



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(19)

RU

(11)

2 743 876

(13)

C1

(51) МПК

- [A61B 5/16 \(2006.01\)](#)
- [A61H 1/00 \(2006.01\)](#)
- [A61H 7/00 \(2006.01\)](#)
- [A61K 31/195 \(2006.01\)](#)
- [A61K 31/495 \(2006.01\)](#)
- [A61P 25/20 \(2006.01\)](#)

(52) СПК

- [A61B 10/00 \(2020.08\)](#)
- [A61B 5/16 \(2020.08\)](#)
- [A61H 1/00 \(2020.08\)](#)
- [A61H 7/00 \(2020.08\)](#)
- [A61K 31/195 \(2020.08\)](#)
- [A61K 31/495 \(2020.08\)](#)
- [A61P 25/20 \(2020.08\)](#)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21)(22) Заявка: [2020117722](#), 19.05.2020

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
19.05.2020

Дата регистрации:
01.03.2021

Приоритет(ы):
(22) Дата подачи заявки: **19.05.2020**

(45) Опубликовано: [01.03.2021](#) Бюл. № **7**

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: Пискунова С.Г. и др. СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕТОДИК У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. // Детская и подростковая реабилитация 2020.-N 1.-С.18-27. RU 2497440 C1, 10.11.2013. RU 2691512 C1, 14.06.2019. WO 2010015029 A1, 11.02.2010. CN 107080546 B, 21.08.2020. US 10512769 B2, 24.12.2019.

Адрес для переписки:
344038, г. Ростов-на-Дону, ул. Ленина, 93/4,

(72) Автор(ы):

**Ефремова Татьяна Евгеньевна (RU),
Пискунова Светлана Геннадьевна (RU),
Сафонова Ирина Александровна (RU),
Приходько Наталья Николаевна (RU),
Лобанова Алена Михайловна (RU),
Колтунова Ирина Юрьевна (RU),
Белашев Сергей Витальевич (RU),
Рыжжина Екатерина Игоревна (RU)**

(73) Патентообладатель(и):

Ефремова Татьяна Евгеньевна (RU)

(54) СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к педиатрии, неврологии, психиатрии. В день поступления пациента в отделение медицинской реабилитации для определения психического статуса консультацию проводит психиатр, по результату которой назначают медикаментозную терапию. Далее пациента консультирует невролог, определяет неврологический статус и назначает медикаментозную терапию. Далее пациент проходит обследование у психолога с использованием диагностических тестов и диагностических методик. Со следующего дня пребывания ребенка в отделении психолог проводит ежедневную психокоррекцию с использованием игротерапии, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии, арт-терапии. Далее ребенок проходит обследование у логопеда-дефектолога с назначением ежедневных занятий. После всех вышеперечисленных обследований в день поступления врач лечебной физкультуры назначает курс лечебной физкультуры, который включает в себя ежедневные групповые занятия, с последующим переходом на механотерапию с использованием тренажеров. Врач-физиотерапевт назначает массаж шейно-воротниковой зоны, электросонотерапию, электрофорез 2% Са и 2% Вг по Вермелю и по Щербаку. Врач-рефлексотерапевт назначает курс по методике иглорефлексотерапии «У-син». Способ обеспечивает стабилизацию эмоциональной сферы, нормализацию поведенческих реакций, когнитивных и эмоциональных функций ребенка за счет проводимых комплексных реабилитационных мероприятий у детей и подростков с поведенческими и эмоциональными нарушениями, страдающих психическими расстройствами. 3 пр.

Изобретение относится к медицине, а именно к педиатрии, неврологии, психиатрии, и может быть использовано для реабилитации детей и подростков с поведенческими и эмоциональными нарушениями, страдающих психическими расстройствами.

Поведенческие и эмоциональные нарушения у детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, в возрасте от 3 до 17 лет представляют собой актуальную в социальном и медицинском аспектах проблему (см. Ляликов С.А., Ляликова В.И. Периодизация детского возраста на основании антропометрических показателей // Оригинальные исследования. 2008. №4. С. 28). Ее значимость обусловлена все более увеличивающейся распространенностью поведенческих и эмоциональных нарушений у детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, а также стойкостью социальной дезадаптации.

Недостаточная эффективность традиционно используемых лечебно-реабилитационных подходов в свете современных требований к повышению качества помощи детям и подросткам в значительной степени обусловлена отсутствием интегративного подхода, который позволил бы учитывать весь спектр дисфункциональных состояний пациента, выходящих за рамки его клинико-биологических детерминант (см. Корень Е.В. К разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Детская и подростковая реабилитация. 2018. №3 (35). С. 56-62). В популяции частота встречаемости данной патологии составляет около 5% (см. Сафонова И.А., Приходько Н.Н., Бочкова Е.Н., Ефремова Т.Е., Колтунова И.Ю., Белашев С.В.,

Бондаренко Ю.С., Александрова В.С., Пивнева А.М. Опыт применения комплексной реабилитации у детей, страдающих расстройствами психического и речевого развития, в практике отделения медицинской реабилитации областной детской клинической больницы города Ростова-на-Дону // Детская и подростковая реабилитация. 2018. №3 (35). С. 56-62).

Существует ряд психических заболеваний, одним из синдромов в клинической картине которых являются нарушения поведения и эмоций, однако в нашей работе мы не будем останавливаться на следующих нозологических единицах, таких как F20 - Шизофрения; F70-72 - Умственная отсталость.

Поведенческие и эмоциональные нарушения у детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, рассматриваются при следующих нозологических единицах: гиперкинетические расстройства, расстройства поведения, смешанные расстройства поведения и эмоций, эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста, расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов, тики, другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте. Их клиническими проявлениями являются: аффективная возбудимость, агрессивность, расторможенность примитивных влечений, эмоционально-волевая неустойчивость, повышенная внушаемость.

В настоящее время проблемой поведенческих и эмоциональных нарушений у детей и подростков занимаются психиатры и психологи, используя в своей практике клиническую беседу, выясняя тяжесть, частоту и продолжительность агрессивных, антисоциальных поступков, уточняя их характер, направленность, мотивацию, беседуя с родителями об эмоциональном состоянии ребенка, успеваемости, особенностях социализации; наблюдения за поведением ребенка, особенностями взаимоотношений между ним и родителем, включая сбор анамнеза, наблюдение за внутрисемейными отношениями, позволяющими определить долю биологических и социальных факторов формирования расстройства; психодиагностику с применением проективных методов, опросников, дающих возможность выявить состояние дезадаптации, эмоционально-личностные характеристики; характеристики педагогов, представителей правоохранительных органов.

Таким образом, разработка новых высокоэффективных способов реабилитации детей и подростков с поведенческими и эмоциональными нарушениями, страдающих психическими расстройствами, является актуальной задачей современной медицины.

Проведенным поиском по научно-медицинской и патентной литературе найдены различные способы реабилитации детей и подростков.

Так, в докладе «Комплексная программа реабилитации детей с отклоняющимся поведением в условиях детско-подросткового психиатрического комплекса г. Омска» представлена программа реабилитации с использованием фармакотерапии, участием психиатра, психолога, педагога (см. Гранкина И.В., Иванова Т.И., Барышева О.М. Комплексная программа реабилитации детей с отклоняющимся поведением в условиях детско-подросткового психиатрического комплекса г. Омска // XVI съезд психиатров России, Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». Тезисы, г. Казань, 23-26 сентября 2015 г.). Недостатком предлагаемой программы являются ограниченные функциональные возможности способа.

В статье «Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях» отражен способ реабилитации, включающий в себя фармакотерапию и участие психиатра, психолога, дефектолога, задачей которых является обучение детей и подростков необходимым навыкам самоконтроля и эффективного взаимодействия с окружающими (см. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами

в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. С. 5-13). Недостатком данного метода реабилитации являются ограниченные функциональные возможности способа.

Из патентных источников известен «Способ оценки психоэмоционального уровня и уровня социализации дезадаптированных детей и подростков в процессе коррекции психоэмоциональных нарушений» (см. патент RU 2497440 С1, опубл. 10.11.2013, Бюл. №31). Сутью способа является то, что создают группу, в которую вводят детей с пониженными возможностями социализации. В группу вводят дезадаптированного подростка в статусе вожакого, с которым предварительно проводят подготовительную работу. Трижды проводят тестирование. При тестировании дети группы выбирают карточки прямоугольной формы, а дезадаптированный подросток выбирает карточку в форме круга. На карточках изображена фигура человечка, находящегося в позе. Тестируемые дети раскрашивают фигуру человечка, дорисовывают или стирают отдельные части тела, изображение лица или одежды человечка, помещают карточки на крону дерева. Дети группы размещают карточки на дереве путем передвижения дальше или ближе к карточке дезадаптированного подростка, чем показывают свое отношение к нему, а также передвигают карточки относительно карточек друг друга, сближая или раздвигая их, чем показывают возникающие связи сплочения или разобщения группы. Для этого на площадь кроны или ее макет накладывают прозрачный трафарет в форме круга с радиусом, равным высоте четырех прямоугольных карточек на крону дерева.

