомпа) и 3ребенка - лакосамид (вимпат). На монотерапии находится 77% детей, на политерапии 21%.

Заключение. Созданная в Москве специализированная амбулаторная служба помощи детям, больным эпилепсией, на базе Научно-практического центра позволяет оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь на уровне поликлинического и стационарного звена, повысить доступность и качество лечения пациентов с эпилепсией, в т.ч. ассоциированной с ДЦП, в условиях модернизации здравоохранения.

СИНДРОМ АЙКАРДИ-ГУТЬЕРЕСА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Батышева Т.Т., Бакуменко В.И., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Хрусталева Е. В., Типсина Н. В.

ГБУЗ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ, Москва

Актуальность. Синдром Айкарди – Гутьереса (Aicardi- Goutieres) представляет собой группу генетически гетерогенных аутосомно-рецессивных лейкоэнцефалопатий, характеризующихся церебральной атрофией, лейкодистрофией, кальцификатами мозговой ткани, хроническим лимфоцитарным плеоцитозом, повышением уровня α-интерферона ликвора и отрицательными результатами серологического исследования на типичные внутриутробные инфекции. Клинические проявления включают микроцефалию, больные дети постепенно утрачивают приобретенные навыки, развивается раздражительность, наступает спастичность мышц, а также возникают трудности при приеме пищи. Не стоит путать синдром Aicardi-Goutieres CAG (или в литературе чаще также синдром Айкарди) с синдромом Айкарди, которое характеризуется агенезией мозолистого тела, эпилептическими приступами по типу инфантильных спазмов с ранним дебютом, специфическими лакунарными изменениями на глазном дне, типичными изменениями на ЭЭГ (паттерн

«расщепленного мозга»), задержкой психомоторного развития , а также лицевым дизморфизмом. Дифференциальная диагностика проводится с внутриутробной инфекцией плода: токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирус, ВИЧ – инфекция. Дети умирают в первые десять лет жизни.

Материалы и методы. Мальчик Д. На 2 месяце жизни появилась выраженная возбудимость, беспокойство, регресс психических функций. В 3,5 месяца появились эпизоды тонического напряжения туловища («дуга») на фоне резкого беспокойства. Анамнез жизни и заболевания: от матери 34 лет с Rh(-) фактором, от I физиологически протекавшей беременности. Роды первые в срок, оперативные из-за преждевременного излития околоплодных вод и длительного безводного промежутка. Масса при рождении 2650, длина 49 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Диагноз при выписке: Внутриутробная гипотрофия П степени. НСГ в период новорожденности – умеренные постгипоксические изменения мозга на фоне незрелости. Субэпендимальная киста слева. В течение первых 2 месяцев жизни консультирован неоднократно в Перинатальном Центре. В 3,5 месяца в связи с учащением эпизодов тонического напряжения и возбуждения, отказа от еды, поступил экстренно в МДГКБ. По данным обследования: анализ СМЖ – цитоз 38/3, белок 0,102, Лф 30, НФ 7, Мкф 1. ПЦР ликвора – отрицательный. Анализ крови ИФА на TORCH от 29.01.2013г – IgM +ЦМВ, Ig G – 147. Анализ крови методом НРИФ - вирус в клетках не обнаружен. Посев из уха – синегнойная палочка. Посев из носа – золотистый стафилококк. Консультирован Лор-врачом: двухсторонний гнойный отит. КТ головного мозга – участки лейкомаляции, кальцинаты, расширение ликворных полостей; Видео-ЭЭГ – мониторинг – эпиактивность не установлена. На основании данных обследования установлен диагноз: Цитомегаловирусный энцефалит. Гиперкинетический синдром. Бульбарный синдром. Регресс психических функций. Проведено лечение в виде противовирусной терапии, антибактериальная терапия, иммуностимуляторов, курсов ноотропов и ангиотротекторов. Введен препарат клоназепам. В возрасте 7 месяцев поступил на лечение в НПЦ ДПН ДЗ Москвы. Обследование: НСГ – признаки деформации и дилатации боковых желудочков, расширение Ш желудочка – 4,5 мм, большой цистерны 10,6мм, СЭК в каудоталамической вырезки справа, уплотнение стенок сосудов зрительных бугров с двух сторон, кальцинаты в ПВО, паренхиме. По УЗИ умеренная гепатомегалия, спленомегалия. В ОБП Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. Академика Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им. Н.И. Пирогова консультирован и обследован в возрасте 9 месяце с ДЗ: Синдром вялого ребенка. Множественные микроаномалии развития (гипопластический вариант ЗВУР, микроцефалия, ЗПРР). Дополнительно из обследований: УЗИ тазобедренных суставов: дисплазия слева. Рентгенография тазобедренных суставов: умеренное уплощение угла правой вертлужной впадины. Признаки остеопороза. Рентгенография шейного отдела позвоночника: признаки нестабильности в КЦС. Дистрофические изменения шейного отдела позвоночника, задержка появления точки окостенения передней дуги С1. МРТ головного мозга: картина лейкопатии, вероятнее обусловленной нарушением миелинизации в сочетании с перивентрикулярной постишемической лейкопатией. Наружная и внутренняя сообщающаяся гидроцефалия. Признаки субатрофических изменений в больших полушариях, стволе мозга. ЭЭГ бодрствования на фоне нормальной ЭЭГ сна: интермиттирующее замедление активности в теменно-затылочных областях. Во время исследования паттернов эпилептической активности не зарегистрировано. ЗВП: Признаки органического поражения зрительных проводящих путей. Окулист: поражение центрального отдела зрительного анализатора. Частичная атрофия зрительного нерва? При осмотре не следит, не

фиксирует, движения глаз в полном объеме, периодически ротаторный нистагм, диски зрительного нерва: бледно-розовые, монотонные, границы четкие. Генетик: рекомендовано проведение кариотипа. Эндокринолог: субклинический гипотиреоз. Проведено лечение: массаж, ЛФК, ЭСМ, магнитотерапия, фармакопунктура с кортексином, симптоматическая терапия. В возрасте 1 года консультирован в генетическом отделении ФГБУ Российская детская клиническая больница МИНЗДРАВА России, где методом прямого секвенирования выявлено генетическое заболевание: Генетическое дегенеративное заболевание нервной системы: Синдром Айкарди-Гутьереса (мутация в гене TREX1). В терапии рекомендовано продолжить прием Клоназепама в суточной дозе 0,0005/сутки постоянно длительно. В возрасте 1 год 4 мес проведена коррекция противосудорожной терапии с введением препарата: МНН Леветирацетам 200мг/сут (15мг/кг/сутки). В настоящее время судороги купированы, у ребенка отмечается выраженный неврологический и психический дефицит: спастический тетрапарез, отсутствие развития моторных навыков, в речи - элементы гуления.

Заключение. Таким образом, генетические заболевания детей в период новорожденности и перинатальном периоде чаще всего протекают под маской перинатального поражения головного мозга, нейроинфекции, эпилепсии, а следовательно, необходимо своевременное направление и обследование генетиком таких детей.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У ПАЦИЕНТА С ЭПИЛЕПСИЕЙ – СИНДРОМ ЛАНДОЛЬТА

Батышева Т.Т., Балканская С.В., Кудрявцева О.И.

ГБУ Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ, Москвы

Актуальность. Лечение эпилепсии требует длительного ежедневного приема антиэпилептических препаратов (АЭП). Частота побочных эффектов (ПЭ) составляет 7–25 % (Мухин К.Ю., 1997; Зенков Л.Р., 2001). Нарушение поведения и аффективные расстройства могут быть вызваны как течением заболевания, так и приемом АЭП (Bell G.S., 2009).

Цель. Показать необходимость дифференциального подхода в интерпретации ПЭ при лечении эпилепсии АЭП.

Методы. Клинические (оценка соматического и неврологического статусов, психолого-педагогическое обследование), лабораторные и инструментальные методы (МРТ головного мозга, видео-электроэнцефалография (ВЭЭГМ)., УЗИ).

Результаты. В нашей практике отмечался 1 случай насильственной нормализации (синдром Ландольта) у мальчика Б.Г., 10 лет, с криптогенной фокальной эпилепсией и медикаментозной ремиссией 2 года. Пациент в течение 2-х лет получал конвулекс пролонгированной формы в дозе 20 мг/кг/сут. с концентрацией вальпроатов в крови 90 мкг/мл. Сопутствующая патология включала экзогенно-конституциональное ожирение II ст., субклинический гипотиреоз, парциальное нарушение когнитивных функций и поведения. МРТ головного мозга выявила венозную ангиому в правых лобных отделах. На ВЭЭГ-мониторинге отмечены независимые эпилептиформные очаги в лобно-височных отделах обоих полушарий, ухудшение в динамике и формирование электрического эпилептического статуса медленно-волнового сна. Монотерапия вальпроатами была оптимизирована

добавлением леветирацетама с титрованием по схеме. На дозе 25 мг/кг/сут было отмечено выраженное ухудшение поведения – участились эпизоды психо-моторного возбуждения. При этом ВЭЭГМ отметил нормализацию показателей и исчезновение эпилептиформных изменений. Уменьшение и замедление титрования дозы леветирацетама купировали аффективные нарушения.

Выводы. По мнению ряда авторов основным предиктором развития психозов при эпилепсии могут быть сопутствующие когнитивные и психиатрические нарушения (VanCott A.C., 2010). Другие потенциальные факторы риска развития аффективных нарушений при эпилепсии включают проблемы в соматическом здоровье и семье, особенности личности, уровень жизненного стресса (Jones J.E., Hermann B.P., 2003). Учет формы заболевания и многокомпонентных механизмов действия АЭП, медленное титрование дозы, избегание токсических доз или замена АЭП снижают выраженность ПЭ.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОРОЧНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП

Батышева Т.Т., Бриль А.Г., Лягин А.С., Кусакин В.В., Бунякин Н.И.

ГБУЗ Научно-Практический центр Детской психоневрологии ДЗ, Москва

Актуальность. Среди различных форм детского церебрального паралича (ДЦП) чаще других встречаются спастические формы заболевания. Одной из актуальных проблем является порочное положение верхней конечности при гемипаретической форме ДЦП. В результате сгибательно – пронаторной установки предплечья и кисти, часто сочетающейся с локтевой девиацией кисти, манипулятивные функции верхней конечности у детей значительно ограничены. В комплексном лечении больных с данной патологией применяются как методы функциональной нейрохирургии (хроническая итратекальная инфузия баклофена с помощью имплантируемых помп, селективная невротомия и т.д.), так и ортопедические вмешательства.

Цель. Изучить возможность применения селективной невротомии двигательных ветвей срединного нерва иннервирующих круглый пронатор предплечья в сочетании с транспозицией локтевого сгибателя кисти на лучевые разгибатели кисти.

Материалы и методы. Объектом исследования было 5 больных с гемипаретической формой ДЦП от 5-ти до 12-ти лет. У всех больных в клинике преобладал спастический гемипарез, при этом верхняя конечность находилась в сгибательно – пронаторной установке в сочетании с локтевой девиацией кисти. При этом все компоненты деформации при тестировании пассивно устранялись. Спастичность мышц верхней конечности достигала 2-3 баллов по шкале Ashworth.

Оперативное вмешательство начинали с селективной невротомии двигательных ветвей срединного нерва иннервирующих круглый пронатор предплечья из доступа в верхней трети предплечья. Для идентификации нервных стволов применяли интраоперационную электродиагностику. При этом пересекалось до 3/4 диаметра нервного ствола. Следующим этапом из отдельного доступа отсекали локтевой сгибатель кисти, выводили сухожилие через дополнительный разрез на тыльную поверхность предплечья, и проведя в подкожном тоннеле и под retinaculum extensorum фиксировали на уровне лучезапястного сустава к лучевым разгибателям кисти. Рука выводилась в положение супинации предплечья и экстензии кисти. Иммобилизация в гипсовой повязке составляла 4 недели.

Результаты. Первый опыт применения данной методики хирургического вмешательства у детей с гемипаретической формой ДЦП показал перспективность этого метода. После комплексного хирургического лечения предплечье и кисть были выведены из порочного положения у всех оперированных. При этом у 3 детей это позволило реализовать активную супинацию предплечья в пределах 15 - 20°. Локтевая девиация кисти в сочетании со сгибательной установкой в лучезапястном суставе были устранены у всех пациентов. Результатом лечения также стала коррекция функции хвата.

Выводы. Метод селективной невротомии двигательных ветвей срединного нерва иннервирующих круглый пронатор предплечья в сочетании с транспозицией локтевого сгибателя кисти на лучевые разгибатели кисти может быть рекомендован к применению у детей с порочным положением верхней конечности при гемипаретической форме ДЦП.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ КРАББЕ

Батышева Т.Т., Власова В.А., Петрова О.А., Ахадова Л.Я, Загилова О.Ю.

ГБУЗ Научно-Практический центр Детской психоневрологии ДЗ, Москва

Актуальность. Болезнь Краббе (частота встречаемости 1:100 000) генетически гетерогенное заболевание, имеющее аутосомно-рецесивный тип наследования. Наиболее часто мутация встречается в гене GALC, который кодирует фермент галактоцереброзидазу. При недостаточности этого фермента, участвующего в гидролизе галактозы от галактоцереброзида, психозина, диглицерида и лактозилцерамида, происходит накопление негидролизированных субстратов в бимолекулярном слое миелинового волокна, что приводит к распаду миелина и образования характерных включений – глобоидных клеток в глиальной ткани. Результат-гибель нервных клеток. Характерен регресс моторных навыков. Диагноз подтверждается определением активности фермента галактоцереброзидазы. При болезни Краббе активность фермента ниже 0-5%. Специфической терапии не разработано, но на доклинических стадиях применяется ТГСК.

Материалы и методы. В 5 психоневрологическое отделение поступила девочка Д. 2 лет 5 месяцев с жалобами на неустойчивость при ходьбе, мышечную слабость, преимущественно в нижних конечностях, задержку речевого развития. Впервые жалобы появились, когда девочка начала ходить с 1 года 2 месяцев. Из анамнеза: ребёнок от I-й беременности протекавшей на фоне хронического пиелонефрита с угрозой прерывания. Роды I-е срочные в головном предлежание. Вес 3000 гр, рост 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Ранний неонатальный период без особенностей. Раннее развитие: голову держит с 3х месяцев, встаёт у опоры с 7 месяцев, садится самостоятельно с 9 месяцев, ходит с 1года 2месяцев. Первые слова с 1 года. На МРТ головного мозга: выявлены зоны перевентрикулярной лейкопатии в теменно-затылочных регионах, гипо или дисмиелинизация субкортикального белого вещества височных долей неспецифического характера). Результат постгипоксического или дегенеративного поражения. ЭНМГ: супрасегментарное поражение. Для уточнения диагноза ребёнок направлен для обследования в НПЦ Детской психоневрологии. При поступлении: мышечный тонус дистоничный ближе к гипотонии. Сухожильные рефлексы высокие. Двигательные навыки: переворачивается, садится из положения лёжа с опорой на руку, ползает реципкорно.

Встаёт используя приёмы «миопата». Ходит самостоятельно «утиной» походкой с широкой базой опоры на плосковальгусные стопы. Гиперлордоз поясничного отдела позвоночника. Знает близких, проявляет интерес к игрушкам, речь- простая фраза. Учитывая данные клинического осмотра, анамнеза, заподозрено дегенеративное заболевание нервной системы. Дифференциальной диагноз проводился с лизосомными болезнями накопления: метохроматической лейкодистрофией и глобоидно-клеточной лейкодистрофией (болезнь Краббе) и объёмным образованием средостения. Проведены обследования: КТ грудной полости: патологических изменений грудного отдела позвоночника, спинного мозга и органов грудной клетки не выявлено, УЗИ органов брюшной полости без патологии, ЭЭГ типичной эпилептиформной активности нет, Rg т/б суставов-дисплазия крыш вертлужных впадин. Анализ крови на лактат: 1п 3.8 ммоль/л, 2п 2.8 ммоль/л (N 0.4-2.0 ммоль/л). Ферментативный анализ для исключения метохроматической лейкодистрофии и болезнь Краббе: метахроматическая лейкодистрофия исключена, активность галактоцереброзидазы снижена.

Учитывая данные проведенного обследования (ферментативный анализ, картину МРТ) и клинические проявления выставлен диагноз: Дегенеративное заболевание центральной нервной системы: болезнь Краббе. Нижний центральный парапарез.

Заключение. В заключении необходимо обратить внимание на разнообразие неврологических проявлений глобоидно-клеточной лейкодистрофии. Для классического варианта течения заболевания характерно повышение мышечного тонуса по спастическому типу, атаксия, тонико-клонические или миоклонические судорожные приступы в 80-90 % случаев, при МРТ: поражение белого вещества мозжечка, подкорковых структур (зубчато ядра, базальных ганглиев, таламуса), пирамидных трактов на ранних сроках. В описанном же клиническом на первый план выступает центральный нижний парапарез с мышечной гипотонией, а часто встречающаяся эпилептическая активность отсутствуют, при МРТ: зоны перевентрикулярной лекопатии в теменно-затылочных регионах, дисмиелинизация субкортикального белого вещества височных долей неспецифического характера. Таким образом, стоит отметить, что клиническая картина болезни Краббе разнообразна и не всегда соответствует классическому её варианту.

МРТ ДИАГНОСТИКА ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЫШЦ

Батышева Т.Т., Горина Т.П.

ГБУЗ Научно-Практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ, Москва

Актуальность данной темы заключается в сложности дифференциальной диагностики первичных и вторичных дегенеративных мышечных заболеваний у пациентов с различными перинатальными поражениями ЦНС. Как известно, эти заболевания разделяются на 2 большие группы: 1-наследственные миопатии (к которым относятся миопатия Дюшенна , и др, митохондриальные миопатии, болезни накопления , например, болезнь Помпе и др.). 2-приобретенные миопатии (к ним относятся нервно-мышечные заболевания другого генеза (невральные, спинальные мышечные атрофии), травматические поражения мышц и нервов, воспалительные мышечные заболевания, эндокринные (при болезнях щитовидной железы гипо- и гипертиреозе паращитовидных желез – гипо- и гиперпаратиреозе , при заболеваниях гипофиза – при акромегалии , при заболеваниях надпочечников – при стероидной

миопатии, синдроме Кушинга , сахарном диабете) и т.д . Мы изучали диагностические возможности МРТ при поражении мышечной системы у пациентов нашего центра.

Материалы и методы. Исследования мышц были проведены 62 пациентам .

Результаты. У 24 были выявлены патологические изменения мышц той или иной степени (от слабовыраженной или умеренной гипотрофии до суб – или тотального замещения мышечной ткани фиброзно-жировой тканью) .

Выводы: В настоящее время включение в протокол МРТ исследования мышц у пациентов позволяет: уточнить факт поражения мышц, уточнить локализацию и степень поражения тех или иных мышц , что обеспечит успех диагностики при биопсии мышц, в комплексе других диагностических мероприятий, таких, как ЭМГ и исследования КФК и, конечно, исследования биоптата мышц, МРТ позволяет поставить точный диагноз, что обеспечит точный прозноз и правильное лечение пациента. Дальнейшее изучение возможностей метода МРТ, таких как, трактографии мышц, волюметрических методов (Dixon) сможет обеспечить более точный диагноз и прогноз, а также , возможно , поможет в контроле за эффективностью проводимых методов лечения с целью восстановления мышечной массы.

АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Батышева Т.Т., Гунченко М. М., Слабова Г. А. , Мещерякова К. К.

ГБУЗ Научно-Практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ, Москва

В настоящий период принципиально актуальной проблемой для общества становятся агрессивность и агрессивное криминальное поведение детей и подростков. Агрессия — мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам (правилам) сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), приносящее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт (отрицательного переживания, состояние напряженности, страха, подавленности и т. п.). Существенным значением для понимания проблемы агрессивного поведения несовершеннолетних кроме социальных, психопатологических факторов, является значительная возрастная специфика, проявляющаяся прежде всего особенностями детской и подростковой психики, несформированностью и мозаичностью личностных структур, определяющих тип реагирования, своеобразие последствий различных социальных воздействий с нарушением социализации и социальной дезадаптацией личности (Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б. и др., 2001).

По данным различных исследований агрессивное криминальное поведение у детей и подростков формируется в социально неблагополучных ("дисфункциональных") семьях, депривации и жестоком обращении, при отягченной наследственности (личностные расстройства и алкоголизм родителей), нарушенном онтогенезе (на фоне психической незрелости), психопатологических синдромах (психопатоподобном, психоорганическом, гебоидном, патологического фантазирования, эмоционально-волевых расстройств), которым агрессия наиболее коморбидна.

Взаимодействие биопсихосоциальных факторов, участвующих в генезе агрессивного поведения является исключительно сложным.

Наиболее патологические формы агрессивного поведения, чаще всего, соболезненны психопатологическим состояниям с выраженными психическими и грубыми поведенческими нарушениями, сопровождающимися нарастающей, прогредиентной возрастной динамикой (от позднего детства, препубертата к пубертату). Этот тип поведения отмечен при: текущих органических поражениях головного мозга; детской шизофрении; нарушениях психического развития (тотальный инфантилизм, умеренная и тяжелая умственная отсталость) сопровождаются значительными нарушениями поведения, эмоционально-волевыми, гипердинамическими, гебоидными, рано формирующимися диссоциальными расстройствами и импульсивными поступками. Этот тип агрессии выявлен как в препубертатном периоде, так и во время пубертатного криза.

Менее выраженное агрессивное поведение представлено не только коморбидными психопатологическими состояниями, но и многомерной структурой личностных нарушений, по типу диссоциальных («бессердечность, грубая и стойкая безответственность, пренебрежение социальными правилами, неспособность поддерживать взаимоотношения, низкая толерантность к фрустрациям, не способность испытывать чувство вины, склонность обвинять окружающих», критерии МКБ-10). В клинической картине преобладают рано проявляющиеся психопатоподобные (эксплозивные, импульсивные, диссоциальные, эмоционально неустойчивые, оппозиционно-выбывающие расстройства) и собственно эмоционально-волевые нарушения, нередко тесно переплетающиеся с агрессивными реакциями, а после их стереотипизации, оформляющиеся в рисунок агрессивного поведения.

Агрессивные реакции, являющиеся эпизодическими, во многом обусловлены ситуативными мотивами, в значительной степени - влиянием микросоциального окружения, а также интоксикацией, что в совокупности снижает волевую регуляцию и искажает критическое осмысление поступков в период совершения правонарушения. По выраженности аномально-личностных особенностей здесь констатирована дисгармония психического созревания и дисгармоническое течение пубертатного криза с «заострением личностных особенностей по типу психопатических и психопатоподобных реакций».

Близкие по проявлению агрессивные реакции отмечены на фоне психогенного развития личности у несовершеннолетних, когда выявляюся аффективно-шоковые реакции, сопровождающиеся брутальностью, деструкцией, направленностью агрессии на обидчика - субъекта, создававшего психотравму. При таких нарушениях, состояние квалифицируется как острая реакция на стресс.

Непатологические агрессивные реакции - это состояния, которые также сопровождаются агрессией, развившейся в результате субъективно значимых ситуаций. Агрессивная реакция, в этом случае, направлена на потерпевшего («обидчика»), сопровождается эмоциональными переживаниями, сужением сознания, частичным терминальным истощением. При этом нет психопатологического оформления описанных феноменов.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ЦВЕТОВОГО ВЫБОРА ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Чебатура А.Д., Бойко Е.А., Иванчук Е.В.

ГБУЗ Научно-Практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ, Москва

Актуальность исследования личностных особенностей, а в частности эмоциональной сферы, детей с детским церебральным параличом заключается в необходимости системного подхода к реабилитации ребенка. В отечественной психологии было описано, что полноценное развитие, а тем более у ребенка с дефицитарными особенностями, формируется в неотрывном взаимодействии между интеллектуальной и эмоциональной сферами (Л.С. Выготский, В.В. Лебединский). Научная и практическая значимость заключается в сложности адаптации в социуме детей с данным заболеванием, а исследование эмоционального интеллекта, а вследствие и качественного развития эмоций, улучшает взаимодействие ребенка с социумом.

Цель работы заключается в системной диагностики эмоциональных и цветовых предпочтений ребенка с детским центральным параличом в младшем школьном возрасте.

Материалы и методы. Исследование эмоциональных предпочтений у детей проводилось с помощью проективных методик (цветовых), которые более понятно воспринимаются ребенком для описания эмоциональных процессов.

В работе использовались такие методы, как: методика диагностики школьной тревожности А. М. Прихожан, шкала явной тревожности CMAS (адаптация А.М. Прихожан); методика «Волшебная страна чувств» в модификации Г. А. Адашинской; рисунок «Моя семья».

Результаты. Вследствие проведенной работы на группе из 10 человек были выявлены особенности эмоциональных и цветовых предпочтений у детей с ДЦП. В эмоциональной сфере этих детей присутствует повышенная тревожность. Общий спектр переживаемых чувств развит, однако наполнен чаще отрицательными эмоциями или темными цветами, что может указывать на негативное отношение к собственной фигуре или проблемной зоне (методика «Волшебная страна чувств») и фигурам семьи (методика «Моя семья», рассматривались фигуры отца и матери).

Выводы. Таким образом, исследование эмоциональных и цветовых предпочтений у детей может расширять возможность диагностики и коррекции локальных переживаний ребенка по отношению к себе и эмоциональных отношений к семейной структуре.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С КОНТРАКТУРАМИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ, В СЛЕДСТВИЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Батышева Т.Т., Джинчарадзе Н.Г., Щипанова Е.А., Колесник А.С.

ГБУЗ Научно-Практический Центр детской психоневрологии ДЗ, Москва

Актуальность. В настоящее время наблюдается рост количества детей с поражением нервной системы, в частности центральной нервной системы. Классическая реабилитология включает в себя: массаж, ЛФК, физиотерапевтическое лечение, бальнеотерапию, фармакотерапию. Однако, в отсутствие, а порой не смотря на проводимые реабилитационные мероприятия, у части детей наблюдается дебют и дальнейшее развитие контрактур суставов, чаще голеностопных, коленных, локтевых, что порой требует впоследствии хирургического лечения.

Цель. Оценка эффективности применения мануальной терапии (остеопатических техник) у детей с двигательными расстройствами, возникшими вследствие поражения нервной системы.

Материалы и методы. Обследованы дети в возрасте 3-6 лет с заболеваниями нервной системы и имеющие контрактуры крупных суставов:

1. ДЦП – 7 пациентов, из них контрактуры: голеностопных суставов – 6, коленных суставов -1
2. последствия интранатального травматического поражения плечевого сплетения (т.н. акушерский паралич Дюшенна - Эрба) – 1

Мануальная терапия проводилась 1 – 2 раза в неделю количеством 6 – 8 раз и включала в себя: миофасциальный релиз, техники баланса лигаментозных натяжений, артикуляционные техники, кранио – сакральную терапию.

Результаты. Пациенты с ДЦП: у 4 пациентов удалось добиться увеличения пассивной подвижности голеностопных суставов на $10\text{-}15^0$, что выразилось в улучшении рисунка ходьбы, увеличение пассивной подвижности коленных суставов отмечено приблизительно на 5^0. У пациента с акушерским параличом Дюшенна – Эрба удалось увеличить угол отведения руки на 10^0.

Выводы. Применение остеопатических техник мануальной терапии в большой части случаев у детей в возрасте 3 - 6 лет позволяет остановить прогрессию, а зачастую и уменьшить выраженность контрактур, увеличения объема активных движений. Мануальная терапия хорошо переносится пациентом и может применяться как метод монотерапии, так и в комплексной терапии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАС AMSE ПРИ ОСМОТРЕ СПЕЦИАЛИСТОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Батышева Т.Т., Зотова М.А., Коровина Н.Ю., Сорокин А.Б.

ГБУЗ Научно-Практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ, Москва
МГППУ, Москва
ФГБНУ НЦПЗ, Москва

Актуальность изучаемой проблемы обусловлена тем, что в настоящее время не существует единого диагностического для исследования лиц с РАС. Для диагностики РАС применяется ряд опросников, шкал и методик наблюдений, например: ADOS, CARS, ADI-R, PEP-R и др. Все они занимают длительное время (1,5-2 часа) при обследовании, так же не всегда возможно полностью провести исследование из-за сложностей с речью или поведенческих аспектов. Некоторые из них требуют специального обучения, что не способствует увеличению количества специалистов, которые могли бы своевременно выявлять детей с РАС. AMSE является экспресс-диагностикой, состоящей из 8 пунктов и занимающей по времени не более 5 минут. При наборе 5 и более баллов возможны рекомендации для более детального обследования ребенка.

Цель. Исследовать возможности использования метода диагностики AMSE в диагностической деятельности специалистов службы сопровождения.

Материалы и методы. Обследовано 186 детей в возрасте от 30 месяцев до 17 лет, из которых мальчиков – 141, девочек – 45.

Результаты.

	Количество	Сырой балл по AMSE

РАС	86	5,8
Нормотипичные	21	1,3***
Другие заболевания	79	3,9***

*** - $p < 0,01$ (Student T-test)

Чувствительность – 68,6%, специфичность – 69,4%. Показатели оказались ниже, чем в оригинальной версии методики (Grodberg, 2011) скорее всего из-за сравнения с клиническими диагнозами, а не данными, полученными при использовании более подробного обследования.

Выводы. Метод экспресс диагностики AMSE доказал свою применимость в практических целях для работы специалистами службы сопровождения.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ

Батышева Т.Т., Квасова О.В., Дмитриева Т.В.
Научно - практический центр детской психоневрологии
Департамента здравоохранения города Москвы
Москва, Россия

Начиная с прошлого столетия, инсульты у детей встречаются гораздо чаще, однако, несмотря на все достижения в лабораторно – инструментальном и материально – техническом оснащении клиник сохраняются трудности в диагностике и лечении этой нозологической формы вследствие сложности выявления жалоб ребенка и отсутствия стандартизированных именно для педиатрического контингента больных подходов к курации. Клиническая картина и описание жалоб при инсульте у детей и подростков отличаются от таковых у взрослых, а причины имеют свои особенности в зависимости от возраста. Более чем в половине случаев (в 55%) у детей развиваются ишемические инсульты. По литературным данным представленность инсультов среди детей в возрасте младше 15 лет составляет 2 - 12 на 100 тыс. детского населения в год. Смертельные исходы при инсультах у детей составляет от 7 до 28 %, общая смертность — 0,6 случая на 100 000 детей в год. Смертность при инсульте ишемического типа значительно ниже, чем при геморрагическом, в то время как при последнем она достигает 29–41 %, что, безусловно, сигнализирует о тяжести и сложности в курации педиатрического контингента больных.

Известно, что после впервые возникшего сосудистого пароксизма (инсульта), случившегося в возрасте от 21 дня до 18 лет, через пять лет 41% пациентов имели повторный инсульт. Крайне важными, а главное условно контролируемыми, являются нейровизуализационные изменения (КТ и МРТ данные) при отсутствии клинических проявлений, что в детской популяции регистрируется почти у каждого шестого больного. Риск повторного возникновения инсульта в этой возрастной группе составляет около 20 %, и значимо нарастает при сочетании нескольких факторов риска, и составляет почти 60 % у пациентов с такими заболеваниями как серповидно-клеточной анемией, дефицит протеина С, избыток липопротеина (а) и некоторых других состояниях. В настоящее время достаточно неоднозначной считается

проблема первичной профилактики инсульта у педиатрического контингента и в достаточном количестве случаев речь о её проведении у данной группы больных практически не идет. Сегодня наиболее актуальной задачей, согласно данным мировых исследований считается адекватное выявления сосудистого события, и особое внимание уделяется выявлению причин развития мозговой катастрофы, причин развития повторного инсульта и мерам вторичной профилактики. Российские авторы приводят данные шестилетнего наблюдения за 82 детьми с острой недостаточностью мозгового кровообращения ишемического типа, которым была назначена антитромботическая терапия. Наиболее часто в педиатрической практике применяется (ацетилсалициловая кислота) АСК в дозе 3–5 и 1–3 мг/кг/сут. Продолжительность назначения АСК в настоящее время составляет не менее 3–5 лет. Альтернативой препаратам АСК в ситуации непереносимости и резистентности может выступить клопидогрел. Клопидогрел может считаться альтернативой препаратам АСК для подростков и должен назначаться в дозе 1 мг/кг/сут (максимальная суточная доза – 75 мг/сут). Для детей младшего возраста терапевтические дозы следует рассматривать в пределах 0,2–0,5 мг/кг/сут (рекомендации уровня С). Показана хорошая переносимость, отсутствие серьезных побочных реакций. Эффективность определяется достижением терапевтического значения лабораторных данных и отсутствия повторения тромботических событий.

ОСТЕОПОРОЗ У ДЕТЕЙ С ДЦП И ЭПИЛЕПСИЕЙ

Батышева Т.Т., Квасова О.В., Трепилец В.М.,Трепилец С.В
.
ГБУЗ Научно-Практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ, Москва

Актуальность. ДЦП – распространенное заболевание детского возраста, наиболее часто приводящее к инвалидизации. Для ДЦП характерно нарушения движения и осанки, вызывающие ограничение активности, в основе которого лежат непрогрессирующие нарушения плода и новорожденного. При ДЦП двигательные расстройства часто могут сочетаться с нарушениями чувствительности, психики, эпилептическими приступами и вторичными скелетно- мышечными заболеваниями. Рост костей и плотность костной ткани играют большую роль для здоровья и качества жизни пациентов. Дети с ДЦП растут медленно. Медленный рост влияет на развитие скелета и снижение плотности костной ткани. Низкое потребление кальция и снижение двигательной активности коррелируют с низкой плотностью костной ткани. Недостаток витамина Д, прием гормональных и антиэпилептических препаратов усиливает вероятность развития остеопороза.

Остеопороз – заболевание, характеризующееся нарушением прочности костей скелета и предрасполагающее к повышению риска развития переломов.

ДЦП является наиболее распространенным заболеванием у детей, связанным с явлениями остеопороза, что обусловлено эмбриональными особенностями закладки нервной и костной тканей. Клинически явления остеопороза у взрослых пациентов могут проявляться болями в костях. У детей клиническая картина может быть не выражена, заболевание может протекать бессимптомно, а клинические проявления манифестируют с переломов. Снижение линейного роста и плохая минерализация

костей приводит к тому, что дети с ДЦП легче переносят болезненные патологические переломы, возникающие даже при незначительной травме и ухудшающие функциональные возможности и качество жизни пациентов. Чаще переломы локализуются в проксимальных отделах бедренной и плечевой кости, лучевых костях. Выявление и профилактика остеопороза являются актуальной проблемой для детей с ДЦП. У детей с тяжелыми формами ДЦП (спастическими тетрапарезами, двойной гемиплегией, GMFCS 3-5) переломы на фоне признаков остеопороза возникают в 12-16% случаев.

При сопутствующей эпилепсии у детей может развиваться АЭП-индуцированная остеопения или остеопороз, особенно при приеме энзиминдуцирующих АЭП (карбамазепин, фенобарбитал), в меньшей степени при приеме энзимингибирующих АЭП (вальпроевая кислота). Прием препаратов приводит к снижению уровня Са и Р, повышению уровня щелочной фосфотазы, являющейся маркером повреждения кости и требующей контроля при длительном приеме АЭП у детей с ДЦП и эпилепсией. В педиатрической практике широко используется количественная ультразвуковая денситометрия, которая позволяет оценивать состояние костной ткани по скорости прохождения ультразвуковой волны через кость (SOS-Speed of Sound) и величине ее затухания в кости (BUA-B roadband Ultrasound Attenuation). Детский остеопороз не может быть диагностирован на основе денситометрических критериев в покое и определяется на основе наличия перелома костей в анамнезе, низкого содержания кальция в костях и определения минеральной плотности костной ткани. Минеральная плотность костной ткани у детей оценивается с применением Z-критерия с учетом отклонения индивидуальных значений от среднего возрастного порога. Z-критерий – разница между минеральной плотностью костной ткани конкретного ребенка и среднего значения для здорового ребенка того же возраста, пола и этноса. При остеопорозе денситометрия проводится 1 раз в год.

Однако перечисленные методы не дают никакой информации об уровне костного метаболизма. Существуют биохимические маркеры костеобразования – остеокальцин сыворотки плазмы крови, костная щелочная фосфатаза сыворотки плазмы крови, С и N концевые телопептиды коллагена первого типа в крови и моче, маркер деградации коллагена – гидроксипролин в моче. Биохимические маркеры костеобразования можно оценивать 1 раз в 3 месяца. Дифференциальный диагноз в педиатрической практике чаще всего проводится между остеопорозом и остеомаляцией. Классическим примером остеомаляции является поражение костной системы в период развернутой картины рахита у детей раннего возраста. Для профилактики остеопороза у детей с ДЦП и эпилепсией предпочтительна монотерапия противосудорожными препаратам. Необходимо воздержаться от назначения антиэпилептических препаратов, провоцирующих или усиливающих явления остеопороза.

Заключение. С целью предотвращения остеопороза и возникновения переломов у детей с ДЦП ассоциированных с эпилепсией необходимо:

1. Выявлять группы риска по развитию остеопороза.
2. Определить активности процесса на основе денситометрии и б\х маркеров.
3. Прогнозировать риск перелома.
4. Оценить эффективность фармакотерапии.
5. Выявлять причины и факторы вторичного остеопороза, проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями костной ткани.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Батышева Т. Т., Климов Л.В., Гришина И. Э., Флорова Ю.А.

ГБУЗ «Научно – практический центр детской психоневрологии» ДЗ, Москва
ГБОУ ДО «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Ирида», Москва

Актуальность. В последние годы уделяется особое внимание реабилитации и образованию детей с ограниченными возможностями здоровья. Дети с расстройствами аутистического спектра составляют среди них многочисленную группу . По данным разных авторов, распространенность аутистических расстройств разной этиологии в детской популяции - с 7-16 до 26-52 случаев на 10 000 детского населения (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997; Gillberg C., 1990, ARRI, 2000). Между тем, во всем мире специалисты, работающие с детьми-аутистами, до сих пор не пришли к единому мнению о том, какие терапевтические методы являются наиболее эффективными для реабилитации детей с аутизмом и о том, существуют ли они вообще. При этом, согласно данным В.М.Башиной, при отсутствии лечебно-коррекционной работы более, чем в 70% случаев РДА, наблюдается глубокая инвалидность.

Именно поэтому, сегодня уделяют особое внимание реабилитации и образованию детей с ограниченными возможностями здоровья и пациенты с расстройствами аутистического спектра составляют среди них многочисленную группу. По Кагану В.Е., пределы улучшения у каждого ребенка свои. Но эти различия связаны не только с исходной тяжестью состояния, - не менее важна их связь со степенью и качеством помощи - лекарственной, психологической, социальной. Предполагается, что для успешной коррекции расстройств аутистического спектра имеют значение и био-, и психо-, и социальные факторы.
За последние десятилетия медицинская модель реабилитации все более замещается социальной моделью, а эрготерапия (occupational therapy) является неотъемлемой частью современной социальной реабилитации людей всех возрастных категорий. Эрготерапия (Occupational Therapy) – это специальность, которая основывается на научно доказанных фактах того, что целенаправленная, имеющая для человека смысл активность (деятельность) помогает улучшить его функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные, психические).

Цель эрготерапии – максимально возможное восстановление способности человека к независимой жизни (самообслуживанию, продуктивной деятельности, отдыху), независимо от того, какие у него есть нарушения, ограничения жизнедеятельности или ограничения участия в жизни общества. Отличительной чертой эрготерапии является ее междисциплинарность. Эрготерапия использует знания нескольких специальностей – медицины, педагогики, психологии, социальной педагогики, биомеханики, физической терапии.

К одному из видов эрготерапии можно отнести animal – терапию – использование животных в рамках комплексной реабилитации пациентов с различными заболеваниями. Стратегия вмешательства базируется на индивидуальном подходе к каждому человеку. Для аутиста назначение, применение объекта не имеют существенного значения, для него важнее ощущения, получаемые от контакта с

предметом или манипуляциями с ним. А следовательно такое направление, как канистерапия представляется весьма перспективным.

Цель занятий канис-терапией с аутистами заключается в развитии и тренировке контактности, обогащении их сенсорной среды, закреплении новых навыков. Все манипуляции, как пациента, так и вовлеченных в занятие людей и собак, комментируются с целью побуждения пациента к ответным реакциям. Первые вербальные реакции аутиста будут, вероятнее всего, эхолалией. Хорошим результатом занятий являются постепенно появляющиеся: самостоятельная интонация при повторе слов, затем перестроение фразы, затем включение других слов, затем произнесение своих слов или фраз в ответ на ваш вопрос или предложение. Очень хорошим результатом является самостоятельное произнесение (без подсказки или вопроса) слов или фразы в качестве реакции на ситуацию. Продолжительность первого занятия варьирует от 15 до 40 минут. Последующие занятия продолжаются от 30 минут до 60 минут и варьируются от индивидуального состояния пациента.Упражнения для аутистов делятся на несколько типов сложности, от простых действий без контакта с собакой и вожатым до самостоятельного общения с собакой. Упражнения следующей степени сложности вводят по одному за одно занятие, после достижения устойчивой положительной реакции пациента на предыдущие упражнения. Упражнения нужно чередовать, незначительно меняя их продолжительность и последовательность, чтобы избежать развития стереотипии. Но приветствие, первое упражнение и прощание должны быть стереотипными, это вызывает у пациента успокоение и уверенность в «правильном порядке вещей». Контроль эффективности терапии необходимо проводить после каждых 10 занятий, например, по оценочной шкале раннего детского аутизма (The PDD Assessment Scale/ Screening Questionnaire), тестом АТЕК.

РАННИЕ ПРЕДВЕСТНИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ С ДЕТСТВА

Батышева Т.Т., Левченкова В.Д., Титаренко Н.Ю., Рыжкова З.Н., Садов Е.Ю.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" ДЗ,, Москва
ФГБНУ «Научный Центр Здоровья Детей», Москва

Среди детей, инвалидов с детства, по неврологическому профилю, значительную часть составляют больные детским церебральным параличом (ДЦП), который является наиболее тяжелым последствием пренатального, интранатального и раннего постнатального (неонатальный период) повреждения головного мозга. Поэтому крайне важной является диагностика ранних клинических симптомов формирования ДЦП и разработка плана дальнейшей абилитации больных.

Сотрудниками Научно-практического центра детской психоневрологии разработан алгоритм обследования и лечения больных с нарушениями двигательных функций, начиная с первых дней и недель жизни до совершеннолетия. Диагноз ДЦП ставится на первом году жизни ребёнка, однако симптомы заболевания в большинстве случаев наблюдаются с первых дней жизни ребёнка. Ведущим является задержка темпов двигательного, психического, речевого развития по сравнению с возрастной нормой, уменьшение объёма спонтанных движений конечностей, угнетение или позднее появление врождённых оральных и спинальных двигательных автоматизмов, в то же время нарастание в дальнейшем (с 2-3х месяцев) влияния этих рефлексов

наряду с лабиринтными и шейными тоническими рефлексами на мышцы туловища и конечностей, а также эмоциональные и сенсорные нарушения. Целесообразно при обследовании ребёнка использовать шкалу оценки возрастного развития, разработанную Л.Т. Журба, Е.М. Мастюковой (1981 г.). При выявлении хотя бы одного из перечисленных симптомов, с учётом анамнеза заболевания (неблагоприятно протекавшей беременности, преждевременных или патологических родов, интранатальной асфиксии и др.), ребёнок должен быть немедленно направлен на проведение обследования и лечения в условиях специализированного неврологического центра, где его обследуют невролог, ортопед, логопед, психолог. Обязательным является исследование глазного дна, ЭЭГ и ультразвуковое исследование мозга, по показаниям проводится рентгенография черепа, суставов, компьютерная, магнитнорезонанасная томография головного и спинного мозга. Своевременное обследование и адекватное патогенетически обоснованное , комплексное восстановительное и непрерывно проводимое лечение позволит уменьшить степень инвалидизации больного, а в некоторых случаях и избежать её.

О МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВЕ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Батышева Т.Т., Левченкова В.Д., Деревягин В.И.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" ДЗ, Москва
ФГБНУ «Научный Центр неврологии», Москва

С целью проведения наиболее эффективного восстановительного лечения больных детским церебральным параличом (ДЦП) необходимо четко представлять патогенез и патологоанатомическую картину заболевания. Проведено нейроморфологическое исследование головного и начальных сегментов спинного мозга 22-х больных ДЦП, умерших от интеркуррентных заболеваний в возрасте от 3-х месяцев до 15-ти лет жизни. Выявлены патологические изменения в виде сочетания признаков дизонтогенетического развития головного мозга, представленных макроскопически только в 50 % случаев очаговой микрогирией, уменьшением размеров отдельных долей больших полушарий, гемиатрофией одного из больших полушарий головного мозга или полушарий мозжечка, а гистологически во всех случаях нарушением цитоархитектоники коркового отдела двигательного анализатора мозга. При разной выраженности патологических изменений головного мозга у больных ДЦП отмечается повреждение всех структур двигательного анализатора мозга, особенно его коркового отдела в виде очаговых клеточных опустошений одного или нескольких слоев с уменьшением количества пирамидных нейронов. Эти изменения носят стойкий характер и в последующем могут привести к транснейрональной дегенерации спинальных мотонейронов. Наряду с гибелью нейронов на разных этапах развития ДЦП отмечаются очаговые склеротические изменения мягкой мозговой оболочки, стенок ее сосудов, стенок сосудов вещества головного мозга, сосудистых сплетений, дистрофические изменения эпендимоцитов и глии, обусловливающих нарушения резорбции ликвора и формирование в части случаев внутричерепной гипертензии. У больных при тяжелом течении ДЦП нарастает выраженность дистрофических изменений структурных элементов мозга с развитием очагового глиоза, образованием микрокист в субэпендимальной области желудочков мозга, отложением глыбок солей извести в веществе мозга и стенках

сосудов, кальцификацией отдельных нейронов. Однако при детском церебральном параличе наряду с деструктивными изменениями на фоне лечения наблюдаются процессы репарации структурных элементов головного мозга, в виде гипертрофии отдельных нейронов, увеличения количества сателлитов, окружающих нейроны, увеличения количества олигогендроглиоцитов, обладающих способностью к регенерации структурных элементов головного и спинного мозга.

ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО, ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

Батышева Т.Т., Леонова Н.В., Флёрис Л.И.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" ДЗ, Москва

Речевая коррекция является важной составной частью комплексной медико-психологической реабилитации и социальной адаптации детей с проблемами развития. Логопедическая работа в условиях НПЦ ДПН имеет свои специфические особенности. Контингент детей, с которым работает логопед, не только разновозрастный, но и гетерогенный, т. е. разнородный по преобладающим дефектам. Речевые нарушения часто входят в состав психологических и неврологических синдромов и носят вторичный характер. Содержание работы логопедов Центра существенно отличаются от работы логопедов образовательных учреждений, в силу того что работа с детьми, получающими медико-психологическую помощь в НПЦ ДПН, требует к себе комплексного дифференцированного подхода. Обобщение многолетнего опыта работы по речевой коррекции больницы № 18, а затем НПЦ ДПН позволило создать комплексную реабилитационную программу, охватывающую контингент детей с раннего (грудного) возраста до 18 лет, госпитализированных в НПЦ ДПН для прохождения консервативного лечения или реабилитации. С 2015 года программа успешно внедрена в систему коррекционной работы и является базовым методическим руководством для логопедов НПЦ ДПН.

Цель программы - обеспечение специализированной консультативно-диагностической и коррекционной помощи детям раннего возраста, дошкольного и школьного возраста с нарушениями речи различного генеза, а также выявление резервных возможностей и перспектив интеграции ребенка в образовательную и социокультурную среду.

Задачи программы:

1. Выявление нарушений в предречевом развитии у детей раннего возраста, и нарушений в развитии устной и письменной речи у дошкольников и школьников.
2. Выявление компенсаторных возможностей, прогнозирование успешности обучения и воспитания на последующих этапах.
3. Логопедическое сопровождение, включающее комплекс мер по диагностике, формированию и коррекции речи.

В основу реализации поставленных задач положены следующие дидактические принципы:

1. Принцип развития, предполагающий выделение в процессе логопедической работы трудностей, находящихся в зоне ближайшего развития ребенка.

2. Онтогенетический принцип – учет последовательности появления форм и функций речи.

3. Принцип обходного пути, т.е. формирование новой функциональной системы в обход пострадавшего звена.

Программа состоит из трех основных разделов:

1) логопедическое сопровождение детей раннего возраста
2) логопедическое сопровождение детей дошкольного возраста;
3) логопедическое сопровождение детей школьного возраста.

В настоящей программе раскрыты более широкие, вариативные возможности для формирования коммуникативных способностей, речевого и общего психического, интеллектуального развития ребенка, что, в свою очередь, будет способствовать его более успешной социализации. В то же время в содержании программного материала сохранятся преемственность с программно-методическими разработками в аспекте реализации основных, проверенных многолетней практикой, направлений и технологий коррекционно-логопедического воздействия на нарушенные звенья речевой системы (Архипова Е.Ф., Каше Г.А, Филичева Т.Б., Чиркина Г.В., Туманова Т.В., Миронова С.А, Лагутина А.В.).

Заключение. Таким образом, содержание программы представляет собой целостную многоуровневую систему речевой коррекции в условиях стационара Научно-практического центра детской психоневрологии и раскрывает специфику и содержание работы с детьми, с детским церебральным параличом и перинатальным поражением центральной нервной системы, имеющими различную структуру и различные механизмы нарушения речи. При работе с опорой на данную программу логопед планирует коррекционные занятия в рамках системного комплексного подхода в работе с каждым конкретным ребенком, учитывая зону не только актуального, но и ближайшего развития.

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В СТРУКТУРЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Батышева Т.Т., Логунков А.М.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" ДЗ, Москва

Актуальность. Синдром дисплазии соединительной ткани – большая группа наследственных заболеваний, в основе которых - аномалия или недостаток синтеза коллагена, возникающие в период эмбрионального и постэмбрионального развития человека. Они могут быть ограничены изменениями органов в пределах одной системы (кости, сердце, система крови и т.д.), а также сочетаться с изменениями в разных тканях и органах, что определяет клиническую симптоматику с прогрессирующим течением. Выделяют: дифференцированную дисплазию с определенным типом наследования, имеющим ярко выраженную клиническую картину, а нередко установленными и хорошо изученными биохимическими или генными дефектами (синдром Марфана, синдром вялой кожи, десять типов синдромов Элерса Данлоса.) и недифференцированную дисплазию (НД), которая диагностируется когда ни один из признаков болезни не относится к дифференцированным заболеваниям. Это наиболее часто встречаемая патология соединительной ткани. Частота ее выявления у молодых людей достигает 80%.

Цель работы: выявление проявлений НД у неврологических больных для выяснения коморбидности или этиопатологического фактора заболевания и определения дальнейшей тактики диагностики , лечения и прогноза патологии у данного ребенка.

Материалы и методы: за 1 год работы из осмотренных 2 622 детей 63 имели проявления НД (2%). В нозологической структуре заболеваний проявления НД отмечались особенно часто при последствиях ПЭП (задержка моторного развития - 40%, задержка речевого развития 45%), СДВГ (43%), головными болями напряжения (100%), энурезе(85%), ВСД(98%), церебрастеническим синдромом(75%), тиками (75%). Проведен анализ анамнестических данных, семейный анамнез, оценены результаты параклинических исследований, проведено комплексное лечение

Выводы: НД имеет весьма высокую коморбидность среди неврологических заболеваний, а порой определяет клинику патологии, расцениваемую ранее как проявление поражения церебральных или спинномозговых структур нервной ткани вследствие перинатальной гипоксии или травмы. В ряде случаев анализ анамнестических данных, семейный анамнез, результаты параклинических обследований в совокупности с клиническими данными позволили отказаться от ранее предполагаемых диагнозов, оптимизировать тактику лечения с выраженной положительной динамикой.

МАСКА ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА НАСЛЕДСТВЕННАЯ МОТОРНО-СЕНСОРНАЯ НЕЙРОПАТИЯ I ТИПА (ВАРИАНТ НМСН I ШАРКО-МАРИ-ТУТА)

Батышева Т.Т., Молоткова У.В., Ларионова А.Н., Кондакова О.Б., Балканская С.В., Соловьева А.В.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" ДЗ, Москва

Актуальность. Наследственная моторно-сенсорная нейропатия I типа (вариант НМСН I Шарко-Мари-Тута) относится к группе наследственных нейропатий с аутосомно-доминантным типом наследования, характеризуется сегментарной демиелинизацией периферических нервов, гипертрофическими изменениями нервов с образованием «луковичных головок», аксональной дегенерацией. Частота всех форм НМСН варьирует от 10 до 40 на 100000 в различных популяциях. Для заболевания характерны поражение дистальных отделов конечностей в виде мышечной слабости, атрофии, нарушения чувствительности, медленно прогрессирующий характер течения.

Материалы и методы. Представляем описание клинического случая. Мальчик К., 5 лет 5 месяцев, поступил в отделение с жалобами на неустойчивую походку, тремор в руках при движениях, задержку психо-речевого развития, гиперактивное поведение. Направляющий диагноз детский церебральный паралич, атонически-астатическая форма. Перинатальный анамнез не отягощен. Раннее психомоторное развитие протекало с задержкой. По материнской линии в трех поколениях имеются указания на неуточненную наследственную патологию (мышечная гипотония, снижение мышечной силы, стопа Фридрейха, псевдогипертрофия икроножных мышц, арефлексия, атаксия, интеллектуальный дефицит). Физическое развитие ребенка выше среднего. Интеллект снижен в легкой степени. Поведение гиперактивное. Периодически отмечается энурез. Слабость конвергенции, расходящееся косоглазие.

Диффузная мышечная гипотония. Сухожильные и периостальные рефлексы средней живости с рук, с ног оживлены, симметричные. Положительный симптом Пуссепа справа. Брюшные рефлексы средней живости. Укорочений конечностей и гипотрофий мышц нет. Походка атактическая, с расширенной базой опоры. На двух ногах прыгает с поддержкой. Затруднена ходьба на пятках. Осанка кифотическая. Моторный праксис сформирован недостаточно. Интенционный тремор в руках при осуществлении точных целенаправленых движений, постуральный тремор (локальный или генерализованный) в позе Ромберга. По данным ЭЭГ отмечается недостаточно организованная, замедленная основная активность, умеренные диффузные ирритативные признаки. На МРТ головного мозга асимметричная вентрикуломегалия с расширением правого бокового желудочка, расширение периваскулярных ликворных пространств. При ЭНМГ выявлены грубые изменения правого большеберцового нерва демиелинизирующего типа.

С учетом семейного анамнеза и данных ЭНМГ, предположено заболевание из группы наследственных нейропатий с аутосомно-доминантным типом наследования. Проведено молекулярно-генетическое исследование кодирующей последовательности гена PMP22 методом прямого автоматического секвенирования, обнаружена наиболее частая при наследственной моторно-сенсорной нейропатии IA типа мутация – дупликация на хромосоме 17p11.2-p12. На основании полученных данных был выставлен диагноз наследственная моторно-сенсорная нейропатия I типа.

Специфической терапии этого заболевания в настоящее время не разработано. Лечение наследственной моторно-сенсорной нейропатии I типа симптоматическое. Оно должно быть направлено на снижение скорости прогрессирования заболевания, уменьшение деформаций и включать комплексные мероприятия: физиотерапию, ЛФК, массаж, ортопедическую коррекцию, медикаментозную терапию, хирургическое лечение.

РАЗВИТИЕ ЯЗЫКОВОЙ СПОСОБНОСТИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ДЦП

Батышева Т.Т., Орлова Г.И., Подгорнова С.Ю., Халилова Л.Б.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" ДЗ, Москва

Проблема исследования потенциальных языковых возможностей учащихся с ДЦП, выявления уровня их лингвистической подготовки является одной из наиболее актуальных и значимых для современной логопедии. С ее решением связано рассмотрение комплекса вопросов диагностического и прогностического характера, определение стратегии коррекционно-методического поиска, открывающего перспективы для внедрения новых педагогических технологий, использования современного психологического и психолингвистического инструментария.

Опираясь на анализ практики коррекционного обучения и ведущие тенденции развития научного знания, мы сосредоточили наше внимание на изучении языковой способности старших дошкольников с церебральными параличами. Представляя собой функционирующий на базе лингвистического сознания механизм контроля языковой правильности речевой продукции, формирующейся в условиях патологического развития речевой функции у детей данного контингента, она явилась предметом нашего специального изучения, потребовав теоретической и экспериментально-методической проработки важнейших аспектов, непосредственно с ней взаимодействующих. Анализ полученных в ходе констатирующего

эксперимента фактических материалов отражает основную характеристику языковой способности говорящего: степень зрелости семантического компонента.

Результаты констатирующего эксперимента позволили обосновать рациональные пути и способы обучения языку, базирующиеся на использовании семантической коррекции, для учащихся с церебральными параличами. Подобный подход к организации коррекционного обучения, обеспечивающей опору на семантику, учет внутренней связи и генетического взаимодействия основных лингвистических разделов и тем, позволит добиться оптимизации учебного процесса за счет повышения эффективности практического усвоения языка.

Тщательный отбор языковых моделей и последовательная отработка умения пользоваться ими, практическое знакомство учащихся с семантическими разделами языка способствует позитивным изменениям в структуре сложного дефекта при ДЦП, преодолению комплекса стойких коммуникативных и когнитивных нарушений на начальном этапе обучения.

ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В РАЗВИТИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Батышева Т.Т., Переверзева Д.С., Данилина К.К., Коровина Н.Ю.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" ДЗ, Москва
Московский Городской психолого-педагогический университет, Москва
Московский НИИ психиатрии, Москва

Расстройства аутистического спектра представляют собой группу нарушений развития, которые объединяет наличие качественных нарушений социального взаимодействия, вербальной и невербальной коммуникации, стереотипных паттернов поведения, своеобразие интересов и активности. Ретроспективный анализ поведения детей раннего возраста, которым впоследствии был поставлен диагноз аутизм, а также изучение детей из группы риска по аутизму свидетельствует о том, что нарушения в поведении заметны уже на первом году жизни. Вместе с тем, средний возраст постановки диагноза составляет от 3,1 до 3,9 (Mandell, 2005), что делает очень актуальной задачу разработки методологического подхода для ранней диагностики заболевания, определения группы риска и организации медицинского и психолого-педагогического сопровождения таких детей.

В литературе имеются данные, свидетельствующие о том, что наиболее ранними симптомами при расстройствах аутистического спектра являются нарушения внимания и окуломоторного контроля. Более того, нарушения внимания рассматриваются как возможный триггерный механизм, который может запускать манифестацию других симптомов на более поздних этапах развития (Строганова, 2009). Так, было показано, что уже в возрасте 7-10 мес. дети, которым впоследствии был поставлен диагноз аутизм обнаруживают значимое увеличение латентного периода в задачах на переключение зрительного внимания (Elison et al. , 2013; Elsabbagh et al., 2009). В другом исследовании было показано, что дети с синдромом FRAXA, в возрасте 12 мес. обнаруживают нарушения окуломоторного контроля в задачах, требующих подавления нерелевантного моторного ответа (Scerif, 2004). Эти данные предполагают продромальный характер нарушений зрительного внимания при РАС. Методологические подходы, позволяющие диагностировать нарушения внимания и окуломоторного контроля в раннем возрасте включают: тест антисскад

(Scerif, 2004); тест на переключение внимания (attention disengagement test). Тестовые парадигмы являются простыми и доступными в использовании, анализ результатов осуществляется через регистрацию движения глаз (система Eye tracking) или анализ видеозаписи зрительного поведения детей.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛИНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР.

Батышева Т.Т., Петрова О.А., Власова В.А., Загилова О.Ю., Чебаненко Н.В.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" ДЗ, Москва

Актуальность. В НПЦ Детской психоневрологии широко применяется инъекции ботулинического токсина пациентам с различными формами Детского церебрального паралича (спастические и гиперкинетические формы). В 95 % случаев был получен положительный результат, в 5% - минимальный эффект.

Материалы и методы. Проведенные нами инъекции разделены на группы: 1. Для уменьшения влияния тонических рефлексов (точки мишени- большие грудные мышцы, мышцы аддукторы бедер) 2. Устранение эквинусной установки стоп (точки мишени- икроножные мышцы) 3. Устранение сгибательных установок коленных суставов (точки мишени- сгибатели голени) 4. Профилактика подвывиха и вывиха бедер (точки мишени- мышцы аддукторы бедер) 5. другие. В более чем 50% случаев у одного пациента выбирались несколько точек мишеней, для достижения максимального результата.

. Клинический пример: в отделение поступила девочка 2 лет 11 месяцев с диагнозом Детский церебральный паралич, спастическая диплегия. При клиническом осмотре – ходит самостоятельно перебежками спастико- паретической походкой с согнутым левым коленным суставом, с опорой на эквиноплосковальгусную стопу справа и эквинус переднего отдела стопы слева. Диагностические ортопедические тесты: hamstring test D145 S 130 treceps test D85\90 S 90\130. Проведена ботулинотерапия в следующие группы мышц:

	D	S
Сгибатели голени (полуперепончатую и полусухожильную)	-	+
Икроножные мышцы	+	+
Камбаловидная мышца	-	+

Результаты. Эффект от проведенной ботулинотерапии проявился на 2 день после инъекции. С этого дня начался курс восстановительной терапии, который включал: ЛФК, велосипед, беговая дорожка, гидрокинезотерапия, соблюдение ортопедического режима (ортопедическая обувь, аппараты на голеностопные суставы для ходьбы и туторы на голеностопные суставы на сон). Через 14 дней после проведенной терапии, получены следующие результаты: ребенок ходит самостоятельно спастико-паретической походкой с опорой на полные стопы, колени выпрямлены. Диагностические ортопедические тесты: hamstring test D S по 150 treceps test D S 70\80.

Выводы. Адекватно проведенная ботулинотерапия с ранней начатой реабилитацией, способствует максимально эффекту в снижении спастичности мышц и выработке новых двигательных навыков.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ

Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Климов Ю. А., Шиошвили В.А., Кудрявцева О.И., Рубинова Ю.Л., Малашкевич Н.В.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" Департамента здравоохранения города Москвы

Актуальность. К сожалению, на сегодняшний день работ по изучению эффективности и безопасности комплексного реабилитационного лечения у детей с ДЦП имеющих эпилепсию нет. Большинство реабилитационных центров основываются на принципе не навредить ребенку с эпилепсией и реабилитационную терапию начинают проводить не ранее чем через 6 месяцев после последнего эпилептического приступа. При этом отсутствует четкий определенный перечень физиотерапевтических процедур, параметров интенсивности что значительно ограничивает возможность помощи таким детям. Еще меньше данных по пациентам с ДЦП с наличием эпилептиформной активности на ЭЭГ без клинических приступов.

Цель. Разработать тактику физиотерапевтического лечения у пациентов с ДЦП в возрастной группе до 18 лет при наличии эпилепсии и/или эпилептиформной активности на ЭЭГ на базе НПЦ Детской психоневрологии.

Результаты. Разработана следующая тактика физиотерапевтического ведения данных пациентов:

1.При текущих эпилептических приступах, а также длительности клинической ремиссии до 6 месяцев физиотерапия не проводится;

2.При ремиссии от 6 месяцев до 2-х лет используются все виды физиотерапии, исключая накожную электростимуляцию мышц и проекций периферических нервов, гидромассаж и грязелечение, а также любое воздействие на голову. При сохранении эпилептиформной активности на ЭЭГ амплитудой выше 300 мкВ, несмотря на клиническую ремиссию, рекомендовано воздержаться от всех видов электропроцедур и групповых занятий в бассейне.

3.При ремиссии от 2-х лет при отсутствии по данным ЭЭГ выраженной эпилептиформной активности может проводиться физиотерапия в полном объеме.

4.При наличии региональной эпилептиформной активности на ЭЭГ с вольтажом до 120 - 150 мкВ (ДЭПД) возможно проведение всего спектра ФТЛ.

5.При наличии мультирегиональной эпилептиформной активности на ЭЭГ с вольтажом до 120 - 150 мкВ (ДЭПД) вопрос о возможности проведения электростимулирующих процедур на область головы, а также электростимуляции мышц в стимулирующем режиме решается после проведения контрольного ЭЭГ через 4-6 мес. Индивидуальные занятия с инструктором в бассейне не противопоказаны.

Заключение. Научно- практическая работа в НПЦ Детской психоневрологии продолжается непрерывно и наблюдение за группой пациентов с двигательными нарушениями с сопутствующими эпилептиформными изменениями на ЭЭГ и эпилептическими приступами еще не окончена. Данная тактика, разработанная нашими специалистами, возможно, с течением накопленного опыта будет претерпевать некоторые изменения, о чем будет сказано в дальнейших публикациях.

РОЛЬ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Батышева Т.Т., Полунин В.С.

Филиал-бюро № 74 ФКУ Главного бюро МСЭ по г. Москве Министерства труда и социального развития РФ

В настоящее время проблема инвалидности является достаточно актуальной, т.к. по данным ВОЗ – 2013 год в мире число инвалидов составляет 15%. В РФ каждый 11-й гражданин – инвалид (13,2 млн.), что составляет 9,3% от численности населения РФ, среди детей и подростков – 564 тыс., в том числе в Москве 28 тыс. детей-инвалидов, и имеет место стойкая тенденция роста их численности.

Цель исследования – совершенствование медико-социальной экспертизы (МСЭ) и реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, обусловленными психоневрологической патологией с использованием методов наблюдения и постоянного анализа данных о процессе МСЭ и реабилитации наблюдаемого контингента.

Результаты. На базе Научно-практического центра детской психоневрологии ДЗ г. Москвы (НПЦ ДПН) более 16 лет функционирует Филиал-бюро № 74 ФКУ ГБ МСЭ по г. Москве и за указанный период было проведено более 46 тысяч освидетельствований, ежегодно проходят МСЭ около 3 тыс. детей, из них 25% в условиях стационара НПЦ ДПН, большинство которых дети-инвалиды из различных регионов РФ, каждому разрабатывается ИПР, включающая более 30 рекомендаций. Дети-инвалиды по возрасту распределяются следующим образом: до 3 лет (62,3%), от 4 до 7 лет (19,8%), от 8 до 14 лет (14,3%) и 15 лет и старше (3,4%), из всех наблюдаемых детей освидетельствуются первично в 37,2%, повторно - 26,2% и для только разработки Индивидуальной программы реабилитации (ИПР) - 36,2%. В 37% случаев дети-инвалиды проживают в неполных семьях, в основном с матерью и бабушкой, 59% матерей не работают, обеспечивая воспитание и уход за ребенком-инвалидом, Ежемесячный доход таких семей составляет 15-19 тыс. рублей и складывается из социальных выплат.

Выводы. Необходимо постоянно проводить мероприятия по оздоровлению населения и повышения эффективности МСЭ и реабилитации наблюдаемых детей-инвалидов.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС В СОЧЕТАНИИ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Батышева Т.Т., Пшемыская И.А., Полухина Н.В., Слободчикова Н.С., Позднякова Д.А.

ГБУЗ Научно-практический центр Детской психоневрологии ДЗ, Москва

Актуальность. Поражение центральной нервной системы у детей часто сочетается с различными формами симптоматической эпилепсии и эпилептических

синдромов раннего детского возраста. У детей с выраженным повреждением головного часто при отсутствии клинически приступов выявляются грубые эпилептиформные изменения на ЭЭГ, что также ограничивает объем реабилитационных мероприятий.

Если поступает в стационар на лечение ребенок, как правило, с тяжелым поражением ЦНС, у которого выявляются клинически эпилептические приступы (зачастую родители не знают об их наличии и воспринимают вздрагивания, заведения глаз, как обычное состояние ребенка) и подтверждаются при обследовании (Видео-ЭЭГ), то, конечно, в этой ситуации в первую очередь проводится подбор противосудорожной терапии. Таким детям можно применять в соответствии с выраженностью их неврологической симптоматики некоторые укладки на гашение патологических рефлексов и делать легкую посуставную гимнастику для избежания формирования мышечных контрактур. При наличии ремиссии эпилептических приступов (или значительного их урежения) и положительной динамики на ЭЭГ (исчезновение или выраженное уменьшение эпилептиформных феноменов) под прикрытием адекватной противосудорожной терапии возможности реабилитации расширяются. К лечению добавляется массаж, ЛФК в щадящем режиме, парафиновые аппликации при выраженном спастическом гипертонусе у ребенка, мягкая гидрокинезотерапия (жемчужные ванны). В некоторых случаях применяется физиотерапевтическое лечение (ПеМП на область спины, тазобедренных суставов, СМТ в расслабляющем режиме, лазеролечение на область тазобедренных суставов). Расширяются возможности ортопедических укладок для лечения патологических установок конечностей, гашения тонических рефлексов, лечения дисплазии тазобедренных суставов.

Заключение. Таким образом, детям с поражением ЦНС в сочетании с эпилепсией можно применять те или иные реабилитационные мероприятия для восстановления двигательных функций, используя индивидуальный подход на фоне адекватной противоэпилептической терапии под контролем ЭЭГ.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАНОСОВ ИНФЕКЦИИ В ДЕТСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Батышева Т.Т., Саркисова Е.В.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" Департамента здравоохранения города Москвы

Актуальность. Заносы инфекционных заболеваний в детские медицинские организации психоневрологического профиля существенно влияют на динамику лечения и реабилитации, часто вызывают возникновение осложнений у детей и в конечном итоге дают возможным признание подобных случаев дефектом оказания медицинской помощи. Полностью исключить заносы инфекционных и паразитарных заболеваний практически не представляется возможным, так как поступающие на лечение дети на момент поступления в больницу могут находиться в инкубационном периоде, не всегда бывают достоверны результаты анализов и справки об отсутствии контактов с инфекционными больными за 21 день до госпитализации. Поэтому

требуется чрезвычайно высокая настороженность медперсонала в отношении инфекционной патологии у пациентов как на этапе приема на госпитализацию, так и во время лечения.

Результаты. За 2014 год в Научно-практическом центре детской психоневрологии выявлено 378 случаев заносов инфекционных заболеваний, что составило 5,6% от числа поступивших на лечение детей. Среди нозологических форм преобладали острые респираторные вирусные инфекции (88,9%), на долю паразитарных заболеваний (энтеробиоз, аскаридоз) приходилось 10%, кроме того регистрировались заносы ветряной оспы (0,8%), ВИЧ – инфекции – 0,3%. В результате закрытия отделений на карантин при заносе ветряной оспы в течение 2014 года более 30 дней не оказывалась плановая медицинская помощь в соответствующих отделениях. На этапе приемного отделения выявлено 75 случаев подозрений на инфекционное заболевание. Кроме того, предотвращено поступление 12 пациентов, которые потенциально могли быть источником инфекции вакциноассоциированного полиомиелита (получение прививки оральной полиомиелитной вакциной менее чем за 60 дней до госпитализации), 13 пациентов из очагов ветряной оспы и скарлатины.

Заключение. В связи с тем, что дети с психоневрологическими нарушениями относятся к группе повышенного риска по инфекционной патологии, основной задачей эпидемиологической службы медицинской организации является своевременное и полное выявление инфекционных болезней и обеспечение инфекционной безопасности для больных и сотрудников стационара. С этой целью мероприятия по недопущению заносов инфекционных и паразитарных заболеваний в стационар должны проводиться с особой внимательностью и настороженностью. В соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации в обязательном порядке у всех поступающих на лечение должен проводиться анализ выписки из истории болезни ребенка из медицинских организаций по месту жительства, где указаны хронические инфекционные и паразитарные заболевания, сроки заболевания, лечения, диспансерного наблюдения. В случае, если в анамнезе ребенок перенес какое - либо инфекционное или паразитарное заболевание, до госпитализации допускаются дети, у которых имеются справки, подтверждающие прохождение контрольного лабораторного обследования после лечения и снятия с диспансерного наблюдения у инфекциониста по месту жительства. В случае, если ребенку ранее проводились переливания крови или оперативные вмешательства, на догоспитальном этапе обязательно должно производиться обследование на ВИЧ - инфекцию, парентеральные гепатиты. Важным аспектом предупреждения заносов инфекции является тщательный анализ прививочного анамнеза. Для предупреждения возникновения очагов коревой инфекции на стационарное лечение возможен прием только привитых против данной инфекции или имеющих медицинский отвод. Для предупреждения очагов вакционоассоциированного полиомиелита не должны допускаться до госпитализации дети, привитые против полиомиелита живой оральной полиомиелитной вакциной, менее чем за 60 дней до госпитализации. В случае, если по каким-либо причинам ребенку не проводится ежегодная туберкулинодиагностика, то должно быть представлено медицинское заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулезом и возможности нахождения на стационарном лечении. Также необходимо обязательно учитывать данные флюорографии или рентгенографии органов грудной клетки у подростков старше 15 лет. Все дети, перед госпитализацией в обязательном порядке должны обследоваться на яйца гельминтов и цисты патогенных простейших, кишечные инфекции, дифтерию.

Учитывая, что большинство детей психоневрологического профиля имеют медицинские отводы от профилактических прививок, сопутствующие

иммунодефициты, следует повысить бдительность и настороженность в отношении выявления у таких детей инфекционных и паразитарных заболеваний при обращении за медицинской помощью на догоспитальном этапе.

АКТУАЛЬНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВЯЛЫХ ПАРАЛИЧЕЙ У ДЕТЕЙ В КОНТЕКСТЕ БОРЬБЫ С ПОЛИОМИЕЛИТОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Батышева Т.Т., Саркисова Е.В., Ларионова А.Н., Синельникова А.Н.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" Департамента здравоохранения города Москвы
ФГБОУ ВПО ГКА имени Маймонида, Москва

Актуальность. Синдром острого вялого паралича (ОВП) может иметь множество причин развития**:** острый паралитический полиомиелит; полинейропатии (включая синдром Гийена-Барре); миелиты; мононейропатии, в том числе травматические (постинъекционные); опухоли спинного мозга и другие. Вялые парезы и параличи составляют основу клинической картины полиомиелита, поэтому в 1996 году в России введен клинико-эпидемиологический надзор за заболеваниями, протекающими с синдромом ОВП у детей до 15 лет, в целях выявления случаев подозрительных на полиомиелит, в контексте глобальной ликвидации этого заболевания.

В 2002 году Российская Федерация получила сертификат Всемирной организации здравоохранения, подтверждающий ее статус «страны, свободной от полиомиелита». В связи с массовой миграцией населения в последние годы (беженцы, вынужденные переселенцы из зоны военных конфликтов, рабочие мигранты из стран Азии и т.д.), угроза завоза и распространения полиомиелита и других инфекционных заболеваний, протекающих с ОВП, вновь стала актуальной.

Материалы и методы. В апреле 2015 года на консультативный прием к врачу-неврологу ГБУЗ «НПЦ Детской психоневрологии ДЗМ» поступила девочка в возрасте 7,5 лет с жалобами на онемение, боль и ощущение жжения в руках, в меньшей степени в ногах и языке, симптоматика носила постоянный характер с периодами уменьшения и усиления. Симптомы появились шестью днями ранее. По поводу данных жалоб мать с ребенком обращалась в детскую поликлинику, однократно – в службу скорой помощи при ухудшении состояния, нарушении сна в связи с сильными болями в руках. Диагноз невролога поликлиники – вегето-сосудистая дистония по ваготоническому типу.

Травмы, контакты с инфекционными больными отрицались. Достоверный прививочный анамнез установить не удалось. Со слов матери, против полиомиелита ребенок не вакцинирован. Началу заболевания предшествовала острая респираторная инфекция с кишечным синдромом, которую также перенесли в этот период родители и пятилетний брат девочки. Лечение проводилось самостоятельно в домашних условиях, за медицинской помощью не обращались. В феврале 2015 года семья иммигрировала из Украины в Россию (г. Москва). Ребенок поступил на обучение в городскую общеобразовательную школу.

Объективно в клинической картине наблюдалось вынужденное положение рук (супинация, разгибание), более выраженное слева, грубый гипергидроз ладоней, акроцианоз (S>D), гиперестезия кожи рук, S>D. Мышечный тонус диффузно снижен в

легкой степени, D=S. Снижение мышечной силы в дистальных отделах конечностей до 4 баллов. Рефлекс двуглавой мышцы снижен, D>S, треглавой мышцы и карпо-радиальный средней живости, слегка асимметричный, D>S. Коленные рефлексы средней живости, ахилловы оживлены, D=S. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняла периодически с промахиванием слева. Проба на скрытые парезы – отрицательная. С диагнозом «Остро возникшая сенсомоторная полинейропатия» ребенок был переведен в инфекционную больницу для лабораторного обследования, уточнения этиологии заболевания и проведения лечения.

Таким образом, был выявлен так называемый «горячий» (подозрительный на полиомиелит) случай – ребенок с явлениями ОВП, не имеющий сведений о профилактических прививках против полиомиелита, из семьи вынужденных переселенцев из зоны военных действий.

В результате проведенного лабораторного исследования полиовирус не был выделен. Симптоматика полинейропатии на фоне неспецифической терапии постепенно регрессировала. Этиологический фактор, послуживший причиной развития процесса, остался неуточненным.

Выводы. По статистике ВОЗ на сегодня в мире отмечается рост количества ОВП, в большинстве случаев острого вялого паралича полиовирус не выделяется. Следовательно, программы искоренения полиовируса и вакцинации не ликвидировали паралич. Необходим поиск иных агентов, вызывающих острые инфекционные заболевания, сходные с паралитическими формами полиомиелита (энтеровирусы Коксаки А и В, ECHO, герпес-вирусы, аденовирусы и т.д.). Учитывая тяжесть протекания ОВП и возможные фатальные последствия для индивида, а также риск возникновения разрушительных эпидемий, своевременное выявление заболевших, а также качественная лабораторная диагностика чрезвычайно важны для медицины и общества в целом.

ФОРМИРОВАНИЕ ИНТЕРЕСА К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БЕЗРЕЧЕВЫХ ДЕТЕЙ

Батышева Т.Т., Сидорова К.Ю.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" Департамента здравоохранения города Москвы

Группа безречевых детей неоднородна, в нее входят дети с временной задержкой речевого развития, экспрессивной и импрессивной алалией, анартрией, ранним детским аутизмом, интеллектуальной недостаточностью. Однако, для всех этих детей характерны отсутствие мотивации к речевой деятельности, недостаточность основных представлений о значениях предметов и явлений окружающей действительности, несформированность коммуникативной, регулирующей, планирующей функций речи, недостаточность сенсомоторного уровня речевой деятельности.

Опора на различные виды деятельности предоставляет логопеду разнообразные возможности в плане повышения мотивации к занятиям, преодоления негативизма. Формирование основы мотивационно-побудительного уровня речевой деятельности возможно через необычные близкие для ребенка виды деятельности: игровую, изобразительную, пре

Определим основные задачи коррекционной работы с неговорящими детьми (1-ый уровень речевого развития по Р.Е.Левиной).

1. Стимуляция речевой и психической активности;
2. Развитие эмоционального общения со взрослым;
3. Совершенствование подражательной деятельности;
4. Формирование мотивационно-побудительного уровня речевой деятельности
5. Формирование лексикона, обеспечивающего минимальное общение

В работе учитывались индивидуальные особенности ребенка. У многих безречевых детей отсутствует интерес к окружающему миру, и они с большим интересом играют в геометрические фигуры, составляют предметы из счетных палочек и фигур. Другие же дети любят больше цифры и счет предметов. Третьи, любят раскрашивать, четвертые лепить. Необходимо найти у ребенка то, что ему больше всего интересно и использовать это как мотивацию к занятию и к речи в целом. Для некоторых детей более привлекательна пищевая мотивация. Это тоже можно использовать для обучения. Для создания положительного эмоционального настроя на совместную деятельность, целесообразно использовать игру, рисование, лепку. Эмоциональный смысл вводится в задания, основанные на сенсорной стимуляции – раскачивания, кружения, переливание воды, размазывание крема на различных поверхностях, игры с манкой, кинетическим песком. А так же на развитие познавательной сферы: сериация, классификация, сравнение, нахождение сходства и различия, понимание скрытого смысла — все это самым ненавязчивым и естественным образом включается в любые занятия. Все действия сопровождаются эмоциональными комментариями, небольшими ритмичными стихотворными текстами.

В результате обучения отмечается повышение речевой активности. Улучшается произвольная регуляция деятельности детей. Увеличивается активный словарь, расширяются коммуникативные возможности.

РАЗВИТИЕ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Батышева Т.Т., Сидорова К.Ю., Орлова Г.И.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" Департамента здравоохранения города Москвы

В последние годы наблюдается все большее количество детей, имеющих проявления аутизма или расстройства аутистического спектра (РАС). Работа с детьми, страдающими ранним детским аутизмом, длительна и кропотлива. До начала работы над речевой функцией необходимы особые предварительные этапы работы. Первый этап. Первичный контакт. Второй этап. Первичные учебные навыки Первоначально возникает необходимость просто привлечь внимание ребенка и удерживать его некоторое время, достаточное для выполнения нескольких манипуляций. Третий этап. Работа над опорными коммуникативными навыками. Как замена взгляда «глаза в глаза», сначала вырабатывается фиксация взора на картинке, которую педагог держит на уровне своих губ. На этом этапе используется минимальное количество речевых инструкций: «Возьми», «Положи». Четкость их выполнения важна для дальнейшего обучения. Четвертый этап. Работа над указательным жестом и жестами «да», «нет». Пятый этап. Обучение пониманию речи, выполнение инструкций. Необходимыми предпосылками начала обучения являются частичная

сформированность «учебного стереотипа», выполнение простых инструкций: «Дай» и «Покажи». Эти инструкции понадобятся для обучения понимания названий предметов.
Шестой этап. Обучение экспрессивной речи. Формирование навыков экспрессивной речи начинают с обучения навыку подражания звукам и артикуляционным движениям.
Навык подражания движениям является одним из первых при обучении, и к началу обучения речевым навыкам ребенок уже должен уметь повторять за взрослым простые движения в ответ на инструкцию «Делай так» или «Повторяй за мной». Главная задача — установление контроля над подражанием. 1.Имитация вербальных (произносительных движений). 2. Формирование длительного выдоха. 3. Формирование фонематического слуха. 4. Произнесение звуков речи. 5. Расширение словарного запаса.

Таким образом, развитие речи ребёнка с синдромом раннего детского аутизма это длительный, трудоёмкий и планомерный процесс.

Дальнейшие занятия строятся таким образом, чтобы продолжить развитие внутренней речи ребёнка. При успешности работы над устной речью особое внимание уделяется умению ребёнка вести диалог, так как эхолаличная речь не позволит ему вступать в полноценное речевое общение.

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ЗАИКАНИЕМ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ**.**

Батышева Т.Т., Суворова С.А., Гиленкова С.В.
ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" Департамента здравоохранения города Москвы

Научно-практический центр Детской психоневрологии г. Москвы оказывает медицинскую и педагогическую помощь в возрасте от 2 до 18 лет.

Патологические процессы в центральной нервной системе при дизартриях могут создать способствовать возникновению заикания. Заикание у детей при дизартриях начинается в большинстве случаев постепенно и выявляется главным образом, в период становления речи. Основным симптомом являются судороги, возникающие в паретических мышцах артикуляционного, голосообразовательного и дыхательного аппаратов. У детей с дизартрией, страдающих заиканием отмечается большое количество сопутствующих движений: гиперкинезов, тиков, миоклонусов, как в артикуляционном аппарате, так и во всех двигательных мышцах. Двигательные расстройства проявляются не только в момент речи, но и вне речевой деятельности.

У большинства детей с дизартрией, осложнённой заиканием, отмечается нарушение голоса по типу дисфонии. Выявляется асинхронность в работе артикуляционной и голосообразовательной мускулатуры. Для детей-дизартриков с заиканием раннего возраста особенно характерны эмоциональные реакции, которые проявляются в изменении поведения. Одни замкнуты, плаксивы, молчаливы, другие моторно беспокойны, аффективны, впечатлительные. Во время речи волнуются, что способствует увеличению судорог.

Преодоление заикания у детей-дизартриков в условиях стационара, когда ребёнок находится на определённом курсе (30-40 дней) несёт функцию реабилитации, оказание помощи, с обучающим моментом.
В первую очередь - это комплексное воздействие:

1. медикаментозное лечение включает в себя общеукрепляющие процедуры, стимулирующие и активизирующие развитие нервной системы;

2. логопедические занятия.

Содержание занятий на разных этапах логопедической работы включает в себя:

1. обследование - оно проводится в начале первой недели ребёнка в стационаре (наблюдаем, находим контакт с ребёнком, выявляем структуру речевого нарушения, поведения, личностные характеристики детей).
2. Следующий этап - ограничение речи. На первой неделе используется шепотная речь. На этом этапе идет развитие у детей общей произвольной моторики и мышц лица путём использования расслабляющих упражнений, артикуляционной гимнастики, логопедической ритмики.

Речевой материал усваивается в процессе прохождения этапов шепотной, сопряженной, отраженной речи, когда образцом поведения речи служит детям логопед, родители.

Отраженная речь - 2 неделя. Работа над фразой и просодическими компонентами речи (дыханием, голосом, слитностью, темпом, ритмом).

Вопросно-ответная речь, диалогическая речь, воспитание навыков спокойного, неторопливого, полного ответа на вопрос.

Самостоятельная речь - 4-5 недели - обучение дословному пересказыванию событий с учётом приобретённых навыков.

Речевой материал хорошо усваивается в форме игр.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО, РЕЧЕВОГО И МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Батышева Т.Т., Суворова С.А., Гиленкова С.В.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" Департамента здравоохранения города Москвы

В связи с ростом патологий со стороны речи, моторики и интеллекта, нами обследована группа из 150 детей с различным неврологическим и речевым статусом.

На базе НПЦ Детской психоневрологии у 50 детей от 11 мес. до 15 лет в 96 % случаев выявлены дизартрии, сочетающиеся с ишемически-гипоксическими поражениями мозга. Обращают на себя внимание следующие особенности данной подгруппы:

1. 100% обследованных детей имеют двигательные и речевые нарушения;
2. Уровень развития речи не коррелирует со степенью двигательных нарушений.

Во второй подгруппе из 50 детей от 2 до 15 лет с первично нарушенной речью в 52% выявлены дизартрии, сочетающиеся с незрелостью коры головного мозга. Обращают на себя внимание следующие особенности:

1. 100% обследованных детей имеют первичные речевые нарушения;
2. У 52% имеются задержки моторного развития;
3. Степень выраженности речевых нарушений тяжелее двигательных;

В третьей подгруппе из 50 детей, поступивших в 1-й класс массовой школы, у 70% имеются речевые нарушения. Обращают на себя внимание следующие особенности:

1. У 42% детей речевые нарушения сочетаются с задержками моторного развития;
2. У 30% детей с нормальным речевым развитием выявлены задержки моторного развития в возрасте до 1 г., у 28% - незрелость звукового анализа и синтеза, провоцирующая трудности школьного обучения.

Обследование показало, что нарушения моторной сферы на ранних этапах свидетельствуют о последствиях органического поражения ЦНС и доказывают задержку в дальнейшем психоречевого развития.

Мы внесли в коррекционную работу логопеда направления, нацеленные на: активизацию сенсорного развития с опорой на тактильный анализатор; обучение детей ориентированию в собственном теле; ориентированию в пространстве; формирование и коррекцию двигательных кинестезий. Считаем необходимым участие логопеда в диспансеризации детей с 1 года; контроль развития речи детей, отстающих в физическом и моторном развитии; при коррекции психоречевого развития – стимуляцию психомоторной деятельности и развитие личности ребенка в целом. Только «раннее выявление речевой патологии, своевременная, качественная коррекция учетом компенсаторных возможностей ребенка позволяют надеяться на благоприятный прогноз и свести к минимуму рецидивы» (М. А.Поваляева, 2010г.).

ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СО СПИННО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ

Батышева Т.Т., Суворова С.А., Гиленкова С.В.
ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" Департамента здравоохранения города Москвы

Особую группу в хирургическом отделении НПЦ ДП составляют так называемые спинальные больные. Это дети, страдающие болезнями центральной нервной системы на почве инфекций и после интоксикаций, последствий травм головного мозга, спинного мозга и его оболочек.

Возрастные анатомические и физиологические особенности позвоночника и спинного мозга оказывают огромное влияние на характер травмирования и клинические проявления травмы. Актуальность проблемы реабилитации спинальных больных обусловлена большой распространенностью позвоночно-спинномозговой и черепно-мозговой травмы и высокими показателями инвалидизации. Ограничивать двигательные возможности таких детей и затруднять их реабилитацию могут многочисленные сопутствующие заболевания и осложнения спинальной травмы: контрактуры суставов конечностей , пролежневые раны , урологические осложнения .

