

Рябова Елена Николаевна

врач-невролог

ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей

«Коррекция и развитие»

г. Астрахань, Астраханская область

Соколова Валентина Анатольевна

кинезиотерапевт

Центр кинезиотерапии «Феникс»

г. Астрахань, Астраханская область

КИНЕЗИОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ (НА ОСНОВЕ ОПЫТА РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ)

Аннотация: статья отражает анализ эффективности применения кинезиотерапии в реабилитации детей с задержкой психоречевого развития. На примере работы с детьми с ОВЗ в реабилитационном центре показаны критерии отбора детей для направления на кинезиотерапию и критерии оценки эффективности терапии.

Ключевые слова: ЗПРР, кинезиотерапия, дизонтогенез, дизартрия, звукопроизношение.

Одним из наиболее часто встречаемых нарушений развития среди современных детей является задержка психоречевого развития (ЗПРР), которая характеризуется нарушением темпа психического, речевого, а нередко и моторного развития при наличии у детей значительных потенциальных возможностей. Ратификация Российской Федерацией ряда международных Конвенций, декларирующих права детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), предполагает, что государством должна быть создана система ранней комплексной помощи детям, имеющим риск развития различных патологических состояний, которые приводят к ограничению в

жизнедеятельности ребенка как биологического, так и функционального характера.

Задержка психоречевого развития может быть компенсирована в той или иной степени при условии максимально ранней диагностики этого состояния и разработке индивидуальной комплексной реабилитации, учитывающей особенности соматического, физического и психоречевого статуса ребенка [1]. Известно, что причиной ЗПРР является ряд факторов, действующих в период развития плода, рождения ребенка, а также в ранний неонатальный период. Итогом действия травмирующих факторов часто является нарушение мозгового или спинального кровообращения. При этом функциональная диагностика поражения головного мозга в условиях роддома или поликлиники в принципе не представляет особой сложности, так как всегда возможно при наличии каких-то признаков неблагополучия в состоянии ребенка провести НСГ, а в тяжелых случаях – МРТ, КТ головного мозга. Функциональная диагностика спинальных нарушений, к сожалению, до настоящего времени затруднена. Заподозрить его возможно только в результате тщательного физикального обследования. Важная роль в ранней диагностике возможных рисков дизонтогенеза принадлежит участковым педиатрам и неврологам. При осмотре грудного ребенка можно выявить симптомокомплекс, описанный В.И. Марулиной (1980) как миотонический – выраженная мышечная гипотония без нарушения сухожильных рефлексов, возникновение часто встречающейся диффузной мышечной гипотонии у новорожденных и грудных детей можно объяснить с позиций ишемии ствола головного мозга [4]. С позиции повреждения шейного отдела позвоночника можно объяснить симптом «короткой шеи» у ребенка (голова кажется расположенной прямо на плечах), симптом «складчатой» шеи», когда складки на шее глубокие, частые, а также асимметричные, в связи с чем может наблюдаться опрелости шейных складок с одной стороны, что указывает на кривошею. Также очень часто на приеме у невролога при осмотре грудного ребенка выявляется преимущественный наклон головы к одному плечу, при этом определяется деформация головы в виде скошенного затылка, часто

сочетающаяся с платобазией. У этих детей можно выявить симптом «кукольной ручки», когда рука кажется приставленной к туловищу [5]. Если движения в руках при этом сохранены и симметричны, сухожильные рефлексы не изменены, также можно заподозрить преходящие нарушения в шейном отделе позвоночника с возможным вовлечением спинного мозга. Эти нарушения приводят к задержке формирования приобретенных рефлексов, изменяются сроки становления моторных навыков, что в последующем приводит к задержке речевого развития. Часто при опросе можно выявить жалобы на трудности при грудном вскармливании. Мама говорят, что ребенок берет грудь и бросает, плачет при кормлении, долго приходится выбирать позу для кормления ребенка, так как он беспокоится в определенных положениях. Наиболее частой причиной нарушения сосания все-таки является слабость жевательной мускулатуры (V нерв), круговой мышцы рта (VII нерв) и языка (XII нерв [5]).