Проводят анализ полученных данных следующим образом. Определяют K_1 - оценку эмоционально - поведенческого состояния тестируемого, K_2 - оценку эмоциональной сферы, K_3 - оценку психоэмоциональных нарушений, K_4 - оценку комфортности положения в группе. Для каждой оценки определяют ее значение в баллах. Оценивают комфортность положения тестируемого ребенка и дезадаптированного подростка в группе детей K_4 по степени удаленности и положению на кроне дерева его карточки относительно карточек детей группы. Определяют оценку состояния психоэмоциональной сферы и социализации детей группы и дезадаптированного подростка, суммируя оценки K_1 , K_2 , K_3 , K_4 , и при сумме 11-15 баллов считают состояние тестируемого ребенка или дезадаптированного подростка как хорошее стабильное психоэмоциональное состояние, указывающее на адекватное поведение. При сумме 6-10 баллов - как удовлетворительно стабильное психоэмоциональное состояние, при котором проявление эмоциональных нарушений имеет ситуативный характер, которое выражается в некоторых поведенческих нарушениях. При сумме 0-5 баллов - как нестабильное психоэмоциональное состояние, выражающееся поведенческими расстройствами, с дискомфортом от чувства своей ущербности, с уходом в себя.

Определяют групповую сплоченность и положение тестируемого ребенка и дезадаптированного подростка в коллективе путем подсчета количества карточек, находящихся в зоне трафарета, центр которого совмещают с карточкой дезадаптированного подростка или тестируемого ребенка. Если 50-100% карточек детей группы находятся в зоне А-Г трафарета, являющейся зоной комфорта, то считают группу сплоченной, дезадаптированного подростка считают интегрированным в коллектив, его деятельность по социализации эффективной, а тестируемого ребенка считают принятым в коллектив. Если менее 50% карточек детей группы находятся в зоне комфорта, то считают группу разобщенной, деятельность дезадаптированного подростка по социализации не эффективной, а тестируемого ребенка считают не принятым в коллектив.

Способ позволяет оценить изменение психоэмоционального состояния детей группы и дезадаптированного подростка на этапах коррекции. По мнению авторов, способ позволяет получить наглядную картину, отражающую взаимоотношения в

группе и их развитие в коллективе, оценить процесс социализации дезадаптированного подростка в группе детей, через оценку сплоченности и комфортности пребывания в коллективе других его членов, определить эффективность коррекционной работы с детьми в группе, получить объективную оценку сложившихся отношений в коллективе в результате работы педагогов и специалистов. Однако, в данной работе предлагается именно способ оценки психо-эмоционального состояния детей и подростков, а не способ реабилитации данной категории пациентов.

Из тех же источников известен «Способ профилактически-реабилитационной коррекции функционального состояния и повышения адаптивных возможностей организма» (см. патент RU 2557695 С1, опубл. 27.07.2015, Бюл. №21). Авторы способа проводят три последовательных этапа: установочный (УЭ), адаптационный (АЭ) и этап тактильного взаимодействия (ТЭ) пациента с дельфином.

УЭ включает ознакомление пациента с особенностями строения и поведения дельфинов, обучение приемам выполнения необходимых при общении с дельфином команд, тактильного общения с дельфином. АЭ включает знакомство и прямой тактильный контакт с живым дельфином на платформе бассейна, вне воды. ТЭ включает упражнения, направленные на развитие коммуникативных способностей пациента, мелкой моторики, координации движений, контроля двигательной активности, эмоционального состояния и внимания, с использованием элементов арт-терапии, музыкальных упражнений совместно с дельфином, совместные с дельфином активные игры с предметами. ТЭ проводят в бассейне с минеральной водой NaCl 1,8-2,0 промилле температурой от 25 до 28 градусов, длительность полного курса коррекции от 10 до 14 сеансов, каждый от 30 до 40 мин.

Продолжительность УЭ не менее 3 сеансов по 30 мин, АЭ - от 1 до 3 сеансов по 30-35 мин, ТЭ - от 7 до 9 сеансов по 35-40 мин. По мнению авторов, способ обеспечивает повышение стрессоустойчивости, адаптационного потенциала пациента с любой степенью функциональной подготовки, интегральное повышение коммуникативных способностей и направленности на активную целенаправленную деятельность, оптимизацию длительности курса реабилитации в зависимости от психоэмоционального состояния и способностей пациента. Однако, в предлагаемом способе предлагается достаточно ограниченное количество реабилитационных практик, применяющихся для стабилизации эмоционально - волевой сферы у детей и подростков, страдающих психическими нарушениями, а также дельфинотерапия относится к альтернативным способам реабилитации, не входящими в профессиональные стандарты.

Задачей предлагаемого изобретения является повышение эффективности проводимых комплексных реабилитационных мероприятий у детей и подростков с поведенческими и эмоциональными нарушениями, страдающих психическими расстройствами, за счет стабилизации эмоциональной сферы, нормализации поведенческих реакций, когнитивных и эмоциональных функций ребенка.

Техническим результатом является разработка высокоэффективного способа реабилитации поведенческих и эмоциональных нарушений у детей и подростков, страдающих психическими расстройствами.

Технический результат достигается тем, что в день поступления пациента в отделение медицинской реабилитации с ранее установленным диагнозом проводит консультацию психиатр для определения психического статуса, по результату которой назначает медикаментозную терапию: нейролептики - тиоридазин - детям от 4 до 7 лет - 10 - 20 мг/сут в 2-3 приема в сутки; от 8 до 14 лет - 20-30 мг/сут в 3 приема в сутки; от 15 до 18 лет - 30-50 мг/сут в 2-3 приема в сутки или перициазин 4% раствор для приема внутрь, детям старше 3 лет средняя суточная доза составляет от 0,1 мг до 0,5 мг на 1 кг массы тела, при этом врач-психиатр проводит ежедневные