У детей со спинно-мозговой травмой в результате нарушения двигательной функции отмечаются психологические изменения, личностные эмоционально-волевые нарушения: снижается мотивация к целенаправленным волевым действиям, концентрация внимания, происходит быстрая утомляемость. Спинно-мозговая травма приводит к речевым нарушениям- страдает голосовая функция, физиологическое и речевое дыхание, может нарушаться тонус артикуляторного аппарата.

За последние 3 года в 6 нейрохирургическое отделении НПЦ ДП всё чаще поступают дети и подростки со спинно-мозговыми травмами. С такими детьми логопедическая работа имеет свои особенности.

Перед началом занятий систематизируются и обобщаются данные клинического, психолого-педагогического и логопедического обследования.

Совместно с психологом используется индивидуальный подход к таким детям с учетом его возраста, течения заболевания (тяжесть заболевания), особенностями личности ребенка.

В работе с такими детьми и подростками обязательно проводится активная и пассивная артикуляционная гимнастика для выработки четкости, правильности движений всех частей артикуляционного аппарата.

Дифференцированный массаж артикуляционной и мимической мускулатуры- раздражение кожи лица повышает тонус голосовых мышц.

Постановка речевого дыхания с акцентом на удлиненный выдох. В тяжелых случаях нарушения фонации часто используется шепотная речь. Работа начинается с согласных звуков («М», «В», «Б», «П»). Далее эти звуки закрепляются в слогах, словах, фразах.

Подводя итог, необходимо ещё раз отметить важность ранней комплексной коррекционной работы с детьми и подростками, учитывая особенность развития детского мозга, его пластичности к компенсированию нарушенной функции.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОГОПСИХОЛОГИИ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ В ДЕТСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Батышева Т.Т., Суворова С.А., Гиленкова С.В.

ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" Департамента здравоохранения города Москвы

Отделение нейрохирургии НПЦ ДП принимает больных на реабилитацию детей с различными медицинскими диагнозами: оперированная спинномозговая грыжа; последствия тяжелой черепно-мозговой травмы; миелодисплазия; аномалия развития позвоночника и спинного мозга; травматическая болезнь спинного мозга; детский церебральный паралич; последствия родового повреждения плечевого сплетения; врожденный порок развития спинного мозга; воронкообразная деформация грудной клетки и другие. Ежегодно помощь в этом отделении получают до 500 детей и подростков от 2 до 18 лет.

Обследование больных в отделении проводится комплексно всеми специалистами (неврологом, нейрохирургом, ортопедом, урологом, психиатром (по показаниям), в том числе медицинским психологом и логопедом с использованием психолого-педагогических, нейропсихологических, нейролингвистических методов диагностики. Дети получают лечение 2-3 раза в год и получают медикаментозное терапевтическое, хирургическое, ортопедическое, физиотерапевтическое лечение, ЛФК, массаж, занятия с педагогом, логопедом, клиническим психологом. Все поступающие дети в обязательном порядке обследуются логопедом.

Итак, маленький ребёнок поступает в стационар. Безусловно, это стресс!

Когда мы приступаем к логопедическому обследованию, видно, что далеко не все дети ведут себя одинаково. Некоторые активные – другие спокойные. Бывают и откровенные лентяи, которые просто ничего не хотят.

Один из важнейших элементов логопедических занятий — поощрение, которое выражается в вербальной и невербальной (жесты, улыбки, похлопывания, прикосновения и т. д.) формах. Для закрепления положительных результатов мы используем маленькую хитрость: ставим оценку. Единственную оценку — 5, но разных размеров

Работа с ребёнком проходит эффективнее, если нам помогают сами родители, для которых мы проводим мини-тренинги. Одновременно приходится следить за тем,

чтобы полученные навыки закреплялись после занятий с логопедом. Обучение и мотивирование родителей во время пребывания в стационаре и контроль за выполнением наших рекомендаций после выписки — это ещё один не маловажный момент. Для достижения этой задачи мы активно используем интернет (Скайп, ведём переписку по e-mail).

В конце хочется еще раз повторить — воспитание усидчивости и мотивации ребёнка должно начинаться как можно раньше. У каждого ребёнка нужно стараться «формировать» требуемые черты характера. А это возможно только при каждодневном личном участии родителей. Нужный результат достигается только постоянным и настойчивым выполнением заданий.

ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ СИДРОМА «ВЯЛОГО РЕБЕНКА». КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ФОРМЫ НЕМАЛИНОВОЙ МИОПАТИИ.

Батышева Т.Т., Трепилец В.М., Ахадова Л.Я.

ГБУЗ Научно-практический центр Детской психоневрологии ДЗ, Москва

Актуальность. Синдром «вялого ребенка» в настоящее время является одной из актуальных проблем педиатрии. Данное состояние встречается у детей раннего возраста и имеет четко очерченную клиническую картину. Основным проявлением синдрома является мышечная гипотония, развивающаяся в период становления основных моторных навыков и связанное с ней снижение двигательной активности ребенка, слабое сопротивление при пассивных движениях, увеличение амплитуды движений в суставах с формированием «позы лягушки» и задержкой моторного развития. Данный термин не является диагнозом, а входит в структуру различных заболеваний, проявляющихся мышечной слабостью (рахит, пороки сердца, ранние стадии развития детского церебрального паралича, наследственные нарушения обмена веществ и нервно-мышечные заболевания) и часто употребляется в случаях, когда причина состояния остается не выявленной. Для диагностики заболеваний, сопровождающихся клинической картиной синдрома «вялого ребенка», необходимо проведение сложных генетических, биохимических и морфологических обследований (ЭМГ, ЭНМГ, МРТ, молекулярно-генетическое исследование, анализ ферментов крови и возможно мышечная биопсия).

Одним из генетических заболеваний, сложных в диагностике и проявляющихся синдромом «вялого ребенка», является немалиновая миопатия. Немалиновая (нитеподобная - Shy G. et all, 1963) миопатия относится к группе структурных миопатий – гетерогенной группе заболеваний, характеризующихся морфологическими дефектами мышечных волокон (наличием нитевидных структур под сарколеммой мышечных волокон или между фибриллами, сходными с Z-полосами мышечных волокон и содержащими альфа-актин и тропомиозин-3). Заболевание может носить семейный характер с разными фенотипическими проявлениями и разной выраженностью клинических симптомов среди членов одной семьи. Выделяют немалиновую миопатию 1 типа (аутосомно-доминантное заболевание с мутацией в гене тропомиозина-3), 2 типа (как аутосомно-доминантное, так и аутосомно-рецессивное заболевание с мутацией в гене альфа-актина и небулина) и миопатию Амишей с аутосомно-рецессиным типом наследования (с мутацией в гене

тропонина), в т. ч. с неполной пенетрантностью и варьирующейся экспрессивностью генов.

Выраженность клинических проявлений, возраст дебюта и прогноз заболевания зависят, в основном, от типа мутации. Во многих случаях признаки врожденной формы заболевания могут проявляться уже в период внутриутробного развития в виде слабого шевеления плода. Синдром «вялого ребенка» обычно проявляется с рождения и характеризуется диффузной мышечной гипотонией и гипотрофией, могут отмечаться трудности при сосании и глотании, дыхательные расстройства, связанные с мышечной слабостью, преимущественная слабость проксимальных отделов рук и ног, снижение сухожильных рефлексов. Отмечаются дизморфические черты строения черепа (удлиненное лицо, высокое, арковидное небо, выступающий подбородок) и аномалии скелета (сколиоз, кифоз, килевидная деформация грудной клетки). По клиническому течению выделяют 3 формы заболевания – врожденная, медленно прогрессирующая форма, проявляющаяся слабостью мышц рук и ног, обычно спреобладанием в мышцах ног, детская форма, при которой слабость также преобладает в ногах, а прогрессия не выражена и взрослая форма, при которой отмечаются атрофические изменения мышц с быстропрогрессирующим течением заболевания. При всех формах в клинике может превалировать дыхательная недостаточность.

При электронейромиографическом обследовании выявляется первично-мышечный характер поражения. Немалиновые тельца можно увидеть под световым микроскопом у половины пациентов. При исследованиях биоптата мышечных волокон выявляется основной дефект – немалиновые тельца, расположенные под сарколеммой и в толще мышечного волокна и окрашивающиеся по Гомори в фиолетовый цвет (нормальные миофибриллы окрашиваются в зеленый).

Новые геномные стратегии, в частности секвенирование генома и анализ экзонной последовательности позволяет диагностировать заболевание у больных и членов их семей с различными фенотипическими проявлениями заболевания.

Материалы и методы. Нами представлено клиническое наблюдение за ребенком с немалиновой миопатией в течении пяти лет. На протяжении всего периода наблюдения у ребенка отмечалось тяжелое клиническое течение с выраженными проявлениями синдрома «вялого ребенка», на первом году жизни в клинике доминировала диффузная мышечная гипотония, требовавшая зондового кормления, отмечалась выраженная задержка психо-моторного развития, частые пневмонии. Диагноз был установлен методом исключения заболеваний, сопровождающихся диффузной гипотонией и подтвержден исследованием биоптата мышц. Также методом секвенирования генома заболевание, проявлявшееся лишь быстрой утомляемостью при физических нагрузка, было выявлено у матери и сестры больного ребенка.

Заключение. Данный клинический случай интересен тем, что на его примере показано фенотипическое разнообразие редкого, орфанного заболевания в рамках одной семьи.

РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ В РАЗВИТИИ ДОШКОЛЬНИКА С ДЦП

Батышева Т.Т., Шалиманова С.В.

ГБУЗ «Научно – практический центр детской психоневрологии» ДЗ, Москва

Достижения современной медицины позволяют обеспечить возможность выхаживания детей с разной степенью недоношенности. Однако на дальнейших этапах своего развития такие малыши попадают в группу риска по вероятности церебральных нарушений. В связи с этим среди детей с инвалидностью значительную группу составляют дети, страдающие детским церебральным параличом. ДЦП представляет собой комплексное нарушение развития, реабилитация которого должна быть начата с первых дней жизни ребенка и предполагает взаимосвязанную работу группы специалистов – врачей, педагогов и психологов. Важное место в реабилитационной работе с ребенком отводится родителям. Семья – это самое ближайшее и самое комфортное для ребенка окружение. Тесная связь «мама-малыш» проявляется в том, что для мамы понятны и содержательны интонация плача и мимика ее чада, его потребности и проблемы. Это позволяет специалистам приобрести в лице мамы и других членов семьи самых лучших помощников, которые постоянно находятся рядом с ребенком и могут превращать в процесс реабилитации каждый момент его жизни. Внимательные родители часто очень рано замечают проблемы в развитии их ребенка, особенно если в семье уже есть другие дети и есть с чем сравнивать. Это позволит им быстрее обратиться к специалистам, что обеспечит возможность максимально рано и точно поставить диагноз, начать лечение и коррекционно-педагогическую работу с ребенком.

Многие специалисты рекомендуют родителям вести «Дневники наблюдения», в которых они могут отражать изменения в развитии ребенка: когда и под воздействием чего формируются те или иные навыки, что появилось легче, а что никак не удается сформировать, особенности поведения в различных ситуациях и т.д. Однако роль родителей в реабилитации ребенка с ДЦП не ограничивается только наблюдением, фиксацией нарушений и динамики в развитии. Семья должна стать помощником врачей и педагогов.

В стенах Научно-практического центра детской психоневрологии созданы наиболее комфортные условия для включения родителей в реабилитационный процесс ребенка. В условиях центра имеются возможности для обследования детей широкой группой специалистов: врачами, педагогами (логопедами, дефектологами) и медицинскими психологами. Это позволяет получить полную информацию о структуре нарушения, разработать наиболее эффективную систему лечебного и коррекционно-педагогического воздействия, отследить особенности развития в динамике. Родители имеют возможность получить консультации каждого специалиста о том, как самостоятельно заниматься с ребенком, чтобы процесс реабилитации был непрерывным – в условиях специализированного учреждения и в период нахождения дома. В НПЦ ДП работает «Школа матерей», где логопеды, дефектологи и психологи центра проводят занятия-лекции для родителей. Целью таких занятий является формирование теоретических и практических знаний и умений, необходимых для занятий с детьми. Родители имеют возможность присутствовать на занятиях, что позволяет им наблюдать методы и приемы работы специалистов. Они могут быть и активными участниками занятия – под контролем специалиста самостоятельно выполнить какое-либо задание. В процессе такой работы родители учатся правильно общаться с ребенком, формулировать инструкции к заданиям, адекватно оценивать полученные результаты. По итогам занятия родителям даются задания для самостоятельной работы с ребенком, направленные на закрепление полученных знаний. Действия родителей должны быть направлены на формирование навыков самообслуживания. В зависимости от возможностей ребенка они могут приучать его к

туалету, учить вытирать рот салфеткой, пользоваться ложкой, одеваться и т.д. Занятия и игры родителей могут быть также нацелены на развитие мелкой моторики и предметно-игровой деятельности, в процессе которых формируется правильный захват и удержание предмета, адекватные действия с ним и другие навыки. Развитию мелкой моторики способствуют: пальчиковая гимнастика и игры с пальчиками, использование конструктора, мозаики, шнуровки, собирание пазлов, ручное творчество и др. Особое внимание родителям следует уделять развитию игровой деятельности. Необходимо стимулировать интерес ребенка к игрушкам, формировать умение правильно их использовать, совершать с ними разнообразные действия. Например, не просто катать машинку, а нагружать ее кубиками и строить вместе с папой гараж, вместе с мамой кормить куколку, качать ее и укладывать спать.

Велика роль родителей и в создании правильной речевой среды в семье. С ребенком должны разговаривать правильной речью не «сюсюкаясь», используя доступные для его понимания фразы. Если ребенок еще не говорит, то родители, играя с ним, или в ходе режимных моментов, должны сами давать образцы ответов или просьб с помощью отдельных слов или коротких фраз, стимулируя собственную речевую активность ребенка, его потребность в речи. Родителям следует помнить, что их умение понять, что нужно ребенку только с помощью мимики и жестов – без слов, не способствует появлению речи. Занятия родителей также могут быть направлены на обогащение представления об окружающем мире и расширение словаря (пассивного и активного). Эта задача может решаться как в условиях специально организованных игр и занятий, так и во все режимные моменты. В процессе таких игр родители могут давать детям знания о сенсорных эталонах (цвет, величина, форма), об обобщающих понятиях (игрушки, посуда, одежда и т.д.), о частях тела, о пространственных представлениях, временах года и т.д. Родителям следует больше разговаривать с ребенком, акцентируя его внимание на названиях предметов, действий. Важно чтобы родители читали детям книги, это также будет способствовать расширению их кругозора и увеличению словаря. Книги, которые родители выбирают для чтения, должны быть сказками, стихами и рассказами, доступными для восприятия ребенка, с красочными и четкими иллюстрациями. Это поможет ребенку лучше понять сюжет и затем обсудить его вместе с родителями.

Существует несколько условий, определяющих успешность и высокую результативность работы родителей с детьми.

1. Родители должны правильно оценивать уровень развития своего ребенка – не завышать и не занижать его реальные и потенциальные возможности. Этот серьезный вопрос требует тесного взаимодействия родителей и специалистов, которые могут подробно разъяснить состояние двигательной сферы ребенка, особенности его психического, интеллектуального и речевого развития.
2. Родители должны иметь желание заниматься со своим ребенком, быть нацелены на достижение положительного результата. Только при наличии высокого уровня мотивации у родителей хватит терпения и сил, их не испугают трудности и ошибки на этом сложном, но таком важном пути.
3. Родители должны быть готовы к тому, что им придется многому учиться: правильно понимать своего ребенка, правильно с ним общаться, методам и приемам проведения развивающих занятий по рекомендациям специалистов.

При проведении занятий родителям следует соблюдать следующие условия:

- необходимо индивидуально подходите к ребенку;
- при формировании навыков и умений следует учитывать принцип от простого к сложному;

- для увеличения результативности занятий следует создавать благоприятный эмоциональный фон: чаще хвалить ребенка, акцентировать внимание на его успехах;

- занятия должны вызывать у ребенка интерес и проходить в игровой форме;

- необходимо организовывать совместные игры ребенка с другими детьми, для формирования у него коммуникативных навыков.

Таким образом, только при совместной работе родителей и специалистов ребенок, страдающий ДЦП, может достигнуть больших результатов в своем развитии.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КОНТРАСТОТЕРМИИ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ДИЗАРТРИЕЙ ПРИ ДЦП

Батышева Т.Т., Шенбергер Е.Б.

ГБУЗ «Научно – практический центр детской психоневрологии» ДЗ, Москва

Актуальность. Проблема речевого развития детей с ДЦП представлена в исследованиях К.А. Семеновой, Е.Ф. Архиповой, Н.А. Государева, Л.А. Даниловой и др. В 85 % случаев нарушения речи у детей с ДЦП обусловлены дизартрией. Ученые отмечают стойкость произносительных расстройств, непрочность формируемых навыков, что диктует необходимость более глубокого изучения данного нарушения в целях повышения эффективности коррекционного процесса.

Цель. Апробировать применение метода контрастотермии в комплексной речевой реабилитации детей с ДЦП и оценить его эффективность.

Материалы и методы. Искусственная локальная контрастотермия (ИЛК) - это контрастное воздействие низкотемпературных и высокотемпературных агентов. Система логопедического воздействия в работе с детьми с ДЦП, имеющих дизартрию, носит комплексный характер. Эффект криомассажа основан на изменении деятельности сосудов - первоначальный спазм мелких артерий сменяется выраженным их расширением, что значительно усиливает приток крови к месту воздействия, в результате чего улучшается питание тканей. Коррекционная работа включала дифференцированный артикуляционный массаж и гимнастику, логопедическую ритмику, а также сочеталась с общей лечебной физкультурой, физиотерапией и медикаментозным лечением.

Результаты. Применение инновационной технологии «искусственной локальной контрастотермии» позволило снизить спастичность мышц мимической мускулатуры у детей и уменьшить саливацию, что способствовало более успешному овладению детьми нужными артикуляционными укладами, правильном звукопроизношением.

Выводы. Комплексная логопедическая работа с применением метода контрастотермии в речевой реабилитации детей с ДЦП, имеющих дизартрию, способствовала развитию мимической и артикуляционной моторики, а также тонкой моторки пальцев рук.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ РОДОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

Батышева Т.Т., Шиошвили В.А., Ахадова Л.Я., Пшемыская И.А., Позднякова Д.А., Полухина Н.В.

ГБУЗ «Научно – практический центр детской психоневрологии» ДЗ, Москва

Актуальность. Реабилитации детей с последствиями родового повреждения плечевого сплетения несомненно представляет большой интерес, связанный как с частотой встречаемости данного заболевания, так и со сложностью восстановления двигательной функции. Раннее, адекватное, регулярное, комплексное лечение делает его более эффективным.

Материалы и методы. Под наблюдением в НПЦ ДП находились 21 человек (12 мальчиков и 9 девочек) в возрасте от 4 мес. до 1 года с тотальным параличом верхней конечности (правой руки – 11 чел., левой – 10 чел.), проходящих стационарное лечение. Объем пассивных движений в суставах исследуемой верхней конечности у всех больных был сохранен. Пациентам контрольной группы (10 чел.) проводилось комплексное консервативное лечение. Дети исследуемой группы (11 чел.) дополнительно получали курс, предложенной нами методики сочетанного применения, синхронно проводимых - накожной электростимуляции и пассивной тренировки - последовательно осуществляемых в 3 этапа: 1 - направленный на суставы (плечевой, локтевой, лучезапястный); 2 - на проекции периферических нервов; 3 - на основные мышечные группы. Длительность каждого этапа составляла 3-3,5 минуты. При проведении процедур мы использовали электростимуляторы «Амплипульс-5» и «Амплипульс-7». Курс состоял из 8-15 процедур, проводимых ежедневно. Длительность процедуры 9-10 мин. Один из электродов размещался в проекции шейного сплетения, а второй (лабильный) на структурах, соответствующих конкретному этапу стимуляции.

С целью объективной регистрации полученных результатов лечения использовались ангулометрическое исследование и данные стимуляционной ЭНМГ.

Результаты. На фоне проведенных курсов терапии с применением предложенной нами методики «электростимуляция+пассивная тренировка», регистрировался существенный и достоверный прирост как объема активных движений в суставах верхней конечности, так и основных параметров стимуляционной ЭНМГ (амплитуды М-ответа и скорости проведения) по сравнению с результатами лечения в контрольной группе ($p<0,05$).

Выводы. Проведенные исследования показали перспективность применения комплексной консервативной терапии, включающей предложенную нами методику сочетанного применения накожной электростимуляции и пассивной тренировки у детей первого года жизни с последствиями родового повреждения плечевого сплетения с целью восстановления двигательных функций верхней конечности.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕЧИ

Белоусова М.В., Уткузова М.А.

ГБОУ ДПО КГМА Минздрава России, Казань

Актуальность. В настоящее время частота встречаемости речевых и коммуникативных проблем у детей существенно возросла.

Материалы и методы. Для установления влияния перинатальных факторов на формирование речи нами были обследованы 251 ребенок, с речевыми нарушениями на фоне перинатального поражения ЦНС в возрасте от 1 до 6 лет. Были

проанализированы сведения о течении беременности, заболеваниях матери, особенностях натального и раннего постнатального периодов.

Результаты. Осложненное течение беременности отмечалось в 130 случаях (52%) .Наиболее часто отмечались: угроза прерывания беременности (66,9%), токсикоз (63,8%), анемия (57%) и инфекционные заболевания матери в период беременности (19,2%). У большинства матерей отмечалось наличие 2 и более патологических факторов. Профессиональные вредности были выявлены у 7,9% матерей, в основном указывали на работу, связанную с компьютером в течение всего рабочего дня (7,1%). Несмотря на высокий процент осложненной беременности и угрозы ее прерывания, 211 (84%) детей были рождены на сроке более 38 недель беременности и только 40 (16%) имели ту или иную степень недоношенности. При анализе данных о течении неонатального и постнатального периодов, было выявлено, что осложнения в раннем неонатальном периоде наблюдались в 51% случаев. Наиболее часто диагностировались гипоксически-ишемические поражения ЦНС (51%) и гипербилирубинемия различной этиологии (44%).

Выводы. Проведенное исследование показало высокий процент случаев выявленного анте - и перинатального риска у детей с речевыми нарушениями, где наибольшее значение имеют острая и хроническая гипоксия плода. Это, несомненно, способствует развитию перинатальной патологии нервной системы, что, в свою очередь, может стать причиной нарушения психического и речевого онтогенеза в отдаленном периоде. Адекватная оценка факторов перинатального периода, наряду с ранним выявлением отклонений в психомоторном и речевом развитии ребенка с перинатальным поражением ЦНС различной степени тяжести, позволяют своевременно осуществлять медикаментозную терапию и комплексную систематическую коррекционную работу.

РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ И ЭЛЕКТРОННЫЕ ГАДЖЕТЫ

Белоусова М.В., Уткузова М.А.

ГБОУ ДПО КГМА Минздрава России, Казань

Актуальность. В последние годы наблюдается бум электронных гаджетов (планшетные устройства, игровые приставки, мобильные телефоны). Родители считают их цивилизованными средствами для утешения, отвлечения и развития детей. Подмена естественного способа коммуникации в семье электронным суррогатом представляет существенную опасность, так как нарушают нормальный код и алгоритм психического, социального, культурного и духовного развития.

Материалы и методы. В 2010 – 2013 гг. нами проведено анкетирование 130 семей, имеющих детей от 1 до 5 лет. Все дети были разделены на 2 группы: в группе №1 (n=80) дети без речевых нарушений, в группе №2 (n=50) у детей диагностированы проявления общего недоразвития речи в сочетании с аутистикоподобными нарушениями. Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета программ STATISTICA 6.0. По данным исследования, 74% семей регулярно использовали гаджеты для раннего развития ребенка, для отвлечения и утешения ребенка, при нарушениях поведения, для приобретения личного времени. Достоверно чаще электронные устройства использовались во второй группе (№1=54 (67,5%); №2= 42 (84%); P=0,03). Отмечается отчетливая тенденция к снижению возраста знакомства и активного взаимодействия детей с гаджетами. Так, по данным семей,

интервьюированных в 2010 г., (n=62): знакомство и взаимодействие с гаджетами состоялось у 11 (17,7%) детей на 1 году жизни; у 18 (29%) - на втором; у 33 (53,2%) - на третьем году жизни. По результатам опроса семей в 2013 г. (n=68): знакомство и взаимодействие с гаджетами на 1 году жизни состоялось у 21 (30,9%) ребенка; у 32 (47%) - на втором; у 15 (22%) - на третьем году жизни. Доступ к мобильному телефону родителей имеют 58,5% детей (№1=47(58,8%); №2=29(58%), P=0,93). Регулярно с сотовым телефоном контактируют 43,8% детей (№1=37(46,2%); №2=20(40%)). Телевидение постоянно присутствует в жизни 96,2% семей. 84,6% детей (№1=69(86,2%); №2=41(82%)) познакомились с ним и регулярно смотрят телепрограммы с возраста от 6 мес. до 3 лет. Причем 65,4% детей смотрят телевизор без взрослых и 18,5% из них самостоятельно часто переключают многочисленные каналы. Постоянно работающий телевизор как звуковое сопровождение обнаруживается в 43,1% семьях (№1=38(47,5%); №2=18(36%)). Систематически используют гаджеты для игры 66,2% детей (№1=61 (76,3%); №2=25 (50%); P=0,01). Из них: играют ежедневно 40,7% детей (№1=21 (26,3%); №2=14 (28%); P=0,1); играют не менее часа в день 88,4% детей (№1=56 (70%); №2=20 (40%); P=0,01),крайне трудно отвлекаются от гаджета 72,1% детей (№1=33 (41,3%); №2=29 (58%); P=0,07), проявляют избыточные эмоции, бывают раздражительны, гневливы, агрессивны, переживают обиду и демонстрируют злость, если что-то не получается в игре 41,2% (№1=19(23,8%); №2=17(34%); P=0,23).По мнению большинства родителей, знакомство с гаджетом не способствовало развитию диалоговой речи, а лишь усугубляло коммуникативные проблемы ребенка. Так, трудности в общении отмечаются у 25% здоровых детей из группы №1.

Результаты. Были выявлены следующие семейные факторы риска нарушения коммуникативного поведения: 1) речевая депривация в семье (родители, приходя после работы, включают телевизор и немногословно, с единичными комментариями, всей семьей его смотрят) в 60%; 2) постоянное фоновое воздействие на слуховой анализатор (радио или телевизор работают в качестве сопровождения игры ребенка или еды) 56,9%; 3) речевое общение делегировано техногенным средствам, не требующим выстраивания диалоговой коммуникации (включают мультфильмы, в надежде, что он освоит фразовую речь («речевые клише»), услышав ее от любимых персонажей) 51,5%;

4) предлагают игровую деятельность, для которой речь не требуется (гаджеты) 45,4%.

Детям раннего и дошкольного возраста свойственно познавать мир посредством имитации деятельности и поведения членов семьи и микросоциального окружения. По данным опроса, в 86 (66,2%) семьях (№1=59(73,8%); №2=27 (54%), P=0,021) родители проводят большую часть свободного времени с компьютером или другим электронным устройством. В 59 (45,3%) семьях (№1=37(46,3%); №2=22(44%), P=0,780) за игрой родителей наблюдают дети.

Выводы. Если ребенок бесконтрольно и длительно «зависает» с планшетом и компьютер становится лучшим другом, если образ жизни семьи позволяет компьютеру интегрироваться в семейную систему, если время проведенное у компьютера, имеет большую ценность, чем совместное общение с родителями, сверстниками, чтение книг, прогулки и занятия спортом, значит, нарушился эволюционно-цивилизационный алгоритм жизни семей и воспитания детей. Безответственное пользование достижениями цивилизации становится фактором риска дезинтеграции и деградации психических функций и поведения детей, семей и общества.

НОВЫЕ СТРАТЕГИИ НЕЙРОАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ДИПЛЕГИЕЙ

Битова А.Л., Садовская Ю.Е., Константинова И.С., Бернштейн М.И., Блохин Б.М.

РБОО Центр лечебной педагогики, Москва
ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ, Москва
РНИМУ им. НИПирогова, Москва

Актуальность. Нейропсихологический метод коррекции и сенсорная интеграция используются в качестве терапевтического ресурса в реабилитации детей с церебральным параличом, что в последнее время привлекает внимание многих исследований. *Цель.* Оценить влияние нейропсихологического метода и сенсорной интеграции на психомоторную компетентность и адаптивность при спастической диплегии (СД) ДЦП у детей.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ двух амбулаторных подходов к нейроабилитации детей 3-6 лет с ДЦП, СД 4 уровня развития крупной моторики, т.е. с резким ограничением самостоятельного перемещения (GMFCS-E&R, 2007). Группа А (n=15), получала полимодальную сенсорную интеграцию, стимулирование оптомоторной координации, раннее обучение чтению, включая обучение родителей. Кратность занятий составляла 3 раза в неделю по 1.5 часа и домашняя ежедневная программа занятий по 2 часа. Группа Б (n=15), получала курсовое лечение по 3 недели 1 раз в 3 месяца - общий массаж № 15, лечебную физкультуру, ноотропные и витаминные препараты. Все пациенты были оценены командой специалистов до и после 9-ти месячного курса лечения. Методы обследования: клинический неврологический, нейропсихологический, оценка сенсорного развития, шкала развития крупной моторики GMFCS-E&R (2007), мануальных навыков MACS (2005), уровня адаптивности PAL (2003) и Portage(1974).

Результаты. Первичный акцент нейрокоррекции сфокусирован на сенсорно-связанных моторных расстройствах - нарушение зрительного контроля и позы наряду с эмоциональным вовлечением ребенка в контексте игры. Последовательность коррекционных занятий строилась на нейропсихологических постулатах Лурия А.Р., Цыганок А.А., Семенович А.В. Оценка эффективности рассчитывалась для обеих групп. Статистически достоверный, измеримый эффект после лечения был выше в группе А – по обьему изменения позы, регуляции взора, зрительно-моторной, мануальной и игровой компетенности, психоречевому развитию и уровню адаптивности.

Выводы. Применение метода сенсорной интеграции, включающее вовлечение родителей в абилитационный процесс в группе А, на основе нейропсихологических постулатов формирования ВПФ, является более эффективной моделью помощи, чем в группе Б и может быть использована для улучшения двигательной компетентности пациентов с тяжелыми спастическими нарушениями при ДЦП у пациентов младшего возраста.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ ДЦП ПО ИСХОДНЫМ ДАННЫМ СТАТИКО – МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ

Бронников В.А., Культина А.Ю.

КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов», Пермь

Актуальность. Нарушение двигательных функций, а также возможность формирования статико-моторных навыков к определенным срокам, определяют степень тяжести ДЦП и, как следствие, исход заболевания в последующие годы.

Материалы и методы. Учитывая это, нами проанализирована динамика освоения основных двигательных этапов развития, каждый из которых характеризует формирование функциональной системы и интеграцию разных регуляторных уровней, ответственных за его реализацию. Зависимость сроков освоения статико-моторных навыков от тяжести поражения функциональных систем контроля позы и передвижения подтверждается высоким показателем коэффициента корреляции (r = 0.65).

Результаты. Определяется четкая взаимосвязь как от начала освоения первого этапа вертикализации – навыка удержания головы, так и от последующих, более сложных этапов развития. При этом, если навык не формируется к 18-20 месячному возрасту, то весь последующий прогноз двигательного развития весьма пессимистичен. Нами осуществлена балльная оценка степени выраженности ЛТР, ШТСР, шейного тонического асимметричного рефлекса (ШТАР) и качества выполнения основных статико-моторных навыков. Степень выраженности рефлексов оценивается от 0 до 3 баллов. Основные навыки двигательного развитии: удержание головы, повороты, сидение, передвижение на четвереньках, вертикальная стойка и ходьба – также подразделяются по качеству выполнения больными ДЦП, имеющими разную степень тяжести и, оцениваются от 0 до 4 баллов. При оценке выраженности тонических рефлексов в зависимости от их активности можно получить от 0 до 18 баллов.

Баллы	ЛТР	ШТСР	ШТАР
1	0-6	0-6	0-6
2	6-12	6-12	6-12
3	12-18	12-18	12-18

Далее при оценке статико-моторных функций определяется показатель, (Пмдр), характеризующий нарушение механизмов двигательной регуляции. Для этого необходимо провести балльную оценку качества выполнения основных двигательных навыков, суммируя полученные баллы. Функциональное значение полученных баллов 19-24 балла – пациент имеет легкое поражение механизмов двигательной регуляции; 13-18 баллов – среднетяжелое поражение механизмов двигательной регуляции; 7-12 баллов тяжелое поражение механизмов двигательной регуляции; 0-6 баллов – очень тяжелое (некурабельное) поражение механизмов двигательной регуляции.

Выводы. Полученные данные можно применить для оценки реабилитационного потенциала и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Бронников В.А., Залазаева Е.А., Данилова М.А.

ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь

Актуальность. Актуальной проблемой является организация совместной работы врачей разных специальностей, а также специалистов других профилей, оказывающих мультидисциплинарную реабилитационную помощь детям с церебральным параличом (ДЦП)

Цель. Оценка эффективности комплекса лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий у детей с ДЦП

Материалы и методы. Проведено обследование с оценкой неврологического статуса и статико-моторного развития 120 человек с соответствующим диагнозом в возрасте от 3 до 15 лет в динамике до прохождения курса реабилитации и через 12 месяцев.

Результаты. Распределение пациентов с различными вариантами двигательных нарушений в зависимости от формы ДЦП в динамике курса реабилитации (%)

Двигательные нарушения		Гемипаретическая (n = 60)		Спастическая диплегия средней степени (n = 30)		Спастическая диплегия тяжелой степени (n = 30)	
		до	после	до	после	до	после
Тугоподвижность	Тазобедренный сустав	54,67	31,37	78,98	61,95	87,89	80,12
	Коленный сустав	25,77	16,67	43,46	32,67	50,66	41,33
	Голеностопный сустав	48,65	27,69	66,67	51,95	75,89	66,74
Патологическая установка стоп	Плоско-вальгусная	43,59	26,77	48,95	37,12	49,88	41,77
	Вальгусная	20,94	12,12	31,93	19,98	31,78	24,12
	Варусная	35,47	22,95	19,12	9,56	18,34	11,47
Передвижение с поддержкой или с использованием дополнительных технических средств		24,56	14,89	58,86	45,37	89,95	81,67

Выводы. Разработанный комплекс лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий для детей с ДЦП имеет положительный результат и повышает клиническую эффективность лечения и реабилитации двигательных нарушений у данной категории детей и должен проводиться непрерывно, начиная с раннего возраста, до максимально достижимого уровня коррекции утраченных функций.

СЛУЖБА ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КАЗАХСТАНЕ

Булекбаева Ш.А.

Республиканский детский реабилитационный центр, Астана, Казахстан

На современном этапе развития общества решение проблемы инвалидности детей и их реабилитация является одним из приоритетных направлений социальной политики Казахстана. Актуальность этой проблемы и организации реабилитационной помощи обусловлена ее масштабностью. В Казахстане число людей с ограниченными возможностями составляет более 626 тыс. человек или 3,6% от общей численности населения. Причинами формирующими детскую инвалидность являются врожденные аномалии развития 34,6%, болезни нервной системы 24,3%, психические расстройства 10,4% и травмы 4,4%. Одним из факторов, способствующим данной ситуации, является современный уровень развития медицины, позволяющий сохранить жизнь глубоконедоношенным новорожденным, детям с нейроинфекциями, тяжелыми травмами нервной системы и врожденными пороками развития. В целях снижения инвалидности необходимо совершенствование и расширение профилактических мероприятий, которые должны начинаться с мероприятий по охране здоровья матери и ребенка, и активного межведомственного взаимодействия. Сеть организаций, оказывающих реабилитационную помощь детскому населению, состоит из 22 реабилитационных центров и отделений (коек) в составе больничных организаций. Из них 3 центра - республиканского уровня, 8 центров регионального уровня, 11 детских реабилитационных центров в составе медико-социальных учреждений. В реабилитационных центрах работает мультидисциплинарная команда, состоящая из врачей, средних медицинских работников, коррекционных педагогов и социальных работников.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОНСЕРВАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЗЫ И ХОДЬБЫ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ФОРМОЙ СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ

Власенко С.В., Ненько А.М.

ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий» Министерства обороны России, г. Евпатория

Актуальность: Консервативная коррекция позы и ходьбы у больных детским церебральным параличом (ДЦП) ставит перед собой цель устранить или уменьшить степень выраженности патологических симптомов, совокупность которых приводит к нарушению движений.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 29 больных (первая группа) ДЦП с формой спастическая диплегия, проходивших лечение в условиях Евпаторийского детского клинического санатория Министерства Обороны России в период с 2008 по 2011 годы. Возраст детей составил от 4 до 10 лет, средний возраст - 6,89+2,14 лет. Все больные проходили курс этапного гипсования нижних конечностей в сочетании с введением препарата «Диспорт» и последующим курсом санаторно-

курортной реабилитации. Группы сравнения составили: 32 человека (вторая группа), проходившие курс этапного гипсования без введения токсина ботулизма; 27 больных (третья группа), лечившихся методом фибромиотомий, г. Тула.

Результаты и их обсуждение: В группе, где проводилось сочетание этапного гипсования и введения «Диспорта», отмечалось более быстрое снижение спастичности и, соответственно, достижение положительного эффекта Этапное гипсование в сочетании с введением препарата «Диспорт» переносится больным легче, не сопровождаясь болевым синдромом, что позволяет приступить к лечебной гимнастике в данной группе раньше, чем в группах сравнения, вертикализация в брусьях, которая стала возможной в первой группе в среднем на 5,07+0,87 день после снятия гипсовых повязок. Во второй группе - на 13,38+1,32 сутки, в третьей - через 35,48+1,37 дней после проведенной операции, что достоверно дольше по сравнению с показателем первой группы ($p<0,01$).

Изучение катамнеза заболевания на протяжении 5 лет показало, что рецидив патологических установок, гипертонуса мышц произошел у всех больных. В первой группе временной интервал составил в среднем 12,17+0,95 месяцев, во второй - 8,19±0,81, в третьей - 6,41±0,99 ($p<0,01$ в сравнении между показателями первой, второй и третьей групп). Возникала необходимость в последующих фасциомиотомиях через 6 месяцев, что и рекомендовалось специалистами клиники, специализирующейся на проведении данных операций. Положительная динамика в двигательном развитии, низкое количество хирургических вмешательств у больных первой группы на протяжении всего периода наблюдений доказывает необходимость ежегодного проведения больным ДЦП этапного гипсования в сочетании с введением препарата «Диспорт», как наиболее адекватного способа коррекции и профилактики образования контрактур в суставах нижних конечностей.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, ФОРМА СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫМ ПЕРЕРОЖДЕНИЕМ МЫШЦ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Власенко С.В., Османов Э.А.

Евпаторийский военный детский клинический санаторий Министерства обороны России, г. Евпатория

Актуальность: До настоящего времени не существует подходов к реабилитации двигательных нарушений в зависимости от структурных особенностей спастичных мышц у больных ДЦП. Проведенные исследования констатировали факты наличия различных патологических признаков, без их систематизации и реабилитационных выводов. При этом, единое мнение о тактике реабилитации, у больных с явлениями перерождения мышечной ткани так и не сформировалось.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 272 больных (первая ДЦП с формой спастическая диплегия, проходивших лечение в условиях Евпаторийского детского клинического санатория Министерства Обороны России в период с 2008 по 2011 годы. Возраст детей составил от 4 до 10 лет, средний возраст – 6,89±2,14 лет. В сем больным проведено ультразвуковое исследование мышц нижних конечностей по методике, разработанной в санатории. В подавляющем числе наблюдений (73,97%) выявлены патологические изменения (от умеренно выраженных

до грубых) в мышцах больных ДЦП. И лишь в 26,03% случаев найденные изменения были минимальными.

Результаты и их обсуждение. Пациентам данной клинико-реабилитационной группы для коррекции патологических ограничений движений требуется хирургическое вмешательство, так как ботулинотерапия и консервативные методы реабилитации оказались малоэффективными, достигнутая незначительная положительная динамика была кратковременной.

Применение предложенного подхода к диагностике и лечению двигательных расстройств у больных ДЦП на санаторно-курортном этапе восстановительного лечения позволяет уменьшить затраты на лечение, что выражается за четырехлетний период наблюдений экономией средств: у больных ДЦП в данной клинико-реабилитационной группе экономия составила - 191510,00р. в год. Настоящим исследованием показано, что разработанный диагностический и лечебный алгоритм восстановительного лечения двигательных расстройств у больных с детским церебральным параличом позволяет добиваться стойкой положительной динамики, улучшить качество жизни больных, оптимизировать расходы на лечение.

ОСОБЕННОСТИ БОТУЛИНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП В ПОЗДНЕМ РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Власенко С.В., Пономаренко Е.Н.

ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий» МО России, г. Евпатория
ГБУЗР «Евпаторийская городская больница», г. Евпатория

Актуальность: По данным на 2010 год в стране насчитывается 71 тысяча 429 детей с ДЦП в возрасте 0-14 лет и 13 тысяч 655 детей с таким диагнозом в возрасте 15-17 лет. Точных данных об общем количестве детей и взрослых с данным диагнозом до настоящего времени нет. В возрастном периоде старше 18 лет больные ДЦП, оканчивая школу, начинают получать профессиональное образование, работать. Целью настоящего исследования стало изучение тактики ботулинотерапии в данный возрастной период.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 52 больных ДЦП с формой спастическая диплегия, проходивших лечение в Евпатории в период с 2010 по 2013 годы. Возраст детей составил от 16 лет.

Результаты и их обсуждение. При проведении опроса были выявлены проблемы, волнующие молодых людей, страдающих детским церебральным параличом старше 18 лет: 1,2,3 место - взаимоотношения полов, 4 – рождение ребенка, 5 – создание семьи, 6 – профессия, работа, учеба, 7 – занятия спортом, 8 – косметический дефект, 9 – болевые синдромы, 10- скованность, спастичность. Все дети ранее проходили курсы реабилитации, в том числе хирургическое лечение, ботулинотерапию. При проведении осмотра выявлены следующие нейроортопедические синдромы. Наличие патологического ограничения движений в различных суставах конечностей (у 100% больных), контрактуры (30%), деформации позвоночника (60%), деформации стоп (100%). Спастичность мышц конечностей сохранялась и достигала 3 баллов по шкале Эшворта. Всем больным была проведена ботулинотерапия, препарат «Ксеомин», количество препарата было индивидуальным в каждом конкретном случае, но не менее 200 ЕД. Перед проведением инъекции

определялись цели ботулинотерапии, учитывающие пожелания пациентов. В результате проведенного лечения отмечалось снижение спастичности мышц, возрос обьем активных, пассивных движений конечностей, выявленные при повторных осмотрах. Положительную динамику отметили сами больные. Таким образом, ботулинотерапия в возрастном периоде старше 16-18 лет имеет свои особенности. При определении цели лечения необходимо, прежде всего, учитывать пожелания самого пациента, снижение спастики в каких мышечных группах поможет в реализации человеком своих личных, профессиональных и других целей.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ДИАГНОСТИКЕ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Войтенков В.Б., Скрипченко Н.В., Климкин А.В., Суровцева А.В.

ФГБУ НИИДИ ФМБА России, Санкт-Петербург

Материалы и методы: проведено обследование 101 ребенка (9-17 лет): 54 пациентов с рассеянным склерозом (РС) или демиелинизирующим энцефаломиелитом (ДЭМ) и 47 неврологически здоровых детей группы сравнения, из которых 20 прошли исследование с помощью транскраниальной магнитной стимуляции (ТКМС) и соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП) и 27 – зрительных вызванных потенциалов (ЗВП). Все прошли неврологическое обследование, МРТ головного мозга, исследование ликвора, за всеми осуществлялось наблюдение в течение 2-3 лет.

Результаты. Между группами ОДЭМ, РС и группой сравнения были достоверные различия ($p<0,01$)по показателям времени центрального моторного проведения (ВЦСП) при регистрации с нижних конечностей, а также амплитуд корковых пиков при стимуляции рук и ног. Достоверных отличий между группами ОДЭМ, РС и сравнения по показателям скоростей проведения по моторным путям не было; выявлены достоверные различия по показателю асимметрии ВЦМП при регистрации с ног. При исследовании ЗВП различия по латентному периоду Р100 и амплитуде пика N75-P100 между группой контроля и группой пациентов с рассеянным склерозом были достоверны ($p<0,05$). Разница латентностей также отличалась достоверно ($p<0,05$).

