

применялся метод реабилитации с использованием компьютеризированного тренажера «Велогеймик» (производство Республика Беларусь); 30 детям контрольной группы проводилась стандартная терапия. Нейромоторные функции оценивались до начала курса реабилитации и после его окончания. Комплексная оценка включала оценку функций равновесия и координации по показателям теста «Удержание равновесия»: СКО (среднее квадратичное отклонение), СКО (X) (среднее квадратичное отклонение относительно оси X), СКО (Y) (среднее квадратичное отклонение относительно оси Y) и показателям теста «Пределы устойчивости»: время достижения цели, точность достижения цели. Результаты представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха ( $Q_{25}$ ;  $Q_{75}$ ).

У пациентов контрольной группы до начала курса стандартной терапии СКО равнялось 0,19 (0,07; 0,45); СКО (X) – 0,13 (0,02; 0,30); СКО (Y) – 0,13 (0,07; 0,18); после окончания курса СКО составило 0,13 (0,09; 0,29); СКО (X) – 0,06 (0,05; 0,09); СКО (Y) – 0,06 (0,05; 0,13). У детей основной группы до начала курса реабилитации с применением тренингов на основе биологической обратной связи СКО равнялось 0,20 (0,08; 0,25); СКО (X) – 0,09 (0,06; 0,08); СКО (Y) – 0,17 (0,05; 0,20); после окончания курса СКО уменьшилось до 0,09 (0,08; 0,18); СКО (X) – 0,06 (0,06; 0,2); СКО (Y) – 0,02 (0,07; 0,11). Следовательно, у пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы после окончания курса реабилитации показатели теста «Удержание равновесия» были существенно лучше: для СКО  $p=0,02$ ; СКО (Y)  $p=0,03$ .

У детей контрольной группы до начала курса стандартной терапии время достижения цели составило 47 (15; 53) секунд; после окончания курса – 28,4 (15; 40,1) секунды. До начала курса терапии с применением биологической обратной связи время достижения цели у детей основной группы равнялось 34,0 (23,0; 49,0) секундам; после окончания курса – 20,3 (16,0; 23,5) секундам. Таким образом, после окончания курса реабилитации у пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы показатели теста «Пределы устойчивости» были достоверно лучше: для показателя время достижения цели  $p=0,005$ ; для показателя точность достижения цели  $p=0,02$ .

На основании вышеизложенного применение феномена биологической обратной связи, реализованного посредством компьютерных технологий, рекомендуется для широкого внедрения в практику реабилитации детей с нейромоторными нарушениями.

Джубатова Р.С., Ашуров А.Э. Нигматова Л.М., Шоикрамов Ш.Ш., Гулямов Р.О.  
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ  
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт. Ташкент. Узбекистан,*

**Актуальность:** Частое развитие сердечной недостаточности (СН) при дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) и высокая смертность обуславливает необходимость дальнейшего изучения различных клинических аспектов кардиомиопатии.

**Цель:** изучение особенностей клиники ДКМП у детей раннего возраста.

**Материал и методы:** под наблюдением находилось 40 детей с ДКМП в возрасте от 3 месяцев до 6 лет. Из них, детей от 3 месяцев до 1 года – 12 детей, от 1 года до 3 лет – 18 детей, с 3 до 6 лет – 10 детей. Диагноз ДКМП устанавливался на основании анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных исследований.

**Результаты исследования:** кардиомиопатия в семье и у ближайших родственников отмечалась в 90%, случаи внезапной смерти или заболеваний, сопровождающихся застойной СН среди родственников в 70%, невынашивание беременности, аборт в 60%, курение, наркомания, алкоголизм во время беременности в 40%, сахарный диабет, гипертиреоз во время беременности в 20%. Левожелудочковая недостаточность развивалась в 80%, правожелудочковая недостаточность в 95%. Деформация грудной клетки – сердечный горб в 70%, кардиомегалия с расширением границ влево, вправо в 85- 95%, глухость сердечных тонов на верхушке, систолический шум (95-100%). Гипертрофия левого желудочка обнаруживалась в 100%, блокада ветвей пучка Гисса в 30-40%, чаще левой передне-верхней ветви (10-30%) и ритма: пароксизмальная тахикардия (60%), экстрасистолия (50-70%), мерцательная аритмия (40-50%). На ЭхоКГ – диффузное поражение миокарда, дилатация полостей сердца, интактность сердечных клапанов, диастолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ). На рентгенограмме: расширение границ сердца.

**Заключение:** Изучение особенностей клинического течения показало, что прогностически ДКМП у детей крайне неблагоприятное состояние. Отмечается неуклонное прогрессирование СН, велика вероятность развития осложнений в виде аритмии, тромбоэмболии, внезапной смерти.