консультации в первой половине дня в период реабилитации пациента; далее, после консультации психиатра, пациента консультирует невролог, определяет неврологический статус и назначает седативную терапию: гидроксизин в возрасте от 12 месяцев до 6 лет - от 1 до 2,5 мг/кг/сут в 2-3 приема, от 6 лет и старше - от 1 до 2 мг/кг/сут в 2-3 приема, ноотропную терапию: глицин детям старше 3 лет - по 1 таблетке 2-3 раза в день или метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин 0,1% детям старше 5 лет по 1-2 капли в каждый носовой ход 2 раза в день - утром и днем, при этом врач-невролог ежедневно, в первой половине дня осматривает пациента в период реабилитации в отделении; далее, в этот же день, после обследования психиатра и невролога, пациент проходит обследование у психолога с использованием диагностических тестов и диагностических методик, затем, со следующего дня - второго дня пребывания ребенка в отделении, в первой половине дня, независимо от возраста, психолог проводит ежедневную психокоррекцию с использованием игротерапии, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии, арт-терапии; далее, после заключения психолога, ребенок проходит обследование у логопеда - дефектолога с назначением, независимо от возраста, ежедневных занятий в первой половине дня в период реабилитации; далее, после всех вышеперечисленных обследований в день поступления врач лечебной физкультуры назначает курс лечебной физкультуры длительностью 10 дней, который включает в себя ежедневное групповое занятие в первой половине дня, длительностью 20 минут, независимо от возрастной категории, с последующим переходом, после часового перерыва, на механотерапию с использованием тренажеров в последовательности - тренажер реабилитационный с функциональной электростимуляцией и биологической обратной связью RT: детям 3-7 лет - 5-10 минут, нагрузка 1, детям 8-11 лет - 10 минут, нагрузка 2; детям 12-17 лет - 10 минут, нагрузка от 3 до 10; устройство Pablo с биологической обратной связью с принадлежностями: детям 3-7 лет - 6 минут с нагрузкой 50%; детям 8-11 лет - 6 минут с нагрузкой 75%; детям 12-17 лет - 6 минут с нагрузкой 100%; платформа реабилитационная с принадлежностями: детям 8-11 лет - 5 минут; детям 12-17 лет - 5 минут; иппотренажер RodeoPro: детям 3-7 лет - 5 минут, 1 скорость; детям 8-11 лет - 5 минут, 2 скорость; детям 12-17 лет - 5 минут, 2 скорость; велотренажер Torneo B-225 GNOVA: детям 3-7 лет - 5 минут, нагрузка 1; детям 8-11 лет - 5 минут, нагрузка 2; детям 12-17 лет - 5 минут, нагрузка 3; беговая дорожка TorneoT-205 SMARTA: детям 3-7 лет - 5 минут, 1 скорость; детям 8-11 лет - 5 минут, 2 скорость; детям 12-17 лет - 5 минут, 2 скорость; министеппер с ручкой S-221 ТЕМПО: детям 3-7 лет - 5 минут, без нагрузки; детям - 8-11 лет - 5 минут, без нагрузки; детям -12-17 лет - 5 минут, без нагрузки; эллиптический шагомер C-218 TORNEO: детям 3-7 лет - 5 минут, нагрузка 1; детям 8-11 лет - 5 минут, нагрузка 1-2; детям 12-17 лет - 5 минут, нагрузка 2-3; батут Essential 240 Domyos: детям 3-7 лет - 5 минут, без нагрузки; детям 8-11 лет - 5 минут, без нагрузки; во второй половине дня, после дневного отдыха, пациент проходит дополнительные занятия лечебной физкультуры с использованием предметов игрового обихода, элементов спортивной медицины: сухой бассейн - дети 3-7 лет - 10 минут, полоса препятствий - детям 3-7 лет - 10 минут, детям 8-11 лет - 15 минут, детям 12-17 лет - 20 минут, элементов спортивной медицины: бадминтон - детям 3-7 лет - 10 минут, детям 8-11 лет - 15 минут, детям 12-17 лет - 20 минут, баскетбольное кольцо - детям 3-7 лет - 10 минут, детям 8-11 лет - 15 минут, детям 12-17 лет - 20 минут, настольный теннис - детям 3-7 лет - 10 минут, детям 8-11 лет - 15 минут, детям 12-17 лет - 20 минут; врач-физиотерапевт назначает массаж шейно - воротниковой зоны, ежедневный, десять дней, продолжительностью 20 минут, независимо от возрастной категории, в первой половине дня, после 30 минутного перерыва после лечебной физкультуры и десятидневный курс, включающий в себя чередование электросонотерапии - 5 процедур: детям 3-7 лет сила тока 0,6 мА - 1,0

мА, детям 8-11 лет - 2 мА, детям 12-17 лет - 3-4 мА, продолжительность процедуры при первом воздействии 10-15 минут, при последующих - 30 минут с электрофорезом 2% Са и 2% Вг по Вермелю - 5 процедур: детям 3-7 лет сила тока 5 мА, длительность процедуры 7 минут, детям 8-11 лет сила тока 7-10 мА, продолжительность - 10 минут, детям 12-17 лет - 12 мА, продолжительностью 10 минут или электрофорезом 2% Са и 2% Вг по Щербаку: детям 3-7 лет - сила тока 3-5-7 мА, продолжительность - 3-5-8 минут, детям 8-11 лет - сила тока 4-6-8-10 мА, продолжительность 4-6-8-10 минут, детям 12-17 лет - сила тока 6-8-10-12 мА, продолжительность - 6-8-10-12 мА во второй половине дня, через 40 минут после иглорефлексотерапии; в свою очередь, врач - рефлексотерапевт назначает десятидневный ежедневный курс по классической методике иглорефлексотерапии «У-син», используя точки акупунктуры в следующей последовательности: vg20 - на средней линии головы, выше задней границы роста волос на 7 цуней и 5 цуней от передней границы роста волос, gi4 - между 1 и 2 пястными костями ближе к середине 2 пястной кости в ямке, e36 - ниже верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости на 3 цуня, у переднего края большеберцовой мышцы, гр6 - кзади от большеберцовой кости, выше центра медиальной лодыжки на 3 цуня, gi 11 - на середине расстояния между латеральным надмыщелком и лучевым концом складки локтевого сгиба, v11 - на уровне промежутка между остистыми отростками 1 и 2 грудных позвонков, в сторону от средней линии на 1,5 цуня, v12 - на уровне промежутка между остистыми отростками 2 и 3 грудных позвонков, в сторону от средней линии на 1,5 цуня, v13 - на уровне промежутка между остистыми отросткам 3 и 4 грудных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня, v23 - на уровне промежутка между остистыми отростками 2 и 3 поясничных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня, v25 - на уровне промежутка между остистыми отростками 4 и 5 поясничных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня, v36 - в центре подъягодичной складке, при этом сеанс рефлексотерапии проводят через 30 минут после проведения занятия лечебной физкультуры с использованием предметов игрового обихода и элементов спортивной медицины во второй половине дня, длительность процедуры 20 минут; частота таких курсов реабилитации 1-3 раза в год.

Способ осуществляется следующим способом.

В день поступления пациента в отделение медицинской реабилитации с ранее установленным диагнозом проводит консультацию психиатр для определения психического статуса (см. Эйдемиллер Э.Г. Детская психиатрия. 2005. С. 218-286).

На основании консультации психиатра назначается медикаментозная терапия (нейролептики - тиоридазин (сонапакс) - детям от 4 до 7 лет - 10 - 20 мг/сут в 2-3 приема в сутки; от 8 до 14 лет - 20-30 мг/сут в 3 приема в сутки; от 15 до 18 лет - 30-50 мг/сут в 2-3 приема в сутки или перициазин (неулептил) 4% раствор для приема внутрь, детям старше 3 лет средняя суточная доза составляет от 0,1 мг до 0,5 мг на 1 кг массы тела).

Консультация психиатра проводится ежедневно в период реабилитации ребенка.

Далее, после консультации психиатра, ребенок проходит полное неврологическое обследование с определением неврологического статуса (см. Бадалян Л.О. Детская неврология. 2010. С. 71-214).

На основании обследования, неврологом назначается седативная терапия (гидроксизин (атаракс) в возрасте от 12 месяцев до 6 лет - от 1 до 2,5 мг/кг/сут в 2-3 приема, от 6 лет и старше - от 1 до 2 мг/кг/сут в 2-3 приема), ноотропная терапия (глицин детям старше 3 лет - по 1 таблетке 2-3 раза в день или метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин 0,1% (семакс) детям старше 5 лет по 1-2 капли в каждый носовой ход 2 раза в день (утром и днем)).

Так же, ежедневно в период реабилитации в отделении, ребенка осматривает невролог.

Далее, в этот же день, после обследования психиатра и невролога, пациент проходит обследование у психолога с использованием диагностических тестов:

- тест тревожности Тэммл, Дорки, Амен (см. Диагностика эмоционально-нравственного развития СПб; 2002. С. 19-28. Овчарова Р.В. Практическая психология в начальной школе - М, 1999), тест «Сказка» (см. Сказкотерапия для детей дошкольного и младшего школьного возраста. Строгова Н. А.), детский тест «Рисуночной фрустрации» С.Розенцвейга, «тест руки», рисуночный тест Сильвер (техника стимульного рисования) (см. Рабочий инструмент детского психолога. Учитель. 2015), тест «Эмоциональные сферы», тест животных, Рене Заззо, «Цветовой тест отношений» А. Эткинда, тест Сонди, цветовой тест Люшера (см. М. Люшер. Психологический практикум. 1999), и методик: «Несуществующее животное» (см. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты. М: Владс-Пресс. 2003.), «Дом-Дерево-Человек», «Человек под дождем» (см. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы. Староверова М. С, Кузнецова О. И. «Владос» 2014), «Автопортрет», «Кактус», «Аппликация», «Два дома», «Домики» Ореховой О. А., рисунок семьи, Рене Жилия, «Мозаика», интервью «Волшебный мир» Л. Д. Столяренко, «Контурный САТ-Н» (см. Э. Крис. Авторская модификация. 2003).

Затем, со следующего дня (второго дня пребывания ребенка в отделении), независимо от возраста, психологом проводится ежедневная психокоррекция с использованием игротерапии, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии, арт-терапии.

Далее, после заключения психолога, ребенок проходит обследование у логопеда - дефектолога с назначением, независимо от возраста, ежедневных занятий.