Выводы. У пациентов детского возраста с РС по сравнению с неврологически здоровыми детьми и пациентами с ДЭМ на стадии дебюта заболевания регистрируются достоверные нейрофизиологические различия: повышена асимметрия проведения по моторным путям на спинальном уровне, замедлено проведение по соматосенсорным путям на спинальном уровне и понижена функциональная активность нейронов соматосенсорной коры. Это, возможно, может быть обусловлены более выраженным очаговым поражением спинного мозга, характерным для РС по сравнению с ОДЭМ. При рассеянном склерозе у детей, в том числе без признаков ретробульбарного неврита в клинике, более чем в половине случаев наблюдается достоверное нарушение проведения по зрительным путям. Эти изменения преимущественно носят демиелинизирующий характер, нарушения аксонального типа встречаются реже.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ МЕТОДА МОНТЕССОРИ-ТЕРАПИИ

Волкова Н.В., Лапочкин О.Л.

ГБУЗ МО «Детская психоневрологическая больница», Москва

В практической деятельности для решения проблем отклоняющегося развития широко применяются нейропсихологические методы. Нейропсихология, с одной стороны, дает представления о том, какие зоны мозга и какие функциональные системы оказались нарушенными либо несформированными в онтогенезе, а с другой – она обладает специальными методами обучения, направленными на преодоление этих трудностей. Поэтому в данной работе использование методов Монтессори-терапии в практике коррекции отклоняющегося развития будет обсуждаться с позиций нейропсихологического подхода.

При исследовании детей, проходящих лечение в ГБУЗ МО ДПНБ, отмечаются следующие виды недоразвития высших психических функций и их сочетания: сниженная работоспособность, колебания внимания, слабость мнестических процессов, недостаточная сформированность речи; недостаточное развитие функций программирования и контроля; зрительно-пространственные и квазипространственные трудности; трудности переработки слуховой информации; трудности переработки зрительной информации.

Монтессори-среда построена с учетом представлений о процессе формирования мозговой организации психических процессов в онтогенезе и индивидуальных нейродинамических характеристик. Монтессори-материал позволяет реализовать комплексный подход к построению коррекционных программ, опираясь на теорию системной динамической организации функций и теорию формирования психических функций ребенка. Это, прежде всего, развитие слабого звена высших психических функций при опоре на сохранные сформированные звенья в ходе специально организованного сотрудничества ребенка и взрослого. Также Монтессори-терапия позволяет учитывать индивидуальные нейродинамические характеристики.

Нейропсихологический подход позволяет провести анализ терапевтического воздействия материала, среды и организации работы по принципам М. Монтессори.

Таким образом, определяя специфику Монтессори-материала, мы говорим о правомерности его использования в коррекционной работе с детьми, имеющими нейропсихические расстройства.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ (ХАКАСОВ) И ЕВРОПЕОИДОВ РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (г. АБАКАН)

Галантюк И. Г., Исаева Н.В.

ГБУЗ РХ Абаканская МДКБ, Абакан
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, Красноярск

Актуальность. Информация о биомеханических особенностях детского церебрального паралича в зависимости от этнической принадлежности (дети славянской национальности, хакасы) отсутствует.

Цель исследования: выявить особенности функциональной биомеханики у детей хакасов и европеоидов, страдающих детским церебральным параличом.

Материалы и методы. Обследовано 107 детей с установленным диагнозом ДЦП, из них 45 хакасов и 62 европеоида. Мануальное тестирование было проведено для выявления, анализа и сравнительной оценки функциональных биомеханических нарушений у детей-хакасов и детей-европеоидов, применялся статистический метод с использованием критерия $\chi 2$ для сравнения качественных признаков**.**

Результаты. Функциональные биомеханические нарушения при ДЦП у детей-хакасов характеризуются равномерным распределением соматических дисфункций по всему позвоночнику, преобладанием нижнего перекрещенного синдрома. Косой таз преобладал у европеоидов 72,1± 5,8%, а скрученный таз – у хакасов 66,7 ±7% ($p < 0,05$). Сторона дисфункции таза справа и слева была одинаковой в обеих этнических группах.

Выводы. Таким образом, анализ биомеханических нарушений показал, что более равномерное распределение соматических дисфункций и регионального постурального дисбаланса, а так же наличие дисфункций в виде скрученного таза у хакасов, является проявлением саногенетического механизма, направленного на удержание тела в вертикальном положении и сохранение способности к передвижению.

ПСИХОМОТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Горюнова А.В., Шевченко Ю.С., Данилова Л.Ю., Боброва Н.А.

ГБОУ ДПО РМАПО, Москва

Актуальность. На основе теории психической организации движений И.М. Сеченова были разработаны несколько вариантов систематики психомоторных расстройств. Известно также, что психические болезни часто сопровождаются нарушениями психомоторики. У детей раннего возраста расстройства психомоторики изучены недостаточно, что связано с трудностью диагностики психической патологии в этом возрасте. В связи с необходимостью психиатрической диспансеризации детей раннего возраста (приказ МЗ РФ № 1346 от 12.2012г.) и недостаточностью специальных знаний у врачей, мы поставили цель описать синдромы психомоторных расстройств у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Работа основана на многолетнем наблюдении 538 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 4 лет с психическими заболеваниями различного генеза.

Результаты. Анализ клиники и динамики психомоторных расстройств в этом возрасте позволил выделить:1) нарушение процесса формирования и становления психомоторики, 2) психомоторные синдромы как проявления острого периода болезни.

1А. Регрессивные расстройства – временный возврат к двигательным навыкам, характерным для более ранних возрастных этапов развития, что является для ребенка защитной реакцией, способом преодоления стресса.

1Б. Искаженный тип психомоторного развития: при отсутствии парезов и формальной сформированности исполнительного звена «бездеятельными» оказываются высшие системы регуляции поступающей моторной информации. Вследствие этого задерживается своевременная организация «кинетических»

мелодий, т.е. серийно организованных движений, фиксация позы, искажается последовательность приобретения двигательных навыков и произвольной регуляции движений.

2А. Импульсивное возбуждение и кататоноподобные расстройства: проявляются в бесцельной маятникообразной ходьбе, манежном беге, стереотипных подпрыгиваниях, трясении кистями рук, неадекватных гримасах, раскачивании, ауто- и гетероагрессии.

2Б. Некоторые речевые феномены: мутизм, эхолалии, отдельные варианты заикания.

Выводы. Описанные психомоторные нарушения могут наблюдаться как в структуре собственно психических расстройств (аутизм, ранняя детская шизофрения, тяжелая психотравма, осложненные олигофрении), так и при последствиях нейроинфекций, перинатального поражения ЦНС, ДЦП, что требует проведения дифдиагноза.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП МЕТОДОМ ИНТЕНСИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Давыдов С.О., Вечкаева О.В.

Инновационная клиника «Академия Здоровья», Чита

Актуальность. Дети с ДЦП составляют клиническую группу, которая отличается по уровню моторного, психического и социального развития, так как в основе заболевания лежит поражение многих систем организма. Достижение более высоких результатов реабилитации возможно исключительно при одновременном интенсивном стимулировании всех звеньев патогенеза. При реабилитации детей с ДЦП в клинике используется метод интенсивного воздействия, который базируется на комплексном применении стимулирующих и развивающих методик, с одномоментным включением в процесс всех возможных анализаторов. Программа рассчитана на 5-6 часов в день в течение 21 дня. В основе лежит принцип смены релаксирующих и активизирующих мероприятий. Согласно данным Pediatria. TaubE, Ramey SL, DeLuca S, Echols K 2004; 113 (2):305-12 была достоверно доказана необходимость комплексного применения активных и пассивных движений (процедур) у детей с ДЦП в течении 6 часов в день на протяжении 21 дня без перерыва.

Материалы и методы. Нами было обследовано и пролечено 2 группы детей с ДЦП. Метод интенсивного воздействия применялся у 389 детей, в возрасте от 3 до 14 лет, имеющих I-III уровень двигательного развития по GMFCS и высокий реабилитационный потенциал. Контрольная группа составила 447 детей, со сходными первоначальными данными, которым применялись традиционные реабилитационные схемы с длительностью занятий не более 3 часов, курсом 15 дней.

Результаты. Статистический анализ, проведенный согласно шкале GMFM–66 указывает на достоверное увеличение уровня моторного развития детей после лечения с 44,8 до 47,3 ($p > 0,01$), в среднем на 2,5 балла. В контрольной группе увеличение составило всего на 1,6 балла (с 39,4 до 41,0). Результаты исследования свидетельствуют о значимом улучшении статодинамических функций. При этом при использовании метода интенсивного воздействия зафиксировано приобретение

новых динамических навыков, переход на более высокий уровень двигательного развития.

Выводы. На основании предложенных данных можно сделать вывод о высокой эффективности данного метода реабилитации для развития моторных, социальных функций у пациентов с детским церебральным параличом. В настоящее время исследование метода продолжается.

ВАЛИДАЦИЯ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ « ШОИВОЗ-РЕБЕНОК» В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Даниярова Ш.Б-П., Игнатьева А.С.

Международный Казахско-Турецкий университет им. Х Яссави, Туркестан, Казахстан

Актуальность: Шкала Оценки Инвалидности Всемирной Организации Здравоохранения для детей (ШОИВОЗ-Ребенок) является инструментом оценки, основанные на Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья ВОЗ для детей и подростков. Это модифицированная форма Шкалы оценки инвалидности ВОЗ 2.0 для взрослых.

Цель: оценить структуру опросника ШОИВОЗ-ребенок среди детей с установленной инвалидностью и без, с наличием и без психосоциальных проблем в Республике Казахстан.

Материалы и методы: На первом этапе исследования Шкала оценки инвалидности ВОЗ-ребенок была переведена на казахский и русский языки и контроль качества перевода методом обратного перевода. На втором этапе была определена когнитивная чувствительность на понимание вопросов интервьюируемых. Надежность результатов повторного тестирования оценивалась в группе из 112 детей и их опекунов: 72 ребенка с установленной детской инвалидностью и 50 детей без инвалидности в возрасте от 18 месяцев до 15 лет.

Результаты: Шести-факторная структура опросника Шкалы оценки инвалидности ВОЗ-ребенок была воспринята в выборке детского населения Республики Казахстан. Показатели тест-ретест и внутренней валидности были высокими (r =0.80 и ICC = 0.84).

Выводы: Казахстанская версия ВОЗШОИ-ребенок показала себя как надежным и приемлемым инструментом самооценки функционального состояния с учетом психосоциальных проблем. Рекомендуется проведение дальнейшего исследования с охватом наибольшего числа опрашиваемых.

ИНВАЛИДИЗАЦИИ РЕБЕНКА В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Даниярова Ш.Б-П.

Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.Яссави, Туркестан, Казахстан

Актуальность: Детский церебральный паралич (ДЦП) является наиболее частой причиной тяжелой физической инвалидизации в детстве. В то время, у детей 80% детей с ДЦП расстройства движения являются спастичности мышц. Поэтому научная и практическая, такая как медико-социальная значимость проблемы ДЦП очевидна и решение одно из ее задач.

Цель: изучить условия инвалидизации в условиях первичной медико-социальной помощи (ПМСП).

Материалы и методы: дети с установленным диагнозом ДЦП в возрасте от 1 месяца до 16 лет, находящиеся под наблюдением городской поликлиники №2 г. Шымкента Управления Здравоохранения Южно-Казахстанской области Республики Казахстан.

Результаты: В условиях ПМСП лечение детей с ДЦП проводилось совместно участковым педиатром и невропатологом с включением необходимых узких специалистов (окулист, ортопед и др.) и рекомендаций по созданию комфортных условий для выхаживания больного. Комплексное лечение было направлено на восстановление сниженного мозгового кровотока с коррекцией кислотно-основного состояния, гиповолемии, гипогликемии, артериальной гипертензии, сердечного выброса. Были рекомендованы антиоксиданты (фосфолипиды), ноотропные средства.

После окончания курса лечения в условиях детской поликлиники всё большее значение начинают приобретать немедикаментозные методы лечения.

Выводы: применение комплексной терапии с включением узких специалистов и применение немедикаментозных средств наряду с медикаментозной терапией является одним из путей решения инвалидизации детей.

ДИНАМИКА ПАТТЕРНА ПОХОДКИ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПОСЛЕ ОДНОМОМЕНТНОГО МНОГОУРОВНЕВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Данков Д. М., Попков Д. А., Змановская В. А., Кашуба Е.В., Буторина М.Н., Павлова О.Л.

ГАУЗ Тюменской области «Детский психоневрологический лечебно-реабилитационный Центр «Надежда», Тюмень
ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А.Илизарова Минздрава РФ, Курган

Актуальность. Single event multilevel surgery (SEMLS) – единовременная многоуровневая хирургия, характеризующаяся хирургическим вмешательством на двух и более областях одной конечности в одну операционную сессию, малым периодом между хирургическим вмешательством на другой конечности (не более 6 недель) и единым реабилитационным периодом для обеих оперированных конечностей.

Цель. Оценить динамику паттерна походки у детей с ДЦП после одномоментного хирургического ортопедического вмешательства.

Материалы и методы. Изучены результаты оперативного ортопедического лечения у 15 пациентов с диагнозом ДЦП (11,9±2,5 лет), прошедших многоуровневые операции с ранним началом функциональной реабилитации курсами по 1,5 месяца с перерывом в 6-8 недель в течение 9-12 месяцев по Эдинбургской шкале оценки походки (Edinburgh Gait Assesement (Read H et all 2003) и типам походок у пациентов,

способных к самостоятельному вертикальному передвижению по классификации J. Rodda и H. Graham.

Результаты. Была отмечена положительная динамика по большинству параметров анализа Эдинбургской шкалы. У 2/3 детей было выявлено избыточное повышение клиренса шага за счет значительного уменьшения угла максимального сгибания коленного сустава при ходьбе во всех фазах шага. У пациентов, имевших до оперативного лечения походку Crouch gait, в отдаленном послеоперационном периоде сохраняется недостаточное разгибание и избыточное сгибание в ТБС, что обусловлено высоким уровнем спастичности m. Iliopsoas.

Выводы. Одновременное устранение порочных положений и деформаций конечностей при выполнении многоуровневых одномоментных оперативных вмешательств у детей с ДЦП сокращает количество собственно операций и снижает нагрузку лечебных мероприятий на социальную жизнь пациента.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Дегонская Е.В., Евтушенко Л.Ф., Евтушенко И.С.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, Донецк
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк

Актуальность. Патология сердечно- сосудистой системы у детей с церебральным параличом усугубляет тяжесть инвалидизации при ЦП и ограничивает возможности эффективной медико-социальной реабилитации.

Цель. Разработать эффективную схему коррекции дисметаболических кардиопатий у детей с церебральным параличом.

Материалы и методы. В течение 10 лет под наблюдением находилось 347 детей с церебральным параличом в возрасте от 1 года до 18 лет и сопутствующей дисметаболической кардиопатией. Мальчиков было 55% (190 чел.) и 45% (157 чел) девочек. Из них диплегическая форма – у 190 чел., двойная гемиплегическая – 110 чел, гемиплегическая – 47 чел. У 30% детей в анамнезе гипоксические поражения миокарда, у 45% различной степени недоношенность, у 25% на МРТ головного мозга признаки аномалий развития. На ЭКГ выявлены следующие признаки: снижение вольтажа ЭКГ(43,5%), нарушение процессов реполяризации желудочков (37,4%), снижение вольтажа зубцов Т (48,3%), изменения интервала ST (34,6%), тахи- и брадиаритмии (78,3%), экстрасистолия (15,2%), перегрузки левого и правого желудочка (23,6%). Для повышения эффективности физических нагрузок в комплекс терапевтической коррекции дисметаболических кардиопатий были включены курсы терапии препаратами: левокарнитина (50-100мг/кг), коэнзима Q10 (3-30мг/сут.), комплексный препарат «Корилип» (по 1-2 свечи/сут).

Результаты. В результате применения разработанной схемы отмечено улучшение переносимости двигательных нагрузок, увеличение общего вольтажа ЭКГ, повышение вольтажа зубцов Т, нормализация сердечного ритма и реполяризации левого желудочка, что зафиксировано у 75% пациентов после первого курса лечения.

Выводы. Схема поликомпонентной коррекции вторичных дисметаболических кардиопатий показала свою эффективность и целесообразность использования при

физических нагрузках у детей с церебральным параличом, особенно на этапе реабилитационной терапии.

ЗАВИСИМОСТЬ ЭКГ-МАРКЕРОВ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА ОТФОРМЫ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ

Дегонская Е.В., Евтушенко И.С., Евтушенко Л.Ф.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, Донецк

Актуальность. Малые аномалии сердца (МАС) у детей с церебральным параличом (ЦП) снижают физическую активность ребенка, чтоограничивает возможности реабилитации.

Цель исследования: выявление ЭКГ- маркеров малых аномалий развития сердца у детей при разных формах ЦП для градации больных на группы реабилитации.

Материалы и методы. Обследовано 247 детей с ЦП в возрасте от 6 мес. до 18 лет (мальчиков 132 чел., девочек – 115 чел.) и МАС.Из них гемиплегическая форма – у 78 чел. (31,6%), двойная гемиплегическая – у 82 чел. (33,2%), диплегическая - у 54 чел. (21,8%), атонически-атактическая – у 22 чел. (8,9%), смешанная – у 11 чел (4,5%). Всем проведеноЭКГ- обследование (аппарат «МІДАС – ЕК1Т»).

Результаты. Выявлены:синусовая тахиаритмия у 84 чел. (34%), отмечаласьчаще при двойной гемиплегической (в 87%) форме; синусовая брадиаритмия у 18 чел. (7,3%), чаще у детей с гемиплегической и диплегической формами (в 72%); снижение вольтажа ЭКГ зафиксировано у 92 чел. (37,2%), чаще – у детей с двойной гемиплегической формой; укорочение av – проводимости отмечено у 143 больных (57,8%), что было более характерно при гемиплегической и двойной гемиплегической формах;Av-блокада I степени наблюдалась у 10 чел.(4,0%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 68 чел.(27,5%), неполная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса – 4 чел. (1,6%). Нарушение процессов реполяризации желудочков отмечено у 67 чел. (21,1%), увеличение электрической активности левого желудочка - у 39 чел.(15,8%), желудочковая экстрасистолия у 7 больных (2,8%),эти изменения не зависели от формы ЦП. Дисметаболические изменения в миокарде зафиксированы у 116 чел.(46,9%), чаще встречались при двойной гемиплегической форме (85%).

Выводы. В результате исследования больные с ЦП и МАС были распределены на три группы по объему, длительности, интенсивности и порядку получения реабилитационных процедур для оптимального результата (Iгруппа – без ограничений, II– с ограничением по интенсивности двигательных нагрузок и порядку их получения, III – с ограничениями по интенсивности, объему и длительности воздействия), что позволило индивидуализировать планирование реабилитационных мероприятий.

ВОЗМОЖНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СПАСТИКО-ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ

Дроздова И.М., Милованова О.А.

ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ, Москва

ГБОУ ДПО РМАПО Москва

Актуальность. Ведущим клиническим признаком детского церебрального паралича (ДЦП) являются двигательные нарушения (параличи, парезы, гиперкинезы и др.). Гиперкинезы при ДЦП формируются позже других двигательных расстройств, и выявляются, как правило, на 1-2 году жизни ребенка.

Цель исследования. Анализ этиологических факторов у пациентов со спастико-гиперкинетической формой ДЦП.

Материалы и методы. Группу исследования составили 37 детей, страдающих спастико-гиперкинетической формой ДЦП в возрасте от 1 года до 18 лет, из них мужского пола – 21(56,7%), женского – 18(43,3%) больных. Всем пациентам проведено комплексное неврологическое исследование, включая МРТ головного мозга. Во всех наблюдениях отмечалось поражение подкорковых ядер, атрофические изменения коры больших полушарий головного мозга, преимущественно в передних отделах лобных и височных долей; перивентрикулярная лейкомаляция, вентрикуломегалия и др.

Результаты. Значимыми факторами риска двигательных расстройств являлись: внутриутробные инфекции –16(42,3%), недоношенность –12(32,4%), иммунологическая несовместимость крови матери и плода –7(18,9%), асфиксии новорожденных –6(16,2%), соматические заболевания матери –5(13,5%), возможно их сочетание. В 18,9% случаях на МРТ обнаружено сходство морфологических изменений в виде кистозной трансформации вещества мозга у пациентов ДЦП и пациентов, перенесших ОНМК. Поражение подкорковых ядер, по-видимому, обусловлено токсическим действием билирубина, хронической гипоксией, нарушением мозгового кровообращения в бассейнах передней ворсинчатой артерии, средней и задней мозговой артерии.

Выводы. Предикторами спастико-гиперкинетической формы ДЦП в 42,3% были внутриутробные инфекции, в 32,4% –недоношенность, в 18,9% – иммунологическая несовместимость крови матери и плода, что, так же могло явиться причиной развития перинатального инсульта. Однако полученные данные можно считать предварительными в связи с небольшим количеством наблюдений.

ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

Дубина С.П., Евтушенко О.С., Евтушенко С.К., Яновская Н.В.

Республиканский клинический Центр нейрореабилитации, Донецк

Актуальность. Проблема тяжелых форм энуреза актуально из-за социальной значимости и отсутствия эффективного лечения. Участились случаи миелодисплазии, проявляющиеся энурезом, энурез- эпилепсии.

Материалы и методы. В Центре выделены специализированные стационарные койки для лечения детей с энурезом. За последние 3 года пролечено 64 ребенка в возрасте от 5-ти до 15 лет, из них у 42 – с неврозоподобным дизонтогенетичеким энурезом, 12 – с невротическим энурезом, у 10 энурез был проявлением миелодисплазии. С целью диагностики анализировали соматический, неврологический и психический статус, характер нарушений мочеиспускания и сна; проводили ЭЭГ, УЗДГ сосудов головного мозга, обзорную Ro-графию пояснично-крестцового отдела позвоночника; при миелодисплазии - ЭНМГ и МРТ спинного

мозга. Эффективность лечения оценивали по шкале динамического наблюдения детей с нарушением функции выделения (С.К. Евтушенко, С.П. Дубина, 2007г.). Всех детей осматривали: психиатр, уролог и нефролог, девочек – гинеколог.

Результаты исследования. В 40% случаев энурез отмечался почти каждую ночь (0 баллов по шкале), в 32% случаев - 2 раза в неделю (1 балл), в 25% - 4-5 раз в мес., в 3%- 2-3 раза в месяц (2 балла). У 70% детей отмечалась рессеянная микроорганическая симптоматика, в 12% - церебрастения, в 18% - неврологический статус в норме. На ЭЭГ в 13% случаев выявлены неспецифические изменения, у 2 детей при видеомониторинге ночного сна отмечались эпифеномены и дианостирован энурез-эпилепсия. На УЗДГ сосудов головного мозга и шеи у 16 детей выявлена дистония, у 10 - затруднение венозного оттока, у 6 - асимметрия кровотока по позвоночным артериям. На УЗИ мочевого пузыря у 7 детей обнаружены признаки нейрогенной дисфункции. На обзорной Ro-гр. позвоночника у 27 детей выявлена shina bifida в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, у 3-х S-образный сколиоз нижнее-грудного и поясничного отделов. На ЭНМГ у 6 больных незначительно снижена скорость распространения возбуждения по нервам нижних конечностей. На МРТ спинного мозга у 8 детей патологии не выявлено, у 1 - расширен спинно - мозговой канал на уровне Th12 - L4, у 7 – проявления ювенильного остеохондроза. Методика терапии включала при всех формах энуреза: режим, диету, специальную ЛФК, массаж, психотерапию. При миелодисплазии – проводилась электроакупунктура точек с подключением на иглы постоянного электрического тока силой, вызывающей подпороговые ощущения (5-10 мкА) 3- 5 - 7 - 10 минут в зависимости от возраста аппаратом Lasper и ИРТ БАТ каналов V (23, 28, 31, 40, 60, 62), R (2,3,7), E 36, I (2,3,4,6), T (4,14,20), RP6. При гиперрефлекторном мочевом пузыре проводили электростимуляцию надлобковой области (амплипульс, «Миотон» №10). При первичном энурезе назначали минирин; при гиперрефлекторном мочевом пузыре – сибутин; при невротическом энурезе – киндинорм, тенотен, ноофен, галате-В6. Курс лечения повторяли через 3 месяца.

Выводы. Эффективность лечения зависела от причины возникновения энуреза, что подтверждает необходимость выявления этиологических факторов заболевания для повышения эффективности проводимой терапии. В результате применения комплексной методики лечения у 14 детей стойкий положительный эффект наблюдался уже после первого курса лечения, у 18 детей – существенное улучшение, улучшение отмечалось у 27 детей, частичный эффект достигнут – у 5 пациентов.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИППОТЕРАПИИ В КОСТЮМЕ "ГРАВИСТАТ" В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Евтушенко О.С., Вовченко И.В., Евтушенко С.К.

Республиканский клинический Центр нейрореабилитации, Донецк

Актуальность: наиболее тяжелой и трудно поддающейся терапии формой церебрального паралича у детей является его гиперкинетическая форма.

Цель: разработка сочетанного метода лечебной иппотерапии в рефлекторно-нагрузочном устройстве "Гравистат" у подобных больных для снижения

интенсивности и распространенности гиперкинезов и формирования новых моторных и статических навыков.

Материалы и методы: иппотерапия в Центре проводятся с детьми, находящимися в костюмах "Гравистат" на обученных лошадях под конторолем врача и двух инструкторов по лечебной верховой езде. Занятия проходят по индивидуализированной программе с выполнением специальных упражнений: дыхательных, стимулирующих вестибуляторные функции, снижающих тонус мышц, блокирующих гиперкинезы, моделирующих статику ребенка. Применение костюма "Гравистат" улучшает посадку ребенка на лошади и положение его частей тела относительно друг друга с нивелированием выраженности у него гиперкинетического синдрома и спастики. В течение 2014 года получили по четыре двух-недельных курса иппотерапии две группы детей (контрольная и группа сравнения) по 15 человек в каждой в возрасте от 5 до 15 лет с наличием гиперкинетического синдрома. В первой группе иппотерапия проводилась с детьми в костюмах "Гравистат", во второй без них.

Результаты: снижение тонуса спастичных мышц наступило у 80% детей из первой группы и у 66% из второй, уменьшение выраженности гиперкинезов у 73% больных из первой группы и у 60% из второй, сокращение их распространенности у 33% пациентов из первой и у 20% из второй групп соответственно (оценка динамики проводилась по шкалам Ashwort и выраженности гиперкинезов). Улучшение равновесия и ориентировки в пространстве отмечено соответственно у 66% и 53% детей.

Выводы: костюм "Гравистат" потенцирует лечебный эффект у детей за время занятий по иппотерапии в виде улучшения у них различных стато-моторных показателей с уменьшением не только выраженности, но и распространенности гиперкинезов.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА В ПРОЦЕССЕЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Евтушенко О.С., Дегонская Е.В., Евтушенко И.С., Евтушенко Л.Ф.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, Донецк
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк

Актуальность. Перинатальное поражение нервной системы, приводящее в результате ликвородинамических и сосудистых нарушений к вегетативной дисфункции, формирует вторичную вегетосоматическую патологию и нейрогенный иммунодефицит у детей (С.К. Евтушенко, 2005г.), что и определяет необходимость индивидуализации подходов к предупреждению заболеваемости ОРВИ у детей с церебральным параличом, которая ограничивает их реабилитацию.

Цель метода. Внедрение наиболее приемлемых для детей с ЦП методов и средств неспецифической иммунопрофилактики для повышения эффективности реабилитации.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 358 детей с органическими заболеваниями ЦНС и частыми заболеваниями респираторной системы. На первом этапе проводился отбор больных с определением объема оздоровительных мероприятий, определение иммунологического статуса, раннее выявление и лечение TORCH- инфекций. В Центре использованы: совместное пребывание в стационаре матери и ребенка, рациональное вскармливание и режим

дня, реконструкция палат по типу полубоксов, разделение потоков больных. Внедрена сочетанная элиминационная терапия: солевой душ полости носа и миндалин в сочетании с обработкой раствором йода биологически активных точек с последующим их массажем в течение дня, совместно с курсом «Биоптрон»-терапии рефлексогенных зон, арома- и ионотерапия, синглентно-кислородная терапия на фоне приема витамино- и омега 3- препаратов, небулайзерная терапия с интерфероном, ингаляции фитонцидов. Хорошо зарекомендовали себя бронхомунал П, лаферобион, производные протефлазида.

Результаты. Эффективность метода выразилась в снижении заболеваемости у детей ОРВИ в 1,5 раза, ринитами на 50%, бронхитами на 21%, ларинготрахеитами на 25% по сравнению с периодами, когда профилактика не проводилась.

Выводы. Предложенная поликомпонентная методика иммунопрофилактики у детей с церебральными параличами повышает переносимость и эффективность их реабилитации.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ВЗРЫВО-ОСКОЛЬЧАТОГО РАНЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У РЕБЁНКА С УШИБОМ СПИННОГО МОЗГА И НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Евтушенко О.С., Дубина С.П., Евтушенко С.К., Яновская Н.В., Фомичева Е.М.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, Донецк

Актуальность. Несмотря на новые прогрессивные технологии в детской реабилитологии проблема лечения больных с нарушением функции выделения остается актуальной. В связи с событиями, происходящими в Донбассе, появилась новая нозологическая группа детей, перенесших взрыво-оскольчатые ранения, в том числе ранения позвоночника с утратой выделительных функций тазовых органов.

Методы. Мальчик А.,перенес взрывную травму, ушиб спинного мозга и операцию по удалению осколков и костных отломков в нижнее-грудо-поясничном отделе позвоночника с развитием стойкой нижней параплегией и отсутствием позывов к мочеиспусканию и дефекации. Разработана индивидуальная методика реабилитации, включающая электропунктуру с помощью аппарата Lasper БАТ I1, T1 с подключением на иглы постоянного электрического тока с силой, вызывающей подпороговые ощущения (5-1- мА) в течение 10 минут и БАТ на меридианах, проходящих своим внутренним ходом через спинной и головной мозг (T4,14, 20; I2,4,6; V23,28,31,40,60,62;R2,3,7) и дистальные точки - RP6,13,14;E36;VB34,39. Параллельно воздействовали импульсным электрическим током (аппарат «Миотон») и лазеротерапией на область мочевого пузыря, нижние конечности и паравертебрально. Назначали антихолинэстеразные (нейромидин), трофические (карниэль), и сосудистые средства (цитофлавин). Нейромидин и кортексин вводили внутрикожно по 0,2 мл в дистальные точки каналов V, R, E, RP и паравертебрально 10 дней. Проводили массаж и специальную ЛФК. Для уменьшения тугоподвижности суставов применяли магнитотерапию (аппарат "Милта"). Ребенок получал синглетно-кислородную терапию и диету, улучшающую опорожнение кишечника.

Результаты. Увеличился объем движений, повысился тонус мышц, улучшилась трофика в нижних конечностях, улучшился соматический статус, появилась болевая

чувствительность в аногенетальной зоне и стопах, позывы к мочеиспусканию и дефекации, повысилась скорость распространения возбуждения по нервам нижних конечностей по данным ЭНМГ, улучшилась микроциркуляция в нижних конечностях и венозный отток по данным УЗДГ.

Выводы. Данная интенсивная комплексная технология ранней реабилитации после перенесенного взрыво-оскальчатого ранения позвоночника с ушибом спинного мозга и нарушением функции тазовых органов является эффективной.

МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АПАЛЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗТРОВАННОГО ЦЕНТРА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Евтушенко С.К, Евтушенко О.С., Кутякова Е.И.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, Донецк

Актуальность. Проблема реабилитации больных, перенесших апаллический синдром вследствие тяжелого повреждения головного мозга актуальна, так как с каждым годом растет число пациентов, вышедших из продолжительной комы.

Материалы методы. За последние 14 лет пролечено 24 ребенка в возрасте 2-17 лет и 5 взрослых пациентов с вегетативным состоянием: вследствие ЧМТ - 17 пациентов (в том числе 1 ребенок с минно-взрывной травмой), гипоксически-ишемического поражения мозга (инсульт) - 6 детей, энцефалита - 4 детей, вследствие сочетанного поражения - 2 ребенка. Пациенты поступают на реабилитацию с момента выхода из комы, имея грубый неврологический дефект. Лечение их зависит от ведущего неврологического дефицита и сопровождается обследованием: электроэнцефалокартированием, УЗ допплеровским исследованием сосудов шеи и головного мозга, электронейромиографией, ЭХО-КГ, ЭКГ. Проводятся сенсорная стимуляция, раннее формирование вертикальной позы, ежедневные сеансы синглетно-кислородной терапии с кранио- и аурикулопунктурой, логопедические занятия. Использование медикаментозных (ноотропных, вазоактивных, седативных) препаратов вызывает положительную динамику в неврологическом статусе пациентов уже к концу 1-й недели лечения. Диспортовые блокады снижали риск развития контрактур в паретичных конечностях, что дало возможность активной тренировки двигательных навыков.

Результаты. Положительная динамика отмечалась в виде увеличения концентрации внимания, улучшения эмоционального фона, появления предвестников речи, снижения спастичности мышц конечностей и возобновления двигательной активности. У 11 (38%) пациентов спустя 1,5-2 лет с начала реабилитации сформировались стойкие моторные навыки в виде появления самостоятельной ходьбы и точных движений в кистях. Восстановление когнитивных и речевой функций происходило в течение длительного периода (3-5 лет). Повторные (каждые 3-6 месяцев) курсы восстановительного лечения усиливали достигнутый эффект.

Выводы. Таким образом, проведение многокурсовой стимулирующей полимодальной традиционной и нетрадиционной терапии улучшает прогноз для восстановления утраченных моторной, речевой и когнитивных функций.

ОСОБЕННОСТИ КУРАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ И СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ

Евтушенко С.К., Евтушенко О.С., Кутякова Е.И.

Республиканский клинический Центр нейрореабилитации, Донецк

Актуальность: Судорожный синдром у детей с церебральными параличами (ЦП) утяжеляет имеющиеся двигательные, когнитивные расстройства и ухудшает прогноз заболевания. Судороги ограничивают тренировку возрастных навыков, применение нейростимуляторов и использование физиотерапевтических методов, поскольку их наличие является противопоказанием для активной стимуляции.

Материалы и методы: За 15 лет (2000-2014 гг.) в центре получили лечение 9116 детей с ЦП в возрасте от 6 мес. до 18 лет. Из них: 2217 - дети с судорожным синдромом, получающие антиконвульсанты, 821 - дети с судорожным синдромом в анамнезе. При наличии редких эпилептических приступов (судорожные и безсудорожные) больным с ЦП и пациентам с приступами в анамнезе (ремиссия 1-5 лет) проводилось электроэнцефалокартирование, при необходимости осуществлялся ЭЭГ- мониторинг дневного и ночного сна, позволивший, в ряде случаев выявить эпилептические корреляты. У 10 детей на ЭЭГ отмечался электрический эпилептический статус сна, что проявилось эпилептической энцефалопатией**.** Все дети с ЦП, имеющие эпилептический синдром или эпилептическую активность на ЭЭГ (“субклиническая эпилепсия”), в условиях центра на фоне приема антиконвульсантов, получали комплексную терапию.

В терапии больных ЦП с эпиприступами использовались препараты вальпроевой кислоты, карбамазепин, сукцинимиды. При резистентных к традиционным антиконвульсантам пароксизмах назначались леветирацетам, ламотриджин. На период реабилитации в центре больным с судорожным синдромом увеличивали дозу антиконвульсанта на 10-20 % от ранее потребляемой суточной дозы, а больным с “субклинической эпилепсией “ назначался временно один из антиконвульсантов, что исключало в значительной степени вероятность возникновения эпилептического припадка. Назначение или увеличение дозы одного из антиконвульсантов на период реабилитации позволило активно использовать ЛФК, массаж, аппаратное лечение (кроме электростимуляции), все разновидности рефлексотерапевтического воздействия, не ухудшая при этом состояния больного.

Выводы: При использовании разработанной терапевтической тактики эффективность реабилитации наших пациентов с ЦП и судорожным синдромом возрастала без ухудшения клиники и нейрофизиологического статуса, подтвержденная соответствующими шкалами (Эшуорта, GMCS, MACS, шкала динамической эффективности реабилитации детей с ЦП под редакцией О.С.Евтушенко).

МЕТОДОЛОГИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕНСИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Евтушенко О.С., Евтушенко С.К., Яновская Н.В., Дубина С.П.

Республиканский клинический Центр нейрореабилитации, Донецк

Актуальность. Болезни нервной системы в настоящее время являются одной из главных причин детской инвалидности и ведущее место среди них занимает церебральный паралич.

Цель: разработка оригинальной методики интенсивной долговременной и многокурсовой этапной реабилитации основанной, прежде всего, на выявленных этиологических факторах, с акцентом на возрастной аспект пациента, ведущий неврологический дефицит, индивидуальный реабилитационный профиль каждого ребенка.

Материалы и методы. Проведение реабилитационного лечения ЦП в Центре проводится по 4 специально разработанным индивидуальным программам, согласно форме ЦП, в которые входят как общепризнанные методы: массаж, ЛФК, а также собственные оригинальные методики: мезотерапия, краниопунктура при гиперкинетической форме ЦП, адаптированная мягкая мануальная терапия (по О.С. Евтушенко), диспортовые блокады с последующим закреплением эффекта проведением занятий в рефлекторно-нагрузочном устройстве «Гравистат». Центр располагает собственной специальной коннолечебной базой, иппотерапия проводится по собственным методикам, разработанным для каждой формы ЦП, применяется катание на лошадях в костюме «Гравистат». При сочетании ЦП с задержкой психо-речевого развития, применяются собственные методики с использованием краниопунктуры, синглетно-кислородной терапии, специальных стимуляционных речевых методик, логопедических и педагогических методик на фоне медикаментозной нейротрофической терапии. После курса реабилитации для каждого ребенка разрабатывается индивидуальная программа медикаментозной терапии для поддержания достигнутого успеха в домашних условиях. Тяжесть и динамику состояния оценивали по системе классификации больших моторных функций (GMFCS) и системе классификации функции руки у детей с церебральным параличом (MACS), шкалы спастичности Ашфорта.

Выводы: В результате проведенного реабилитационного лечения у 83 % детей наблюдается стабильное улучшение, у 9% - непродолжительное улучшение, у 8% больных в виду грубого неврологического дефицита и тяжести состояния существенной динамики добиться не удалось.

СОЧЕТАНИЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МОЗГА И СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС

Евтушенко О.С., Сохань Д.А., Евтушенко Л.Ф., Евтушенко С.К., Савченко Е.А.

Республиканский клинический Центр нейрореабилитации, Донецк

Актуальность: Повреждение мозга на ранних стадиях внутриутробного развития является одной из наиболее частых причин детской неврологической инвалидности. Нарушения формирования мозга часто сочетается с патологией развития сердца, что значительно осложняет течение неврологической патологии и реабилитационный процесс в целом.

Цель: Выявить сочетание аномалий головного мозга и сердца, у детей с церебральным параличом, и определить оптимальные методы их реабилитации.

Материалы и методы исследования: Из 3600 детей прошедших лечение в центре за 2010-2014 год обследовали 376 пациентов. При поступлении у 249

чел.(66%) имел место церебральный паралич, последствия перинатального гипоксического повреждения головного мозга - у 127 чел.(33%).

Результаты исследования: По данным МРТ у 195 детей (52%) из 376 обследуемых детей были выявлены аномалии развития мозга: микроцефалия 39 чел. (20%); гипоплазия мозга 31 чел (15,8%); агенезия мозолистого тела 22 чел (11,2%); фокальные корковые дисплазии – 19 чел (9,7%); полимикрогирия 18 чел (9,2%); пахигирия 13 чел (6,6%); гипоплазия мозжечка 16 чел (8,2%); субэпиндимальная гетеротопия 14 чел (7.1%). У 147 детей (82%) из этой группы детей обнаружены сочетанные малые структурные аномалии развития сердца (МАРС). В структуре (МАРС) выявляли открытое овальное окно – у 133 детей. При этом у 56 (46%) детей оно было гемодинамически значимым, изолированное ООО без выраженных гемодинамических нарушений обнаруженно у 87 детей (58%). У 85 детей (55%) выявлялись сочетание ООО с пролапсом митрального клапана 1ст. и с аномальными хордами левого желудочка. В 25% случаев ООО, ПМК, и абберантные хорды сопровождали нарушения сердечного ритма и проводимости. В связи с обнаруживаемой у детей сочетанной церебро-кардиальной патологией нами разработаны методические рекомендации и инструкции по реабилитации подобных детей:

Для детей с компенсированной гемодинамикой применяется щадящая схема реабилитационных мероприятий: с ограничением занятий на тренажерах, водных процедур, иглотерапии, электростимуляции. Используется адаптированная физкультура и приемы мануальной терапии, сегментарный и точечный массаж, сухой бассейн. Профилактика инфекционного эндокардита: санация верхних дыхательных путей: в сочетании со стимуляцией биологически-активных точек лица, кистей и стоп, «Биоптрон» - терапия на фоне приема витаминов омега3, бронхомунала П, лаферобиона, производных протефлазида. Для оказания иммуностимулирующего, и энерготонизирующего влияний на организм эти дети получают Valkion-терапию, (фотохимическая сенсибилизация воздуха и воды, с образованием физиологически активных форм кислорода и оксида азота) – факторов, активирующие клеточный метаболизм, снижающих гипоксию тканей. Для улучшения питания миокарда применяем препараты с антиоксидантным и мембраностабилизирующим действием. Для последующего динамического наблюдения по месту жительства за этими больными для детских неврологов и педиатров разработаны рекомендации по наблюдению и ведению детей с органической патологией нервной системы и сердца (с периодическим мониторированием ЭКГ, ЭХО-КГ и консультацией кардиолога).

Выводы: Таким образом, учитывая тяжесть детей с сочетанной патологией мозга и сердца, мы разработали адаптированные схемы реабилитационного лечения, позволяющие оказывать всестороннюю, помощь подобным больным, не вызывая срыва адаптационных механизмов.

РАННЯЯ КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ МЫШЕЧНЫХ ДИСТРОФИЙ И АМИОТРОФИЙ У ДЕТЕЙ

Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р., Евтушенко О.С.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, Донецк

Актуальность. Частота нейромышечных заболеваний (НМЗ) - 1,3-12,9 на 100000 тыс населения. Недооценка значимости НМЗ приводит к поздней диагностике прогностически важных состояний, неполноценности профилактических мероприятий, патонегетически неэффективному лечению пациентов.

Цель. Усовершенствование и оптимизация ранней клинической и параклинической диагностики НМЗ.

Материал и методы. В реестре базы данных Центра (2004-2014 гг.) зарегистрировано 348 детей с НМЗ, включая: 152 (43,7 %) ребенка с первично-мышечными заболеваниями; 107 (30,7 %) детей со спинальными амиотрофиями; 89 (25,6 %) детей с невральными амиотрофиями. Локальный протокол, включает: клинический осмотр с использованием модифицированной Шкалы NIS LL; биохимическое исследование ферментов крови (АЛТ, АСТ, КФК, ЛДГ) на аппарате «Фотометр-КФК-3»; исследование иммунологического статуса; базисная электронейромиография, ЭНМГ-мониторинг на аппарате «Нейро-МВП-микро» (РФ, 2015); ЭКГ (аппарат «ЭК1К-01»), включая холтер-ЭКГ; ЭХО-КГ (аппарат «Logic 200 ProSeries»); исследование функции внешнего дыхания с помощью аппарата Спиросефт-3000 (Япония); для исключения остеопороза, остепении проводится денситометрия костей (рентгеновский денсинометр двуэнергетический фирмы «General electric»).

Результаты. Данные многолетнего динамического клинико-неврологического мониторинга показали: стабилизацию патологического процесса у 286 детей (82,2 %), но и дальнейшее прогрессирование заболевания у 62 (17,8 %).

Выводы. Комплексный подход к оценке состояния сердечно-сосудистой, легочной системы, костно-суставного аппарата, с определением степени поражения нейро-мышечного аппарата, даёт возможность назначить патогенетически направленное лечение, позволяющее значительно замедлить прогредиенцию патологического процесса, ассоциированное с качеством жизни и социальной адаптацией ребенка.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Жеребцова В.А.

