

— раннє виявлення порушень та своєчасне направлення до необхідних фахівців на консультування;

— забезпечення послуг міжсекторальних (медичних, соціальних, психологічних, педагогічних) для уникнення затримки розвитку або мінімізація цієї затримки, у тому числі спостереження в домашніх умовах;

— надання допомоги батькам для їх адаптації та створення оптимальних умов для розвитку та навчання дитини;

— формування та розвиток здатності до самостійного життя в суспільстві;

— підвищення рівня компетентності батьків та інших членів сім'ї;

— сприяння соціальній інтеграції сім'ї й дитини;

— запобігання інституціоналізації дитини.

Раннє втручання дозволяє зекономити кошти на лікування, спеціалізовані програми та послуги, а також збільшити надалі продуктивність в дорослому віці, за розрахунками Varet (2000) в США, від 30 до 100 тис. дол. США на дитину.

Сьогодні створення додаткових елементів системи реабілітації потребує ресурсів, як фінансових, так і кадрових, значного посилення нормативно-правового регулювання створення системи реабілітаційних послуг для дітей, впровадження міждисциплінарного підходу, переходу від медичної до соціальної моделі інвалідності. Затримка в цій роботі і надалі залишає дітей раннього віку без достатньо ефективних програм реабілітації, сталого моніторингу за їх виконанням, а також не використовується для відновлення здоров'я найбільш важливий для розвитку дитини ранній віковий період.

Висновки. Таким чином, сьогодні в Україні існує потреба в суттєвому реформуванні мережі надання реабілітаційних послуг для дітей раннього віку з обмеженнями життєдіяльності. Така система повинна бути суттєво розширена, починаючи від центрів (кабінетів) катамнезу у перинатальних центрах до центрів раннього втручання, які треба формувати на принципах доступності (загальна, територіальна, фінансова), міждисциплінарності, різноманітності програм і послуг; сімейної центрованості; надання послуг, які охоплюють всі сторони життя дитини.

УДК 616.899-053.1-53.2-036.81+614.2:616.8-036.81

ПОРОШИНА Е.В., ЕВДУЩЕНКО Т.Г., ЕВТУШЕНКО О.С., ЯНОВСКАЯ Н.В.

Донецкий областной детский клинический центр нейрореабилитации

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ДАУНА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Актуальность. Синдром Дауна — это врожденное нарушение развития, проявляющееся преимущественно умственной отсталостью, нарушением развития костной системы и другими физическими аномалиями.

Последние научные работы опровергают многие сделанные ранее заключения, в том числе утверждение, что дети с синдромом Дауна обычно имеют сильно выраженное или глубокое отставание в умственном развитии. Интеллектуальную деятельность некоторых детей можно назвать пограничной или находящейся в пределах между низкой и средней, и только совсем немногие дети имеют сильно выраженную задержку интеллектуального развития.

Материалы и методы. В течение 3 лет увеличилось число детей с синдромом Дауна, прошедших лечение в центре реабилитации: в 2011 году — 9 детей, в 2012 году — 19 детей, в 2013 году — 20 детей. Это дети в возрасте от 1 до 15 лет.

Все дети осматриваются педиатром, неврологом, психиатром, психологом и логопедом. Дополнительно консультируются окулистом и сурдологом (т.к. часто встречаются сопутствующие нарушения зрения и слуха).

С раннего возраста моторные и речевые функции развиваются с задержкой: держать голову начинают с 4–5 мес., сидеть — с 8–9 мес., ходить — к 2 годам. Первые слова появляются к 2 годам, фразовая речь — к 4 годам.

Интеллектуальное недоразвитие имеет специфические особенности: мышление тугоподвижно, но развивается благодаря способности к подражанию. Характерна большая сохранность эмоциональных и личностных проявлений, благодаря этому дети хорошо адаптируются в семье и обществе.

Состояние речевой функции мы оцениваем согласно балльной шкале, включающей такие показатели, как степень выраженности алалии, моторной афазии, апраксии, состояние тонуса артикуляционной мускулатуры, объем активных движений языка. У детей дошкольного возраста определяем уровень интеллектуального развития с применением теста прогрессивных матриц по Равену. Оценивается от 0 до 2 баллов. Детей школьного возраста оцениваем по шкале Векслера: 6 вербальным и 5 невербальным субтестам: осуществление простых обобщений, конкретизация понятий, нахождение общего, определение понятий, подбор противоположностей, нахождение лишнего понятия (определение интеллектуального индекса — IQ 0–100 баллов). Уровень социальной адаптации определяем для решения вопроса о возможности и форме обучения.