На основании установленного диагноза ребенка, всех вышеперечисленных обследований в день поступления свои назначения делают: врач лечебной физкультуры (ЛФК) - назначает курс лечебной физкультуры длительностью 10 дней включает в себя в первой половине дня - ежедневное групповое занятие, длительностью 20 минут, независимо от возрастной категории, с последующим переходом, после часового перерыва, на механотерапию с использованием тренажеров с целью стабилизации эмоционально - волевой сферы в определенной последовательности:

- тренажер реабилитационный с функциональной электростимуляцией и биологической обратной связью RT (регистрационное удостоверение на медицинское изделие № РЗН 2013/872): детям 3-7 лет - 5-10 минут, нагрузка 1; детям 8-11 лет - 10 минут, нагрузка 2; детям 12-17 лет - 10 минут, нагрузка от 3 до 10;

- устройство Pablo с биологической обратной связью с принадлежностями (регистрационное удостоверение на медицинское изделие от 15 сентября 2016 года № РЗН 2016/4708): детям 3-7 лет - 6 минут с нагрузкой 50%; детям 8-11 лет - 6 минут с нагрузкой 75%; детям 12-17 лет - 6 минут с нагрузкой 100%;

- платформа реабилитационная с принадлежностями (регистрационное удостоверение № ФСЗ 2012/13281): детям 7-11 лет - 5 минут; детям 12-17 лет - 5 минут;

- иппотренажер RodeoPro: детям 3-7 лет - 5 минут, 1 скорость; детям 8-11 лет - 5 минут, 2 скорость; детям 12-17 лет - 5 минут, 2 скорость;

- велотренажер TorneoB-225 GNOVA: детям 3-7 лет - 5 минут, нагрузка 1; детям 8-11 лет - 5 минут, нагрузка 2; детям 12-17 лет - 5 минут, нагрузка 3;

- беговая дорожка TorneoT-205 SMARTA: детям 3-7 лет - 5 минут, 1 скорость; детям 8-11 лет - 5 минут, 2 скорость; детям 12-17 лет - 5 минут, 2 скорость;

- министеппер с ручкой S-221 ТЕМПО: детям 3-7 лет - 5 минут, без нагрузки; детям 8-11 лет - 5 минут, без нагрузки; детям 12-17 лет - 5 минут, без нагрузки;

- эллиптический шагомер C-218 TORNEO: детям 3-7 лет - 5 минут, нагрузка 1; детям 8-11 лет - 5 минут, нагрузка 1-2; детям 12-17 лет - 5 минут, нагрузка 2-3;
- батут Essential 240 Domyos: детям 3-7 лет - 5 минут, без нагрузки; детям 8-11 лет - 5 минут, без нагрузки.

Так же, во второй половине дня, после дневного отдыха, врач лечебной физкультуры назначает - использование предметов игрового обихода: сухой бассейн (дети 3-7 лет - 10 минут), полоса препятствий (детям 3-7 лет - 10 минут; детям 8-11 лет - 15 минут; детям 12-17 лет - 20 минут), элементов спортивной медицины: бадминтон (детям 3-7 лет - 10 минут; детям 8-11 лет - 15 минут; детям 12-17 лет - 20 минут), баскетбольное кольцо (детям 3-7 лет - 10 минут; детям 8-11 лет - 15 минут; детям 12-17 лет - 20 минут), настольный теннис (детям 3-7 лет - 10 минут; детям 8-11 лет - 15 минут; детям 12-17 лет - 20 минут).

Врач-физиотерапевт назначает массаж шейно - воротниковой зоны, ежедневный, десять дней, продолжительностью 20 минут, независимо от возрастной категории, в первой половине дня, после 30 минутного перерыва после лечебной физкультуры и десятидневный курс, включающий в себя чередование электросонотерапии (5 процедур) с электрофорезом (5 процедур).

Электросонотерапия проводится на аппаратах «VTL-4000», «Магнот-СЛИП» с использованием лобно-сосцевидной методики (электроды с гидрофильной прокладкой прямоугольной формы) и на аппарате «ЭС-10-5» по глазнично-ретромастоидальной методике с применением наложения раздвоенных электродов (применяется резиновая манжетка с раздвоенными электродами, в гнездах которых вставляются смоченные водой гидрофильные прокладки толщиной 1 см, глазные электроды размещаются на закрытых веках и соединяются с катодом, затылочные электроды фиксируются на сосцевидных отростках височных костей и присоединяются к аноду) (см. «Физиотерапия и курортология», кн. 1 / под редакцией В.М. Боголюбова. - М.: Бином, 2016.).

Детям с 3-7 лет сила тока 0,6 мА - 1,0 мА, детям 8-11 лет - 2 мА, детям 12-17 лет - 3-4 мА, продолжительность процедуры при первом воздействии 10-15 минут, при последующих - 30 мин.

Электрофорез 2% Са (+) и 2% Вг (-) по Вермелю проводится с использованием аппаратов «Поток -1М», «VTL-4000» (электрод с прокладкой площадью 100-250 см² (в зависимости от возраста) накладывается в межлопаточную область - анод, два других электрода площадью 50-125 см помещаются на икроножные мышцы - катод), детям 3-7 лет сила тока 5 мА, длительность процедуры 7 минут; детям 8-11 лет сила тока 7-10 мА, продолжительность - 10 минут; детям 12-17 лет - 12 мА, продолжительностью 10 минут (5 процедур) или электрофорезом 2% Са (+) и 2% Вг (-) по Щербаку (первый электрод в виде воротника общей площадью 400-600 см² располагается в области плечевого пояса - анод, второй электрод в виде прямоугольника площадью 150-300 см² располагается в пояснично-крестцовой области - катод), детям 3-7 лет - сила тока 3-5-7 мА, продолжительность - 3-5-8 минут, детям 8-11 лет - сила тока 4-6-8-10 мА, продолжительность 4-6-8-10 минут, детям 12-17 лет - сила тока 6-8-10-12 мА, продолжительность - 6-8-10-12 мА (5 процедур).

Физиопроцедуры пациент получает во второй половине дня через 40 минут после проведения иглорефлексотерапии.

Так же, врач - рефлексотерапевт назначает десятидневный ежедневный курс по классической методике иглорефлексотерапии «У-син» (см. «Детская и подростковая психотерапия. Неврозы у детей», 2 издание, Ю.А. Фесенко, В.И. Гарбузов, 2019), используя точки акупунктуры в следующей последовательности: vg20 (на средней линии головы, выше задней границы роста волос на 7 цуней и 5 цуней от передней границы роста волос), gi4 (между 1 и 2 пястными костями ближе к середине 2

пястной кости в ямке), e36 (ниже верхнего края латерального мышцелка большеберцовой кости на 3 цуня, у переднего края большеберцовой мышцы), гр6 (кзади от большеберцовой кости, выше центра медиальной лодыжки на 3 цуня), g11 (на середине расстояния между латеральным надмышцелком и лучевым концом складки локтевого сгиба), v11 (на уровне промежутка между остистыми отростками 1 и 2 грудных позвонков, в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v12 (на уровне промежутка между остистыми отростками 2 и 3 грудных позвонков, в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v13 (на уровне промежутка между остистыми отростками 3 и 4 грудных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v23 (на уровне промежутка между остистыми отростками 2 и 3 поясничных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v25 (на уровне промежутка между остистыми отростками 4 и 5 поясничных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v36 (в центре подъягодичной складке).

Длительность процедуры 20 минут. Пациенты проходят сеанс рефлексотерапии через 30 минут после проведения занятия ЛФК с использованием предметов игрового обихода и элементов спортивной медицины, во второй половине дня.

Таким образом, за время госпитализации в отделении медицинской реабилитации, у ребенка наблюдается стабилизация эмоциональной сферы, нормализация поведенческих реакций, когнитивных и речевых функций.

При выводе пациента из реабилитационной программы (выписке из отделения) специалистами выдаются подробные рекомендации с приглашением на следующий курс, частота курсов 1-3 раза в год.

Практическая реализация предлагаемого способа иллюстрируется примерами из клинической практики.

Пример 1.

Больной А., 4 лет, поступил в отделение медицинской реабилитации ГБУ РО «ОДКБ» 02.12.2019 с жалобами на нарушение поведения и эмоций (неусидчивость, расторможенность, своеволие, непослушание, раздражительность, агрессивность, плаксивость, быстрые смены настроения), слабую память, рассеянное внимание, трудности в обучении, нечеткую речь.

Из анамнеза: болен с раннего возраста, перинатальный анамнез отягощен (первая беременность, протекавшая с гипоксией плода; роды первые, естественные, стремительные, стимулированные, в 36 недель, крик сразу, вес 3.400 кг; раннее развитие - с задержкой); наблюдается у невролога, психиатра по месту жительства.