ГУЗ Тульской области «Центр детской психоневрологии», Тула

В основу организации работы Центра детской психоневрологии заложены базовые принципы медицинской реабилитации (*раннее начало, непрерывность, комплексность, этапность, преемственность, мультидисциплинарный подход, индивидуальная направленность*). Понятие «раннее начало» реализовано, прежде всего, в организации *клинико-диагностического подразделения*, оснащенного широким спектром медицинского оборудования для проведения ранней объективной нейрофизиологической, ультразвуковой, МРТ-диагностики и др. Наряду с перечисленными диагностическими методами специалисты центра применяют специализированные международные шкалы оценки степени спастичности, двигательных функций GMFCS, психомоторного развития, генерализованных движений по Прехтлу и др.

Такая организация работы позволяет систематизировать и объективизировать диагностическую информацию, обеспечивая раннее выявление нарушений и раннее

начало восстановительного лечения на основе реабилитационного потенциала ребенка, а в дальнейшем дает возможность оценить эффективность лечения.

С момента поступления в лечебное учреждение ребенок осматривается мультидисциплинарной командой специалистов. Состав ее может варьировать, но в обязательном порядке включает: врача-педиатра, невролога, психиатра, ортопеда-травматолога, которые с учетом реабилитационного потенциала ребенка выстраивают комплексную программу реабилитации индивидуальной направленности. В этой мультидисциплинарной команде отводится немаловажная роль специалистам, обеспечивающим сопроводительные и развивающие технологии - специалистам по АРТ-терапии, логопедам, сурдопедагогам и др.

Методы физической реабилитации способны решить с большой эффективностью многие задачи восстановительного лечения и позволяют снизить общую медикаментозную нагрузку. В связи с чем, реабилитационный блок представлен в учреждении максимально разнообразно методами кинезиотерапии, бальнеотерапии, термолечения, аппаратной физиотерапии, позиционирования, функционального ортезирования, динамической проприоцептивной коррекции и др. Широко используется лечение спастичности препаратами ботулинического токсина типа А.

В позднем восстановительном периоде, в случае снижения реабилитационного потенциала акцент смещается на сопроводительные развивающие медико-психологические технологии. Для этого в Центре используются возможности отделения медицинской психологии и лечебной педагогики. Специалисты отделения, занимаясь коррекцией когнитивных, психоэмоциональных проблем у ребенка, используют в своей работе возможности живописи, музыки, логоритмики, полисенсорной итеграции, в том числе в специально организованной среде, к примеру, в интерактивной безмаркерной системе виртуальной реальности «Нирвана».

Родителям ребенка отводится полноправная роль в процессе лечения – они включаются в работу междисциплинарной команды, обучаются методам реабилитации, инструктируются о необходимости продолжения ежедневных развивающих занятий в домашних условиях между курсами. С этой целью широко используются телемедицинские технологии, в том числе Skype, особенно для консультации детей из отдаленных районов области.

Наш собственный опыт показывает важность не только широкого спектра диагностических и реабилитационных медицинских методов, но и сопроводительных развивающих технологий, обеспечивающих в совокупности разнообразное, «наполненное» и интенсивное (до 6-7 часов в день) воздействие при активном участии родителей.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Жигэу Е.И.

Славянский университет РМ, г. Кишинев, Молдова

Рождение ребенка с нарушениями в развитии - это всегда стресс для семьи. Родители оказываются в психологически сложной ситуации: они испытывают боль, горе, чувство вины, депрессию, отчаяние, переживают собственную несостоятельность, бессилие что-либо изменить. Особенно это касается родителей детей с детским церебральным параличом (ДЦП), частота которого в последние годы постепенно нарастает.

На такую семью наваливаются медицинские, экономические и социально-психологические проблемы, обусловливающие ухудшение качества жизни, семейные трудности. Деформируется сложившийся стиль внутрисемейных отношений, связь с окружающим миром, особенности миропонимания и жизненных ориентаций матери и отца. Часто родители не могут прийти к адекватному осознанию сложившейся ситуации. Многие, не видя перспектив развития и профессионального приложения своих детей во взрослой жизни, занимаются в основном здоровьем ребенка. Кроме того, ребенок с ДЦП привыкает к чрезмерной жалости к себе со стороны близких и, впоследствии, начинает надеяться не на себя и свои знания, а на родителей. В результате растет социальная незрелость и социальная зависимость детей.

Признавая необходимость специальной коррекционной работы с таким ребенком, особое внимание следует уделять психологической помощи родителям. И помимо формирования у них адекватных представлений о проблемах ребенка с ДЦП, его возможностях, оптимизации их педагогического потенциала, отдельной задачей должно стать снижение эмоционального дискомфорта родителей в связи с болезнью ребенка, повышение их жизненного тонуса. Важно показать родителям, что их собственные жизненные неудачи или успехи не зависят напрямую от заболевания ребенка и ориентировать на формирование у своих детей ответственности за себя самого, умение самостоятельно принимать жизненно важные решения.

В целом, непрерывная, комплексная, профессиональная помощь родителям детей с ДЦП способствует улучшению организации их поведения, эмоционального состояния и социализации.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Зенкина О.Ю., Червонная О.Ю., Кривцова Л.В.

ГБУЗ «Краевой детский центр медицинской реабилитации» МЗ Краснодарского края, Краснодар

Актуальность: На протяжении многих лет в Краснодарском крае одно из лидирующих мест в структуре заболеваний, приводящих к инвалидизации детского населения, прочно занимают болезни нервной системы (23,3%). Из них церебральный паралич и другие паралитические синдромы составляют 60,8%. Глубокие ограничения возможностей, сопровождаемые значительным снижением качества жизни, определяют медико-социальную значимость проблемы реабилитации и абилитации соответствующих контингентов детей.

Цель: Совершенствование организации медицинской помощи детям-инвалидам, страдающим детским церебральным параличом.

Материалы и методы: Комплексная реабилитация и абилитация данной категории детей включала в себя: медикаментозную терапию, все виды медицинского массажа, в том числе логопедический, лечебную физкультуру, методы динамической проприоцептивной коррекции, метод биологической обратной связи (БОС), физиотерапевтическое лечение, ортопедическое лечение, лечение положением с помощью ортопедических устройств, использование нового уникального роботизированного реабилитационного комплекса «Локомат - про» в педиатрической

версии, комплекс тренажеров и других вспомогательных приспособлений, социально-педагогическую реабилитацию, в том числе с использованием метода кондуктивной стимуляции и комплекса сенсорных психо-коррекционных тренажеров.

Результаты: достижение положительной динамики моторного, речевого и психического развития у детей-инвалидов с различными формами церебральных параличей до 80%.

Выводы: успешность реабилитации больных ДЦП зависит от раннего начала лечения, комплексного подхода, этапности, непрерывности и преемственности реабилитации, внедрения современных методов восстановительного лечения.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В КОМПЛЕКСЕ С БОТУЛИНОТЕРАПИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЦП ПОСЛЕ МНОГОУРОВНЕВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Змановская В.А., Попков Д.А., Буторина М.Н., Павлова О.Л., Данков Д.М., Е.В.Кашуба

ГАУЗ Тюменской области «Детский психоневрологический лечебно-реабилитационный Центр «Надежда», Тюмень
ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А.Илизарова МЗ РФ

Актуальность. Современная концепция оперативного лечения ортопедических осложнений ДЦП включает выполнение многоуровневых вмешательств (SEMLS – single-event multilevel surgery). Одним из сдерживающих факторов ранней и комплексной послеоперационной реабилитации становится болевой синдром, устранение которого может значительно повысить эффективность проводимых мероприятий и ускорить восстановление двигательных возможностей пациента с ДЦП.

Цель исследования - оценка двигательных возможностей у детей со спастической диплегией через 1 год после одномоментных многоуровневых ортопедических вмешательств на нижних конечностях в комплексе с ранним реабилитационным лечением, включая многоуровневую ботулинотерапию.

Материалы. Изучены результаты оперативного ортопедического лечения у 55 пациентов с ДЦП с 5 до 17 лет (11,9±2,5 лет), прошедших многоуровневые операции с ранним началом функциональной реабилитации курсами по 1,5 месяца с перерывом в 6-8 недель в течение 9-12 месяцев в комплексе с однократным введением ботулинического нейротоксина типа А (Диспорт®) в послеоперационном периоде.

Результаты. Выполнено 74 оперативных вмешательства, включавших 346 хирургических элемента (в среднем - 4,68 на операцию), 140 эпизодов ботулинотерапии дозами ботулотоксина в среднем 10 ЕД на кг веса в мышцы нижних конечностей. По шкале интенсивности боли зарегистрировано достоверное уменьшение болевого синдрома в послеоперационном периоде с 8,6±1,2 до 4,3±1,1 балла ($p<0,001$). Анализ ходьбы показал улучшение большинства параметров опорной и не опорной фазы шага у всех прооперированных пациентов с ДЦП, способных к самостоятельному передвижению. Согласно шкале Gillette, увеличение двигательных возможностей на 1 уровень зарегистрировано в 28 случаях (50,9%), на 2 уровня у 2-х пациентов (3,6%). Не произошло увеличения функциональных двигательных способностей в 25 случаях (45,5%).

Выводы. Эффективный контроль болевого синдрома у пациентов с ДЦП с применением многоуровневой ботулинотерапии в послеоперационном периоде позволяет ускорить начало функциональной реабилитации, увеличить темпы нагрузок во время занятий, и повысить мотивационный компонент пациентов с ДЦП в восстановлении утраченной активности.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ УЧРЕЖДЕНИЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОБРАЗОВАНИЯ, СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Исанова В.А.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Актуальность. В XVIII в. А.Н. Радищев писал: "Учителю нужно не токмо обучать наукам, но и знать законы, управляющие душой ребенка, и их материальную сущность". В настоящее время особенно актуальным стал вопрос о взаимоотношении естественных и общественных наук. Однако, чтобы полностью разрешить ряд сложных вопросов, связанных с раскрытием природы дефекта, педагогика должна прибегнуть к помощи смежных наук, физиологии, медицины и некоторых отраслей технического знания. Еще в средние века известный славянский педагог Я. Коменский в своем труде "Великая дидактика", резко схоластические взгляды. Педагог же, приступая к воспитанию и обучению ребенка, часто не интересуется психическими и физическими особенностями ребенка, особенно детей с тяжелыми дефектами психофизического здоровья, которые встречаются чаще всего. Опыт показывает, что чем раньше начато лечение и обучение, тем лучше и активнее дети включаются в полезную, адекватную для их возраста деятельность, лучше познают внешний мир и получают определенные знания, которые помогают социализироваться в общественно-полезную среду. Без научно-обоснованных методов лечения, реабилитации и обучения, такой ребенок становится беспомощным, неспособным самостоятельно жить и трудиться. Учения академика И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, значении пластичности ЦНС, указывает нам закономерности для качественного лечебного и педагогического процесса. Наша главная задача на современном этапе социально-государственного устройства, сделать все возможное, чтобы создать работающую систему реабилитации "иных деток" эффективной и непрерывной. Направить усилия разных ведомств в одно единое русло, на основе единых подходов реабилитации и социализации детей и взрослых. Шире и смелее использовать уникальные разработки отечественных и зарубежных методов, которые обеспечивают в реалии позитивные изменения качества жизни детей, с гарантией достижения определенной степени их независимости. Такой вектор оптимизации реабилитационных процессов, требует от нас глобальной перестройки организации и методологии в системе социальных учреждений различных ведомств. К этому надо идти через диалог на предмет совместной деятельности и разработки нормативных документов.

Материалы и методы. За основу реабилитационного медицинского, педагогического процесса необходимо взять принцип от знаменитого профессора невролога, психиатра, реабилитолга, директора сети реабилитационных учреждений Германии, доктора наук П. Шенле: «Компетентность и еще раз компетентность». Реабилитация детей с ограниченными возможностями в определенной степени

должно быть стандартизировано алгоритмом, последовательных мероприятий, прежде всего, диагностика ребенка, далее разрабатывается программа реабилитации на основе новых подходов в методологии нейрореабилитации, где используются разработанные в Казанском медицинском университете, отечественные аналоги самых передовых технологий, используемые в зарубежной практике. Это «кинезотерапия в медико-кондуктивной реабилитации неврологических больных» и «кондуктивной терапия». Методы работают на нейрофизиологических механизмах активизации ЦНС, ее свойстве реорганизации функциональных систем, направленных на саногенетические процессы оздоровления организма, активизируют двигательные программы и восстанавливает нарушенные проводящие пути, которые отвечают за движение, удержание позы, координацию движений, речь и другие когнитивные функции. Заполняются формализованные кондуктивные карты реабилитации, по предметно-бытовой, физической, рекреационной, логопедической программе, с оценкой эффективности показателей реабилитации по МКФ, таких, как мобильность, коммуникация, речь, способность к обучению, способность и навыки к самостоятельному образу жизни. В методе кондуктивной терапии, одним из главных векторов ее концепции, является приобщение ребенка с ограниченными возможностями к миру прекрасного, воспитать в нем культуру художественного восприятия, развить эстетический вкус, что позволит ему выйти за рамки узкого общения, помогут быстрее адаптироваться в обществе. Что соответствует самой природе организации движений, мыслительных и других функций, свойственных человеку. Нельзя также забывать и точку зрения крупнейшего нейрофизиолога Ч.С. Шеррингтона, что психическая деятельность человека управляется законами высшего Разума, что недоступно пониманию ума человека.

Результаты. Анализ эффективности реабилитации детей с двигательными и поведенческими расстройствами в алгоритме нейродинамических методов показал высокую результативность. Характерно для отечественного метода кинезотерапии в РПК «Атлант» его существенные возможности восстановления мобильности у самых тяжелых пациентов с двигательными нарушениями. Из 17 детей, не державших позу сидя в возрасте от года до 4-х лет, стали самостоятельно сидеть 89% детей, не способных ходить самостоятельно - стали ходить 3 детей в возрасте от 4-12 лет при непрерывной реабилитации до года. Нарушения речи, в форме дизартрии средней степени тяжести, восстановили речевую функцию до степени внятной, мелодико-интонационной стороны речи имело место 9 пациентов из 30. Самообслуживание появилось у 8 пациентов из 10 реабилитируемых детей в возрасте от 7 до 12 лет.

Выводы. Использование разработанной системы детей, с ограниченными возможностями показывает высокую эффективность и оптимизирует интеграцию детей в социум, позволяет позитивно смотреть на инклюзивное образование.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДАННЫХ НЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ОВЗ

Калач М.А., Коровина Н.Ю., Давыдов Д.В., Сорокин А.Б.

ГБУЗ Научно-Практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ, Москва
МГППУ, Москва
ФГБНУ НЦПЗ, Москва
Московский НИИ психиатрии, Москва

Актуальность изучаемой проблемы обусловлена необходимостью своевременного выявления поражений ЦНС, включая ДЦП, умственную отсталость, стойкие сенсорные дефекты, вегето-висцеральные нарушения, а также РАС.

Цель. Установить состояние врожденного и приобретенного иммунитета по активности лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), α1-антитрипсина (α1-ПИ) и уровню аутоантител к основным нейроантигенам у детей с неврологическими состояниями и оценить возможность их использования в качестве прогноза и диагностики.

Материалы и методы. Проведено экспериментальное изучение данных нейроиммунологического анализа у детей в возрасте от 4 до 13 лет (N=184), находившихся в стационаре и имеющих диагноз аутизм и\или сочетанным орг. пор. ЦНС, ДЦП и генетические нар-я. Так же, исследовалась группа детей с другими нарушениями нервной системы. Оценивался уровень отличия значений активности ЛЭ, функциональной активности α1-ПИ, и уровня аутоантител к фактору роста нервов, основному белку миелина, глиальному фибриллярному кислому белку и белку S100.

Результаты. Большинство детей всех экспериментальных групп имели нейроиммунологические показатели в пределах нормы, кроме активности ЛЭ, которая была умеренно повышена у большинства детей во всех экспериментальных группах. Активность α1-ПИ варьировала от умеренно сниженного до значительно повышенного уровня. Выделялась группа детей с РАС и сочетанным орг. поражением ЦНС, у 43% которых этот показатель был значительно повышен. Были выявлены достоверные отличия, указывающие на более сниженный уровень аутоантител к глиальному фибриллярному кислому белку в группах аутизма и аутизма с органическим поражением ЦНС по сравнению с группой ДЦП и недифференцированной группой.

Выводы. Выявлены отличия профиля нарушений показателей врожденного и приобретенного иммунитета у детей с разными формами ОВЗ. Более высокий компенсаторный потенциал у детей с сочетанной формой аутизма и орг.поражения ЦНС, а также отличия уровня аутоантител к глиальному фибриллярному кислому белку требуют дальнейшего исследования.

ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЦП

Клиточенко Г.В., Тонконоженко Н. Л., Малюжинская Н.В., Кривоножкина П.С.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Материалы и методы. В рамках данного исследования были проанализированы анамнестические данные 524 историй болезней стационарных больных и 216 амбулаторных карт пациентов, проходящих лечение в неврологическом отделении ГУЗ «Детская клиническая больница №8» г.Волгограда. Средний возраст детей составил 1,8±0,68 года.

Результаты. Антенатальные факторы составили 74% всех случаев ДЦП. Из них малый вес (гипотрофия плода) встретились в 72% случаев, угроза прерывания беременности - в 49%, наличие абортов в анамнезе - 40%, тяжёлого гестоза - в 32%, перенесённое ОРВИ или ОРЗ во время беременности - в 17%, обвитие пуповиной с развитием внутриутробной гипоксии - в 13,5%, многоплодная беременность - в 10%. Интранатальные факторы отмечались в 10% случаев ДЦП. Среди них на долю

преждевременных родов приходится 55%, кесарева сечения - 34%, асфиксия в родах отмечалась в 8,4% случаев, стремительные роды в 3,4%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - в 3%, затяжные роды и слабость родовой деятельности составили по 1,7%. Степень асфиксии, перенесённой новорождённым во время родов, определяют по шкале Апгар. При этом очень низкий балл (1-3 балла) по шкале Апгар, соответствующий тяжёлой форме перенесённой асфиксии, имели 59% новорождённых с детским церебральным параличом, низкий балл (4-5 баллов) по шкале Апгар отмечался в 26%, средний балл (6-7 баллов) по шкале Апгар был зафиксирован в 15%.

Выводы. Таким образом, в ходе работы были выявлены основные факторы риска развития ДЦП: малый вес плода к моменту рождения, очень низкий балл по шкале Апгар, тяжёлый гестоз, аборты в анамнезе, преждевременные роды, длительный безводный период после отхождения околоплодных вод, гипербилирубинемия. Полученная информация может позволить прогнозировать развитие детского церебрального паралича с первых дней жизни ребенка.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Козявкин В.И., Лисович В.И., Качмар О.А.

Международная клиника восстановительного лечения, Трускавец, Украина.

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) является самым распространенным двигательным расстройством среди детей и встречается примерно в двух случаях на тысячу новорожденных. В поиске оптимальной модели реабилитации детей с церебральным параличом было организовано открытое совместное международное исследование эффективности комплексного сочетания реабилитационных методик. В рамках исследования дети с церебральным параличом поэтапно проходили интенсивные курсы лечения в двух центрах: Международной клинике восстановительного лечения в Трускавце (Украина) и в Научно-практическом центре детской психоневрологии, Москва, Россия, с использованием авторским методик профессора В.И.Козявкина и профессора К.А.Семеновой.

Материалы и методы. Исследование было начато в ноябре 2012 года и длилось два года. За это время курс лечения в Международной клинике прошло 878 пациентов, из них 59% - мальчики. В структуре пациентов преобладали дети со спастическими двусторонним формами ДЦП - 68,2%, с односторонним спастическим поражением (гемипарезом) было – 17,3% детей. Все пациенты были обследованы до и после курса реабилитации в соответствии с разработанным диагностическим алгоритмом, включая шкалы GMFCS и MACS.

Результаты. После прохождения двухнедельного курса по Системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации у пациентов со спастическими формами ДЦП в 99 % случаев отмечалось снижение мышечного тонуса, а в 86% из них увеличения объема пассивных движений в суставах конечностей. Появление значительных новых двигательных навыков отмечено у 81 пациента (9,2%), а именно, 4 ребенка начали ползать, 17 - самостоятельно сидеть, садиться, 19 - вставать, 10 - самостоятельно ходить, 30 – подпрыгивать. Улучшение тонкой моторики рук наблюдалось у 349 (40%) детей, качество ходьбы улучшилось у 466 (53%) пациентов, 273 детей (31%)

стали лучше сидеть и садиться, 272 пациента (31%) начали лучше стоять и вставать, у 210 (24%) улучшились вегетативные функции.

Выводы. Данные исследования указывают на высокую эффективность комплексного подхода к реабилитации пациентов с детским церебральным параличом, базирующегося на принципах интенсивной нейрофизиологической реабилитации.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ РАЗВИТИЯ ТОНКОЙ МОТОРИКИ РУК И РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С АУТИЗМОМ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ПО СИСТЕМЕ ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Козявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Волошин Т.Б.

Международная клиника восстановительного лечения, г. Трускавец, Украина

Актуальность. Показатели больших моторных функций и тонкой моторики у пациентов с аутизмом редко остаются интактными. Количество детей с моторной дискоординацией и диспраксией, по данным разных исследований, составляет до 85 процентов. Опыт реабилитации около 400 пациентов с аутизмом по СИНР свидетельствует об улучшении у них коммуникативных навыков и в целом социализации, у данной категории детей наблюдается редукция аутичной симптоматики, улучшаются речевые функции, увеличивается количество детей с нормативными уровнями интеллектуального развития.

Целью исследования было изучение взаимосвязи формирования мелкой моторики верхних конечностей с уровнем развития речевых функций во время реабилитации детей с аутизмом по СИНР.

Материалы и методы. Обследовано 87 пациентов с диагнозом “детский аутизм” (F84.0).

Результаты. После проведенного двухнедельного курса реабилитации улучшения в той или иной сфере наблюдались у 82 (96,5%) детей с аутизмом, из них увеличение обьема активных и пассивных движений верхних конечностей отмечено у 71 (83,5%) пациента, улучшения тонкой моторики − у 43 (51%) пациентов. У 35 (97%) обследованных детей наблюдалось снижение мышечного тонуса в дистальных отделах рук. После курса реабилитации положительные сдвиги в формировании речевых функций наблюдались у 60% детей. Наблюдалась положительная стойкая корреляционная зависимость между улучшениями по результатам тестов «Кубики в коробке», «9 колышков» и улучшениями по показателям речевого развития (R=0,56 и R=0,60 соответственно).

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о взаимозависимости манипулятивной функции рук и речевых характеристик, важности интегрального подхода к реабилитации детей с аутизмом.

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ИНТЕНСИВНОЙ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Козявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Гордиевич М.С.

Международная клиника восстановительного лечения, Трускавец, Украина

Актуальность. Предыдущие исследования указывают, что применение Системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации (СИНР) способствует не только двигательному развитию детей, но и уменьшению когнитивных нарушений. Опыт использования этой системы реабилитации у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) указывает на улучшение внимания, памяти и умственной работоспособности в процессе лечения.

Целью нашего исследования была оценка изменений когнитивных функций у детей с СДВГ в процессе реабилитации по системе СИНР.

Материалы и методы. Было обследовано 34 детей в возрасте от 6 до 11 лет с СДВГ (F90.0, F90.1 согласно МКБ-10), которые проходили курс реабилитации в Международной клинике восстановительного лечения по СИНР. Всем детям, наряду со стандартным обследованием до начала и после завершения курса реабилитации, было проведено психодиагностическое исследование, направленное на оценку состояния основных когнитивных функций (внимания, памяти, умственной работоспособности). С этой целью использовались набор нейропсихологических тестов «Лурия - 90», адаптированных для детей, и тест Тулуз-Пьерона.

Результаты. Как показали результаты проведенных исследований, у всех детей с СДВГ были различные расстройства внимания, памяти и умственной работоспособности. После курса реабилитации улучшались такие показатели как объемы произвольного внимания, функции концентрации, распределения и переключения. Также выросли показатели объемов вербальной памяти (4,05 ± 1,16 слов к лечению и 5,44 ± 1,29 после лечения, $p < 0,05$). У всех пациентов наблюдалось отчетливое улучшение уровня умственной работоспособности, что находило свое выражение в увеличении объемов обрабатываемой информации и уменьшении числа совершенных ошибок, то есть в улучшении качества умственной деятельности.

Выводы. Полученные результаты указывают на положительную динамику когнитивных расстройств у детей с СДВГ в процессе реабилитации по СИНР.

РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ ОСЛАБЛЕННЫХ МЫШЦ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Конова О.М., Шубина Л.С., Дмитриенко Е.Г., Дмитриенко Т.Г.

ФГБНУ «Научный центр здоровья детей», Москва

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) – одна из самых распространенных неврологических патологий детского возраста, часто ведущая к тяжелой физической инвалидизации. Одним из наиболее применяемых методов разрешения спастичности у детей с ДЦП стали локальные инъекции препаратов ботулинического токсина типа А (БТА) в спастичные мышцы. Вопросы сочетания инъекций БТА с другой терапией на сегодняшний день остаются актуальными. Группы мышц антагонистов спастичным у таких детей прогрессивно ослабляются, что еще более усугубляет функциональные нарушения в суставах. В качестве метода улучшения вазо- и нейротрофики этих мышц, повышения их электрофизиологической активности используются процедуры электромиостимуляции (ЭМС) данных мышц.

Целью настоящей работы являлась разработка и научное обоснование целесообразности применения ЭМС мышц антагонистов спастичным в комплексной реабилитации детей со спастическими формами ДЦП.

Материалы и методы. В ходе нашей работы проведен анализ результатов наблюдения 30 детей со спастическими формами ДЦП. Пациенты основной группы проходили комплексную реабилитацию, включавшую инъекции БТА в спастичные мышцы и ЭМС ослабленных мышц антагонистов спастичным. Дети группы сравнения получали инъекции БТА, но не получали ЭМС мышц антагонистов спастичным. В качестве методов исследования до и после лечения использовали оценку мышечной спастики по Шкале Ashworth, электромиографию (ЭМГ) мышц антагонистов спастичным, а также гониометрическое исследование суставов верхней конечности.

Результаты. В результате исследования выяснено, что курс процедур ЭМС позволил значительно, статистически значимо повысить электрофизиологическую активность мышц-антагонистов спастичным и улучшить функциональные возможности верхних конечностей у пациентов основной группы исследования.

Выводы. Таким образом, полученные в ходе исследования результаты позволяют сделать вывод о целесообразности включения процедур ЭМС ослабленных мышц антагонистов в комплексную реабилитацию детей со спастическими формами ДЦП.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УСТАНОВЛЕНИЮ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Корнеева Н.Б., Владимирова О.Н.

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, Санкт-Петербург

Актуальность. В условиях реформирования системы здравоохранения и социальной защиты возникает необходимость оптимального межведомственного взаимодействия учреждений медико-социальной экспертизы (далее МСЭ) с различными органами (организациями) такими как: медицинские организации, территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации, орган социальной защиты населения, Федеральная служба по труду и занятости и др.

Цель исследования. Совершенствование методических подходов по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы детям с детским церебральным параличом (далее ДЦП).

Материалы и методы. Проанализированы положения Конвенции о правах инвалидов (ООН, 2006), биопсихосоциальная концепция инвалидности, предлагаемая Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ; ВОЗ, 2001), действующие российские нормативно-правовые документы, методические материалы.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время в Российской Федерации изменены подходы к проведению МСЭ у детей с ДЦП, которые заключаются в использовании количественной оценки степени выраженности нарушенных функций организма, устанавливаемой в процентах (от 10 до 100), что даёт возможность устанавливать инвалидность на основе объективных нормативно установленных критериев. В практику введены новые понятия экспертной оценки нарушений

функций организма: «максимальная оценка», «суммарная оценка», также внесены уточнения в содержание видов стойких нарушений функций (сердечно-сосудистой системы; функции кожи и связанных с ней систем), появились изменения в содержании понятий ОЖД (способность к обучению).

Выводы. В связи с принятием нового приказа Минтруда России от 29.09.2014 N 664н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" изменяются и требования к оформлению направления на МСЭ специалистами медицинских организаций. Необходимо представить: развернутый клинико-функциональный диагноз (для экспертной оценки инвалидности и обоснования предоставления реабилитационных мероприятий, услуг и технических средств реабилитации), развернутый анамнез с верификацией экспертно-значимых факторов (объективное подтверждение степени нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических), психических, языковых и речевых функций и др.), а также описание не только основного, но и сопутствующих заболеваний (для возможности суммарной оценки нарушенных функций).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Косатенко К.Ю., Токарева И.Ф

РАНХиГС, Москва

При появлении в семье ребенка инвалида, чувство радости и счастья сменяются на чувства горя, растерянности и безысходности. «Почему это случилось именно у нас? Что мы сделали не так? За что нам это!» Это те вопросы, которые родители задают себе. Родители детей-инвалидов сталкиваются не только с материальными, медико-социальными, но и с психологическими проблемами. Понятие “ребенок-инвалид” разделяется на две категории. Первая категория детей- инвалидов - это дети с врожденными нарушениями. Вторая категория детей – дети - инвалиды , ставшие инвалидами в результате длительной болезни. Родители в стрессовом состоянии не могут в полном, необходимом объеме обеспечить психологическую, эмоциональную поддержку ребенку-ивалиду. Из-за того, что один из родителей вынужден оставить работу и, как следствие, уменьшается семейный бюджет, стресс в семье может обостряться. Нарушаются социальные и общественные связи, позволяющие противодействовать негативным обстоятельствам.

Принято выделять четыре фазы психологического состояния в процессе становления родительской позиции к ребенку-инвалиду.

Первая фаза – “шок”, характеризуется состоянием растерянности родителей, беспомощности, страха, возникновением чувства собственной неполноценности.

Вторая фаза – “неадекватное отношение к дефекту”, характеризующаяся негативизмом и отрицанием поставленного диагноза, что является своеобразной защитной реакцией.

Третья фаза – “частичное осознание дефекта ребенка”, сопровождаемое чувством “хронической печали”. Это депрессивное состояние, являющееся “результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, следствием отсутствия у него положительных изменений”.

Четвертая фаза – начало социально - психологической адаптации всех членов семьи.

Для проведения активных лечебных мероприятий по реабилитации детей, родителям необходима психологическая стабильность. Работа по ее формированию не должна носить разовый, ознакомительный характер. Это должен быть системный, всесторонне-охватывающий подход.

Мы считаем, что одним из качественных и результативным подходов, является «Эмоционально-образная терапия». Это сравнительно новый и оригинальный отечественный метод психодинамического направления психотерапии, который позволяет достичь весьма быстрых и существенных результатов при коррекции эмоциональных проблем. Необходимо также отметить, что работая с родителями, стабилизируя их психоэмоциональное состояние, мы косвенно оказываем коррекционное воздействие и на их детей. Согласно эмоционально – образной терапии, тело является центром идентификации, в котором фиксируются хронические эмоциональные состояния. Преобразование эмоции от негативной к положительной ведет к реальному изменению личности. Следствие этого является решение проблемы на более глубинном уровне, чем уровень поведения и интеллекта. Преображенная эмоция снова фиксируется в теле, и в дальнейшем, «по умолчанию», определяет новое поведение, мышление, уровень энергии.

С помощью метода «Эмоционально-образной терапии» мы формируем у родителей навык находить ресурсы в самом себе для решение поставленных задач, для преодоления трудных ситуаций. Работа эмоционально-образной терапии направлена на изменение эмоциональных состояний, которые лежат в основе психологических проблем, а также на восстановление целостности и гармонии сущности человека. Умение использовать свои эмоциональные и психологические ресурсы делают жизнь полной и гармоничной не только родителя, но и, безусловно, положительно сказывается на психологическом состоянии ребенка-инвалида, что влечет за собой более результативное лечение и социальную адаптацию детей-инвалидов

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА LOKOMAT® У ДЕТЕЙ С ДЦП

Кочубей Г.Н., Устинова А.В., Павлов А.В., Меньшикова Т.Н.

КГБУЗ Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Красноярск

Актуальность. Комплекс Lokomat® позволяет осуществлять локомоторную терапию у детей с нарушениями походки, позволяя во время ходьбы широко варьировать терапевтическими возможностями (менять углы сгибания и разгибания в суставах, скорость движения, степень приземления на дорожку, разгрузку тела и др.), тем самым полностью имитируя физиологический паттерн ходьбы.

Цель. Оценить эффективность применения роботизированной механотерапии в комплексной реабилитации детей с ДЦП.

Материалы и методы. Объектом исследования были 107 пациентов с ДЦП в возрасте от 4 до 14 лет. Распределение пациентов согласно классификации по шкале GMFCS было следующим: GMFCS I - 6 человек (5,6%), GMFCS II - 33 человека (30,8%), GMFCS III - 68 человек (63,6%). Из них 57 больных (53,3%) прошли 1 курс роботизированной механотерапии, 29 (27,1%) - 2 курса, 15 (14%) - 3 курса, 3 (2,8%) -

4 курса, 2 (1,9%) - 5 курсов, 1 (0,9%) - 6 курсов. В 21 случае (19,6%) реабилитация проводилась после хирургического лечения: у 4-х детей - после открытого вправления вывиха бедра, 17 пациентов были прооперированы по поводу контрактур суставов нижних конечностей. Эффективность оценивалась по следующим критериям: изменение степени спастичности на графиках обратной связи комплекса Локомат и по модифицированной шкале Ashwart, видеоанализу опороспособности и стереотипа ходьбы, углометрии.

Результаты. У всех пациентов (100%) отмечено снижение спастичности в ногах и увеличение объема движений в суставах ног. У 64 больных (59,8%) имело место улучшение опороспособности нижних конечностей, у 53 детей (49,5%) улучшился стереотип ходьбы с поддержкой, у 20 пациентов (18,7%) улучшился стереотип самостоятельной ходьбы, семь детей (4,5%) начали ходить самостоятельно.

Выводы: У детей тренинг на роботизированной системе Lokomat® существенно повышает мотивацию к самостоятельной ходьбе, позволяет ускорить процесс реабилитации детей после ортопедо-хирургических вмешательств, приводит к снижению спастичности и улучшению стереотипа ходьбы на всех уровнях GMFCS.

УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДВИЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БТА И МЯГКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОРТЕЗОВ

Красавина Д.А., Ходичева О.Н.

СПбГПМУ кафедра Хирургических болезней детского возраста, Санкт-Петербург

Актуальность. Возможность привлечения новых терапевтических методов в комплексном лечении детей с разной тяжестью ДЦП является важной задачей на современном этапе. Улучшение функциональных возможностей у детей с ДЦП после проведения БТА - основная задача реабилитологов. Различные вспомогательные средства для улучшения паттерна движения давно используются, но задача облегчить ортезирование необходимо рассматривать, как первоочередную. Правильная фиксация плечевого пояса, туловища и нижних конечностей с определенной степенью компрессии материалом ортеза должна повышать двигательные возможности детей с нейромоторными дисфункциями.

Цель. Изучить воздействие гибкой фиксации детей с ДЦП на улучшение поддержки функциональной позы, балансировки и создания динамической стабильности при движениях. Оценить усиление афферентации (тонких биомеханических связей) и улучшение глубокой чувствительности у ребенка с ДЦП.

Материалы и методы. Обследовано 22 ребенка с ДЦП по шкале GFSM (I, II, III группы). Проведена БТА терапия с последующим проведением курса реабилитации, включающим в себя использование гибких функциональных ортезов (типа компресионного белья). Из данной группы детей 13 детей с гемипарезом и 9 детей с диплегией. Вся группа получала от двух до четырех курсов БТА терапии (Диспорт) с положительным результатом. Возраст детей от 2-х до 17-ти лет. У 17-ти из 22-х детей отмечался сколиоз (I-II).

Результаты и обсуждения. Были использованы мягко-функциональные (1-2-х слойные) ортезы гибкой фиксации. Ортезы боди, ортезы лосины, мягко-функциональные ортезы на верхние конечности. При ношение функциональных

ортезов не менее 6-7-ми часов с проведением ЛФК в ортезах на контрольных ЭМГ, видео контроле было отмечено улучшение динамической стабильности, повышение экспозиции времени работоспособности, усиление четкости моторики в верхних и нижних конечностях. Ношение мягко функциональных ортезов, усиливающих механический эффект компрессии тканей у детей повышает сенсорную нагрузку со стимуляцией афферентации у всей исследуемой группе. Отмечалось уменьшение торсионного компонента у всех детей со сколиозами. Важную роль в уменьшении торсии играло количество слоев мягкого функционального ортеза.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ МЕТАЛЛОЗА И ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ СКОЛЬЗЯЩИМИ ТИТАНОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ У БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ

Лака А.А., Сампиев М.Т., Рамлугон К.

Российский университет дружбы народов, Москва

Цель исследования. Анализ качественного и количественного состава ионов металла в крови и тканях больного, выделяющихся при трении элементов устройства - эндокорректора - для лечения сколиоза у детей.

Материалы и методы. Выполнена оценка проявлений развития металлоза у пациентов с имплантированными конструкциями модели LSZ и определение концентраций ионов металлов в крови и прилежащих к конструкции тканях у 65 пациентов (23 мальчика, 42 девочки), которым была проведена операция по имплантации направляющих рост скользящих конструкций LSZ по поводу раннего сколиоза в возрасте 11,4±1,2 года на уровне 10±2 сегментов на срок 6±2 года.. Конструкция изготовлена из титанового сплава Ti6Al4V. Взятие крови у пациентов выполняли за сутки до плановой операции по замене скользящих конструкций LSZ на традиционные конструкции для спондилодеза после окончательного формирования скелета ребенка.

Уровень ионов металлов в крови и тканях оценивали также у 25 пациентов контрольной группы без имплантированных конструкций. Гистологическое исследование проводили путем световой микроскопии (микроскоп Carl Zeiss AXIOSCOP 2 plus).

Результаты. Установлено, что осложнения, связанные с металлозом, развились в 23,1 % случаях у пациентов, которым была произведена имплантация скользящей конструкции LSZ. У 7 пациентов развились свищи, у 8 развилась серома. В большинстве случаев серомы и фистулы наблюдались в поясничной области позвоночника, что объясняется повышенной подвижностью этого отдела по сравнению с грудным. В определенной степени эти данные объясняются усиленным транспортом металлических частиц с током крови от верхних отделов позвоночника к нижним. Наблюдаемая частота связанных с металлозом осложнений достаточно высока, хотя ревизионные хирургические вмешательства потребовались только 5 пациентам.

Установлено, что у 90% пациентов с имплантированными конструкциями LSZ уровень металлов в крови был повышен. Содержание ионов титана и ванадия в цельной крови этих пациентов было выше в 2,8 и 4,0 раза соответственно по сравнению с контрольной группой. Статистически значимых различий по показателям концентраций ионов алюминия выявлено не было в связи с большим разбросом

полученных значений. Хотя содержание ванадия в крови обследованных больных было выше, это не отражает состав сплава, поскольку в нем содержится 6% алюминия и 4% ванадия. Концентрации ионов у пациентов с серомами и свищами статистически не отличались от соответствующих значений у больных без осложнений.

Выводы.

1. Содержание ионов титана, в тканях, окружающих область контакта стержня и фиксатора эндокорректора для лечения сколиоза LSZ значительно выше, чем в тканях пациентов контрольной группы (1300 мкг/г против 0,7 мкг/г).
2. Увеличение концентрации ионов титана в крови пациентов после установки скользящих конструкций LSZ, которые теоретически должны быть источником большего количества продуктов износа, сходно с таковым у пациентов с выполненным спондилодезом.
3. Концентрации ионов металлов у пациентов с осложнениями (серомами и свищами) и без осложнений статистически значимо не различались. Следовательно, концентрации ионов металлов в крови пациентов с имплантированными металлоконструкциями не следует использовать в качестве прогностических факторов клинических осложнений или количества продуктов износа.
4. Высокие концентрации ионов титана и ванадия в тканях, окружающих скользящую конструкцию LSZ, и нежелательные реакции в тканях, развивающиеся в ответ на накопление продуктов износа, могут быть причиной таких клинически значимых осложнений, как серомы и свищи, лечение которых требует ревизионных хирургических вмешательств.
5. Необходимо совершенствование износостойких покрытий при разработке титановых металлоконструкций для лечения сколиоза.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВМЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ СТИМУЛЯЦИИ АУТОХТОННОЙ МУСКУЛАТУРЫ С АБИЛИТАЦИОННЫМИ МЕТОДИКАМИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС

Лупандина-Болотова Г.С, Игнатов Д.А., Семикина М.Г., Зотов П.А., Поляков С.Д., Клочкова О.А.

ФГБУ «Научный центр здоровья детей», Москва

Актуальность. Физическое развитие ребенка на первом году жизни во многом предопределяет его двигательные возможности на следующих этапах развития. Гармоничное развитие в этот период определяется возможностью совершить определенные двигательные акты в декретированные сроки. Методика стимуляции аутохтонной мускулатуры, воздействуя на рефлексогенные зоны, позволяет задействовать и интегрировать «блокированные» возможности моторики. Сочетание уже применяемых в настоящее время методик со стимуляцией аутохтонной мускулатуры позволяет реализовать полный двигательный потенциал ребенка, что особенно актуально для пациентов раннего возраста, перенёсших перинатальное поражение центральной нервной системы (ПП ЦНС).

Цель: оценить эффективность применения методики стимуляции аутохтонной мускулатуры в сочетании с гидротерапией и массажем у детей раннего возраста с ПП ЦНС.

Материалы и методы. В исследование включено 42 ребёнка с последствиями ПП ЦНС в возрасте от 0 до 18 месяцев (Me=8). Пациентам обеих групп проводилась комплексная реабилитация, в группе сравнения (N=17) представленная классическим массажем, гимнастикой и гидротерапией (по 10 процедур массажа в сочетании с гимнастикой и 10 процедур гидротерапии в течение 14 дней), в основной группе (N=25) - прикладной кинезотерапией (стимуляция аутохтонной мускулатуры и последующее обучение родителей для самостоятельного применения), массажем без гимнастики, гидротерапией (10 процедур массажа и 10 процедур гидротерапии в течение 14 дней, 5 процедур прикладной кинезотерапии). Для оценки результатов лечения использовали гониометрию и видеофиксацию. Результаты оценивали сразу после проведенного курса реабилитации.

Результаты. В основной группе отмечено уменьшение угла функционального гиперкифоза с 33° до 21° (Me), $p<0,05$. В группе сравнения уменьшение угла функционального кифоза составило 4°, статистически не значимо. Дети из основной группы в 96% демонстрировали физиологические паттерны движения (присаживания, ползания), своевременное формирование очередного навыка (вертикализация - Me=9мес). В группе сравнения отмечена ранняя вертикализация (Me=8мес) у 75% детей.

Заключение. **С**очетание уже применяемых методов со стимуляцией аутохтонной мускулатуры повышает эффективность реабилитации и позволяет устранить функциональные нарушения у детей с последствиями ПП ЦНС, реализуя индивидуальный двигательный потенциал ребёнка. Обучение родителей обеспечивает непрерывность лечебного процесса.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИНДРОМА ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ С СОСТОЯНИЕМ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Макарова Е.Ю., Авдеева Т.Г.

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный университет», г.Смоленск

Актуальность. Тесная взаимозависимость физического и нервно-психического развития проявляется на первом году жизни. Отсутствие или недостаточность воздействий на нервно-психическое развитие детей отрицательно влияет на их физическое развитие и может быть одной из причин дисметаболических нарушений, приводящих к гипотрофии, рахиту, ортопедическим проблемам. В свою очередь, синдром двигательных расстройств (СДР) лишь верхушка айсберга обменных нарушений в работе целостного организма ребенка.

Методы и методы: статистический, аналитический, ретроспективный. Катамнестическое наблюдение за 67 детьми проводилось в возрасте 6 и 12 месяцев и включало: оценку физического и нервно-психического развития, характер вскармливания, качество проведения специфической профилактики рахита, перенесённые заболевания. При исследовании состояния костной системы учитывали сроки начала прорезывания зубов, количество зубов в возрасте 6 месяцев и к 1 году, их состояние. Оценивали размеры большого родничка и сроки его закрытия, наличие швов, клинических симптомов рахита, плотность костей, мышечный тонус, данные УЗИ тазобедренных суставов. В основную группу вошли 26 детей с диагнозом СДР, в контрольную группу – дети с диагнозами ППЦНС, без ограничения мобильности.