Каудальная группа нервов (IX, X, XI, XII нервы) повреждается у новорожденных чаще, чем какие-либо другие церебральные образования, так как в процессе родов очень большая нагрузка падает не только на шейный отдел позвоночника и спинного мозга, но и на непосредственно примыкающий ствол мозга [5]. Иногда проблемы с кормлением возникают, когда ребенок переходит на твердую пищу: он не умеет откусить кусок пищи, поперхивается, затруднено жевание или глотание. Часто родители говорят, что дети «набивают» полный рот и приходится выплевывать часть пищи. При осмотре неврологом у более старших детей мы можем также обнаружить нарушение тонуса речевой мускулатуры, гипотонию мышц или легкую спастичность в дистальных отделах конечностей, ходьбу на «цыпочках», гипермобильность суставов. Следствием выраженной слабости и атрофии мышц плечевого пояса является формирование симптома «отстоящей лопатки». У таких детей нарушена осанка: формируется усиление шейного лордоза или выпрямление шейного отдела позвоночника, усиление грудного кифоза, гиперлордоз в поясничном отделе позвоночника, слабость мелкой и крупной моторики. При исследовании черепномозговой иннервации наблюдается: легкая асимметрия носогубных складок, девиация

языка, отклонение мягкого язычка, малоподвижная небная занавеска. При негрубом парезе рук в результате спинальной травмы возможно изменение проведения пальце-носовой пробы – указательный палец касается носа тыльной стороной в результате пронаторной контрактуры [5]. Еще один очень важный симптом – резкое защитное напряжение шейно-затылочных мышц. Тщательный сбор анамнеза, данные физикального осмотра позволяют определить группу пациентов, которые нуждаются в назначении кинезиотерапии с целью формирования правильного двигательного стереотипа (сосание, жевание, глотание, удержания головы, поворотов и т. д.)

Кинезиотерапия, в переводе с греческого, означает лечение движением. Метод использует движение в профилактических, лечебных и реабилитационных целях, при заболеваниях эндокринной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной системы. Кинезиотерапия эффективна как самостоятельный метод, так и в сочетании с физиотерапевтическими процедурами, направленными на нормализацию мышечного тонуса, снятия болевого синдрома, улучшения вегетативного баланса. Известно, что кинезиотерапия занимает важное место в комплексной реабилитации лиц с нарушением речи, в частности при коррекции дизартрических проявлений у детей с ДЦП [3]. Применяя кинезиотерапию в комплексной реабилитации детей с последствиями поражения ЦНС в виде ЗППР в своей работе, мы отмечаем ее как один из действенных методов, направленный на гармоничное развитие ребенка в целом. Положительная динамика прослеживается не только в коррекции психоречевых нарушений, как мы это ожидали, но и в гармонизации общего нервно-психического статуса ребенка. Глобальной задачей кинезиотерапии является восстановление адекватных статических и динамических стереотипов, но известно, что эффективнее и менее травматично для ребенка сформировать эти стереотипы изначально правильно. Поэтому необходима ранняя диагностика факторов риска дизонтогенеза с целью предугадывания формирования патологических стереотипов. Другими словами,

если у ребенка имеются нарушения сосания, глотания, жевания, дыхания на первом месяце жизни, мы можем предполагать, что в последующем ребенок будет испытывать трудности в психическом и/или речевом развитии и т. д. Нормализация этих двигательных стереотипов в более ранние сроки уменьшает риск нарушения развития ребенка. Кроме того, одной из актуальных задач современной медико-психолого-педагогической реабилитации является поиск немедикаментозных средств с доказанной эффективностью и безопасностью. Одним из методов является кинезиотерапия.