Поступил в отделение медицинской реабилитации ГБУ РО «ОДКБ» с впервые установленным диагнозом: «Органическое поражение ЦНС, синдром эмоционально-волевой неустойчивости, смешанное специфическое расстройство психического развития, гиперпиретические формы поведения, дизартрия».

Ребенок прибыл на реабилитацию с результатами обследования: на ЭЭГ - легкие диффузные изменения ирритативного характера; на МРТ головного мозга + МРА - на серии томограмм получены изображения суб-, супратенториальных структур головного мозга в сагиттальной, фронтальной и аксиальной проекциях. Патологически измененного МР сигнала в веществе головного мозга, стволе, мозжечке не выявлено. Дифференцировка серого и белого вещества не снижена. В белом веществе лобно-теменных долей с обеих сторон определяются множественные вытянутые зоны гиперинтенсивного МР сигнала за счет расширения периваскулярных пространств. Желудочки мозга - не расширены, боковые желудочки симметричны, незначительно расширены. Субарахноидальные конвекситальные пространства не расширены. Смещения срединных структур нет. В области ММУ с обеих сторон патологических объемных образований не определяется. Цистерны основания не расширены. Хиазмально-селлярная области без особенностей, гипофиз имеет типичный МР сигнал. Краниовертебральный переход без особенностей,

миндалины мозжечка расположены на уровне БЗО. Гипертрофия слизистой полости носа. В правой половине основной пазухи киста размерами 6,5×11,1 мм. Девиация перегородки носа в средней трети влево. При проведении МР ангиографии левая и правая внутренняя сонная и ее сифон обычного направления и диаметра, без признаков смещения или внешнего сдавления, МР сигнал внутри просвета сосудов однородный. Виллизиев круг замкнут, гипоплазия ЗСА с обеих сторон, интракраниальный отдел позвоночных артерий не изменен, МР сигнал однородный, дефектов наполнения не выявлено. Аневризм и АВМ сосудов головного мозга не выявлено. Заключение: МР признаки незначительного расширения боковых желудочков, расширения периваскулярных пространств. Вариант строения Виллизиевого круга. Киста основной пазухи. Девиация перегородки носа.

02.12.2019 - обследование психиатра и невролога, а также психолога: по результатам экспериментально-психологического исследования у ребенка отмечаются выраженные изменения в эмоционально-волевой, поведенческой и когнитивной сферах. Снижение концентрации произвольного внимания. Изменения в эмоционально-волевой сфере: эмоциональная лабильность, гипертимный вариант. Повышенная психомоторная возбудимость. Гиперкинетические формы поведения. Снижение способности к психическому напряжению. Снижение критичности, недоразвитие сферы самоконтроля).

02.12.2019 - обследование логопеда - дефектолога - подтвердило наличие дизартрии.

Консультации этих специалистов в отделении медицинской реабилитации подтвердили установленный диагноз: «Органическое поражение ЦНС, синдром эмоционально-волевой неустойчивости, смешанное специфическое расстройство психического развития, гиперпиретические формы поведения, дизартрия».

В реабилитационный курс вошли:

медикаментозная терапия, назначенная психиатром и неврологом: сонапакс - 10-20 мг/сут в 2-3 приема в сутки, глицин - по 1 таблетке 2-3 раза в день, - 14 дней, начиная с 03.12.2019 с последующим продолжением терапии в амбулаторных условиях после выписки;

назначения врача - ЛФК - курс лечебной физкультуры, начинающийся с 03.12.2019, длительностью 10 дней включает в себя в первой половине дня - ежедневное групповое занятие, длительностью 20 минут, с последующим переходом, после часового перерыва, на механотерапию с использованием тренажеров с целью стабилизации эмоционально - волевой сферы в определенной последовательности:

- тренажер реабилитационный с функциональной электростимуляцией и биологической обратной связью RT (регистрационное удостоверение на медицинское изделие №РЗН 2013/872): - 5-10 минут, нагрузка 1;

- устройство Pablo с биологической обратной связью с принадлежностями (регистрационное удостоверение на медицинское изделие от 15 сентября 2016 года №РЗН 2016/4708): - 6 минут с нагрузкой 50%;

- платформа реабилитационная с принадлежностями (регистрационное удостоверение №ФСЗ 2012/13281): - 5 минут; иппотренажер RodeoPro: - 5 минут, 1 скорость;

- велотренажер TorneoB-225 GNOVA: - 5 минут, нагрузка 1;

- беговая дорожка TorneoT-205 SMARTA: - 5 минут, 1 скорость;

- министеппер с ручкой S-221 TEMPO: - 5 минут, без нагрузки;

- эллиптический шагомер C-218 TORNEO: - 5 минут, нагрузка 1;

- батут Essential 240 Domyos: - 5 минут, без нагрузки;

- после 30 минутного перерыва - назначен массаж шейно -воротниковой зоны, ежедневный, десять дней, продолжительностью 20 минут;

- во второй половине дня, после дневного отдыха - использование предметов игрового обихода: сухой бассейн (- 10 минут), полоса препятствий (- 10 минут), элементов спортивной медицины: бадминтон (-10 минут), баскетбольное кольцо (-10 минут), настольный теннис (- 10 минут).

Врач - рефлексотерапевт назначает десятидневный ежедневный курс по классической методике иглорефлексотерапии «У-син», начинающийся с 03.12.2019, используя точки акупунктуры в следующей последовательности: vg20 (на средней линии головы, выше задней границы роста волос на 7 цуней и 5 цуней от передней границы роста волос), gi4 (между 1 и 2 пястными костями ближе к середине 2 пястной кости в ямке), e36 (ниже верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости на 3 цуня, у переднего края большеберцовой мышцы), гр6 (кзади от большеберцовой кости, выше центра медиальной лодыжки на 3 цуня), gi11 (на середине расстояния между латеральным надмыщелком и лучевым концом складки локтевого сгиба), v11 (на уровне промежутка между остистыми отростками 1 и 2 грудных позвонков, в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v12 (на уровне промежутка между остистыми отростками 2 и 3 грудных позвонков, в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v13 (на уровне промежутка между остистыми отростками 3 и 4 грудных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v23 (на уровне промежутка между остистыми отростками 2 и 3 поясничных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v25 (на уровне промежутка между остистыми отростками 4 и 5 поясничных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v36 (в центре подъягодичной складке).

Длительность процедуры 20 минут. Сеанс рефлексотерапии проходит через 30 минут после проведения занятия ЛФК с применением предметов игрового обихода и элементов спортивной медицины во второй половине дня.

Врач по ФТЛ назначает с 03.12.2019 десятидневный курс, включающий в себя чередование через один день электросонотерапии, всего 5 процедур, с силой тока 0,6 мА - 1,0 мА, продолжительностью процедуры при первом воздействии 10-15 минут, при последующих - 30 минут, с электрофорезом по 2% Са и 2% Вг по Вермилю, начиная с 04.12.2019, всего 5 процедур, с силой тока 5 мА, длительность процедуры 7 минут.

Процедуры проводят во второй половине дня через 40 минут после проведения сеанса иглорефлексотерапии.

С 03.12.2019 - проводят ежедневные осмотры психиатра и невролога, психокоррекция, осуществляемая психологом, с ребенком и мамой, ежедневные логопедические занятия.

На фоне проводимого комплекса реабилитационных мероприятий на 5-7 сутки у ребенка отмечается стабилизация эмоциональной сферы, нормализация поведенческих реакций, когнитивных и речевых функций. Это позволило сократить срок реабилитации до 14 дней.

Ребенку был проведен 1 курс реабилитации. При выводе пациента из реабилитационной программы и выписки из отделения, специалистами выданы подробные рекомендации с приглашением на повторный курс реабилитации, по необходимости.

Пример 2.

Больной Н., 7 лет, поступил в отделение медицинской реабилитации ГБУ РО «ОДКБ» 18.11.2019 с жалобами на неусидчивость, быструю отвлекаемость, перепады настроения, раздражительность, плаксивость, снижение памяти и внимания.

Из анамнеза: болен с раннего возраста; перинатальный анамнез отягощен (беременность - первая, протекающая с угрозой срыва во втором триместре, роды - первые, в срок 40 недель, со стимулированием родовой деятельности, выдавливали,

вес - 4300 г, закричал сразу); ребенок наблюдается у психиатра по месту жительства, невролога в условиях ОДКБ.