Клинико-инструментальное обследование включает: УЗДГ головного мозга и шеи (специфическая патология сосудов), ЭЭК (функциональная незрелость мозга: увеличено количество медленных колебаний, не оформлен альфа-ритм, отмечается низкая реактивность электрических потенциалов мозга на внешние раздражения), ЭМГ, МРТ головного мозга (недоразвитие лобных долей, ствола и мозжечка), ЭКГ, ЭхоКГ (врожденные пороки сердца).

В центре проводится комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий:

1. Различные виды рефлексотерапевтического воздействия: скальп-терапия на 1-ю и 2-ю зоны речи и аф-

фективные зоны, лазеротерапия или электростимуляция речевых точек аппаратом «Ласпер» (Е3, Е4, Е5, Е6, Е7) (учитывая доминантное полушарие). Для корпоральной акупунктуры используются стимулирующие пункты меридианов, которые своим внутренним ходом проходят через мозг: передне- и заднесрединного, желчного пузыря, легких и сердца — J26, T20, С9, P8, VB7.

2. Логопедические занятия: с самого раннего возраста проводится тонизирующий зондовый массаж, работа над фразой, словарем, связной речью, грамматической структурой, звукопроизношением, пальчиковая гимнастика.

3. Для уменьшения мышечной гипотонии, нарушенных функций вестибулярного аппарата, недостаточности моторики у этих детей применяется лечебная гимнастика, массаж, электростимуляция отдельных групп мышц.

4. У детей с синдромом Дауна нередко бывают сенсорные нарушения, вследствие чего мозг не может реализовать все свои возможности из-за недостаточной сенсорной стимуляции. Для коррекции сенсорных нарушений дети проходят курсы занятий в сенсорной комнате, которая влияет на все воспринимающие системы организма (обонятельную, зрительную, слуховую, тактильную, вестибулярную, проприоцептивную, интероцептивную), дает ребенку ощущение безопасности при передвижении, а значит, занятия развивают самостоятельность, навыки общения и самообслуживания, способствуют развитию двигательных и психических навыков, снимают страхи, невротические состояния,

5. Для обучения детей используют коррекционно-педагогические мероприятия, которые предусматривают воспитание психомоторных навыков, социальную адаптацию, коррекцию речевых навыков. В процессе обучения максимально используется механическая память больных, способность чувственного восприятия окружающего, относительная сохранность эмоций и способность к подражанию.

6. Медикаментозная терапия. Синдром Дауна — это совокупность симптомов, поэтому медикаментозное лечение направлено на коррекцию преобладающего симптома. Учитывая низкий иммунитет, применяем витаминотерапию, общеукрепляющие препараты, при мышечной гипотонии назначаем агвантар, при снижении когнитивных функций и речевых нарушениях — ноотропные препараты: цереброкурин, кортексин, цераксон, если преобладает синдром гиперактивности — пантокальцин, киндинорм, при сопутствующей патологии сосудов головного мозга и нарушении кровотока — актовегин, церебролизин; при судорожных состояниях — антиконвульсанты.

Результаты. В результате из 20 наблюдаемых за последний год детей с синдромом Дауна начали посещать общий детский сад 6 детей, 4 ребенка оформлены в логопедическую группу детского сада, 2 — направлены на обучение в общеобразовательную школу, 2 — на индивидуальное обучение, 6 детей начали обучаться по вспомогательной программе.

Выводы. Таким образом, применение разработанного в центре реабилитации комплекса мероприятий, включая медикаментозную терапию при синдроме Дауна, приводит к уменьшению интеллектуального недоразвития, улучшению когнитивных функций и более высокому уровню социальной адаптации. Причем чем раньше начата работа с такими детьми, тем лучший результат мы получим.

УДК 616.831-009.11+616.89-008.434.2/.447]-053.2-08

ПОРОШИНА Е.В., ЕВТУШЕНКО О.С.,

ЯНОВСКАЯ Н.В., ЕВДУЦЕНКО Т.Г.

Донецкий областной детский клинический центр
нейрореабилитации

РЕЧЕВЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Актуальность. Для детей с церебральным параличом (ЦП) характерны специфические отклонения в психическом развитии, обусловленные сочетанием раннего органического поражения головного мозга с различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений. Важную роль в генезе нарушений психического развития играют возникающие в связи с заболеванием ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и обучения.

При ЦП нарушено формирование не только познавательной деятельности, но и эмоционально-волевой сферы и личности.

Структура нарушений познавательной деятельности при ЦП имеет ряд специфических особенностей, характерных для всех детей. К ним относятся:

1) неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций. Эта особенность связана с мозаичным характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития при ЦП;

2) выраженность астенических проявлений — повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также связано с органическим поражением центральной нервной системы;

3) сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире.

Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике. Это обусловлено следующими причинами:

— вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;