Цель исследования: изучить клинику синдрома двигательных расстройств и выявить взаимосвязь с состоянием костной системы у детей раннего возраста в амбулаторных условиях

Результаты. При оценке физического развития замечено, что 54% детей из 1 группы перносили дистрофию. При этом у 24,6% -гипотрофию с дефицитом массы тела 1 степени, 25,6% - паратрофия. Во 2 группе проблемы с весом отмечались в 5 раз реже в 10,6% случаев (n=4). Антропометрические показатели у детей основной группы на 1-м году жизни не достигали среднего уровня детей группы сравнения. Из отклонений в физическом развитии в возрасте 1-го года преобладало низкое физическое развитие (15,4% и 3,7% соответственно, $p>0,05$) и дефицит массы тела (25,0% и 3,7%, $p<0,01$). В возрасте 1 месяца у каждого второго ребёнка 2 группы диагностировалась задержка НПР (54,9% и 4,1%, $p<0,001$). Показатели НПР к возрасту 12 месяцев у детей с СДР улучшились: задержка регистрировалась у 25,4% .При изучении состояния костной системы были выявлены следующие особенности: открытый малый родничок имели 5,6% детей с ограничением мобильности, расхождение швов черепа более 0,5 см - 12,5%. В контрольной группе эти признаки не регестрировались. У детей 1 группы зубы начали прорезываться позже в отличие от детей группы сравнения (6,9±0,21 мес. и 6,2±0,26 мес.,$p<0,01$). С прогрессированием СДР отмечается тенденция к более позднему прорезыванию зубов. Среднее количество зубов к 12 месяцем было меньше у детей основной группы (6,4±0,21 зуба и 7,2±0,27 зуба, $p<0,02$). Выявлена обратная связь между количеством зубов в возрасте 12 месяцев и кратностью острых заболеваний, переносимых в течение года ($r=-0,5, p<0,01$). Большой родничок закрылся к 1 году у каждого третьего ребенка (33,3% и 36,8%, $p>0,05$). Дети основной группы, у которых не закрылся большой родничок к 12 месяцам, имели большие его размеры в отличие от группы сравнения ($p<0,001$).

Отмечено, что такое состояние как паратрофия в 87,6% случаем сопровождалось ограничением мобильности в 6 месячном эпикризном сроке, а в 9 мес в 75% опережало нормативные показатели. 20% детей (n=10 в основной группе и n=4 в контрольной), была проведена УЗ – остеоденситометрия после 12 месяц. У 70% детей отмечена снижение костной плотности, у 20% и 50% соответственно – тенденция к снижению костной прочности. Характер изменения тонуса мышц у детей - участников исследования можно определить так: патологически не изменен - 7,6%; изменение тонуса по пирамидному типу -11,3%; дистонические нарушения тонуса - 9,4%; денерваторные нарушения тонуса - 43,4%; гипотония - 3,8%. В результате анализа медицинской документации были выявлены наиболее типичные для детей 1-2 года жизни особенности развития двигательной сферы: нарушения стопы (плоскоскостопие, косолапость) - 34% (21 ребенок); нарушения мышечного тонуса - 56% (36 детей); кривошея - 5% (3 ребенка); дисплазия тазобедренных суставов- 3% (2 ребенка).

Выводы. В ходе исследования выявлена прямая зависимость прогрессирования СДР от состояния костной системы и обменных процессов. Более чем у половины детей с СДР (64%) были диагностированы проявления рахита и задержки оссификации скелета. Таким образом, появляется необходимость рекомендовать проведение мероприятий по коррекции метаболических процессов и состояния костной системы у детей с синдромом двигательных нарушений. Нарушение темпов моторного развития является фактором определяющим перспективное формирование полноценного гармонично развивающегося ребенка.

АДАПТИВНАЯ ПЕДАГОГИКА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Михайлова О.В., Абкович А.Я.

ГАУ «МНПЦ реабилитационных технологий», Москва

Проблема реабилитации и интеграции в социум детей с тяжелой инвалидностью является одним из ключевых направлений социальной политики в Российской Федерации. Повсеместно открываются реабилитационные центры, разрабатываются новые методы и технологии физической реабилитации. Однако люди, чьи физические и интеллектуальные возможности ограничены, наряду с получением медицинских услуг, нуждаются в поддержке, направленной на решение вопросов их социализации. Именно эта сторона реабилитации является очень важной и социально значимой, но она же является и одной из наиболее сложных составляющих реабилитационной работы.

В ГАУ «МНПЦ реабилитационных технологий» разработана и успешно реализуется с 2013 года программа социально-средовой и социально-бытовой адаптации детей-инвалидов с тяжелыми двигательными нарушениями «Адаптивная педагогика».

Основными целями программы являются формирование у ребенка с тяжелой инвалидностью социально-значимых навыков и базовых компетенций для функционирования в социуме, а также психологическая поддержка и обучение родителей специальным навыкам продуктивного взаимодействия с ребенком-инвалидом.

Работа осуществляется в совместных детско-родительских группах, возраст детей от 4 до 14 лет, от 6 до 10 детей в группе. Режим работы группы: 5 раз в неделю в течение 4 недель. Длительность занятий: 6 часов в день с перерывом на обед и отдых. Структура занятий включает в себя 4 основных блока: упражнения, направленные на: развитие двигательных функций и ориентировки в пространстве; развитие познавательной деятельности, творческих способностей и мотивационного компонента; формирование социально-бытовых навыков; развитие социально приемлемых способов коммуникации.

За 2,5 года курс реабилитации по программе адаптивной педагогики в Центре прошли 168 детей-инвалидов в возрасте от 4-х до 14 лет. В результате реализации программы отмечалось улучшение крупной моторики у 118 детей; мелкой моторики и 81 ребенка, у 71 ребенка повысился уровень речевого развития и/или коммуникативных навыков. Положительная динамика в познавательном развитии наблюдалась 156 участников программы, что позволяет говорить о перспективах данного метода в комплексном реабилитационном процессе.

ОСТЕОПАТИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКЕ К РОДАМ

Мозговая Е.В., Мишина С.В., Виноградова О.А., Патрухина Н.А.

ФГБУ НИИ АГ им. Д.О. Отта СЗО РАМН
Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, институт остеопатии, Санкт-Петербург

Актуальность. Проблема подготовки к родам является крайне важной, поскольку оптимальная биологическая готовность беременной женщины является залогом успешных родов и здоровья ребенка в будущем и позволяет снизить частоту развития гипоксии плода и развития дальнейших неврологических нарушений новорожденного. Одним из методов, способных улучшить анатомо-функциональное состояние организма женщины к родам, является применение приемов остеопатии.

Цель исследования. Оценить влияние остеопатии на степень созревания мягких родовых путей в комплексной подготовке к родам, течение и исходы родов.

Материалы и методы. Проведено контролируемое рандомизированное исследование, которое включало 65 беременных женщин с одноплодной доношенной беременностью, без тяжелых соматических и акушерских осложнений. В основную группу (n=36) были включены женщины, у которых в качестве комплексной подготовки к родам применялись остеопатические методы; в группе сравнения (n=29) остеопатические методики не использовались. Остеопатическое обследование беременных включало оценку структуры соматических дисфункций.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациенток в основной группе и группе сравнения составил 28,2±0,7. В обеих группах проводилась оценка зрелости шейки матки по методам Г.Г Хечинашвили и Бишопа. Оценка Бишопа в основной группе составила 3,19±0,22 до начала подготовки и 5,6±0,29 после ($p<0,05$). В группе сравнения данные до и после подготовки шейки матки также достоверно отличались и составили 2,3±0,27 и 5,0±0,29 ($p<0,05$). Скорость раскрытия шейки матки у рожениц, которым применялись методы остеопатии, была несколько выше: в латентной фазе в основной группе составила 0,9±0,07 см/ч, в группе сравнения – 0,7±0,09 см/ч ($p=0,08$), а в активной фазе – 1,8±0,14 и 1,6±0,19 см/ч соответственно.

В основной группе беременных у 8,3% кесарево сечение выполнено в экстренном порядке, что достоверно ниже аналогичной частоты в группе сравнения – 27,6% ($p<0,05$). Среди осложнений родов в группе сравнения достоверно чаще встречалась слабость родовой деятельности-20,7%($p=0,02$), угрожающая гипоксия плода-27,6%($p=0,3$) и отмечено 4 случая начавшейся гипоксии плода – 13,7%($p=0,03$).

В обеих группах женщин большинство новорожденных были оценены на оценку по шкале Апгар 7 и более.

Применение остеопатических методик было направлено на выявление соматических дисфункций в области тазового региона. Терапевтическое воздействие обусловлено активизацией функции нейровегетативной нервной системы, локального и общего артериального и венозного кровообращения.

Выводы

1)Применение остеопатии позволяет достоверно снизить частоту слабости родовой деятельности и гипоксии плода, частоту экстренного родоразрешения

2) Применение остеопатии позволяет увеличить скорость раскрытия шейки матки у женщин основной группы в среднем на 0,2 см/ч в латентной и активной фазах

3)Остеопатия неинвазивна и безопасна для здоровья беременной и плода.

РАННИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Морозова Е.А., Шаймарданова Г.А.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Казань

Целью исследования явилось изучение вариантов неврологической патологии у детей в неонатальном и младенческом периодах жизни при длительной угрозе прерывания беременности.

Материалы и методы: в исследование включено 85 детей, рожденных от матерей с длительной угрозой прерывания беременности. Тщательной оценке подвергался неврологический статус новорожденных и младенцев динамике, изучалась клинико- нейровизуализационная корреляция.

Результаты исследования. Недоношенными рождено 48,2% детей. Большинство пациентов (63,5%) родились в процессе естественных родов. Кесарево сечение произведено 36,5% рожениц, из них экстренно– в 51,6% случаях. Состояние детей при рождении оценивалось по шкале Апгар. 43,5% детей родилось в удовлетворительном состоянии (8-9 баллов), 40% - в состоянии средней тяжести (5-7 баллов), в 16,5% случаев состояние оценено как тяжелое (0-4 балла). Обвитие пуповиной было обнаружено у 18,8% детей, из них в 43,8 % случаев – тугое. Среди заболеваний новорожденных были зафиксированы: ателектазы легких (28,2%), врожденные пороки развития (23,5%), анемия (8,2%), морфофункциональная незрелость (8,2%), краниомаляция теменных костей (2,3%), задержка внутриутробного развития (28,2%), гипербилирубинемия новорожденных (18,8%), дисциркуляторно- геморрагический синдром (18,8%). В 42,3% случаях был установлен диагноз церебральной ишемии, из них I степени – у 27,7%, II степени – у 69,5%, III степени – у 2,8% пациентов. В первые дни жизни неврологическая симптоматика была представлена мышечной гипотонией (43,5%), двухсторонней пирамидной недостаточностью (10,6%), гипорефлексией (3,5%), снижением двигательной активности (2,3%), вялым сосанием (5,9%), кефалогематомой (4,7%), кривошеей (10,6%), тремором (1,2%). Среди патологических синдромов в выписных эпикризах были: гипертензионный (21,2%), синдром нервно-рефлекторной возбудимости (5,9%), синдром угнетения (5,9%).

Нейросонография выявила патологию в форме интра- и перивентрикулярного кровоизлияния (36,7%), перивентрикулярной лейкомаляции (8,2%), незначительного повышения эхогенности перивентрикулярных зон (28,6%), вентрикулодилятации (12,2%), кистозных образований (10,2%).

Выводы. Таким образом, детей от матерей с длительной угрозой прерывания беременности, следует рассматривать как группу риска по развитию неврологической патологии, что требует проведения ранней и своевременной диагностики.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЖИЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЗИЦИИ ПЛОДА В РОДАХ

Морозова Е.А, Камалова А.В., Хасанов А.А.

Кафедра детской неврологии КГМА, Казань
Кафедра акушерства и гинекологи №1 КГМУ, Казань
Детская городская больница №8, Казань

Актуальность. Интранатальное поражение плода остается междисциплинарной, дискутабельной и актуальной проблемой, несмотря на множество научных исследований в течение 3-х последних десятилетий. Работы акушеров-гинекологов,

детских неврологов и рентгенологов (А.Ю. Ратнер, 1990; А.А. Хасанов, 1997; М.К. Михайлов, 1978; Т.К. Тихонова, Т.Б. Шанина, 2011; Р.Ф. Акберов, В.В.Фаттахов,1994., П.С. Бабкин, 1989) показали, что при физиологических родах не всегда удается избежать поражения нервной системы плода. Существуют факторы, приводящие к родовому травматизму в процессе физиологических родов, они могут возникать в результате проблем матери или плода. Позиция плода в родах (отношение спинки плода к боковой поверхности стенки матки: к левой- I позиция, к правой- II позиция) может являться основной причиной родовых повреждений, несмотря на известные физиологические варианты каждой из позиций. В мировой и отечественной литературе отсутствуют работы, посвященные взаимосвязи затылочного предлежания плода и неврологических нарушений у новорожденных. Имеются лишь указания о преобладании I позиции над II (Власюк В.В., 2009; Айламазян Э.К., 2003).

Целью исследования является выявление частоты встречаемости I и II позиции плода, определение структуры перинатальных нарушений у новорожденных в зависимости от позиции в родах, оценка роли инструментальных методов исследования и разработка стандартов диагностики неврологических нарушений у детей, рожденных в разных позициях.

Материалы и методы. Клинические наблюдения осуществлялись на базе акушерского отделения Республиканской клинической больницы №2, родильного дома им. Груздева В.С. г. Казани. Согласно критериям включения, в исследовании участвовали 97 доношенных младенцев от физиологически протекавшей беременности, родившиеся естественным путем в головном предлежании в I или II позиции плода. Первую группу составили 52 ребенка, рожденные во второй позиции, в группу сравнения были включены 45 новорожденных в первой позиции. Оценивалось общее состояние ребенка, двигательная активность, мышечный тонус, сухожильные рефлексы, объем пассивных и активных движений, баллы по шкале Апгар. Инструментальные методы исследования проводились по показаниям.

Результаты.

показатели	Первая группа (II позиция плода)	Вторая группа (I позиция плода)
Шкала Апгар (средний балл)	1 мин. – 6,8 5 мин. – 6,9	1 мин. – 7,5 5 мин. – 7,7
Кефалогематома	3 (5,7%)	0
Дисциркуляторно-геморрагический синдром (ДГС)	8 (15,3%)	2 (4,4%)
кривошея	5 (9,6%)	1 (2,2%)
Симптом «короткой шеи»	5 (9,6%)	3 (6,6%)
Мышечная гипотония	14 (26,9%)	6 (13,3%)
Пирамидная недостаточность	3 (5,7%)	2 (4,4%)
Асимметрия альвеолярных отростков	1 (1,9%)	0

Оценка по шкале Апгар – средний балл на первой минуте жизни в первой группе (II позиция плода) составил 6,8, тогда, как во второй (I позиция) - 7,5 баллов. На 5 минуте жизни: в основной группе- 6,9; в группе сравнения -7,7 баллов. Таким образом, в первой группе показатели оценки по шкале Апгар, отражающие сомато-неврологический статус новорожденного, оказались ниже как на первой, так и на

пятой минуте жизни новорожденного. Результаты сравнения неврологического статуса пациентов, исследуемых групп, показали, что у 3 (5,7%) младенцев из 52, рожденных во второй позиции, диагностировалась кефалогематома в области левой теменной кости, у второй группы (I позиция) кефалогематомы не встречались. Признаки дисциркуляторно-геморрагического синдрома были обнаружены в первой группе у 8 новорожденных, что составляет 15,3%, во второй группе 2(4,4%). Кривошея в первой группе - 5(9,6%) младенцев, во второй 1(2,2%). Симптом «короткой шеи» в первой группе - 5(9,6%), во второй - 3(6,6%). Снижение мышечного тонуса в первой группе - 14(26,9%), во второй - 6(13,3%). Повышение мышечного тонуса по пирамидному типу: в первой - 3(5,7%), во второй группе - 2(4,4%). У одного новорожденного в группе II позиции отмечалась асимметрия стояния альвеолярных отростков, что говорит о поражении двигательной порции тройничного нерва. Большинству новорожденных проводилась нейросонография. В результате сравнения показателей исследуемых групп выявилось, что у детей, рожденных во II позиции ВЖК 1-2 степени встречалось в 9,6% случаев, ПВК 1 степени - 13,4%. Во второй группе (I позиция) ВЖК 1-2 степени - 4,4%, ПВК 1 степени - 5,7%.

Выводы. Сравнительная характеристика двух групп выявила преобладание неврологической симптоматики и патологических показателей нейровизуализации у младенцев, рожденных во второй позиции. Что является предпосылкой для выявления и изучения причинно-следственной связи между позицией плода в родах и натальным повреждением нервной системы.

МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРКИЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЦП В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ «ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО»

Морошек Е.А., Аронскинд Е.В., Афанасьева Н.А.

Медицинский центр «Здоровое детство», Екатеринбург

Актуальность. Гиперкинетическая форма ДЦП наблюдается у 3-22 % детей страдающих ДЦП (Бадалян Л.О.,Журба Л.Т., Тимонина О.В., 1988; Семенова К.А., 2007; Газалиева А.М., 2008; Himmelmann 2011;) и характеризуется наличием гиперкинезов (атетоз, хореоатетоз, тики, торсии), мышечной дистонии и незначительно выраженным когнитивным и речевым дефицитом. По данным многих авторов, гиперкинетическая форма ДЦП представляет наибольший клинический интерес, как форма наименее поддающаяся консервативным методам лечения. Задачей специалистов по работе с указанным контингентом детей является увеличение направленной двигательной активности и, следовательно, улучшение социальной адаптации пациента.

Целью исследования явилось разработка модели лечения гиперкинетической формы ДЦП на основе применения кинезиотерапии, инъекций Ботулинического токсина типа А и нагрузочного нейро-ортопедического костюма «EVA».

Результаты. На первом этапе лечения модель предполагает проведение нейро-ортопедо-кинезиологического консилиума. На втором и четвертом этапе длительностью 7 и 14 дней соответственно основой лечения является кинезиотерапия с помощью методик PNF, Бобат-терапии и технологии «Экзарта». На второй неделе кинезиотерапии подключаются инъекции Ботулинического токсина типа А, которые обусловлены индивидуальным и дифференцированным подходом к выбору мышц-мишеней на основании заключения кинезио- и ботулинотерапевта о ведущем

патологическом двигательном паттерне. Перед окончанием интенсивного курса лечения проводится несколько занятий в нейро-ортопедическом костюме «EVA», который за счет компрессии усиливает проприоцептивную нагрузку, снижает амплитуду и интенсивность патологического двигательного паттерна, тем самым увеличивает эффективность лечения. Занятия кинезиотерапией в НОК «EVA» продолжаются в домашних условиях на протяжении 2-3 месяцев до следующего курса лечения в условиях медицинского центра. Для динамического наблюдения и коррекции программы физической реабилитации пациент приходит на контрольные занятия к кинезиотерапевту один раз в 7-10 дней.

В настоящее время оценка эффективности предложенной модели продолжается.

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ В КОМПЛЕКСЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Новиков В.И., Малахов О.А., Монахов Н.Ф., Новикова Т.Р.

ООО «Протезно-ортопедическое малое предприятие «ОРТЕЗ», Москва

Актуальность. В последние годы разработки новых отечественных ортопедических аппаратов (ОА) осуществлялись крайне редко, однако резко расширилось использование зарубежных конструкций. В текущем году Президентом РФ поручено Правительству РФ обеспечить современное производство на условиях государственно-частного партнерства технических средств реабилитации, к которым относятся и ОА.

Цель работы. Создание на основе новых биомеханических подходов, отечественных материалов, современных ОА, учитывающих специфичные проявления поражений опорно-двигательной системы у детей с последствиями ДЦП, применение в практике ортезирования и оценка результатов использования.

Материалы и методы. Пациентами являлись дети с последствиями ДЦП разбитые по группам в соответствии с локализацией, уровнем, степенью поражения. Проведено ортезирование инновационными ОА. Дети наблюдались до, в процессе ортезирования и в отдаленном периоде.

Результаты. Разработки велись в соответствии с ранее разработанным биомеханическим системным подходом по двум направлениям - усовершенствование ОА с гильзами из термопластичных листовых материалов и создание нового направления –ОА с гильзами из композиционных материалов на основе углетканей, тканей «Русар» (аналог кевлара). Одновременно в новых ОА в ряде случаев применялись вместо металлических упругие полимерные элементы выполняющие роль шарниров и дополнительно другие ортезы. Проведено ортезирование новыми ОА более 100 детей с последствиями ДЦП. Отмечена нормализация ряда биомеханических параметров ходьбы, повышение функциональных показателей опорно-двигательного системы.

Выводы. 1. Использование современных ОА у детей с последствиями ДЦП является важнейшим компонентом реабилитации значительно улучшающим функции опорно-двигательной системы и часто единственным средством обеспечивающим ходьбу.

2. Новые подходы к созданию ОА позволяют значительно увеличить их функциональность, обеспечить снижение массы, расширить показания к назначению.

3. Для обеспечения расширения отечественной номенклатуры инновационных импортозамещающих ОА следует включить их разработку в государственные программы.

РАННЯЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ДОРЗАЛЬНОЙ РИЗОТОМИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Новосёлова И.Н., Комфорт А.В, Понина И.В, Валиуллина С.А., Васильева М.Н.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Актуальность. Наличие большого количества больных ДЦП с тяжелыми формами нарушения двигательной активности, резистентными к терапевтическим методам коррекции спастичности, определяет необходимость проведения селективной дорзальной ризотомии и последующей ранней реабилитации у данной категории пациентов.

Цель исследования. Повышение эффективности комплексной реабилитации больных ДЦП с тяжелыми формами нарушения двигательной активности.

Пациенты и методы: В анализ включено 39 детей с рефрактерными спастическими формами ДЦП, которым выполнялась селективная дорсальная функциональная ризотомия на поясничном уровне. Основной целью ранней реабилитации являлось формирование условий для последующей активизации и постурального контроля положения тела. Для этого применялось ортезирование верхних и нижних конечностей в соответствии с имеющимся двигательным дефектом, вводился ротационно-позиционный режим с коррекцией положения тела функциональными возможностями кровати, использовались средства механотерапии, физические факторы лечения и массаж. На 10-й день осуществлялись пассивная вертикализация на поворотном столе, обучение удержанию статического равновесия в исходных положениях и тренировка силовой выносливости мышц туловища. Далее проводилась коррекция баланса при выполнении двигательной деятельности верхними конечностями, формировался локомоторный паттерн ходьбы в технических средствах реабилитации.

Результаты. Новый оперативный доступ с использованием ультразвукового костного скальпеля обеспечил стойкое снижение спастичности и создал условия для безопасного проведения реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде. Раннее формирование двигательных функций в новых условиях функционирования сегментарной системы регуляции мышечного тонуса позволило значительно улучшить и закрепить положительные результаты селективной дорзальной ризотомии.

Заключение. Разработанная и внедренная в работу последовательность проведения реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном периоде селективной дорзальной ризотомии ускорила формирование двигательных умений и навыков в новом локомоторном паттерне, способствовала снижению уровня тревожности пациентов и родителей; подготовила семью к долгосрочной программе реабилитации.

КОМПЛЕКС ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С АПАЛЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Песчанская М.Л., Евдущенко Т.Г., Кутякова Е.И.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, Донецк

Актуальность. В реабилитации пациентов с апаллическим синдромом актуально восстановление утраченных не только моторных, а так же когнитивных и речевых функций. Лечение каждого больного индивидуально и состоит из медикаментозной терапии, логопедической и психологической коррекции.

Материалы и методы. За период 2001-2014 гг. реабилитацию прошли 29 пациентов из них 24 ребенка и 5 взрослых. Причиной апаллического синдрома являлись: последствия ЧМТ - 17 (58,6%), гипоксически-ишемическое поражение мозга (инсульт) - 6 (20,6%), энцефалит - 4 (13,7%), сочетанное (травматическое и нетравматическое поражение) - 2 (7,1%). Диагноз афазии выставлен 27 (93,1%) пациентам, дизартрии тяжелой степени - 2 (6,9%). Задачами логопедической коррекции являлись: растормаживание, восстановление речи, преодоление нарушений понимания, восстановление аналитического чтения и письма, стимулирование элементарной ситуативной речи. На фоне проводимого комплекса медикаментозной и немедикаментозной реабилитации апаллического синдрома проводились логопедические занятия, на которых выполнялся массаж языка и лица с использованием специальных зондов, дыхательная гимнастика с использованием тренажеров. Для преодоления акалькуляции, конструктивно-пространственной аграфии, оптической алексии использовали специальные дидактические материалы (азбука, сюжетные и звукоподражательные картинки, стимульный материал). Длительность каждого занятия в среднем от 10 до 15 минут 2 раза в день, на более поздних этапах 30-40 минут.

Результаты. Результатом комплексного лечения явились: увеличение объема движений языка у 27 пациентов (93,1%), появление новых в речи пациента звуков у 11 (37,9%), появление коротких фраз – 6 человек (20,6%), увеличение словарного запаса - 12 (41,3%), улучшение звукопроизношения – 7 (24,1%), формирование связной речи – 3 (10,3%), выполнение инструкций – 9 (31,0%), развитие невербальных форм общения у 8 (27,5%) детей.

Выводы. Лечение пациентов с апаллическим синдромом требует комплексного подхода с использованием квалифицированной логопедической помощи, которая позволяет закрепить результаты медикаментозного и немедикаментозного лечения, способствовать социальной адаптации пациентов.

СВЯЗЬ ПАМЯТИ И ЭМОЦИЙ

Плохоцкий А.И., ШишаеваЕ.А.

РАНХиГС, Москва

Проведенные опыты по разрушению или стимуляции определенных отделов мозга и изучение мозга человекас органическими и неорганическими повреждениямии операциями, позволили получить сведения об анатомическом субстрате возникновения тех или иных видов эмоций.

В 1937 г. американский невропатолог Дж. Пейпец выдвинул концепцию системы, составляющей мозговой субстрат для появления эмоций, и включающей в

себя ряд анатомических структур головного мозга. Она была названа лимбическим кругом или эмоциональным кругом Пейпеца. Как пишет Е. П. Ильин, состояние организма – это реакция функциональных систем на внешние и внутренние воздействия. Принимая во внимание такое понятие как состояние, стоит выделить и четко разграничить в нем две немаловажные стороны: первая сторона – эмоциональная, находит свое отражение в виде эмоциональных переживаний. Вторая – физиологическая, является эффекторм изменения моторных и вегетативных функций. Узнавание какого либо объекта или явления происходит в процессе его восприятия. При этом, организм уже должен иметь личный опыт знакомства с этим предметом, представленный из памяти, либо примерное представление о нем в воображении. К. Изард пишет, что обработка информации мозгом может проходить не только сознательно, но и бессознательно. Это означает, что вызывающие эмоции процессы не всегда могут носить когнитивный характер.

Благодаря таким процессам как эмоциональная память и эмоциональный настрой, человек может вызывать эмоции, связанные как с уже пережитыми, так и с грядущими событиями.Эмоциональная память – это память, связанная с запоминанием чувств и ощущений. Как указывает в своей теории Т. Рибо, данный вид памяти проявляется в двух различных способах воспроизведения эмоций: аффективное состояние, возникающее в процессе целенаправленного воспоминании эмоциональных ситуаций, или при прямом воздействии стимула, ведущего к активизации следа памяти.
Т. Рибо так же выделил понятие ложной аффективной памяти, в процессе которой человек вспоминает эмоцию, но сам её не ощущает.

П. П. Блонский пишет об особом эффекте следа от сильной эмоции, пережитой организмом. Эта эмоция способна храниться в памяти и возбуждаться более слабыми стимулами, схожими по своей природе с первоначальным. Ученый выделяет три вида эмоции (страдание, удивление, страх), имеющие наибольшую вероятность фиксации в памяти, и даёт понять, что отрицательные эмоции запоминаются организмом лучше, чем положительные. Одним из основных свойств эмоциональной памяти, по мнению Е. А. Громовой, является её развитие в процессе эволюции организма. При воспроизведении из памяти, эмоциональность яркого события постепенно ослабевает и приводит его к полному без эмоциональному воспоминанию. Память о первичном же раздражителе распространяется на другие, и может привести к нестабильности психоэмоционального состояния организма.

Сама по себе образная память – это процесс сохранения, воспоминания и воспроизведения разных ранее воспринявшихся мозгом явлений и предметов. Совместно с воображением, они имеют между собой прямую и очень тесную связь, ведь представляя что либо, мы обращаемся к своему уже имеющемуся пережитому опыту посредством его образного воспроизведения из нашей памяти.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКОГО КОСТЮМА РПК «АТЛАНТ» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Побута О.В., Исанова В.А., Лебедева Л.Н.

ГАУ «МНПЦ реабилитационных технологий», Москва
Кафедра неврологии и нейрохирургии КГМУ, Казань

Цель. Изучение влияния метода кинезотерапии с применением нейродинамического костюма РПК «Атлант» на восстановление двигательных функций в комплексной реабилитации детей с двигательными нарушениями.

Материалы и методы. Группа состояла из 98 детей с диагнозом Детский церебральный паралич в возрасте от 3-х до 6 лет. Методом кинезотерапии в РПК «Атлант» осуществлялся тренинг на инициацию правильных фрагментов ходьбы. Обследование проводилось с использованием метода стабилографии и технологии биомеханической структуры ходьбы «Видеоанализ Статокин» до и после курса комплексной реабилитации. Для объективизации степени выраженности имеющегося неврологического дефицита в группе пациентов применялись шкалы: Ashworth, GMFCS, Hauser Ambulation Index, 5 бальная шкала оценки мышечной силы. Комплексная реабилитация проводилась от 28 до 90 дней; продолжительность тренинга составляла 30 минут.

Результаты. По объективным данным, заключениям стабилографии и видеоанализа скорость шага возросла у всех пациентов в два раза, физиологический двигательный стереотип выработался у 24 % пациентов, мерный шаг и амплитуда увеличились в 1,5 раза, длительность устойчивой ходьбы до 100 метров возросла в 1,3 раза. При исследовании способности пациента удерживать вертикальную позу было выявлено достоверное уменьшение площади статокинезиограммы, уменьшение значений среднеквадратических отклонений во фронтальной и сагиттальной плоскостях, что свидетельствует о централизации центра тяжести тела и опороспособности пораженных конечностей.

Выводы. Таким образом, результаты свидетельствуют о высокой эффективности метода кинезотерапии с применением нейродинамического костюма «Атлант» в комплексной реабилитации детей с двигательными нарушениями, позволяющей увеличить скорость ходьбы в 100%, и восстановить физиологичный двигательный стереотип - в 24% наблюдений.

АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНЫЕ ПРИСТУПЫ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО НЕВРОЛОГА

Польская А.В., Мезенцева О.А. Карева И.В., Агаркова Л.Г.

МБУЗ «Городская детская больница» г.Белгорода

Актуальность. Аффективно-респираторные приступы (АРП) - это эпизодические проявления апноэ у детей раннего возраста как ответ на плохо контролируемые ими отрицательные эмоции, иногда сопровождающиеся потерей сознания или нарушением мышечного тонуса. Определение состояния указывает на наличие провоцирующего момента (аффектации), респираторного компонента - апноэ (основы патогенеза), непроизвольность возникновения. Приступы обычно появляются в конце первого года жизни и могут продолжаться до 2-3 летнего возраста, реже отмечаются до возраста 5 лет. Частота АРП в детской популяции по данным разных авторов составляет 4-27%.

Цель исследования. Установить клинико-функциональные особенности аффективно-респираторных приступов у детей и выделить из них «эпилептогенные АРП».

Материалы и методы. В областном отделении «Психоневрологическое для детей раннего возраста" за период с 2013г по 2014гг. были обследованы 38 детей,

поступивших с диагнозами «Пароксизмальное состояние?», «Судорожный синдром?», «Аффективно-респираторный приступ». Критериями включения в исследование были: возраст от 1 до 5 лет, наличие в клинике заболевания пароксизмальных состояний, имеющих прямую связь с провоцирующими их факторами (отказ или неповиновение родителей, невозможность добиться желаемого или обратить на себя внимание, испуг, внезапная боль и т.п.), сопровождающихся нарушением мышечного тонуса (от атонии до генерализованного тонического напряжения мышц).

Результаты и обсуждение. Из обследуемой группы 24 ребенка (63%) были госпитализированы с диагнозом «Пароксизмальное состояние неуточненное», 7 детей (18.5%) – с диагнозом «Судорожный синдром?», остальные 7(18.5%) – с диагнозами «Аффективно-респираторный приступ?», «Синкопальное состояние». Все дети прошли клинико-функциональное и лабораторное обследование, включающее совместный неоднократный осмотр невролога и клинического психолога, ЭКГ, холтер-ЭКГ (по показаниям), ЭЭГ, длительное видео-ЭЭГ-мониторирование (по показаниям), транскраниальную допплерографию, ОАК и ОАМ, биохимический анализ крови. В результате выявился ряд признаков, характерных для абсолютного большинства обследуемых детей с пароксизмальными состояниями. Общей чертой для 88% пациентов стало наличие на ЭЭГ неэпилептических признаков, косвенно свидетельствующих о нестабильности биоэлектрической активности коры головного мозга (дезорганизация ритма, вспышки острых волн, доминирующая высокоамплитудная тета - и дельта-активность). У 12% обследованных на ЭЭГ регистрировалась региональная пик-волновая активность, что потребовало проведения длительного видео-ЭЭГ-мониторирования с последующим назначением антиконвульсантов.

Выводы. Для адекватной терапии аффективно-респираторных приступов необходимо выделять из них приступы, имеющие неэпилептогенный генез, и эпилептические.

ИММУННАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И НАПРАВЛЕНИЯ ЕЁ ОПТИМИЗАЦИИ

Пономаренко Ю.Н., Каладзе Н.Н., Мошкова Е.Д.

Медицинская академия им. С.И.Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского
Евпаторийский центральный детский клинический санаторий Министерства обороны РФ

Актуальность. Достаточно часто в процессе санаторно-курортного лечения у детей с ДЦП развиваются различные острые состояния и обострения хронических коморбидных заболеваний, что прерывает или делает невозможным дальнейшее проведение реабилитационных мероприятий в условиях курорта. В связи с чем, целью нашего исследования было выявление особенностей иммунной адаптации у детей с ДЦП в зависимости от тяжести двигательных нарушений.

Материалы и методы. Обследовано 120 детей с ДЦП. Была проведена оценка по шкале GMFCS, анализ коморбидных заболеваний. Проведено лабораторное исследование CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, CD16, CD20, CD95, уровень

иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG и цитокинов INF-γ, TNF-α, IL-1β, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10. Дети с ДЦП получали препарат «Имупрет» в течение 14 дней.

Результаты. Коморбидные заболевания были выявлены у большинства детей с ДЦП, у 112 (93,3%) респондентов отмечены хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов, у 26 (21,6%), у 84 (70%) выявлены нарушения пережевывания и глотания, у 76 (63,3%) нарушения функции тазовых органов, у 35 (29,1%) хронические воспалительные заболевания мочевыводящих путей.

Иммуномодулирующая терапия во время санаторно-курортного лечения актуальна у детей с нетяжелыми формами заболевания, тем не менее, ответ на иммуномодулирующую терапию даже у детей с нетяжелыми формами заболевания неполный, за 14 дней получено лишь увеличение некоторых показателей клеточного и гуморального иммунитета, практически нет реакции на лечение по показателям цитокинового спектра, что свидетельствует о том, что полученный эффект имеет преходящий характер.

Выводы. Иммуномодулирующая терапия может рассматриваться как метод подготовки детей с ДЦП к санаторно-курортному лечению, в особенности, детей с средне-тяжелыми и тяжелыми двигательными нарушениями, и должна проводиться накануне запланированного санаторно-курортного лечения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ С КИНЕЗИОТЕРАПИЕЙ У ПОДРОСТКОВ

Пятин В.Ф., Мокина Н.А., Мокин Е.Д.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Самара

Актуальность. При хронических болезнях легких: бронхиальная астма (БА), ХОБЛ, -дыхательные объемы прогрессивно снижаются, в темпе, - значительно выше физиологического. Расширение спектра методов реабилитации и оценка их эффективности при хронических болезнях легких, имеет важное и актуальное значение.

Цель. Провести комплексную оценку эффективности реабилитации, с компонентом кинезиотерапии, при БА у подростков, с применением метода акустического анализа.

Материал и методы. Рандомизировано 88 подростков вне обострения среднетяжелой БА: опытная группа -41 чел. (14,4±2,6 лет), контрольная - 47 чел. (13,9±1,3 лет), получавшие лечение: в опытной гр.–базисная фармакотерапия+ЛФК+кинезиотерапия(*Power Plate*), в контрольной группе- базисная фармакотерапия+ЛФК. Оценка эффективности: спирометрия, Pao2, анализ акустической работы дыхания (ААРД),- в динамике.

Результаты. В опытной группе отмечался положительный прирост ОФВ1% (при $p<0.05$). Средние значения параметров АРД для опытной группе повышались, от исходного уровня от 30 сек до2,5 мин, затем сменяясь «плато» - до уровня в 2 раза ниже исходного, – к 8 мин, при недостоверном снижении Pao2. Отмечена достоверная чувствительность и специфичность метода АРД ($p<0.05$).

Выводы. Оценка эффективности реабилитации с кинезиотерапией, при БА у подростков, с применением ААРД, показала возможности ААРД объективно отражать физиологические респираторные процессы, наряду спирометрией, что

позволяет рекомендовать его для дальнейшего изучения и научно-практического применения.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ВИБРО-АКУСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА «РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕБЕНКА. ЦЕНТР Г.Н.РОМАНОВА»

Романов Г.Н., Корсакова Е.А.

Региональный благотворительный фонд «Реабилитация ребенка. Центр Г.Н.Романова», Санкт-Петербург

Актуальность. Известно, что при церебральных параличах поражение головного мозга вызывает ряд компенсаторных реакций организма, которые приводят к отставанию в развитии, патологическому мышечному напряжению, костным деформациям, нестабильности суставов, нарушению равновесия и координации. Вторичные скелетно-мышечные последствия ухудшаются с ростом организма ребенка. При наличии в статусе больного фиксированных деформаций конечностей многие перечисленные в литературе методики реабилитации малоэффективны (Лильин Е.Т., Степанченко О.В., Бриль А.Г. 1999г.). Для повышения эффективности медицинской реабилитации детей с диагнозом ДЦП в выборе тактики реабилитационного процесса необходимо отталкиваться не от диагноза, а от состояния каждого ребенка, возникшего при компенсации тех повреждений, которые возникли конкретно у него. Задача специалистов в этом случае - дать каждому ребенку, с учетом его индивидуальных особенностей, возможность самостоятельно сидеть, стоять, ходить, получать возрастные физические нагрузки, вернуться в среду здоровых сверстников.

Состояния детей, с которыми мы работаем в нашем реабилитационном центре уже более 25 лет, сопровождаются различными нарушениями со стороны опорно-двигательного аппарата, в том числе асимметрией длинны и объема костей правой и левой половины туловища. Изучая функциональную биохимию, электрофизиологию и функционально-адаптивные структуры костной ткани и возможности влияния на процессы остеорегенерации (В.В.Некачалова «Патология костей и суставов» (2000 г.), работы Г.А.Илизарова, А.М.Мархашова «Кровоснабжение позвоночника и влияние его на форму изменений трофики и нагрузки» (1981 г.), С.С.Ткаченко, В.В.Руцкий «Электростимуляция остеорепарации» (1989 г.) и др), была проведена параллель между пьезоэлектричеством кости и известной физиологической перестройкой и выдвинута гипотеза, что биоэлектрические потенциалы могут явиться связующим звеном, осуществляющим прямую и обратную связь между структурой и функцией.

Дифференцировка костной ткани и формирование опорно-двигательного аппарата невозможны без механических нагрузок. Общебиологический закон структурно-функциональной адаптации особенно ярко проявляется в жизнедеятельности костной ткани.

Костеобразование как одна из форм реакции костной ткани на воздействие внешней среды неотделимо от выполняемой костным органом нагрузки. Под нагрузкой подразумевают воздействие механических сил на ту или иную ткань или орган. Нагрузка может быть статической и динамической. Каждый костный орган в опорно-двигательной системе занимает особое место и выполняет определенную статическую и динамическую нагрузку. В связи с этим любому костному органу или

любому его отделу присуща та или иная архитектоника, связанная с выполняемой функцией, и отражена в особенностях его макро- и микроструктуры. Нужно подчеркнуть, что костная структура – понятие динамическое, так как изменение нагрузки неизбежно влечет за собой изменение ее структуры. Вместе с тем необходимо помнить, что костный орган нельзя рассматривать лишь как чисто механическое образование. Его жизнедеятельность взаимосвязана с жизнью и функцией других органов и систем, всего организма. Однако именно нагрузка – ее величина, направление действия сил – важнейший фактор, способный влиять на кость, вызывать в ней реактивные изменения.

При этом рост костной ткани регулируется пьезоэлектрическим эффектом, зависящим от распределения механических напряжений. Это объясняет важность ранней вертикализации ребенка с правильным распределением нагрузочных опорных осевых и ортопедической коррекцией имеющихся костных деформаций.

Так же эти данные помогли нам найти способ влиять на интенсивность роста костной ткани, который был запатентован и прошел клиническую апробацию.

Материалы и методы. В условиях нашего реабилитационного центра мы используем виброакустическое воздействие на костные структуры с целью - вызвать резонанс в отдельно взятой кости, который в свою очередь провоцирует возникновение пьезоэлектрического эффекта в данной кости. Тем самым мы провоцируем более интенсивный рост костной ткани. В течение года во время первичных осмотров 283-х детей, находящихся на реабилитации в Региональном благотворительном фонде «Реабилитация ребенка. Центр.Г.Н.Романова» мы выявили разницу в длине нижних конечностей более 6 мм у 47 детей (16,6%) из которых 26 мальчиков и 21 девочка в возрасте от 10 мес. до 19 лет. Максимальная асимметрия составила 29 мм, в среднем разница в длине ног составила 11,5 мм.

Результаты. В период реабилитации этим пациентам были проведены процедуры виброакустического воздействия частотой звука, который по предварительному обследованию вызывал резонанс в бедренной или большеберцовой костях со стороны укорочения. Каждый ребенок получил от 19 до 140 процедур, в среднем – 55 воздействий. В зависимости от величины асимметрии удалось скомпенсировать от 4 до 19 мм разницы длины ног, в среднем – 8 мм.

Выводы. Таким образом, можно считать данный метод эффективным при использовании у пациентов с ДЦП, имеющих разницу в длине нижних конечностей.

Вертикализация ребенка, имеющего повреждения ЦНС с одновременной коррекцией имеющихся деформаций опорно-двигательного аппарата приводит не только к физиологическим и функциональным изменениям, но и является дополнительным стимулом и мотивирует ребенка к хождению, открывая ему новые возможности его тела.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА

Романов Г.Н., Суслова Г.А., Корсакова Е.А.

Региональный благотворительный фонд «Реабилитация ребенка. Центр Г.Н.Романова», Санкт-Петербург

Церебральный паралич – это термин, который используется для обозначения разнородной группы нарушений в развития движения, связанных с непрогрессирующими патологическими отклонениями в развивающемся мозге плода или новорожденного. Поражение головного мозга вызывает ряд компенсаторных реакции организма, которые приводят к отставанию в развитии, патологическому мышечному напряжению, костным деформациям, нестабильности суставов, нарушению равновесия и координации. Хотя первичное поражение головного мозга не прогрессирующее, вторичные скелетно-мышечные последствия ухудшаются с ростом организма. Кроме того состояние детей с ДЦП сопровождается рядом особенностей дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и вегетативной регуляции, антропометрическими и метаболическими особенностями.

Задача врача-реабилитолога оценить и учесть особенности состояния каждого ребенка, определить тактику и необходимую продолжительность реабилитации, которая должна зависеть не от стандартов, которые оплачивают страховые компании, а от реабилитационного потенциала, физических и эмоциональных возможностей, состояния нервной, дыхательной систем, наличия или отсутствия нарушений со стороны формирования суставных поверхностей средних и крупных суставов, мотивации и мн. др.