Поступил в отделение медицинской реабилитации ГБУ РО «ОДКБ» с впервые установленным диагнозом: «Органическое поражение ЦНС, гиперпиретические формы поведения, синдром эмоционально-волевой неустойчивости, смешанное специфическое расстройство психического развития».

Ребенок прибыл на реабилитацию с результатами обследования: на ЭЭГ - умеренные диффузные изменения ирритативного характера, на МРТ головного мозга + МРА - на серии томограмм получены изображения суб-, супратенториальных структур головного мозга в сагиттальной, фронтальной и аксиальной проекциях. Желудочки мозга - не расширены, IV - без особенностей. Боковые желудочки симметричны, не расширены. Субарахноидальные конвекситальные пространства не расширены. Смещения срединных структур нет. В области ММУ с обеих сторон патологических объемных образований не определяется. Цистерны основания не расширены. Хиазмально-селлярная область без особенностей, гипофиз имеет типичный МР сигнал. Краниовертебральный переход без особенностей, миндалины мозжечка расположены на уровне БЗО. Пазухи воздушны. Аденоиды. Тотальное затемнение основной пазухи, гипертрофия слизистой полости носа, ячеек решетчатой кости. При проведении МР ангиографии левая и правая внутренняя сонная и ее сифон обычного направления и диаметра, без признаков смещения или внешнего сдавления, МР сигнал внутри просвета сосудов однородный. Виллизиев круг замкнут, гипоплазия ЗСА слева, интракраниальный отдел позвоночных артерий асимметричен, МР сигнал однородный, дефектов наполнения не выявлено. Аневризм и АВМ сосудов головного мозга не выявлено. Заключение: МР признаков патологических изменений в веществе головного мозга не выявлено, вариант строения Виллизиевого круга, этмоидит, сфеноидит.

18.11.2019 - обследование психиатра и невролога, а также психолога: по результатам экспериментально-психологического исследования при имеющемся специфическом расстройстве психологического развития, у ребенка отмечаются выраженные изменения в эмоционально-волевой и поведенческой сферах, когнитивной, сенсорно - перцептивной; незрелость наглядно-образного мышления, нарушение формирования словесно - логического мышления; низкая произвольность деятельности; снижение концентрации произвольного внимания, с неравномерным снижением мнестических функций; изменения в эмоционально - волевой сфере: эмоциональная лабильность, гипертимный вариант, повышенная психомоторная возбудимость; снижение способности к психическому напряжению; особенности в коммуникативно - поведенческой сфере: нарушения коммуникативного поведения, с неравномерно выраженной обособленностью, недостаточностью эмоционального контакта; ригидность психоэмоциональных установок.

18.11.2019 - обследование логопеда - дефектолога не выявило логопедического дефекта.

Консультации этих специалистов в отделении медицинской реабилитации подтвердили установленный диагноз: «Органическое поражение ЦНС, гиперпиретические формы поведения, синдром эмоционально-волевой неустойчивости, смешанное специфическое расстройство психического развития».

В реабилитационный курс вошли:

медикаментозная терапия, назначенная психиатром и неврологом, (сонапакс - 10-20 мг/сут в 2-3 приема в сутки, глицин - по 1 таблетке 2-3 раза в день,) - 14 дней, начиная с 19.11.2019 с последующим продолжением терапии в амбулаторных условиях после выписки;

назначения врача - ЛФК - курс лечебной физкультуры, начинающийся с 19.11.2019, длительностью 10 дней включает в себя в первой половине дня -

ежедневное групповое занятие, длительностью 20 минут, с последующим переходом, после часового перерыва, на механотерапию с использованием тренажеров с целью стабилизации эмоционально - волевой сферы в определенной последовательности:

- тренажер реабилитационный с функциональной электростимуляцией и биологической обратной связью RT (регистрационное удостоверение на медицинское изделие № РЗН 2013/872): - 5-10 минут, нагрузка 1;

устройство Pablo с биологической обратной связью с принадлежностями (регистрационное удостоверение на медицинское изделие от 15 сентября 2016 года № РЗН 2016/4708): - 6 минут с нагрузкой 50%;

- платформа реабилитационная с принадлежностями (регистрационное удостоверение № ФСЗ 2012/13281): - 5 минут; иппотренажер RodeoPro: - 5 минут, 1 скорость;

- велотренажер TorneoB-225 GNOVA: - 5 минут, нагрузка 1;

- беговая дорожка TorneoT-205 SMARTA: - 5 минут, 1 скорость;

- министеппер с ручкой S-221 ТЕМПО: - 5 минут, без нагрузки;

- эллиптический шагомер С-218 TORNEO: - 5 минут, нагрузка 1;

- батут Essential 240 Domyos: - 5 минут, без нагрузки;

- после 30 минутного перерыва - назначен массаж шейно -воротниковой зоны, ежедневный, десять дней, продолжительностью 20 минут;

- во второй половине дня, после дневного отдыха - использование предметов игрового обихода: сухой бассейн (- 10 минут), полоса препятствий (- 10 минут), элементов спортивной медицины: бадминтон (-10 минут), баскетбольное кольцо (-10 минут), настольный теннис (- 10 минут).

Врач - рефлексотерапевт назначает десятидневный ежедневный курс по классической методике иглорефлексотерапии «У-син», начинающийся с 19.11.2019, используя точки акупунктуры в следующей последовательности: vg20 (на средней линии головы, выше задней границы роста волос на 7 цуней и 5 цуней от передней границы роста волос), gi4 (между 1 и 2 пястными костями ближе к середине 2 пястной кости в ямке), e36 (ниже верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости на 3 цуня, у переднего края большеберцовой мышцы), гр6 (кзади от большеберцовой кости, выше центра медиальной лодыжки на 3 цуня), gi11 (на середине расстояния между латеральным надмыщелком и лучевым концом складки локтевого сгиба), v11 (на уровне промежутка между остистыми отростками 1 и 2 грудных позвонков, в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v12 (на уровне промежутка между остистыми отростками 2 и 3 грудных позвонков, в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v13 (на уровне промежутка между остистыми отростками 3 и 4 грудных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v23 (на уровне промежутка между остистыми отростками 2 и 3 поясничных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v25 (на уровне промежутка между остистыми отростками 4 и 5 поясничных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v36 (в центре подъягодичной складке).

Длительность процедуры 20 минут. Сеанс иглорефлексотерапии проходит через 30 минут после проведения занятия ЛФК с использованием предметов игрового обихода и элементов спортивной медицины во второй половине дня.

Врач по ФТЛ назначает с 19.11.2019 десятидневный курс, включающий в себя чередование через один день электросонотерапии, всего 5 процедур, с силой тока 0,6 мА - 1,0 мА, продолжительностью процедуры при первом воздействии 10-15 минут, при последующих - 30 минут, с электрофорезом по Вермилю, начиная с 20.11.2019, всего 5 процедур, с силой тока 3 мА, 3 минуты - первая процедура, 5 мА, 5 минут - вторая процедура, 7 мА, 8 минут - третья процедура, последующие две процедуры - 7 мА, 8 минут. Процедуры проводят во второй половине дня через 40 минут после сеансов иглорефлексотерапии.

С 19.11.2019 - проводят ежедневные осмотры психиатра и невролога, психокоррекция, осуществляемая психологом, с ребенком и мамой.

На фоне проводимого комплекса реабилитационных мероприятий на 5-7 сутки у ребенка отмечается положительная динамика в виде стабилизации эмоциональной сферы, нормализации поведенческих реакций, когнитивных и речевых функций. Это позволило сократить срок реабилитации до 14 дней.

При выводе пациента из реабилитационной программы и выписке из отделения, специалистами выданы подробные рекомендации с приглашением на следующий курс.

Второй курс по этому способу реабилитации пациенту был проведен с 02.03.2020 г. по 16.03.2020 г. На фоне проводимого комплекса реабилитационных мероприятий у ребенка стабилизировалась эмоциональная сфера, нормализовались поведенческие реакции, когнитивные и речевые функции. Срок реабилитации составил 14 дней.

Пример 3.

Больной К., 13 лет, поступил в отделение медицинской реабилитации ГБУ РО «ОДКБ» 04.03.2019 с жалобами на расторможенность, неусидчивость, возбудимость, перепады настроения, раздражительность, плаксивость, слабую память, рассеянное внимание, нечеткую речь.