На прием в реабилитационный центр обращаются родители с детьми по направлению дефектологов, логопедов с жалобами на бедный словарный запас, дизартрию, нарушение звукопроизношения. Часто эти жалобы сочетаются с задержкой моторного развития, которая проявляется в неловкости ребенка при ходьбе, прыжках, подъеме и спуске по лестнице, отсутствием умения рисовать, штриховать, лепить, вырезать ножницами. При этом большинство детей ранее получали лечение различными препаратами, занимаются с педагогами достаточно давно и интенсивно, но эффект не удовлетворяет ни педагога, ни родителей. Такие дети были включены в обследуемую группу. Логопедическое обследование детей выявило: нарушение звукопроизношения, бедный словарный запас, дизартрию, неловкость крупной и мелкой моторики. Неврологическое обследование выявило: нарушение мышечного тонуса в виде умеренной общей гипотонии либо легкого гипертонуса в дистальных отделах конечностей с расширением сухожильных рефлексов, нарушение мелкой и крупной моторики, легкое промахивание при выполнении точных проб. Черепно-мозговая иннервация также была нарушена: легкая асимметрия носогубных складок, девиация языка, отклонение мягкого язычка, малоподвижная небная занавеска, дисфония, дисфагия, дизартрия. Из функциональных методов обследования дополнительно назначалось проведение ЭЭГ, ультразвукового исследования шейного отдела позвоночника и ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов и сосудов шеи. Было обнаружено: на ЭЭГ в основном низкие индекс и представленность альфа ритма;

в единичных случаях они сочетались с присутствием эпилептиформной активности без клинического компонента. Ультразвуковое обследование выявляло нестабильность сегментов С1С2 – смещение от 2.5 до 3.8 мм; нестабильность С2С3 – смещение от 2.0 до 3.0 мм, нейрогенную кривошею, при ультразвуковом исследовании сосудов часто выявлялась непрямолинейность хода позвоночных артерий.

Пациенты получали сеансы кинезиотерапии курсом 1 раз в день 10 дней. По окончании терапии проводилось повторное физикальное обследование невролога, логопеда, ультразвуковое исследование шейного отдела позвоночника. При повторных физикальных обследованиях было выявлено, что у большинства детей нормализовался мышечный корсет, тонус мышц шеи и подъязычной области, улучшилось звукопроизношение. Также у большинства детей при ультразвуковом обследовании выявлена стабилизация С1С2, С2С3 сегмента шейного отдела позвоночника.

В результате проведенного исследования мы убедились в целесообразности включения кинезиотерапии в комплексную реабилитацию детей с ОВЗ, имеющих отклонения в физическом, моторном и психоречевом развитии. В результате нормализации биомеханики шейного отдела позвоночника и кранио-verteбральной зоны улучшается состояние мозгового кровотока [6]. Также это дает возможность нормализовать тонус мускулатуры, в том числе речевой, крупную и мелкую моторику. В последующем отмечается значительная положительная динамика в становлении речевых навыков, более быстрая автоматизация звуков, улучшение фонематического слуха [2]. Как следствие наблюдается и улучшение когнитивного статуса ребенка.

Список литературы

1. Кисова В.В. Эмпирический анализ состояния системы образования детей с задержкой психического развития в России / В.В. Кисова, А.В. Семенов.
2. Мастюкова Е.М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: кн. для логопеда / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова. – М.: Просвещение, 1985.

3. Пантелеева Н.В. Кинезиотерапия в коррекции у детей с детским церебральным параличом / Н.В. Пантелеева // Аспекты и тенденции педагогической науки: материалы VII Междунар науч. конф. (г. Санкт-Петербург, декабрь 2020 г.).

4. Сафоничева О.Г. Восстановительное лечение структурно-функциональных нарушений опорно-двигательной системы (донозологическая диагностика и комплексное лечение при эмоционально-аффективных расстройствах): автореф. дис. ... д-ра мед. наук, 14.00.51 / О.Г. Сафоничева.

5. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных: Острый период и поздние осложнения / А.Ю. Ратнер. – 2-е изд. – М.: БИНОМ; Лаборатория знаний, 2005.

6. Ратнер А.Ю. Нарушения мозгового кровообращения у детей / А.Ю. Ратнер. – Казань, 1983.