



фекции – у 5 (55,5%) больных, причем у 2-х (22,2%) IgM, свидетельствующий о наличии острого процесса. Имевшая место аномалия сосудов, выявлена у 2-х (22,2%) пациентов, энцефалит – 1 (11,1%) пациент, травматическое повреждение (бытовая травма) – 1 (11,1%) пациент, причем у 8 (88,8%) пациентов, согласно анамнестическим данным имели место гипоксические влияния в перинатальном периоде, т.е. этиологические факторы ОНМК носили мультифакториальный характер.

В группе детей старше 1-го года имела место следующая дифференцировка: наличие ВПГ – 1 (11,1%) пациент; приобретенные ЧМТ (также бытовые: упали с матраса, дивана) – 3 (33,3%) пациентов, сосудистые аномалии – 3 (33,3%) пациентов, метаболические нарушения, в т.ч. митохондриальная патология – 2 (22,2%) пациента, указания на гипоксические повреждения в перинатальном периоде – 2 (22,2%) пациента из представленной категории больных. Согласно данным МРТ в диффузно-взвешенном режиме выявлены участки ишемии, преимущественно бассейн СМА (средней мозговой артерии) – 16 (88,8%) больных; ПМА – 1 (11,1%) пациент; ЗМА – 1 (11,1%) пациент (энцефалит в сочетании с ишемическим инсультом). Согласно данным гемостазиограммы, которая проводилась для исключения нарушений в свертывающей системе, были получены следующие результаты: изменений в пользу нарушений в свертывающей системе крови не обнаружено у 14 (77%) пациентов (анализ гемостазиограммы в восстановительном периоде). У 4-х пациентов (23%), поступивших в острейший период, была взята кровь на гемостазиограмму и выявлены изменения в пользу геморрагической болезни новорожденных с поздней манифестацией и функциональной незрелостью печени (период до кровоизлияния).

Выводы. Наличие гипоксических влияний в перинатальном периоде имеет наибольшее значение в раннем возрасте и служат основой, на которую «наслаиваются» различные факторы, что имеет значение для острой ишемии мозга у детей раннего возраста. Выявленные инфекционные агенты, в частности ВПГ и ЦМВ, служат группой риска для геморрагических кровоизлияний, которые могут быть предотвращены ранним исследованием свертывающей системы и подключением специфической гемостатической терапии. Катастрофа в бассейне СМА служит поводом для более детального обследования пациентов с целью исключения патологии в каротидном бассейне, пороков сердца и сосудистых аномалий. Ранее исследование гемостаза, даже в случаях ишемии, позволяет предотвратить кровоизлияния, который свойственны для детей раннего возраста при наличии нескольких факторов.

ОСОБЕННОСТИ МУЗЫКАЛЬНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕРИНСКОГО ГОЛОСА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Самсонова Г.О., Языкова Т.А.

*РНЦ медицинской реабилитации и курортологии,
Москва*

Развитие психических и моторных функций детей во многом связано со степенью близости к матери, с качеством эмоционального общения, телесного взаимодействия.



Специфические проблемы в развитии личностной сферы детей с неврологическими дисфункциями и общее нарушение способности ребенка к установлению адекватного контакта с окружающим социумом оказывают значительное психотравмирующее воздействие, влияя на эмоциональный статус матери, что в свою очередь снижает эффективность лечения. Исследование матерей по госпитальной шкале оценки тревоги и депрессии выявило субклинически выраженную тревогу у 42%, субклинически выраженную депрессию у 22%, клинически выраженную тревогу у 6% и клинически выраженную депрессию у 10%. В поведении матерей отмечены неэмоциональный характер сотрудничества, неумение создавать ситуацию совместной деятельности, недостаточная потребность в общении с ребенком. Это требует особых методов семейной психокоррекционной работы, особенно в области гармонизации эмоциональной сферы детско-родительских отношений. Одним из таких методов может быть семейная музыкальная терапия с использованием возможностей материнского голоса. Эффективность музыкальной терапии для пациентов психоневрологического профиля получила безусловное подтверждение на основе системного анализа базы данных лечебных учреждений – Cochrane Database of Systematic Reviews, CDSR, используемой для получения информации об эффективности здравоохранения. В работе с музыкально-терапевтическими программами приняли участие 89 матерей с детьми в возрасте от 2 до 5 лет. Основными диагнозами детей (МКБ-10) являлись резидуально-органическое поражение ЦНС, дисфазии развития в сочетании с эмоционально-поведенческими нарушениями (G96.8, F80.1 – F83), расстройства аутистического спектра (F84.01, F84.02, F84.8, F20.8), различные формы детского церебрального паралича (G80.1 – G80.4). Были отмечены нарушения эмоционального фона, вербальной и невербальной коммуникации, физической активности, сенсомоторной координации, реакции на звуковые раздражители. Показаниями к назначению семейной музыкальной терапии считались возбудимость детей, плохое засыпание, страх перед медицинскими манипуляциями, общие трудности адаптации в условиях стационара. Применялись активные и рецептивные виды музыкальных воздействий с использованием акустических стимулов разной модальности и тембра материнского голоса: работа с музыкальным архетипом медитации, лежащим в основе материнской колыбельной песни, а также запись голоса матери в специальной частотной обработке на фоне индивидуально подобранного сопровождения по данным анализа индивидуальных музыкальных предпочтений ребенка в области темпа, ритма и инструментальных тембров. По результатам курса музыкальной терапии были систематизированы психофизиологические и поведенческие реакции детей разных нозологических групп и их матерей. Во время музыкально-терапевтической работы наблюдались нормализация артериального давления, выравнивание дыхания и стабилизация пульса, расслабление мускулатуры. Отмечено снижение эмоционального напряжения и тревоги, возникновение чувства покоя и безопасности, повышение уровня эмпатии, улучшение слухового и тактильного контакта матери и ребенка, достижение более гармоничного общения на уровне тонких невербальных реакций. Музыкально-терапевтические программы с включением тембра материнского голоса могут применяться для коррекции эмоционального компонента детско-родительских отношений, эмоционального и моторного самовыражения, освоения новых форм семейного поведения, формирования корректирующего эмоционального опыта, с целью повышения эффективности лечения в условиях детского психоневрологического стационара.