Из анамнеза: болен с раннего возраста; перинатальный анамнез (беременность - первая, преэклампсия (отеки, повышение артериального давления до 170/100 мм.рт.ст.), роды - первые, кесарево сечение, плановое (по показаниям матери), 37 недель. Вес - 3120 г., закричал сразу); наблюдается у невролога по месту жительства и в условиях ОДКБ, у психиатра по месту жительства.

Поступил в отделение медицинской реабилитации ГБУ РО «ОДКБ» с впервые установленным диагнозом: «Органическое поражение ЦНС, гиперкинетические формы поведения, синдром эмоционально-волевой неустойчивости, дизартрия, смешанное специфическое расстройство психического развития».

Ребенок прибыл на реабилитацию с результатами обследования:

на ЭЭГ - при открытых глазах диффузные изменения ирритативно-дизритмического характера; эпилептиформность не прослеживается.

на МРТ головного мозга + МРА - на серии томограмм получены изображения суб-, супратенториальных структур головного мозга в сагиттальной, фронтальной и аксиальной проекциях. Патологически измененного МР сигнала в стволе, мозжечке не выявлено. Дифференцировка серого и белого вещества не снижена. Желудочки мозга - не расширены, боковые желудочки симметричны, не расширены. Между контурами боковых желудочков щелевидная киста прозрачной перегородки. У заднего рога левого бокового желудочка зона глиоза. Субарахноидальные конвекситальные пространства незначительно расширены. Смещения срединных структур нет. В области ММУ с обеих сторон патологических объемных образований не определяется. Цистерны основания не расширены. Хиазмально-селлярная область без особенностей, гипофиз имеет типичный МР сигнал. Краниовертебральный переход без особенностей, миндалины мозжечка расположены на уровне БЗО. Ретроцеребеллярно определяется киста размерами 20,2×11,1 мм. Гипертрофия слизистой полости носа, ячеек решетчатой кости, пристеночная гипертрофия слизистой верхнечелюстных пазух. Аденоиды. При проведении МР ангиографии левая и правая внутренняя сонная и ее сифон обычного направления и диаметра, без признаков смещения или внешнего сдавления, МР сигнал внутри просвета сосудов однородный. Виллизиев круг замкнут, интракраниальный отдел позвоночных артерий не изменен, МР сигнал однородный, дефектов наполнения не выявлено. Аневризм и АВМ сосудов головного мозга не выявлено. Заключение: МР признаки незначительного расширения субарахноидальных конвекситальных пространств,

щелевидной кисты прозрачной перегородки, ретроцеребеллярной кисты, зоны глиоза у заднего рога левого бокового желудочка. Признаки этмоидита, риносинусита.

04.03.2019 - обследование психиатра и невролога, а также психолога: по результатам экспериментально-психологического исследования при имеющемся специфическом расстройстве психологического развития, у ребенка отмечаются выраженные изменения в поведенческой, эмоционально-волевой и когнитивных сферах. Недоразвитие наглядно-образного мышления, выраженное снижение темпов формирования словесно-логического мышления. Низкая произвольность деятельности. Снижение концентрации произвольного внимания, с неравномерным снижением мнестических функций. Повышенная психомоторная возбудимость. Гиперкинетические формы поведения. Изменения в эмоционально-волевой сфере: эмоциональная лабильность, гипертимный вариант. Снижение способности к психическому напряжению. Особенности состояний, признаки ноофобии. Нарушение развития адаптационной сферы.

04.03.2019 - обследование логопеда выявило Дизартрию.

Консультации этих специалистов в отделении медицинской реабилитации подтвердили установленный диагноз: «Органическое поражение ЦНС, гиперкинетические формы поведения, синдром эмоционально-волевой неустойчивости, дизартрия, смешанное специфическое расстройство психического развития».

В реабилитационный курс вошли:

медикаментозная терапия, назначенная психиатром и неврологом, (сонапакс - 20-30 мг/сут в 2-3 приема в сутки, глицин - по 1 таблетке 2-3 раза в день,) - 14 дней, начиная с 8.10.2019 с последующим продолжением терапии в амбулаторных условиях после выписки;

назначения врача - ЛФК - курс лечебной физкультуры, начинающийся с 5.03.2019, длительностью 10 дней включает в себя в первой половине дня -ежедневное групповое занятие, длительностью 20 минут, с последующим переходом, после часового перерыва, на механотерапию с использованием тренажеров с целью стабилизации эмоционально-волевой сферы в определенной последовательности:

- тренажер реабилитационный с функциональной электростимуляцией и биологической обратной связью RT (регистрационное удостоверение на медицинское изделие № РЗН 2013/872): - 10 минут, нагрузка от 3 до 10;

устройство Pablo с биологической обратной связью с принадлежностями (регистрационное удостоверение на медицинское изделие от 15 сентября 2016 года № РЗН 2016/4708): - 6 минут с нагрузкой 100%;

- платформа реабилитационная с принадлежностями (регистрационное удостоверение № ФСЗ 2012/13281): - 5 минут;

иппотренажер RodeoPro: - 5 минут, 2 скорость;

- велотренажер TorneoB-225 GNOVA: - 5 минут, нагрузка 3;

- беговая дорожка TorneoT-205 SMARTA: - 5 минут, 2 скорость;

- министеппер с ручкой S-221 TEMPO: - 5 минут, без нагрузки;

- эллиптический шагомер C-218 TORNEO: - 5 минут, нагрузка 2-3;

После 30 минутного перерыва - назначен массаж шейно-воротниковой зоны, ежедневный, десять дней, продолжительностью 20 минут;

- во второй половине дня, после дневного отдыха - использование предметов игрового обихода: полоса препятствий (- 20 минут), элементов спортивной медицины: бадминтон (- 20 минут), баскетбольное кольцо (- 20 минут), настольный теннис (- 20 минут).

Врач - рефлексотерапевт 04.03.2019 назначает десятидневный ежедневный курс по классической методике иглорефлексотерапии «У-син», начинающийся с 05.03.2019, используя точки акупунктуры в следующей последовательности: vg20 (на средней

линии головы, выше задней границы роста волос на 7 цуней и 5 цуней от передней границы роста волос), g14 (между 1 и 2 пястными костями ближе к середине 2 пястной кости в ямке), e36 (ниже верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости на 3 цуня, у переднего края большеберцовой мышцы), гр6 (кзади от большеберцовой кости, выше центра медиальной лодыжки на 3 цуня), g11 (на середине расстояния между латеральным надмыщелком и лучевым концом складки локтевого сгиба), v11 (на уровне промежутка между остистыми отростками 1 и 2 грудных позвонков, в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v12 (на уровне промежутка между остистыми отростками 2 и 3 грудных позвонков, в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v13 (на уровне промежутка между остистыми отростками 3 и 4 грудных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v23 (на уровне промежутка между остистыми отростками 2 и 3 поясничных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v25 (на уровне промежутка между остистыми отростками 4 и 5 поясничных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня), v36 (в центре подъягодичной складке).

Длительность процедуры 20 минут. Сеанс рефлексотерапии проходит через 30 минут после проведения занятия ЛФК с применением предметов игрового обихода, элементов спортивной медицины.

Врач по ФТЛ 04.03.2019 назначает с 05.03.2019 десятидневный курс, включающий в себя чередование через один день электросонотерапии, всего 5 процедур, с силой тока 3 мА - 4 мА, продолжительностью процедуры при первом воздействии 10-15 минут, при последующих - 30 минут, с электрофорезом по Вермилю, всего 5 процедур, с силой тока 12 мА, продолжительностью 10 минут. Процедуры проводят во второй половине дня через 40 минут после сеансов иглорефлексотерапии.

С 05.03.2019 - проводят ежедневные осмотры психиатра и невролога, психокоррекция, осуществляемая психологом, с ребенком и мамой.

На фоне проводимого комплекса реабилитационных мероприятий на 5-7 сутки у ребенка отмечается положительная динамика в виде стабилизации эмоциональной сферы, нормализации поведенческих реакций, когнитивных и речевых функций. Это позволило сократить срок реабилитации до 14 дней.

При выводе пациента из реабилитационной программы и выписке из отделения, специалистами были выданы подробные рекомендации с приглашением, по необходимости, на следующий курс.

Второй курс реабилитации по предлагаемой методике был проведен с 24.06.2019 по 08.07.2019.

Срок реабилитации 14 дней.

Третий курс реабилитации по предлагаемой методике был проведен с 04.11.2019 по 18.11.2019.

Срок реабилитации составил 14 дней.

Таким образом, ребенку были проведены 3 курса реабилитации по предлагаемой схеме и на фоне проводимого комплекса реабилитационных мероприятий у ребенка стабилизировалась эмоциональная сфера, нормализовались поведенческие реакции, когнитивные и речевые функции.