В 1989 году в Санкт-Петербурге на базе ДГБ №4 группа врачей и медицинских работников, студенты медицинских ВУЗов начали проводить реабилитационные занятия с детьми, имеющими повреждения ценральной нервной системы. До 1991 года данные занятия проводились на благотворительной основе поддерживаемые вначале благотворительным обществом «Молодежь за милосердие», затем – фондом «Милосердие и здоровье». В 1992 году этими же врачами был организован благотворительный медицинский центр «БЛЦ», где Геннадием Николаевичем Романовым вместе с заведующей кафедрой реабилитологии ФПК и ПП Санкт-Петербургской Государственной Педиатрической Медицинской Академии Галиной Анатольевной Сусловой был разработан, апробирован и 27 декабря 1994 года запатентован в государственном реестре изобретений «Способ реабилитации детей с повреждениями центральной и периферической нервной системы». В 1998 году учрежден Региональный благотворительный фонд «Реабилитация ребенка. Центр Г.Н.Романова», единственной благотворительной программой которого является медико-социальная реабилитация детей с неврологическими и пульмонологическими заболеваниями.

За четверть века, благодаря многочисленным «донорам», нам удалось провести курсы медицинской реабилитации более 5 000 пациентов из 53 регионов России, стран СНГ и Европы.

У нас получилось уйти от определений: «выписывается с улучшением» или «наблюдается положительная динамика». Мы используем свой стандарт эффективности, который определяется возможностью ребенка: самостоятельно сидеть, самостоятельно стоять, самостоятельно ходить, иметь возможность активно заниматься физическими упражнениями соответственно возрасту

Это стало возможным, благодаря независимости от государственного финансирования и страховых обществ.

Минимальная продолжительность реабилитации в нашем Центре – 60 лечебных дней (3 рабочих месяца), а наполнение и направление реабилитационных курсов для каждого маленького пациента зависит от этапа медицинской реабилитации авторского метода Романова-Сусловой. Данный метод объединяет в себе элементы восточной и европейской медицины и состоит из 5 этапов:

1-й этап – изменение деятельности функциональных и физиологических систем пациента в сторону возрастной нормы

2-й этап – ортопедическая коррекция анатомической формы костей, входящих в состав крупных и средних суставов конечностей и позвоночника пациента.

3-й этап – фиксация изменений функциональных и физиологических систем пациента в пределах возрастной нормы, увеличение физических возможностей.

4-й этап – на фоне изменения опорно-двигательного аппарата ребенка в сторону анатомической и возрастной нормы пространственная стабилизация пациента в вертикальном положении.

5-й этап – возрастные физические нагрузки.

Позволяет последовательно решить ряд задач: уменьшение выраженности и устранение спастичности мышц, формирование анатомически правильных опорных поверхностей крупных и средних суставов, разрушение патологического стереотипа движений, формирование новых динамических стереотипов, тренировка силовой и физической выносливости, борьба с подсознательными страхами

Для этого последовательно используются методики восстановительного лечения:

- Специальная система связанных между собой и дополняющих друг друга методов ручного воздействия
- ЛФК (комплексы статических и динамических упражнений)
- Рефлексотерапия
- Виброакустическая остеорепарация
- Консервативная коррекция ортопедических нарушений
- Статическая фиксация в вертикальном положении
- ОФП - возрастные физические нагрузки
- Мотивационные занятия

Продолжительность реабилитационных занятий в течение лечебного дня составляет, в среднем, 4 часа с перерывами на отдых и обед ребенка.

Но самое главное, реабилитационный процесс длится так долго, как это необходимо для достижения конкретно поставленных целей, а именно – предоставление ребенку с диагнозом ДЦП возможности самостоятельно сидеть, стоять или ходить и вернуться в среду его здоровых сверстников.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Рублева Ю.В., Бурд С.Г.

Кафедра неврологии нейрохирургии и медицинской генетики ГОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва
ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" ДЗ,, Москва

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний. В популяции это заболевание встречается у 0,3–1,2% людей, и его частота имеет тенденцию к увеличению. Психоневрологические расстройства при эпилепсии являются одним из важнейших компонентов клинической картины заболевания, существенно влияющих на качество жизни и социальную адаптацию пациентов. К ним относятся когнитивные, аффективные и поведенческие расстройства.

В патогенезе упомянутых нарушений важную роль играют различные факторы: органические повреждения структур мозга, нейрональная дисфункция,

межприступная эпилептическая активность, повторные приступы, стигматизирующая роль эпилептических приступов, а также побочные эффекты противоэпилептических препаратов.

Картина когнитивных нарушений при разной локализации эпилептического очага и разных формах эпилепсии варьирует от грубо выраженных расстройств высших психических функций (ВПФ) до парциальности дефекта. Выраженность и характер нарушений ВПФ зависят от времени начала заболевания, локализации и латерализации эпилептического очага (при левополушарном расположении очага отмечается более грубая картина нарушений), длительности заболевания. Согласно данным литературы, ранняя манифестация заболевания у пациентов с парциальными формами эпилепсии приводит к выраженным нарушениям в когнитивной сфере.

Выделяют три специфических типа нарушений обучения при эпилепсии: дефицит памяти (нарушения краткосрочной и временной памяти); дефицит внимания; нарушение "фактора скорости" - замедленность усвоения информации и приобретения навыков.

При раннем дебюте заболевания помимо других психических функций сильно страдает память, как вербальная, так и невербальная. Дефицит слухоречевой памяти проявляется в сужении объема воспроизведения, нарушении порядка стимулов, тормозимости следов, парафазиях, дефектах регуляции и контроля, тогда как при более поздней манифестации отмечаются незначительные нарушения памяти. Однако более поздний дебют заболевания (например, дебют височной эпилепсии в возрасте 12–16 лет) также может приводить к выраженным психическим нарушениям.

Исследования, проведенные в Великобритании и Италии, выявили снижение успеваемости в школе по всем предметам у детей с эпилепсией, значительные проблемы при чтении, которые сочетались во многих случаях с эмоциональными расстройствами (депрессия, бедность мотиваций, низкая самооценка) и нарушениями социальных навыков. У молодых взрослых людей с эпилепсией уровень образования нередко ниже, чем у здоровых сверстников.

Было показано, что при эпилепсии аффективные нарушения и когнитивное снижение часто сопряжены друг с другом, что дает основание рассматривать эти две группы расстройств как внешние проявления одного более общего нейропсихологического синдрома в виде расстройства функций лобных долей мозга. Действительно, при депрессивных расстройствах больные выполняют тесты на внимание, бдительность и исполнительские функции гораздо хуже контрольных лиц

Специфическая перестройка информационной функции нейронов при эпилепсии способствует формированию специфических изменений личности. Эксперты ВОЗ выделяют следующие механизмы изменения психики у больных эпилепсией: органическое поражение головного мозга, которое ведет к развитию характерологических изменений; деятельность эпилептического очага, дезорганизующего работу мозга; стигматизирующая роль эпилептических припадков; специфические изменения личности, ассоциированные с предрасположенностью к эпилепсии; негативное влияние противосудорожной терапии на эмоциональные, интеллектуальные, мнестические функции.

Политерапия является одним из факторов риска развития депрессии у пациентов с эпилепсией. Возможными причинами этого являются большее количество побочных эффектов у пациентов на политерапии, а также, вероятно, психологически неприятные ощущения для пациента, связанные с приемом большого количества таблеток. Кроме того, возможно, пациенты с эпилепсией, получающие несколько противоэпилептических препаратов, просто более тяжело больны, и поэтому у них чаще встречаются аффективные нарушения. После перехода от политерапии к

монотерапии улучшается настроения, внимание, способность к сосредоточению и общительности у пациентов с эпилепсией.

Все противоэпилептические препараты способны вызывать позитивные или негативные психиатрические реакции у пациентов. Возможность проявления этих свойств противоэпилептических препаратов зависит от силы их антиконвульсивных свойств, генетических особенностей пациента и наличия у него предрасположенности к психиатрическим нарушениям. Тем не менее, некоторые противоэпилептические препараты с большей вероятностью вызывают аффективные и когнитивные расстройства у пациентов. Фенитоин, фенобарбитал и бензодиазепины негативно влияют на внимание, кратковременную память и принятие решений.

Назначение противоэпилептических препаратов с ГАМК–ергическими свойствами (вигабатрина и тиагабина, а также габапентина) чревато седацией и чаще вызывает депрессию. Топирамат может оказывать тимолептическое действие, но в то же время вызывать тревожность, раздражительность и беспокойство, а в отдельных случаях (в основном при быстрой титрации или начале приема с высоких доз) – психозы. Также Топирамат может оказывать негативное влияние на когнитивные функции и приводить к нарушению концентрации внимания, когнитивному притуплению, психомоторному замедлению, ухудшению кратковременной памяти и пр.

Ламотриджин является препаратом с антиглутаматергической активностью, что объясняет его антидепрессивный и анксиогенный эффект. Позитивные психотропные свойства карбамазепина и вальпроатов широко известны и часто используются в терапии психиатрических больных. Что касается таких противоэпилептических препаратов, как окскарбазепин, леветирацетам, зонизамид, сведения об их психотропных эффектах продолжают накапливаться.

Учитывая мультифакториальность развития и распространенность когнитивных расстройств, пролонгированное действие патологических факторов, длительность заболевания, важную роль приобретают проблемы своевременной диагностики и коррекции нейропсихиатрических функций и профилактики когнитивных расстройств у больных эпилепсией.

МЕТОД ХРОНИЧЕСКОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ПОЯСНИЧНОГО УТОЛЩЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Савельева Н.Н., Ганин С.А., Лайкина Е.В.

Кафедра неврологии и нейрохирургии Самарского государственного медицинского университета, Самара

Актуальность. Одним из наиболее современных способов лечения спастичности у детей с детским церебральным параличом является метод хронической эпидуральной электростимуляции поясничного утолщения.

Цели и задачи. Оценить эффективность метода хронической эпидуральной электростимуляции поясничного утолщения для устранения спастичности у детей с ДЦП.

Материалы и методы. На базе детского нейрохирургического отделения СОКБ им. Середавина было установлено 46 стимуляторов поясничного утолщения детям со спастическими формами ДЦП. Проведена комплексная оценка двигательной функций пациентов: исследование неврологического статуса, оценка уровня моторных

функций согласно классификации GMFM-66, определение степени выраженности спастичности по шкале Эшворт, оценка уровня локомоторного статуса по шкала Arens.

Результаты. Из 46 детей было 18 девочек и 28 мальчиков в возрасте от 5 лет до 17 лет. Согласно комплексной оценке, спустя 2 месяца после установки нейростимулятора, отмечалось улучшение двигательной функции за счет уменьшения спастичности у большинства пациентов – 38, у 8 не было значимых изменений. Спустя 6 лет после проведения имплантации результаты следующие: удалено 10 стимуляторов ввиду отсутствия клинического эффекта или обрыва электрода вследствие интенсивного роста либо механического воздействия. У 11 пациентов прослеживается положительная динамика в виде уменьшения спастичности по шкале Эшворт на 2-3 балла, улучшение паттерна ходьбы отмечается у 9 из них.

Выводы: метод хронической хронической эпидуральной электростимуляции поясничного утолщения является высокоэффективным для устранения спастичности, однако не всегда это способствует улучшению паттерна ходьбы. Для достижения лучших результатов наряду с проведением сеансов стимуляции необходима активная реабилитация пациентов.

МЕТОДИКА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ НЕРВОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО РАНЕНИЯ

Сажнева И.А., Евтушенко О.С., Яновская Н.В., Евтушенко С.К., Фомичёва Е.М.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, Донецк

Актуальность. В связи с боевыми действиями в Донбассе в Центре пролечена группа детей, перенесших минно-осколочные ранения конечностей, особенностью которых является повреждение нервных стволов с развитием периферических парезов в конечностях. В связи с этим возникла необходимость разработки методики восстановительной терапии детей с данной патологией.

Цель. Разработка методики реабилитации утраченных двигательных функций, улучшения нервно-мышечной передачи в паретичных конечностях у детей, перенесших минно-осколочные ранения конечностей с повреждение периферических нервов.

Материалы и методы. Под наблюдением были 5 детей с указанной патологией. Пример: больная П. 6 лет в августе 2014 г. получила открытый минно-осколочный перелом нижней трети диафиза правой плечевой кости с разрывом двуглавой и трёхглавой мышц, повреждением лучевого и срединного нервов. Поступила с клиникой периферического пареза правой кисти с ограничением её разгибания, пронации предплечья, противопоставления I пальца. Сухожильные рефлексы отсутствовали. Стимуляционная ЭНМГ выявила грубое нарушение проведения импульса по правому лучевому и срединному нервам со снижением амплитуды М-ответа в соответствующих мышцах. Ребёнок получал нейромидин, актовегин, мильгамму, диалипон. В течение 10 дней проводились сеансы иглорефлексотерапии по 7-10 минут в биологически активные точки на меридианах верхних конечностей (GI, IG, MC,TR, P), а также лазеротерапии и мезотерапии с внутрикожным введением 1,5% нейромидина 0,1-0,2 мл на каждую точку. Параллельно были назначены электростимуляция аппаратом “Амплипульс” мышц-разгибателей кисти (длинный лучевой разгибатель запястья, короткий лучевой разгибатель запястья, короткая

мышца, отводящая большой палец); курс массажа и лечебной гимнастики (с элементами stretch-гимнастики) по специальной методике.

Результаты. Во время лечения улучшились тыльное сгибание и разведение пальцев правой кисти. На ЭНМГ улучшились скорость проведения импульса в пострадавших нервах и амплитуда М-ответа в соответствующих мышцах.

Выводы. Данная методика совместного применения медикаментозной и немедикаментозной терапии показала свою эффективность для комплексной реабилитации детей перенесших огнестрельные осколочные ранения верхних конечностей сочетающихся с повреждением периферических нервов.

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА Г.ЯКУТСКА

Самсонова М.И., Тарасов М.Ю., Говорова М.Д., Петухова Н.К., Тимофеев А.Л., Красильникова Р.В.

ГБУ РС(Я) «Детская городская больница», Якутск

В дневном стационаре ГБУ Республики Саха(Якутия) «Детская городская больница» проводится комплексное реабилитационное лечение детей в возрасте от 3-х месяцев до 17 лет, имеющих различные заболевания нервной системы.

Цель исследования: анализ деятельности и оценка эффективности отделения восстановительного лечения и реабилитации дневного пребывания за 2012-2014 годы.

Материалы и методы исследования: Статистический анализ данных стационарных карт пациентов, выписанных из отделения восстановительного лечения и реабилитации №2 (ОВЛиР №2) ГБУ РС(Я) «Детская городская больница» в 2012-2014гг.

Результаты Ежегодно увеличивается число пролеченных больных в ОВЛиР№2, так, в 2014 году пролечено 2336 детей (в 2012г -1842чел., 2013г-2081чел). Из них дети до 1 года составляют 16,8-22,5%. 17% пролеченных пациентов – это дети-инвалиды. Средняя длительность пребывания на койке - 14,5 дней, оборот койки 22,3. В структуре госпитализированной заболеваемости первое место занимает группа неврологических заболеваний, имеющих высокий и средний реабилитационный потенциал (РЭП, неврозы, задержки развития, пограничные состояния), на втором месте органические поражения ЦНС, на третьем месте - ДЦП. Пациентам проводится также выявление и коррекция патологии органов зрения 468(20%). Все дети получают комплексное реабилитационное лечение, включающее медикаментозное лечение, фитотерапию, физиолечение, ЛФК, различные виды аппаратного и ручного массажа, механотерапию на тренажерах, ортопедическое лечение, психолого-педагогическую, логопедическую, офтальмологическую коррекцию, психотерапию, функциональные занятия по методике БОС. Также комплексное лечение включает семейное консультирование, обучение родителей методикам самостоятельных домашних занятий с детьми. Эффективность проводимой комплексной терапии составляет 95- 97%, что проявляется улучшением моторной, речевой активности пролеченных больных, повышением адаптивных возможностей организма.

Выводы: Эффективность реабилитации повышается при комплексном подходе с учетом реабилитационного потенциала пациентов.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Саржина М.Н., Чебаненко Н.В.

ГБУЗ Научно - Практический Центр Детской Психоневрологии ДЗ, Москва

По данным ГКУЗ бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения города Москвы на 1 января 2015 года численность детского населения Москвы составила 1852375 детей. В 2014 году родилось 99646 детей, что на 418 детей больше, чем в 2013 году.

Отмечается рост заболеваемости детей с патологией нервной системы. Первичная заболеваемость детей с неврологической патологией в Москве на 100 тысяч детского населения в 2014 году составила 6 906,6, что выше уровня 2013 года на 14,5%.

Отмечается увеличение уровня инвалидности у детей по болезням нервной системы. Первичная инвалидность в 2014 году стала выше на 11,0% в сравнении с 2013 годом. Среди заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности, первое место занимают врожденные аномалии развития 42,2%о, среди которых и врожденные аномалии нервной системы, второе - болезни нервной системы - 41,3%о, третье - психические расстройства - 36,0 %о.

За последние 4 года в Москве наблюдается увеличение количества больных детским церебральным параличом (ДЦП). По состоянию на 01.01.2015. наблюдается 5404 ребенка с ДЦП (2,9 на 1000 населения), по состоянию на 01.01.2014. – 5200 детей с ДЦП (2,8 на 1000 населения), на 01.01.2013. – 4924 детей с ДЦП (2,7 на 1000 населения), на 01.01.2012. – 4614 детей с ДЦП (2,6 на 1000 населения).

В настоящее время основными проблемами детской неврологической службы Москвы являются очереди на прием к врачу-неврологу в районных поликлиниках. Время приема врача-невролога составляет 7-10-15 минут: в результате чего осмотр становится формальным и не хватает времени дать полные рекомендации. Сохраняются очереди на дополнительные исследования и на госпитализацию. Детские неврологи первичного звена неохотно дают направления на консультацию к специалистам 2-го, 3-го уровней, и направления на госпитализацию в стационары. Обеспеченность диагностической аппаратурой недостаточная (особенно МРТ). Список льготного лекарственного обеспечения практически не включает препараты для лечения детей до 3-х лет с неврологической патологией. Отсутствуют комплексные интегративные подходы к реабилитации детей. При диагностике и лечении эпилепсии обращает на себя внимание недостаточная квалификация врачей районных поликлиник. Реабилитацию детей с ДЦП затрудняет низкая активность неврологов детских районных поликлиник в назначении препаратов ботулотоксина.

Приоритетным направлением развития детской неврологической службы должна стать профилактика детской инвалидности. Ее надо начинать задолго до рождения ребенка. Необходимо улучшить качество и доступность пренатальной диагностики врожденных пороков развития и наследственных заболеваний. Нельзя не отметить значимость антенатальной профилактики невынашивания беременности и профилактики преждевременных родов. С целью предупреждения родовых травм и акушерских параличей требуется совершенствование техники родовспоможения и повышение квалификации акушеров.

Необходимо развитие амбулаторной службы реабилитации за счет увеличения количества детских дневных стационаров, увеличение времени приема врачом в

амбулаторных учреждениях обеспечит качественное диспансерное наблюдение детей. Вместе с тем необходим переход на качественный статистический учет состояния здоровья детей-инвалидов в соответствии Международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности здоровья.

Важен динамический контроль за процессом абилитации, реабилитации детей-инвалидов с привлечением в процесс реабилитации Департамента образования и Департамента социальной защиты.

В Научно-практическом центре детской психоневрологии разработана программа реабилитационных и абилитационных мероприятий для детей с ДЦП. Она основана на применении лечебной физкультуры, массажа, Боббат и Войта терапии, кинезиотерапии, бесконтактного гидромассажа, физиотерапии (лазеротерапия, лимфодренаж, электротерапия, магнитотерапия, озонотерапия, бальнеотерапия, парафиновые и озокеритовые аппликации, грязелечение), аппаратной реабилитации (тренажеры на основе биологически обратной связи, Мотомед, Локомат, платформа КОБС, тренажер Хьюберт, АРМЕО, тренажеры POWER PLATE). Как метод доказательной медицины, направленный на коррекцию спастических нарушений используется ботулинотерапия. Коррекционная реабилитация включает занятия с педагогом, психологом, логопедом, дефектологом, психопрофилактические занятия в сенсорной комнате. Программы социальной реабилитации предусматривают коррекционное и инклюзивное обучение с последующей профориентацией. Психологи проводят семейную психотерапию и школы для родителей по различным направлениям.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ МНОГОКАНАЛЬНОЙ ПРОГРАММИРУЕМОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Севастьянов В.В.

ГБУ республики Марий Эл Центр патологии речи и нейрореабилитации, нейросенсорных и нейродвигательных нарушений, Йошкар-Ола

Актуальность. В условиях коммерциализации медицины актуальна разработка сравнительно недорогих, но высокоэффективных методов лечения. Одним из которых является метод многоканальной программируемой электростимуляции.

Цель. Внедрение в практику лечения нейрогенных нарушений двигательных функций методом многоканальной программируемой электростимуляции с формированием оптимальной структуры электрического сигнала с помощью малогабаритного устройства и возможностью применения его на дому.

Материал и методы. Клинический материал исследования составлял данные обследования и лечения трех основных групп больных детей. Первая группа детей включала 254 ребенка в возрасте от 1 месяца до 18 лет с вялыми параличами. Вторая – 286 детей со спастическими параличами. Третья – 8 человек с врожденной оперированной спинномозговой грыжей - от 2 лет до 18 лет с нижней вялой параплегией и тазовыми нарушениями. Проводилась запись электромиограмм и электроэнцефалограмм до и после лечения. У 53 пациентов была проведена МРТ томография головного мозга, у 47 пациентов компьютерная томография головного мозга. В группе с вялыми параличами проводилась многоканальная стимуляция, осуществляемая по индивидуальной программе с включением мышц с двух сторон, при поражении нижних конечностей обычно с имитацией движения ходьбы. У

пациентов со спастическими параличами проводилась электростимуляция по индивидуальной методике на группы мышц разгибателей. У пациентов с врожденной оперированной спинномозговой грыжей проводилась функциональная электростимуляция мышц нижних конечностей и области мочевого пузыря через брюшную стенку.

Результаты лечения. У детей с вялыми параличами после 15-30 сеансов электростимуляции наблюдалось появление и нарастание (при исходном отсутствии) биоэлектрической активности мышц с повышением амплитуды и частоты электромиограммы, коррелировавшие с нарастанием силы движений. При повторных исследованиях через 1-2 месяца после окончания электростимуляции у 10 больных биоэлектрическое молчание сменилось вторым типом электромиограммы. У больных со спастическими параличами наблюдалось снижение мышечного тонуса, восстановление двигательной функции. У 12% больных отмечалось практическое отсутствие эффекта. У 10 пациентов из-за эмоциональной болевой реакции электростимуляция не проводилась. У пациентов с врожденной оперированной спинномозговой грыжей у всех больных мы наблюдали определенное улучшение. Наблюдалось быстрое истощаемое сокращение мышц, улучшение регуляции тазовых функций, нормализация трофики и прекращение вторичных инфекционно-воспалительных заболеваний и заживление язв. Особенно ярким был эффект у двух наиболее тяжелых пациентов, у которых проводилась электростимуляция на дому под контролем медицинского работника, а далее родителями. У девочки проводилась электростимуляция в течение 15 лет, у мальчика в течение 10 лет. Другим пациентам электростимуляция на дому не проводилась. После длительной электростимуляции в течение 15 лет полностью восстановились движения в нижних конечностях, прекратился энурез. По отдаленным результатам этих двух пациентов они могли самостоятельно передвигаться без посторонней помощи, в связи с этим у них изменилось качество жизни.

Выводы. Применение автором в течении 45 лет многоканальной программируемой электростимуляции показало, что имитация в структуре стимулирующего сигнала импульсной активности мотонейронов инициирует восстановление нарушенных функций периферического мотонейронного пула через афферентные системы и непосредственную активацию нейромышечного аппарата. Разные формы нарушения двигательных функций требуют различных параметров электростимуляции в соответствии с преимущественным патофизиологическим механизмом поражения. Ввиду сложившейся экономической ситуации в России эффективным является способ применения многоканальной электростимуляции с помощью безопасных малогабаритных электростимуляторов на дому на протяжении нескольких лет.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕТЬМИ С ДИАГНОЗОМ ДЦП ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ – ОДНО ИЗ НЕПРЕМЕННЫХ УСЛОВИЙ УСПЕШНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Селеверстова Е.А.

ООО ОРТО-ЛЮКС, Москва

Будет ли ребенок ходить? Это главный вопрос родителей, имеющих детей с диагнозом ДЦП. При наличии многих проблем здоровья, детей с ДЦП объединяет специфическое нарушение опорной функции - при вертикализации не срабатывает рефлекс первоначальной опоры на пятку. Больным детям стоять и ходить на пальцах тяжело. Самостоятельно с обозначенной проблемой организм ребенка не способен справляться, требуется помощь извне.

Успешно решать задачу формирования у детей с ДЦП способности к полноценной опоре можно, применяя ортопедическую обувь и ортезы на стопу и голеностопный сустав. Причем изделия высококачественные, с высоким уровнем функциональных свойств, соответствующих совокупности индивидуальных ортопедических проблем пациентов.

К сожалению, приходится говорить не только о медицинской стороне обозначенной проблемы. К настоящему времени наше государство по разным причинам перестало справляться с обеспечением детей-инвалидов индивидуальным ортопедическим продуктом. Сегодня индивидуальную ортопедическую обувь не самого высокого качества получает не более 20 % детей с ДЦП. Остальные 80 % вынуждены применять обувь массового производства, которую продавцы называют ортопедической, что категорически недопустимо. Имеются достоверные результаты тестирования детей с ДЦП на предмет опороустойчивости и динамики спастических проявлений. Оказалось, что без обуви дети показывают существенно более адекватные результаты, чем при применении ортопедической массовой обуви. Был сделан однозначный вывод: для качественной реабилитации детей с ДЦП необходимо их индивидуальное ортезирование.

Как решать эту проблему на государственном уровне – отдельная давно назревшая актуальнейшая тема.

НЕОНАТАЛЬНЫЕ СУДОРОГИ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Сергеева Р.Р.

ГАУЗ «Детская городская больница №8», РТ, Казань

Актуальность: Неонатальные судороги – одна из самых нерешенных и дискутабельных проблем современной неврологии, в частности, перинатальной. Трудности диагностики, лечения и серьезные отклонения в психомоторном развитии детей, которые наблюдаются в более поздние возрастные периоды, определяют актуальность данной проблемы. Сегодня с уверенностью можно утверждать лишь то, что НС – это «пароксизмальные нарушения в неврологических функциях (поведенческих, моторных, автономных), развивающиеся в течение первых 4-х недель жизни» (Гузева В.И., 2007). Частота НС варьирует, по данным различных авторов, от 0,7% до 14% на 1000 живорожденных детей (Карлов В.А., 2011; Avanzini G., 2009). Неонатальные судороги приводят к дальнейшему изменению нейронов, но не ясно ведет ли это к дальнейшему клинически значимому повреждению нейронов при всех, или даже при многих судорогах. Неясно также, возможно ли предотвратить неблагоприятные неврологические последствия, наступающие в результате припадков, с помощью проводимого лечения. Поэтому многие клиницисты не уверены, когда требуется лечение припадков и как оценивать адекватность лечения.

Цель исследования: Определить пути профилактики и усовершенствовать алгоритм мультидисциплинарной диагностики и наблюдения детей с неонатальными судорогами.

Методы и результаты исследования: Нашему исследованию подверглись 110 детей в возрасте от 2-х недель до 1,5 лет, перенесших неонатальные судороги, за исключением детей с идиопатическими НС. У 87% новорожденных НС развились в течение первых 72 часов жизни на фоне церебральной ишемии II-III степени. По данным эпикризов родильных домов, клинической дифференциации приступов не отмечено ни у кого из пациентов с НС, также, как продолжительности приступов и их длительности. У 89% пациентов к возрасту 1 года сформировался стойкий неврологический дефицит (варианты спастического тетра- или гемипареза в сочетании с грубой задержкой психомоторного развития). Диагноз «эпилепсия» установлен к 18 мес. у 72% пациентов с неонатальными судорогами в анамнезе. У всех детей на МРТ выявлены грубые изменения: кистозно-атрофические изменения головного мозга, желудочковая гидроцефалия и их сочетание. У большинства младенцев, по результатам УЗДГ, нарушения кровотока сочетались с признаками перенесенной гипоксии. Диагноз эпилепсии сегодня требует обязательного проведения ЭЭГ-мониторинга. Мы обнаружили, что даже рутинная ЭЭГ не проводится всем пациентам с неонатальными судорогами ни в первые дни жизни, ни в течение первого ее года. Видео-ЭЭГ мониторинг бодрствования и сна выявил эпилептиформную активность у 89,7% пациентов, причем, у 68,9% эпилептиформная активность была выявлена впервые лишь при проведении ЭЭГ - мониторингового обследования.

Выводы: Таким образом, данные нашего исследования показывают, что последствиями неонатальных судорог являются стойкий неврологический дефицит, когнитивные нарушения и эпилепсия. Очевидно, что на сегодняшний день не существует четкого алгоритма мультидисциплинарной диагностики и наблюдения детей с неонатальными судорогами.

ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Сирбиладзе Г.К., Сирбиладзе К.Т., Юрьева Р.Г.,Святогор И.А., Гусева Н.Л.

Санкт-Петербургское ГКУЗ «Городской центр восстановительного лечения детей с психоневрологическими нарушениями». Санкт-Петербург

Сохранность терапевтического эффекта является актуальным вопросом любых лечебных мероприятий. Для коррекции речевых и некоторых других расстройств ВПФ у детей, обусловленных главным образом дисфункцией лобных отделов коры головного мозга, мы используем трансспинальную микрополяризацию, с последующим проведением транскраниальной микрополяризации. Долгосрочность достигнутого улучшения функционального состояния ЦНС стало вопросом этого исследования.

Материалы и методы. Функциональное состояние ЦНС оценивалось по параметрам ЭЭГ, до курса, непосредственно после и через шесть месяцев после курса. Оценка ЭЭГ паттернов проводилась по классификации Святогор, и спектральному анализу мощности отрезков 8-10с. Динамика определялась как положительная, если наблюдались позитивные изменения (возрастание амплитуды и индекса альфа-ритма,

нормализация реакции усвоения РФС или отсутствие косвенных признаков нарушения гемоликвородинамики головного мозга).

Результаты.

Всего чел.	Характер изменений БЭА головного мозга							
	До курса МКП			После курса МКП		Через 6 месяцев после курса МКП		
	N	Н	П	Без изменений	Нормализация БЭА	N	Н	П
82 (100%)	17 (21%)	17 (21%)	48 (58%)	20 (24%)	62 (76%)	54 (44%)	11 (9%)	17 (14%)

МКП- микрополяризация. N-Возростная норма, Н-незрелость, П-патологические изменения

До курса микрополяризации, у 58% детей картина БЭА характеризовалась как «патологическая» и 21% пациентоа как «возрастная норма». У 76% пациентов, сразу после курса, отмечалась нормализация БЭА. Через шесть месяцев после курса, как «патологическая» БЭА оценивалась у 14% детей, и у 44% как «возрастная норма».

Выводы. По результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что улучшение функционального состояние ЦНС, наблюдаемое сразу после курса микрополяризации, у большинства пациентов сохраняется как минимум шесть месяцев. Об этом свидетельствуют и результаты клинико-нейропсихологической оценки состояния пациентов.

АБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ МЕТОДАМИ ЛОКОМОТОРНОЙ ТРЕНИРОВКИ

Стеклов А.А., Хуснутдинов Р.Р., Мельник В.В.

ООО «Центр реабилитации и протезирования «Возрождение», г.Ульяновск

Актуальность. Двигательные расстройства при ДЦП часто сопровождаются вторичными скелетно-мышечными осложнениями, нарушениями чувствительности, восприятия, познания, коммуникации и поведения. Локомоция человека строится на основе произвольных движений (разновидность высшей нервной деятельности), которая невозможна без точного восприятия положения тела и без соответствующей мотивации изменить положение тела или частей тела.

Цель. При помощи методик локомоторных тренировок сформировать доминанту образа произвольного движения у пациента с ДЦП.

Материалы и методы. Пациента помещают в локомоторную систему (пр-во ООО «ЦРиП «Возрождение», Ульяновск, Россия), при помощи подвесного устройства регулируют степень поддержки массы тела: от незначительной поддержки (5% массы тела) до полной разгрузки. По разработанной методике пациент выполняет локомоторные движения, в том числе с поддержкой руками за параллельные брусья-поручни, на медицинской ходовой дорожке (мин.скорость движения составляет 10 м/мин) в течение 15-20 мин с перерывом на отдых. Цикл тренировок состоит из 15-20 тренировок с периодичностью 1р/день. Пациент имеет возможность следить за ходом выполнения движений в зеркале, установленном перед дорожкой,

корректировать положение тела, правильность фаз шага, и прочих параметров ходьбы. Пациенту постоянно помогает инструктор методист. Длительность тренировки возрастает от 20 минут до 50-60 минут к концу цикла.

Результаты. В исследовании приняли участие 12 пациентов. Критерии отбора: 6-12 лет, нижний спастический парапарез, GMFCS II-III, отсутствие фиксированных контрактур конечностей и деформаций. Все пациенты не имели навыков самостоятельной ходьбы, либо имели навыки шаговых движений с посторонней внешней поддержкой. У всех пациентов по окончании курса тренировок значительно улучшилось восприятие положения тела в пространстве и синтез произвольного двигательного ответа. На основе тренировок пространственного восприятия локомоторного акта выстроен образ движения пациента.

Выводы. Локомоторная тренировка увеличивает амплитуду истинной активизации мышц и уменьшает амплитуду их активной спастичности. Ходьба с поддержанием веса тела улучшает локомоторное обучение пациентов с детским церебральным параличом.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОБОТИЗИРОВАННЫХ СИСТЕМ В КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЦП

Стеклов А.А., Хуснутдинов Р.Р., Мельник В.В.

ООО «Центр реабилитации и протезирования «Возрождение», г.Ульяновск

Актуальность. В случае тяжелых патологий и позднего начала абилитации у детей со спастическими синдромами активность во время бодрствования не может компенсировать общего отставания и дефицита мышечной активности. Увеличить эффективность абилитации ребенка, освободить от физической нагрузки родителей, медперсонал, проводящий абилитацию возможно внедрением в структуру абилитации роботизированных систем и приборов.

Цель. При помощи локомоторного робота – реципрокного ортезного комплекса реализовать на макроуровне принудительное механическое движение, чтобы получить доказанное соотношение активности сгибателей и разгибателей с соблюдением механизма реципрокного торможения антагонистов.

Материалы и методы. В основе любого подвида реципрокного ортезного комплекса лежит реципрокная ортезная система, целью которой является формирование и искусственная коррекция движений при различных формах патологической ходьбы. Для абилитации на ребенка в вертикальном положении одевают реципрокную ортезную систему, ставят на ортезные подошвы, расположенные на ленте электрической ходовой дорожки, закрепляют их и фиксируют систему в вертикализаторе.

В исследовании приняли участие 8 пациентов. Критерии отбора: 6-12 лет, нижний спастический парапарез, GMFCS III, степень спастичностти 3-4 по шкале Ashworth, отсутствие фиксированных контрактур конечностей и деформаций. Все пациенты не имели навыков самостоятельной ходьбы, либо имели навыки шаговых движений с посторонней внешней поддержкой. Цикл составил 10-15 тренировок, 1 р/д ежедневных занятий от 10-15 до 50-60 минут. У всех пациентов по окончании курса тренировок снизилась степень спастичности, уменьшился дефицит мышечной активности, сформировалась активная мотивация к самостоятельным реципрокным

движениям. На основе тренировок пространственного восприятия локомоторного акта выстроен образ движения пациента.

Выводы. Локомоторный робот, действующий в автоматическом режиме, независимо от состояния пациента реализует метод компенсации дефицита мышечной и управляющей активности внешней энергией.

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СПАСТИЧЕСКИХ КОНТРАКТУР У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Суворова С.А., Суворов Д.А.

Филиал « Центр медицинской реабилитации детей-инвалидов с поражением ЦНС и опорно-двигательного аппарата» УЗ « Могилевская областная детская больница» «Филиал № 4" УЗ «Могилевская детская поликлиника» г. Могилев, Республика Беларусь

Спастические контрактуры суставов конечностей у неврологических больных представляют сложную проблему, так как их развитие в значительной степени ухудшает статодинамические функции больного ребенка и увеличивает степень инвалидизации. Изменениями мышечного тонуса по спастическому типу сопровождается до 80% заболеваний и травм центральной нервной системы. Вариабельность причин, характера поражений головного и спинного мозга, возраста ребенка в значительной степени обуславливают скорость, особенность формирования спастических контрактур и степень их выраженности.

Выявление, консервативное лечение, профилактика прогрессирования контрактур у детей со спастикой является важнейшей задачей ортопедической коррекции при лечении ДЦП, последствий воспалительных и травматических повреждений ЦНС, наследственных дегенеративных поражений нервной системы. Мероприятия консервативной коррекции должны начинаться в максимально ранние сроки, проводится непрерывно и последовательно. Более эффективным является комплексное лечение в различной комбинации методов в зависимости от патогенеза спастики и количества пораженных суставов.

К основным методам консервативной коррекции спастических контрактур, которые мы применяли, относятся: позиционирование (профилактические и корригирующие укладки, вертикализация с фиксацией суставов), ортезирование, этапное гипсование, обеспечение ортопедической обувью, медикаментозная (ботулинический токсин типа А) денервация спазмированных мышц, использование специальных модульных костюмов проприоцептивной коррекции («Алели» и «Гравистат»), лечебная физкультура с мануальной разработкой суставов, занятия в бассейне, механотерапия с использованием компьютеризированного тренажера «Велогеймик», «МОТОмед», физиотерапевтические методы, направленные на снижение тонуса спазмированных мышц (теплолечение, криотерапия, электрофорез лекарственных средств и др.).

Наиболее эффективным на наш взгляд является системный подход, который обеспечивается тесным взаимодействием специалистов на стационарном и амбулаторном этапе. Чередование лечения в поликлинике и специализированном реабилитационном центре позволяют не только устранить деформации, улучшить подвижность сустава, правильно и своевременно снабжать ребенка протезно-

ортопедическими изделиями, но и выработать у него наиболее целесообразные способы компенсации нарушенных функций.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ МОТИВАЦИИ НА РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА

Суворова С.А., Евдокимова И.И., Казарина Е.В.

Филиал « Центр медицинской реабилитации детей-инвалидов с поражением ЦНС и опорно-двигательного аппарата» УЗ « Могилевская областная детская больница», Могилев, Республика Беларусь

Создание целостного «реабилитационного пространства», все факторы которого были бы направлены на компенсацию имеющихся расстройств и оптимизацию функционирования пациентов - важнейший момент при организации реабилитации детей в условиях центра медицинской реабилитации. Сама среда, окружающая ребенка с особенностями развития, должна нести мощные стимулы для включения мотивационных механизмов саногенеза за счет вовлечения больных детей в творчество. Становясь активным участником реабилитационного процесса, ребенок формирует позитивное отношение к нему за счет постановки понятных и достижимых ребенком результатов. Например, «после того, как мне придется потерпеть неудобную гипсовую повязку, я смогу научиться ездить на велосипеде». Только в том случае, когда мечты ребенка, пожелания родителей и цели врача-специалиста во время реабилитации совпадают, можно достигнуть действительно партнерских отношений, когда ребенок с удовольствием приходит на очередной курс реабилитации с желанием овладеть новыми полезными навыками. Решению этой непростой задачи, во многом способствует активное включение альтернативных методов реабилитации в комплекс реабилитационных мероприятий.

Пациентами нашего центра медицинской реабилитации являются дети-инвалиды, имеющие различные двигательные и когнитивные нарушения, наступившие вследствие поражения нервной системы и тяжелой патологии опорно-двигательного аппарата. Возрастной промежуток охватывает детей от 1 года до 18 лет. Почти половину составляют дети из сельских районов Могилевской области. Много детей из неполных или приемных семей. Эти факторы обусловливают значительную неоднородность опыта общения и мотивации на лечение у детей, находящихся на реабилитации в нашем центре. Нам приходится искать разные решения для создания индивидуального реабилитационного маршрута для каждого ребенка, который был бы для него оптимальным. В реабилитационный маршрут в различной комбинации, в зависимости от имеющихся у ребенка проблем, включается: массаж, кинезотерапия, физиотерапевтические процедуры, медикаментозное лечение, ортопедическое пособие, рефлексотерапия, занятия с логопедом, психологом, сенсорная комната, развитие мелкой моторики рук, эрготерапия, занятия с педагогом.

Следует отметить наиболее перспективные формы использования альтернативных способов реабилитации, повышающих мотивационные установки: коррекционная работа в условиях сенсорной комнаты; психологическая коррекция с использованием арт-терапии и зоотерапии; кружковая работа с педагогами (квиллинг, тестопластика, пластилинография, ритмопластика, караоке, кукольный театр);

волонтерская и шефская помощь (организация концертов и утренников, экскурсий).Эффективность подобного подхода к организации медицинской реабилитации в условиях реабилитационного центра очевидна. Ребенок при поступлении предвкушает новые открытия не только в двигательном, но и в эмоциональном плане. У него формируется и в течение длительного времени сохраняется высокий уровень мотивации к реабилитации в центре.

ИНТРИТЕКАЛЬНАЯ БАКЛОФЕНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Тимершин А.Г., Синило Д.А.

ГБУЗ Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа

Материалы и методы. В нейрохирургическом отделении РДКБ с 2012 по 2014 гг. 23 пациентам с тяжелыми спастическими формами детского церебрального паралича проведена имплантация баклофеновой помпы. Возраст пациентов составил 10,5 ± 1.5 года. Все пациенты в течение длительного времени получали различные курсы консервативной терапии. Обследование больных включало оценку спастичности с использованием стандартной шкалы Ashworth, оценку локомоторных функций с использованием стандартной шкалы GMFM-66, специализированные методы обследования, скрининг – тест. Цель скрининг – теста - оценка ответа пациента на интратекальное введение болюсной тест – дозы Лиорезала (баклофен). Критерием отбора пациентов для имплантации баклофеновой помпы являлось – тяжелая нефокальная спастичность, отсутствие эффекта от консервативной терапии, положительный скрининг – тест. Операции выполнялись под интубационным наркозом. Длительность процедуры составила в среднем 60 ± 25 мин. В послеоперационном периоде проводилось программирование помпы, титрование дозировки до достижения оптимального клинического эффекта.

Результаты. После имплантации баклофеновой помпы у всех 23 пациентов отмечается снижение спастичности. В послеоперационном периоде проводилась индивидуальный подбор дозировки лиорезала, заправка помпы. В 2х случаях в послеоперационном периоде потребовалась ревизия спинального катетера, в 1 случае замена помпы в связи с некорректной работой, у 5 пациентов отмечалось подкожное скопление транссудата в области помпы**.**

Выводы. Таким образом, интратекальная баклофеновая терапия улучшает качество жизни пациента с тяжелыми спастическими синдромами при детском церебральном параличе.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДИАГНОЗОМ ДЦП

Токарева И.Ф., Габдрахманова З.Ш.

РАНХиГС, Москва

В рамках научного проекта «Исследование психофизиологических детерминант психологической реабилитации родителей детей-инвалидов» нами была проведена

серия теоретических исследований, по результатам которых получены следующие выводы.

С каждым годом количество детей с первичным диагнозом Детский церебральный паралич остается стабильно высоким. В России ежегодно регистрируется до 6000 новых случаев ДЦП, а общее количество детей-инвалидов до 18 лет достигает 250 000. Соответственно, не уменьшается количество родителей, которые переживают такое состояние здоровья своих детей.

С 1980-х годов феномен «особого» родительства начинает изучаться с точки зрения психологической травмы, семейного кризиса и стресса, которые затрагивают всех членов такой семьи. Накопленная информация по проблеме посттравматического стрессового синдрома (PTSD-синдрома) позволила сделать вывод, что подобные нарушения характерны для лиц, перенесших различные катастрофы, аварии и тяжелые психотравмирующие ситуации. В настоящее время тяжелое инвалидизирующее заболевание ребенка расценивается как посттравматический синдром.

В изучении особенностей лиц, перенесших психотравмирующие события, необходимо исследовать взаимосвязь между их психологическими особенностями и физиологическими проявлениями. Одним из ведущих направлений психологической коррекции мы считаем не только оказание благоприятного психологического воздействия, но и комплекс специально подобранных физкультурно-оздоровительных упражнений. Сочетание психологического направления и работы с телом (ТОП) мы объединили в комплекс психофизиологической реабилитации.