Способ «Способ реабилитации детей и подростков с поведенческими и эмоциональными нарушениями, страдающих психическими расстройствами» доступен и может быть применен в специализированных реабилитационных отделениях медицинских учреждений.

Технико-экономическая эффективность способа заключается в том, что применение способа у детей и подростков с поведенческими и эмоциональными нарушениями позволяет достичь стабилизации эмоциональной сферы, нормализации поведенческих реакций, когнитивных и эмоциональных функций ребенка.

Формула изобретения

Способ реабилитации детей и подростков с поведенческими и эмоциональными нарушениями, страдающих психическими расстройствами, заключающийся в том, что в день поступления пациента в отделение медицинской реабилитации с ранее установленным диагнозом проводит консультацию психиатр для определения психического статуса, по результату которой назначает медикаментозную терапию: нейролептики - тиоридазин - детям от 4 до 7 лет - 10-20 мг/сут в 2-3 приема в сутки; от 8 до 14 лет - 20-30 мг/сут в 3 приема в сутки; от 15 до 18 лет - 30-50 мг/сут в 2-3 приема в сутки или перициазин 4% раствор для приема внутрь детям старше 3 лет средняя суточная доза составляет от 0,1 мг до 0,5 мг на 1 кг массы тела, при этом врач-психиатр проводит ежедневные консультации в первой половине дня в период реабилитации пациента; далее, после консультации психиатра пациента консультирует невролог, определяет неврологический статус и назначает седативную терапию: гидроксизин в возрасте от 12 месяцев до 6 лет - от 1 до 2,5 мг/кг/сут в 2-3 приема, от 6 лет и старше - от 1 до 2 мг/кг/сут в 2-3 приема, ноотропную терапию: глицин детям старше 3 лет - по 1 таблетке 2-3 раза в день или метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин 0,1% детям старше 5 лет по 1-2 капли в каждый носовой ход 2 раза в день - утром и днем, при этом врач-невролог ежедневно в первой половине дня осматривает пациента в период реабилитации в отделении; далее, в этот же день, после обследования психиатра и невролога, пациент проходит обследование у психолога с использованием диагностических тестов и диагностических методик, затем, со следующего дня - второго дня пребывания ребенка в отделении - в первой половине дня, независимо от возраста, психолог проводит ежедневную психокоррекцию с использованием игротерапии, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии, арт-терапии; далее, после заключения психолога ребенок проходит обследование у логопеда-дефектолога с назначением, независимо от возраста, ежедневных занятий в первой половине дня в период реабилитации; далее, после всех вышеперечисленных обследований в день поступления врач лечебной физкультуры назначает курс лечебной физкультуры длительностью 10 дней, который включает в себя ежедневное групповое занятие в первой половине дня длительностью 20 минут, независимо от возрастной категории, с последующим переходом, после часового перерыва, на механотерапию с использованием тренажеров в последовательности - тренажер реабилитационный с функциональной электростимуляцией и биологической обратной связью RT: детям 3-7 лет - 5-10 минут, нагрузка 1, детям 8-11 лет - 10 минут, нагрузка 2; детям 12-17 лет - 10 минут, нагрузка от 3 до 10; устройство Pablo с биологической обратной связью с принадлежностями: детям 3-7 лет - 6 минут с нагрузкой 50%; детям 8-11 лет - 6 минут с нагрузкой 75%; детям 12-17 лет - 6 минут с нагрузкой 100%; платформа реабилитационная с принадлежностями: детям 8-11 лет - 5 минут; детям 12-17 лет - 5 минут; иппотренажер RodeoPro: детям 3-7 лет - 5 минут, 1 скорость; детям 8-11 лет - 5 минут, 2 скорость; детям 12-17 лет - 5 минут, 2 скорость; велотренажер Torneo B-225 GNOVA: детям 3-7 лет - 5 минут, нагрузка 1; детям 8-11 лет - 5 минут, нагрузка 2; детям 12-17 лет - 5 минут, нагрузка 3; беговая дорожка Torneo T-205 SMARTA: детям 3-7 лет - 5 минут, 1 скорость; детям 8-11 лет - 5 минут, 2 скорость; детям 12-17 лет - 5 минут, 2 скорость; мини-степпер с ручкой S-221 ТЕМПО: детям 3-7 лет - 5 минут, без нагрузки; детям - 8-11 лет - 5 минут, без нагрузки; детям -12-17 лет - 5 минут, без нагрузки; эллиптический шагомер C-218 TORNEO: детям 3-7 лет - 5 минут, нагрузка 1; детям 8-11 лет - 5 минут, нагрузка 1-2; детям 12-17 лет - 5 минут, нагрузка 2-3; батут Essential 240 Domyos: детям 3-7 лет - 5 минут, без нагрузки; детям 8-11 лет - 5 минут, без нагрузки; во второй половине дня, после дневного отдыха, пациент проходит дополнительные занятия лечебной физкультуры с использованием предметов игрового обихода, элементов спортивной медицины: сухой бассейн - дети 3-7 лет - 10 минут, полоса препятствий - детям 3-7 лет - 10 минут, детям 8-11 лет - 15

минут, детям 12-17 лет - 20 минут, элементов спортивной медицины: бадминтон - детям 3-7 лет - 10 минут, детям 8-11 лет - 15 минут, детям 12-17 лет - 20 минут, баскетбольное кольцо - детям 3-7 лет - 10 минут, детям 8-11 лет - 15 минут, детям 12-17 лет - 20 минут, настольный теннис - детям 3-7 лет - 10 минут, детям 8-11 лет - 15 минут, детям 12-17 лет - 20 минут; врач-физиотерапевт назначает массаж шейно-воротниковой зоны, ежедневный, десять дней, продолжительностью 20 минут, независимо от возрастной категории, в первой половине дня, после 30 минутного перерыва после лечебной физкультуры и десятидневный курс, включающий в себя чередование электросонотерапии - 5 процедур: детям 3-7 лет сила тока 0,6-1,0 мА, детям 8-11 лет - 2 мА, детям 12-17 лет - 3-4 мА, продолжительность процедуры при первом воздействии 10-15 минут, при последующих - 30 минут с электрофорезом 2% Са и 2% Вг по Вермелю - 5 процедур: детям 3-7 лет сила тока 5 мА, длительность процедуры 7 минут, детям 8-11 лет сила тока 7-10 мА, продолжительность - 10 минут, детям 12-17 лет - 12 мА, продолжительностью 10 минут или электрофорезом 2% Са и 2% Вг по Щербак: детям 3-7 лет - сила тока 3-5-7 мА, продолжительность - 3-5-8 минут, детям 8-11 лет - сила тока 4-6-8-10 мА, продолжительность 4-6-8-10 минут, детям 12-17 лет - сила тока 6-8-10-12 мА, продолжительность - 6-8-10-12 мА во второй половине дня, через 40 минут после иглорефлексотерапии; в свою очередь, врач-рефлексотерапевт назначает десятидневный ежедневный курс по методике иглорефлексотерапии «У-син», используя точки акупунктуры в следующей последовательности: vg20 - на средней линии головы, выше задней границы роста волос на 7 цуней и 5 цуней от передней границы роста волос, gi4 - между 1 и 2 пястными костями ближе к середине 2 пястной кости в ямке, e36 - ниже верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости на 3 цуня, у переднего края большеберцовой мышцы, гр6 - кзади от большеберцовой кости, выше центра медиальной лодыжки на 3 цуня, gi11 - на середине расстояния между латеральным надмыщелком и лучевым концом складки локтевого сгиба, v11 - на уровне промежутка между остистыми отростками 1 и 2 грудных позвонков, в сторону от средней линии на 1,5 цуня, v12 - на уровне промежутка между остистыми отростками 2 и 3 грудных позвонков, в сторону от средней линии на 1,5 цуня, v13 - на уровне промежутка между остистыми отросткам 3 и 4 грудных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня, v23 - на уровне промежутка между остистыми отростками 2 и 3 поясничных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня, v25 - на уровне промежутка между остистыми отростками 4 и 5 поясничных позвонков в сторону от средней линии на 1,5 цуня, v36 - в центре подъягодичной складки, при этом сеанс рефлексотерапии проводят через 30 минут после проведения занятия лечебной физкультуры с использованием предметов игрового обихода и элементов спортивной медицины во второй половине дня, длительность процедуры 20 минут; частота таких курсов реабилитации 1-3 раза в год.