Данный комплекс состоит из двух составляющих: 1) системы физических упражнений для работы с большими группами мышц тела, выполняемых с регламентированным контролем внимания на определенных участках тела и регуляцией дыхания; 2) релаксационных техник, позволяющих расслабить тело за счет прохождения вниманием подробно по всем его участкам.

Координированное сокращение определенных мышц тела во время выполнения комплекса физических упражнений осуществляется под контролем ЦНС. Чем меньше требуется исправления положения тела после поступления сигналов обратной связи, тем выше эффективность управления телом. Здесь содержится целая психосоматическая проблема: психическая деятельность определяет особенности соматических функций, и в то же время, функциональное улучшение баланса достигается при помощи психической деятельности сосредоточения. При отслеживании телесных ощущений человек получает такой эффект от практики, как измененное состояние сознания, или естественный физиологический транс. В этом физиологическом состоянии мозг начинает работать слаженно и без перевозбуждения, включаются естественные механизмы саморегуляции. Сопровождение данного комплекса физкультурно-оздоровительных упражнений удлиненным глубоким выдохом позволяет увеличить степень расслабления, поскольку возбудимость многих нейронов мозга во время процесса выдоха ниже.

Данный комплекс применяется с целью снятия излишнего нервно-эмоционального напряжения как во время нахождения родителей с ребенком в стационаре, так и после выписки домой. Данная программа позволяет сформировать необходимые навыки психосоматической релаксации, которые в будущем могли бы способствовать повышению толерантности к неблагоприятным психологическим воздействиям.

Также следует иметь в виду, что на эффективность психофизиологической реабилитации в значительной мере оказывают влияние мотивационные установки родителей. Насколько они стремятся вернуться к активной жизни, прежней работе,

адекватно оценивает себя и отношение к себе окружающих, настолько эффективнее будут реабилитационные мероприятия.

РЕДКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕДИАТРИИ. НАСЛЕДСТВЕННО-ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Турок Г.А., Барсукова Н.В., Рябова Е.Н., Федорова Т.Н., Михайлова О.А., Зимина Н.В.

ГАУ АО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Коррекция и развитие», Астрахань

Актуальность. В настоящее время в результате развития методов генетической диагностики, стало возможным выявление таких трудно дифференцированных ранее наследственно-дегенеративных заболеваний, как синдром Ретта, синдром Денди-Уокера, ассоциация CHARGE, синдром Кабуки, синдром Ангельмана, синдром Беквита-Видемана и др.

Цель работы состоит в описании специфических клинических признаков, характерных для каждого заболевания, сложности диагностики, а также специфических особенностей комплексной реабилитации и возможных перспектив развития социального функционирования каждого ребёнка.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили истории развития и болезни нескольких пациентов, в частности анамнестические данные, клинические особенности нейрофизиологического статуса, прямые наблюдения за динамикой состояния детей, уровень толерантности к лечению. Использовались заключения специалистов разных профилей: невролога, эпилептолога, психиатра, педиатра, генетика, эндокринолога, физиотерапевта, кардиолога, окулиста и др. С целью определения особенностей коммуникативного, интеллектуального, речевого, эмоционального развития детей, их физического состояния и коррекции нарушений, использовались следующие методы: диагностический чемоданчик Стребелевой, экспериментально-психологическое исследование по методике Векслера в условиях поликлинического отделения ГБУЗ АО «ОКПБ», а также аппаратные методы исследования: ЭЭГ, М-Эхо, нейроэнергокартирование головного мозга, обследование на программно-аппаратном комплексе "Активациометр".

Результаты. В процессе работы с детьми, страдающими редкими генетическими заболеваниями, выработана схема обследования таких пациентов, определенные приемы дифференциальной диагностики (в сравнении с типичной умственной отсталостью, аутизмом, а также другими специфическими двигательными, эмоциональными, речевыми и коммуникативными нарушениями).

Вывод. В результате анализа нашей деятельности мы можем сделать заключение о крайне сложной диагностике вышеперечисленных заболеваний, так как такие состояния представляют собой совокупность мозаичных и порой типичных для некоторых других заболеваний признаков. При этом абсолютно необходимо обеспечить комплексность и тщательность исследования каждого пациента для составления максимально полной клинической картины каждого заболевания.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Устинова А.В., Бертрам Н.В., Павлов А.В., Меньшикова Т.Н.

КГБУЗ Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Красноярск

Актуальность. Препараты ботулинического токсина типа А (БТА) используются для коррекции локальной спастичности и являются неотъемлемой частью программы комплексной реабилитации пациентов со спастическими формами ДЦП.

Цель. Оценка эффективности применения ботулинического токсина типа А у детей с ДЦП в комплексной реабилитации.

Материалы и методы. Объектом исследования были 86 пациентов с ДЦП, прошедших курс реабилитации с введением БТА (Диспорт) в 2015 году. Из них спастический тетрапарез имели 49 (57,0%) детей, спастическую диплегию - 31 (36,1%), гемипарез - 2 (2,3%), гиперкинетическую форму (3,5%), монопарез - 1(1,1%) ребенок. Первично БТА введен 34 (39,5%), повторно - 52 (60,5%) детям. В возрасте 2-4 лет введение БТА проведено 44 (51,2%), 5- 6 лет - 19(22,1%), 7- 12 лет 17(19,7%), старше 12 лет 6 (7,0%) детям. Распределение пациентов согласно классификации по шкале глобальных моторных функций было следующим: GMFCS I – 10 (11,6%), GMFCS II- 9 (10,5%), GMFCS III- 22 (25,6%), GMFCS IV- 28 (32,6%), GMFCS V- 17 (19,7%) пациентов.

Эффективность оценивалась по следующим критериям: изменение степени спастичности по модифицированной шкале Ashwart, углометрии, видеоанализу опороспособности и стереотипа ходьбы до и после введения БТА.

Результаты. У всех пациентов (100%) отмечено снижение спастичности в ногах, увеличение объема движений в суставах ног. Улучшение опороспособности стоп отмечено у 70 (81,4 %) пациентов, улучшение позы - у 53 (61,6%), улучшилась самостоятельная ходьба у 17(19,7%), улучшилась осанка у 22 (25,6%), появились первые самостоятельные шаги у 6 детей (7,0%).

Выводы. Применение БТА в комплексной реабилитации у исследуемой группы детей позволило уменьшить проявления патологического двигательного стереотипа, снизить спастичность, увеличить объем движений в суставах, избежать оперативного лечения в отдельных случаях, способствовало обучению ребенка новым двигательным навыкам, улучшению паттерна ходьбы, ускорению процесса начала ходьбы.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АБИЛИТАЦИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Уткузова М.А., Белоусова М.В.

ГБОУ ДПО КГМА Минздрава России, Казань

С позиций нейрофизиологии развитие ребенка - это становление и изменение ответных реакций по мере приобретения и накопления личного опыта. Этот процесс тесно связан с восприятием сенсорной информации и аналитико-синтетической деятельностью коры головного мозга. Многоканальный характер восприятия позволяет использовать несколько органов чувств одновременно. Аналитико-

синтетическая деятельность мозга объединяет ощущения различных модальностей в целостный образ и интерпретирует их в соответствии с прежним сенсорным опытом. Таким образом, осуществляется сенсорная интеграция, позволяющая наиболее полно воспринимать окружающий мир и способствующая гармоничному развитию ребенка. В силу влияния различных факторов в анте - перинатальном и более поздних периодах может быть нарушена интегративная деятельность мозга и процесс развития искажается или блокируется. Структура любой психической деятельности включает несколько последовательных этапов, реализованных с участием трех функциональных блоков мозга (по А.Р.Лурия), деятельность которых тесно связана между собой: I блок - энергетический. Осуществляет регуляцию активности мозга, внимания, восприятия, переработку информации о состоянии внутренней среды организма и регуляцию ее посредством нейрогуморальных механизмов. Обеспечивает эмоциональное подкрепление психической деятельности, что отражается на скорости образования условного рефлекса. Анатомические структуры первого блока (ретикулярная формация, лимбическая система, диэнцефальная область, медио-базальные отделы коры лобных и височных долей) характеризуются ранним созреванием в процессе фило - и онтогенеза, что объясняется жизненной необходимостью контролируемых ими функций. II блок - прием, переработка и хранение экстероцептивной информации. Это кора задних отделов больших полушарий, включающая первичные, вторичные и третичные поля затылочных, теменных, височных отделов, где располагаются центральные части анализаторных систем: зрительной, слуховой и кожно-кинестетической, а так же корковые центры вкуса и обоняния, занимающие у человека менее значительное место. III блок - программирование, регуляция и контроль за протеканием психической деятельности (моторные, премоторные, префронтальные отделы коры лобных долей).

Недостаточность любого из трех блоков (или поражение каких-либо отделов блоков) приводит к нарушению соответствующей стадии реализации и влияет на осуществление психической деятельности в целом. Использование сенсорной интеграции в абилитации нарушенного развития ребенка позволяет стимулировать деятельность I блока мозга, способствует своевременному формированию и совершенствованию сенсорных систем, входящих в состав II блока, что оптимизирует не только онтогенетические механизмы развития, но и создает условия для гармоничного развития личности в целом.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Фирсова И.Г.

АУ СОН Т «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «РОДНИК», Тюмень

Актуальность. ДЦП тяжелое инвалидизирующее заболевание. В терапии ДЦП нет методов, которые были бы панацеей. Поэтому поиск новых подходов и методов остается актуальным для улучшения качества жизни и социализации ребенка.

Цель. Внедрение метода кинезиотейпирования с учетом «концепции четырех тейпов» в комплексную медицинскую реабилитацию детей с ДЦП и оценка его эффективности.

Материалы и методы. На кинезиотейпирование за 5месяцев было взято 32 ребенка от 3 до 15 лет с разными формами ДЦП:с гемипаретической формой -8; со спастической диплегией - 24,из них - 3 с гиперкинетическим синдромом. Оценка по шкале GMFCS составляла II – IV уровень. Тейпы накладывались на 2-4 дня с перерывом на 2-3 дня. Техника наложения тейпов основывалась на «концепции четырех тейпов» (I- IVтипа) с целью получения разнообразного рецепторного ответа, направленного на коррекцию или изменение двигательного патологического стереотипа у ребенка. Курс составил 4сеанса, в отдельных случаях рекомендовано продолжить тейпирование дома.

До и после тейпирования проводился видеоанализ походки, исследовался избирательный двигательный контроль, изучались дневники родительских наблюдений.

Результаты. У всех детей отмечена положительная динамика после 2- 3 сеанса: расслабились контрактуры, уменьшилась эквино-вальгусная (варусная) установка стопы, улучшилась функция кисти (противопоставление Iпальца, опора на ладонь), сократилось количество гиперкинезов, появилось удержание головы (центрирование), уменьшилось слюнотечение.

Выводы. Метод кинезиотейпирования может выступать как высокоэффективный самостоятельный метод лечения ДЦП и значительно усиливает эффект от применения других методов реабилитации.

КОРРЕКЦИЯ ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У ДЕТЕЙ С ДЦП ПО МЕТОДИКЕ ГОСПИТАЛЯ СВЯТОЙ МАРИИ Г. БРИЗБЕНА (АВСТРАЛИЯ). ОПЫТ ГБУЗ МО ДПНБ

Цинкалов А.В., Лапочкин О.Л.

ГБУЗ МО «Детская психоневрологическая больница», Москва

Одной из типичной деформацией при ДЦП являются динамические и статические контрактуры в голеностопных суставах: эквинусная, эквино-вальгусная, эквино-варусная.

На первом этапе, при наличии эквинусной деформации стоп, в ортопедическом отделении ГБУЗ МО ДПНБ производится консервативное лечение: этапное гипсование до устранения деформаций и последующей фиксацией в гипсовом сапожке до 6 недель, при этом обязательна нагрузка на нижние конечности, с выпрямленным коленным суставом (одеваются тутора на коленные суставы на ночь и на период ходьбы). Этапное гипсование стоп проводится так же в качестве предоперационной подготовки пациента, для уменьшения объемов проводимого хирургического вмешательства. На этапах коррекции и фиксации и по снятию гипсовых сапожков активно проводится лечебная физкультура, массаж, растяжки, ортопедические укладки, физиотерапия. Обязательно назначаются функциональные тутора, в последующем -стабилизирующая ортопедическая обувь в положении коррекции стоп для профилактики рецидива деформаций, как правило, пожизненно.

На втором этапе, при динамических и статических деформациях стоп, не поддающихся консервативному лечению или при возникновении рецидива, проводится хирургическое вмешательство у детей в возрасте 4 лет и старше. Наиболее простым и надежным способом устранения эквинусной деформации стоп при ДЦП является оперативное вмешательство на ахилловом сухожилии по методикам

госпиталя Святой Марии г. Бризбена (Австралия), методом подкожного Z - образного удлинения ахиллова сухожилия у детей до 10-12 лет, в более старшем возрасте по Хуке, с наложением циркулярной гипсовой повязки от пальцев стопы до верхней трети голени в положении коррекции стопы. В послеоперационном периоде иммобилизация гипсовыми сапожками и туторами на коленные суставы составляет 6 недель. Вертикализация пациента на 2-ой день, после высыхания гипсовых сапожков. Дальнейшее ведение пациента проводится, как и при консервативном лечении.

КОРРЕКЦИОННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРИ АУТИСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

Цыпина Л.Г.

Детский центр психоневрологии и эпилептологии РДКБ
Башкирский Государственный медицинский университет, Уфа

Актуальность. Ранний детский аутизм (РДА) – представляет серьезную проблему нарушения развития и адаптации у детей, встречается у 3-6 на 10 000, чаще у мальчиков в 3-4 раза.

Материалы и методы. Нами наблюдались 36 детей в возрасте от 2 до 10 лет с диагнозом аутизма, из них у 21 ребенка отмечался РДА, а у 15 больных – как атипичный аутизм на фоне органического повреждения ЦНС. Больных с РДА разделили на группы: I группа – 5 детей, с тяжелым течением, с отсутствием речи, контактов, общения. II группа – 5 больных и в поведение преобладало неприятие мира и любых контактов, неприемлемых для ребенка, трудность адаптации. III группа – 6 больных, дети с собственными стойкими интересами, стереотипиями. Годами ребенок мог говорить на одну тему, рисовать, проигрывать один сюжет. IV группа – 5 детей, наиболее легкий вариант, с повышенной ранимостью, стереотипность их поведения более естественна и может оцениваться как инфантилизм.

В настоящее время считается, что главное в лечение аутичного ребенка - это лечение обучением и лечебное воспитание, задачей которых является развитие осмысленного взаимодействия ребенка с окружающим миром. Основные принципы построения лечебно-воспитательной программы детей с РДА - активация мозга, интеграция сенсорных систем, стимуляция формирований зрительно-моторной координации, тонкой моторики, статики, стимуляция развития первичных эмоциональных реакций, когнитивных функций, предречевых локализаций. В коррекции ребенка с РДА значимое место занимает психолого-дефектолого-логопедическое воздействие, с использованием оперантного обучения (I.Lovaas), TEACCH-программы (E.Schopler, G.Mesibov), методики Н.Б. Лаврентьевой. Лечение обучением – это осмысление вместе с ребенком каждодневной жизни, побуждение его к взаимодействию, подготовки к обучению и самостоятельной жизни. В основе медикаментозного терапии лежит применение препаратов, стимулирующие обучение и память, коррегирующих нарушенное поведение, с подбором для каждого ребенка своего терапевтического набора. Вопрос физиотерапии, иглорефлексотерапии, иппотерапии решался индивидуально, использовались не инвазивные методики (биаптрон, магнитотерапия, лазеротерапия), с периодом адаптации к процедуре. Важно отметить, что в реабилитации больного РДА ведущими должны стать лечебная

организация жизни и программа развития отношений ребенка с окружающим миром и адекватная интеграция в этот мир.

ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭНЦЕФАЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Цыпина Л.Г.

Детский центр психоневрологии и эпилептологии РДКБ
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Актуальность. Последствия нейроинфекций детского возраста составляют до 34-38% в структуре органических поражений ЦНС. Патогенетические механизмы энцефалитов связаны с агрессивностью возбудителя, с последствием токсических процессов, нарушения гемо-ликвородинамики, отека мозга, дис-демиелинизации.

Материалы и методы. Нами наблюдалось 42 ребенка, перенесших острый энцефалит: герпетический – 3 (7,1%) больных, ветряночный энцефалит – 4 (9,5%), дисмиелинизирующий - 6 (14,3%) детей, клещевой - 10 (23,8%), у - 20 (47,6%) больных полисезонный.

Результаты. Наиболее агрессивным был герпетический энцефалит, с развитием эпилептического статуса, коматозного состояния, с нарушением витальных функций. Клиника острого периода энцефалита коррелировала с тяжестью повреждения ЦНС, соматическим преморбитом ребенка - коматозное состояние развилось у 21% детей, судорожный синдром у 59,5% больных в 1-2 сутки болезни, со снижением частоты припадков у 35,7% к7-8дню. Двигательные нарушения выявлялись на 3-5 день у 19% , к 20 дню болезни у 40,5% больных, преимущественно в виде гемипареза. При выписке из стационара: клиническое выздоровление у – 49,9% пролеченных больных, двигательные расстройства – 35,7%, синдром симптоматической эпилепсии – 14,3%. Летальный исход имел место в 7,1% случаев. Лечение соответствовало современным терапевтическим технологиям, с адекватностью воздействия лекарственных средств на все звенья патогенетического процесса, в остром периоде заболевания применялась деэскалационная терапия, с назначением пациентам в критическом состоянии максимально эффективных препаратов. В динамике, в интервале 6 месяцев, больным проводилось восстановительное лечение курсами, с применением медикаментозной терапии (нейропротекторов, вазоактивных препаратов, противосудорожной терапии), рефлексотерапии, массажа, психолого-педагогической коррекции, полученные результаты представлены в таб.

Таблица. Динамика неврологических нарушений в процессе лечения

синдром	острый период	через 3 недели	ч/з 6 месяцев
Двигательные нарушения	19%	40,5%	35,7%
Когнитивные нарушения	71,1%	55,3%	31,6%
Эпилептический синдром	59,5%	14.3%	7,2%

Когнитивные расстройства проявлялись нарушением памяти, внимания, обучаемости и поведения ребенка. Следует отметить, что комплексная терапия энцефалитов значимо уменьшает риск грубого органического повреждения нервной системы ребенка.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАЗВИТИИ КООРДИНИРОВАННЫХ ДВИЖЕНИЙ РУК У МЛАДЕНЦЕВ С СОЧЕТАННЫМ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Чарыкова А.А., Павлова Н.Н., Лазуренко С.Б.

ФНБУ Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. По данным ФГБНУ «НЦЗД» 85% детей с поражением центральной нервной системы нуждаются в дорогостоящем восстановительном лечении и применении специальных технических средств в первые годы их жизни.

Цель: разработать техническое средство и педагогическую методику по развитию осязания и координированных движений рук у младенцев с сочетанным перинатальным поражением центральной нервной системы.

Методы: анализ результатов клинических и лабораторных исследований, визуальных осмотров врачей-специалистов, педагогического обследования, беседы с педиатром и родителями, наблюдение за свободным поведением ребенка. В исследовании приняли участие 102 детей от 20 дней до 6 месяцев жизни, у которых сочетанная патология ЦНС стала причиной нарушения иннервации мышечного тонуса верхних конечностей, снижения кожной чувствительности и двигательной активности.

Результаты. Дети с сочетанным поражением ЦНС с первых дней жизни нуждаются в систематическом стимулирующем воздействии на различные анализаторы и зоны чувствительности руки. Этого результата можно достичь путем применения специальной эластичной текстильной повязки с меняющимися объемными элементами, которая размещается на кисти руки, что позволяет стимулировать кожную чувствительность, развивать осязание, увеличить двигательную активность ребенка и сформировать точные, согласованные движения рук, накапливать разнообразный сенсорный практический опыт о предметах окружающего мира. Систематическая организация взрослым двигательной активности ребенка позволяет сформировать взаимосвязь между корковыми и подкорковыми двигательными центрами головного мозга, выработать правильную схему выполнения двигательного акта, нормализовать кровоток, и, как следствие, трофику тканей.

ИСХОДЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ К ДВУМ ГОДАМ

Чебаненко Н.В.

ГБУЗ «Научно – практический центр детской психоневрологии» ДЗ, Москва

Актуальность. По данным ГКУЗ бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения Москвы за последние 10 лет процент недоношенных детей в Москве остаётся постоянным и составляет 6,1-6,4% от общего количества родившихся. Вместе с тем в структуре недоношенности увеличивается доля детей родившихся до 32-й неделе гестации с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Отмечается

рост перинатальной патологии у новорожденных с 43,8% в 2012 году до 50,4% в 2014 году. А у недоношенных детей перинатальная патология в 2014 году достигла 94,5%.

Цель работы: провести анализ исходов перинатального периода у недоношенных детей в зависимости от срока гестации к двум годам жизни.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 203 ребёнка, родившихся недоношенными в разные сроки гестации. Из них 96 детей родилось при сроках гестации от 27 до 32 недель (1-я группа), 107 детей — при сроках гестации от 33 до 36 недель (2-я группа). Масса тела новорожденных 1-й группы колебалась от 950 г. до 2300 г., 2-й группы от 1350 г. до 3000 г. Пять детей, родившихся на сроке гестации от 27 до 32 недель, имели экстремально низкую массу тела при рождении от 920 г. до 980 г.

Результаты. Обвитие пуповины вокруг шеи от 1 до 3-х раз наблюдалось у 24 новорожденных (11,8% случаев), острая асфиксия плода наблюдалась у 29 новорожденных (14,3% случаев). Искусственная вентиляция лёгких проводилась в условиях реанимационного отделения у 167 детей в 82,3% случаев обеих групп от 2 до 35 суток. Процент внутрижелудочковых кровоизлияний II-IV степени в 1-й группе составил 44,8% (43 ребёнка), во 2-й группе — 27,1% (29 детей). Перивентрикулярная лейкомаляция развилась в 1-й группе в 19,8% случаев (19 детей), во 2-й группе — 10,3% (11 детей). Церебральная ишемия 3 степени встречались с одинаковой частотой в обеих группах, соответственно 15,6% (15 новорожденных) и 11,2% (12 новорожденных). Неонатальные судороги в 1-й группе наблюдались в 11,4% случаев (11 новорожденных), во 2-й группе в 7,5% (8 новорожденных).

К 1 году жизни детский церебральный паралич (ДЦП) сформировался у 59 детей (61,5% случаев) из 1-й группы и у 28 детей (26,2% случаев) 2-й группы.

При осмотре детей 1-й группы к 2 годам выявлено: ДЦП сформировался у 59 детей (61,5% случаев), у 5 детей (5,2%) наблюдалась задержка моторного развития, у 17 детей (17,7%) выявлена задержка речевого развития, у 8 детей (8,3%) – задержка психического развития. 7 детей (7,3%) из первой группы имели нормальное моторное, речевое и психическое развитие, соответствующее скоррегированному возрасту.

При осмотре детей 2-й группы к 2 годам выявлено: ДЦП сформировался у 28 детей (26,2% случаев), у 9 детей (8,4%) наблюдалась задержка моторного развития, у 9 детей (8,4%) выявлена задержка речевого развития, у 7 детей (6,5%) – задержка психического развития. 54 ребёнка (50,5%) из 2-й группы имели нормальное моторное, речевое и психическое развитие, соответствующее скоррегированному возрасту.

Выводы. Таким образом, у недоношенных детей, родившиеся на сроке гестации до 32 недель, достоверно чаще формируются грубые неврологические нарушения, в частности, детский церебральный паралич, который является причиной стойкой инвалидности. Основным направлением снижения неврологической инвалидности у детей должна стать профилактика невынашивания беременности и преждевременных родов.

ПРИНЦИП МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОСТИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ДЕТСКОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

Чемерис А.В., Булекбаева Ш.А.

Республиканский детский реабилитационный центр, Астана, Казахстан

АО «Республиканский детский реабилитационный центр» оказывает комплексную реабилитационную помощь пациентам с ограниченными возможностями для максимальной адаптации и интеграции их в общество. Основной целью деятельности Центра является повышение эффективности реабилитации. В Центре ежегодно проходят реабилитацию более 4200 детей. За 7 лет существования Центра пролечено 21765 детей. Из них социализировано – 36%. Применение комплекса реабилитационных услуг осуществляется с использованием модели интегративной реабилитации, где в основу положены три аспекта: медицинский, педагогический и социальный. Внедрение инновационных методов реабилитации является одним из важных задач Центра. Внедрен метод роботизированной кинезиотерапии на комплексах «Локомат-Про» для восстановления и развития навыков ходьбы у детей и взрослых. Постурография – метод диагностики, тестирования и лечения нарушений баланса тела и навыков движения пациентов, имеющих нарушения и функциональные ограничения в результате ортопедической, неврологической, вестибулярной патологии. Биологическая обратная связь (БОС) широко используется при лечении больных с поражением нервной системы, в Центре имеется 4 кабинета по 3-м направлениям БОС-терапии: опорно-двигательный, психо-эмоциональный и логотерапевтический. Одним из инновационных методов медицинской реабилитации является ботулинотерапия - инъекции диспорта в мышцы-мишени, в результате чего устраняется патологическое напряжение поражённых мышц. Ортезирование является одним из важных этапов лечения, это неотъемлемая часть реабилитации больных с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата. Монтессори – терапия, широко применяемая в мировой практике, используется в Центре. С 2013г. внедрены новые методы реабилитации: нейроортопедический костюм «Атлант», предназначенный для реабилитации неврологических пациентов с двигательными нарушениями, а также при заболеваниях опорно-двигательной системы; стол с тренажерами для механотерапии, предназначенный для развития подвижности суставов верхних конечностей и мелкой моторики; динамический тренажер «Лестница-брусья» - для развития и восстановления навыков ходьбы.

Таким образом, использование инновационных методов реабилитации в сочетании с классическими приемами позволяет улучшить результаты лечения.

СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКОГО ПАТТЕРНА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ МИЕЛИНО- И АКСОНОПАТИЙ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ МОТОСЕНСОРНЫМИ ПОЛИНЕВРОПАТИЯМИ

Шаймурзин М.Р., Евтушенко С.К., Евтушенко О.С., Фомичева Е.М.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, Донецк

Актуальность. Наследственная мотосенсорная полиневропатия (НМСП) или невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тутта – генетически гетерогенная группа заболеваний, в основе которых лежит первичный дефект периферических нервов. Одной из актуальнейших проблем НМСП является низкая выявляемость ранних субклинических проявлений заболевания, высокая частота ошибочного диагноза, недооценка клинических и нейрофизиологических прогностических критериев, что приводит к инвалидизации.

Цель. Идентификация ЭНМГ-маркеров миелино- и аксонопатий у детей с НМСП.

Материал и методы. С 2004 по 2014 года на базе Центра реабилитации проанализировано 70 клинических случаев НМСП. В рамках исследования 70 детям с НМСП (G 60.0) проводили базисную электронейромиографию (ЭНМГ) и ЭНМГ-мониторинга (1 раз в 6 месяцев) на аппрата «Нейро-МВП-микро» (РФ).

Результаты. ЭНМГ-маркерами при I миелинопатическом типе НМСП на стадии начальных проявлений являлось снижение скоростей проведения по моторным и сенсорным волокнам - 22,7±5,9 м/с и 11,8±4,8 м/с, по данным игольчатой ЭНМГ на фоне увеличения длительности до 46,4±6,9% и амплитуды (1,6±0,2 мВ) идентифицировались единичные феномены спонтанной активности в виде потенциалов фибрилляции (ПФ) и положительных острых волн (ПОВ)й - 0,5±0,2 у.е. и 1,5±0,7 у.е. ЭНМГ-маркерами при II аксональном типе НМСП на стадии начальных проявлений являются выраженное снижение амплитуды М-ответа и потенциала сенсорного ответа - 0,31±0,05 мВ и 0,09±0,02 мкВ соответственно, по данным игольчатой на фоне увеличения длительности до 58,3±4,5% и амплитуды (1,8±0,2 мВ) выявлялась интенсивная спонтанная активность в виде ПФ и ПОВ - 9,5±0,3 у.е. и 18,8±2,4 у.е.

Выводы. Раннее выявление ЭНМГ-маркеров миелино- и аксонопатии позволит на ранних стадиях скорректировать и выработать адекватную тактику лечения, направленную на предотвращение развитие осложнений и замедление прогредиенции.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ ОГКУЗ «БЕЛГОРОДСКИЙ ДОМ РЕБЕНКА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИКИ»

Шамборская Е.А.

ОГКУЗ «Белгородский дом ребенка специализированный для детей с органическим поражением центральной нервной системы с нарушением психики», Белгород

Актуальность. В настоящее время особое внимание уделяется изучению состояния здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в домах ребенка. Количество таких детей, несмотря на развитие различных форм устройства их в семьи, продолжает оставаться высоким. По состоянию на 15 января 2015 года в федеральном банке данных числятся 84 600 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Актуальность проблемы определяется неблагоприятными показателями состояния здоровья воспитанников домов ребенка, которые обусловлены не только низким исходным уровнем здоровья детей при поступлении в данные учреждения, но и неблагоприятной динамикой показателей заболеваемости, физического и нервно-психического развития воспитанников во время пребывания в государственных учреждениях

Материалы и методы. ОГКУЗ «Белгородский дом ребенка специализированный» относится к лечебно-профилактическим медицинским организациям, создано для круглосуточного содержания, воспитания, оказания медицинской и социальной помощи, комплексной медико-психологической и педагогической реабилитации, защиты прав и законных интересов детей с рождения

до четырехлетнего возраста включительно, оставшихся без попечения родителей, а также детей, имеющих родителей (законных представителей) и временно помещенных в дом ребенка. Среди основных причин, обусловивших возникновение инвалидности, первое место занимают болезни нервной системы, в том числе детский церебральный паралич (2012 г.- 33,33%, 2013 г.- 35%, 2014г.-30.43%).

На сегодняшний день в учреждении проводится большая работа не только по лечению, но и по медицинской и педагогической реабилитации воспитанников, цель которой – компенсация первичного дефекта, преодоление последствий материнской депривации ребёнка и его социализация. В медикаментозном лечении детского церебрального паралича традиционно применяют множество препаратов нейропротективного и нейротрофического, антиоксидантного и сосудистого действия и т.п. Важное место в лечебном и реабилитационном процессе занимают различные виды массажа(общеукрепляющий, точечный, дренирующий, лечебный (общий и сегментарный) для коррекции различных патологических состояний, электрофорез лекарственных средств, СМТ-терапия, парафиновые аппликации, лазеротерапия, метод «сухой иммерсии». Применяется ароматерапия с лечебными эфирными маслами, кислородные коктейли.

Согласно индивидуальной программе реабилитации (ИПР) для детей-инвалидов на базе протезно-ортопедических Федеральных унитарных предприятий РосЗдрава изготавливаются индивидуальные тутора и ортопедическая обувь, приобретаются индивидуальные ортопедические стельки-супинаторы в ортопедических аптеках города Белгорода. По индивидуальной программе реабилитации дети-инвалиды, нуждающиеся в этом, регулярно получают противопролежневые матрасы, подушки, комнатные и прогулочные кресла-коляски. В комплекс восстановительного лечения и реабилитации был включен метод динамической проприоцептивной коррекции (ДПК) с использованием рефлекторно-нагрузочного устройства «Гравистат», а также занятия с использованием тренажера «Гросса». В условиях дома ребенка ежедневно используются разнообразные опоры для профилактики и коррекции патологических поз («Иришка», «Слоник», «Медвежонок», «Радуга», опора-вертикализатор для стояния ОВС, опора для ходьбы «Петушок», ортопедическое функциональное кресло «Эдванс» для детей-инвалидов).

Результаты. Проведение комплекса реабилитационных мероприятий с учетом не только неврологического, но и соматического статуса детей с детским церебральным параличом позволило нам добиться положительных результатов в 55 % случаев в виде нормализации мышечного тонуса, увеличения объема движений, появления новых двигательных навыков. Также, снизился процент перевода детей в интернат для инвалидов (10,6% в 2013г.; 7,84% в 2014г.); увеличилась доля детей, переданных на воспитание в семьи (33.3% в 2012г.; 40.4% в 2013г.; 49,4% в 2014г.), что свидетельствует об эффективности медицинской реабилитации наших воспитанников.

Выводы. Таким образом, в заключение важно подчеркнуть что, чем раньше начата реабилитация детей, тем эффективнее проводимые мероприятия. На фоне лечения и комплексных реабилитационных мероприятий дети легче включаются в воспитательный процесс и приобретают навыки самообслуживания, увеличивается их активный и пассивный словарь, что способствует лучшей социальной адаптации.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ДЕТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧАХ

Шершнева А.И.

МБУЗ «Городская детская больница», Белгород

Актуальность изучения уровня и структуры умственной недостаточности у детей с церебральными параличами объясняется необходимостью разработки адекватных лечебно-коррекционных мероприятий для этого контингента больных и уточнения прогноза заболевания, который в значительной степени зависит от сохранности интеллекта. Особенности психических отклонений в большей мере зависят от локализации мозгового поражения..

Цель. Изучение уровня и структуры интеллектуальной недостаточности у детей с ДЦП.

Материалы и методы. В областном отделении «Психоневрологическое для детей раннего возраста МБУЗ «Городская детская больница» г. Белгорода диагностику психического развития начинаю с наблюдения за ребенком, обращаю внимание на его двигательную активность, разнообразие действий, спонтанную игровую и речевую активность, на особенности его отношения к присутствию взрослых, и затем предъявляю ребенку различные зрительные, слуховые и тактильные раздражители, выявляю уровень сформированности соответствующих реакций и их соответствие нормативам. В своей работе использую разработанные и апробированные в НПЦ ПНИ (директор – д.м.н. И.А.Скворцов) формализованные карты психологического обследования и динамического наблюдения за крупной и мелкой моторикой, экспрессивной и импрессивной речью, полимодальным восприятием, социальным и интеллектуальным развитием, игровой деятельностью у детей различных возрастов.

Результаты. С 2013-2015 гг. в отделении обследовано и пролечено 367 детей с ДЦП. Из них недостаточность ВПФ по типу психического недоразвития или задержки психоречевого развития имеется в 62% случаев, причем в возрасте от 1 года до 3 лет – 72%. При спастических формах ДЦП интеллектуально-речевая недостаточность выявлена в 65% случаев; при спастико-гиперкинетических формах – в 70%; при атонически-астатической форме – в 43% случаев; при гемипарезах – у 25% обследуемых детей.

Выводы. Своевременная диагностика интеллектуальной недостаточности при ДЦП позволяет выявить отклонения на ранних возрастных этапах развития ребенка, что определяет необходимость ранней медико-психолого-педагогической и логопедической коррекции.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Щербицкая О.В., Познякова Е.А., Смирнова Е.А.

Государственное казенное учреждение Самарской области «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», Самара

Актуальность. В последнее десятилетие увеличилась возможность выживания недоношенных детей с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), составляющих группу риска по развитию детской инвалидности.

Материалы и методы. В работе обобщены данные катамнеза 96 детей, получивших комплексные реабилитационные услуги в ГКУ СО «ОРЦДИ» с 2011 по 2014 гг.

Результаты. Все дети с ЭНМТ (19) и 30 детей с ОНМТ (92%) имели инвалидность. В периоде новорожденности 62,5% детей проводилась интенсивная терапия, в том числе длительная ИВЛ. У 41 ребенка (43%) диагностированы врожденные пороки развития, сообщающая гидроцефалия – у 63 (66%), симптоматическая эпилепсия – у 15(15%), ДЦП – у 57(78%), нейросенсорная тугоухость – у 17(18%), ретинопатия – у 31(33,3%), БЛД – у 59 (61%). Среди отдаленных последствий недоношенности выраженная ЗПР выявлена в 31% случаев, у 9% детей выставлен диагноз умственной отсталости. За период наблюдения каждый ребенок в среднем получил по 3 курса комплексной реабилитации, включающих: применение природных лечебных факторов, медикаментозное лечение, методы физической и эрготерапии, физиотерапевтическое лечение, психологическую и педагогическую коррекцию, сенсорную интеграцию, дистанционную реабилитацию. В процессе лечения у всех детей со среднетяжелыми и легкими формами перинатальных поражений мозга (59%) отмечалась функциональная компенсация неврологических и сопутствующих нарушений. У 38% детей с тяжелой сочетанной патологией удалось добиться смягчения моторных и сенсорных расстройств. Более 50% детей были интегрированы в учреждения для получения инклюзивного образования.

Выводы. Таким образом, раннее комплексное сопровождение детей с нарушениями в развитии, сочетание эффективных методик с новейшими техническими средствами реабилитации, позволит улучшить качество жизни ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ЦНС У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Яновская Н.В., Евтушенко С.К., Евтушенко О.С.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, Донецк

Актуальность. В последние годы активно развиваются новые репродуктивные и реанимационные перинатальные технологии, которые, с одной стороны способствуют преодолению бесплодия и обретению материнства, сохранению жизни глубоко недоношенным детям, с другой стороны являются возможным источником неврологических органических заболеваний у детей, в том числе церебрального паралича.

Материалы и методы. В Центре прошли лечение 106 детей (57 мальчиков, 49 девочек), рожденных с использованием ЭКО (в возрасте от 3 мес.). По нозологическим группам дети, распределились следующим образом: врожденные аномалии головного мозга – 57 детей; ЦП: двойная гемиплегическая форма – 21 человек, диплегическая форма – 5 детей; синдром двигательных нарушений, задержка стато-моторного и психо-речевого развития отмечалась у 23 детей. У детей отмечались выраженные двигательные нарушения в виде спастических и смешанных тетрапарезов, выраженная задержка моторного и психо-речевого разавития, у 36% детей зарегистрированы эпилептические синдромы. Особенности патологии со стороны ЦНС проявлялись в тяжести состояния по основному заболеванию,

резистентности к проводимой терапии, наличии выраженной задержки психо-моторного развития, редукции примитивных рефлексов, наличием дистонических атак и эпилептического синдрома. При проведении МРТ головного мозга у детей данной группы отмечались выраженные патологические изменения, различные аномалии развития головного мозга: кортикальная дисплазия (лиссэнцефалия (агирия), пахигирия, микрополигирия, шизэнцефалия). Более трети от числа пролеченных детей имели серьезные зрительные нарушения. Аномалии развития головного мозга сочетались с микроаномалиями со стороны сердца: ООО, абберантные хорды.

Выводы. В заключение следует отметить, что обсуждавшиеся проблемы ни в коей мере не умаляют значимости вспомогательных репродуктивных технологий в преодолении бесплодия. Необходимо усилить генетический контроль за качеством оплодотворенных яйцеклеток, включить в обязательную программу преимплантационный скрининг на хромосомную патологию, иммуногенетический скрининг, направленный на выявление HLA-антигенов-агрессоров, которые играют роль своеобразных маркеров отдельных форм церебрального паралича и степени его тяжести. Дети, зачатые путем ЭКО, требуют многолетнего наблюдения и проведения адекватного комплекса реабилитационных мероприятий.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ С ПСИХО-РЕЧЕ-МОТОРНОЙ ЗАДЕРЖКОЙ, УГРОЖАЕМЫХ ПО РАЗВИТИЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Яновская Н.В, Евтушенко О.С., Евтушенко С.К.

Республиканский клинический Центр нейрореабилитации, Донецк

Актуальность. В настоящее время остается актуальной проблема своевременного лечения и реабилитации детей с перинатальным поражением ЦНС, рост данной патологии в определенной степени обусловлен достижениями репродуктивной и реанимационными перинатальными технологиями, включая экстракорпоральное оплодотворение, большей выживаемости недоношенных детей с низкой массой тела при рождении и патологией ЦНС.

Цель. Разработка специальной оригинальной поэтапной многокурсовой методики ранней реабилитации у детей первого года жизни, угрожаемых по развитию ЦП.

Материалы и методы. С 2004 года в Центре организовано и функционирует отделение ранней реабилитации на 10 коек, где проходят лечение дети в возрасте от 3х мес. до 1-го года с задержкой стато-моторного, когнитивного и предречевого развития вследствие различных этиологических факторов. Для уточнения диагноза и тактики лечения дети проходят комплекс клинико-инструментальных исследований: НСГ, УЗДГ сосудов головного мозга и шеи, ЭЭК, УЗИ внутренних органов. Оценка психо-моторного развития детей раннего возраста проводится по стартизированной шкале INFANIB (Infant Neurologscal Internatisonal Battery, 1995).

Комплекс реабилитационных мероприятий включает в себя оригинальные физиотерапевтические методики. По показаниям детям назначается: массаж, ЛФК с элементами Войта, «мягкая» мануальная терапия (по О.С. Евтушенко); ортопедическая коррекция, аппаратная электростимуляция («Амплипульс», «АЭСТ»), электровакуумстимуляция мышц спины при помощи аппарата «Вакотрон», магнитная

терапия; рефлексотерапия, в том числе и лазеропунктура, электропунктура, магнитолазерная терапия, мезотерапия, чрезкожная электропунктура дистальных точек на аппарате «Ласпер». Медикаментозное лечение проводится по синдромологическому принципу включая ноотропную и нейротрофическую терапию: цераксон по 1 мл 2 раза в день, цереброкурин 0,5 мл в/м №10, дельталицин в н/х №5, при наличии эпилептического синдрома назначалась депакин, кеппра, трофическая терапия (агвантар в дозировке 30-75 мг/с, кудесан по 3-5 к. в сутки), проводилась также иммуностимулирующая терапия.

Выводы. После лечения по стартизированной шкале INFANIB разница суммы балов до и после лечения составила 7,4 балла ($p<0,01$). Проведение комплекса реабилитационных мероприятий у детей с психо-рече-моторной задержкой в раннем возрасте по разработанной в Центре методологии с повторением курса лечения каждые 2,5-3 месяца к концу первого года жизни позволяет в 35% редуцировать когнитивные и двигательные нарушения, в 55% случаев отмечалось сохранение минимального неврологического дефицита, у 10% (дети с грубыми аномалиями развития головного мозга) предотвратить развития органического заболевания ЦНС не удалось.

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ФУНКИЦИОНАЛЬНУЮ СИСТЕМУ ДВИЖЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СИНУСОИДАЛЬНОЙ ВИБРАЦИОННОЙ ПЛАТФОРМЫ “ГАЛИЛЕО”

Rawer, R.C.

Novotec Medical GmbH, Pforzheim, Germany,

Актуальность: “ГАЛИЛЕО” - синусоидальная вибрационная платформа, представленная в 1996 году, является первым устройством, обеспечивающим вибрацию всего тела. Устройство обрело известность после публикации Bosco et. al. 1998 года. На сегодняшний день насчитывается более 150 разнонаправленных научных клинических исследований о применении платформы “ГАЛИЛЕО”, опубликованных на PubMed, “Галилео” является самым изученным устройством, с точки зрения безопасности и механизмов воздействия на организм при различных заболеваниях.Широко применяется в авиационной и космической медицине, спортивной медицине, гериатрии и прежде всего в лечении неврологических заболеваний у взрослых и детей, в том числе, церебрального паралича и травм ЦНС.

Материалы и методы: Галилео основан на колебательной системе, использующей попеременные колебания с частотой от 5 до 36 Гц. Такое движение механически воспроизводит основные двигательные паттерны, соответсвующие, в том числе походке человека, стимулирует нейромышечную систему, позволяет эффективно вовлечь в работу мыщцы спины, туловища, таза, а также ног. Воздействие при работе на “ГАЛИЛЕО” основано на моно-синаптическом рефлексе. Применение различных частот при этом приводит к различным нейромышечным реакциям: мобилизации, растяжению, расслаблению, тренировке мышечной силы.”Галилео” оказывает значительный эффект на плотность костей, снижение мышечного тонуса и увеличение мышечной силы при спастических формах ДЦП, а также увеличением мышечного тонуса и улучшения опорных функций при атонически-астатической форме.В более старшем возрасте улучшается средняя

скорость ходьбы, мышечная сила и баланс.Также для пациентов с гипотонией мышц это эффективный метод улучшения кровотока в ногах и набора мышечной массы.

Заключение: “Галилео” — это безопасный и самый эффективный способ тренировки нейромышечной системы с многообразием применения, от наращивания объёма и силы мышц до восстановления или обретения нейромышечной функции.Его потенциал в клиническом применении незаменим, так как активация рефлекса растяжения вызывает мышечную активность, даже когда сознательный доступ невозможен (ДЦП , повреждения спинного мозга) в то время как проводится терапия с использованием паттернов близких к физиологическим паттернам человеческого передвижения.