

Дети с ЦП, имеющие эпилептический синдром или эпилептические корреляты на ЭЭГ («субклиническая эпилепсия»), в центре получали комплексную терапию, включающую применение нейропротекторных и нейротрофических средств.

В терапии больных ЦП с эпилепсиями в зависимости от их характера использовались препараты вальпроевой кислоты, карбамазепин, сукцинимиды. При резистентных к традиционным антиконвульсантам пароксизмах назначались кеппра, ламиктал, топамакс или комбинации препаратов.

На период реабилитации в центре больным с судорожным синдромом увеличивали дозу антиконвульсанта на 10–20 % от ранее потребляемой суточной дозы, а больным с «субклинической эпилепсией» назначался короткий курс один из антиконвульсантов (преимущественно вальпроат), что исключало в значительной степени вероятность возникновения эпилептического припадка. Увеличение дозы антиконвульсантов позволило использовать в лечении детей такие ноотропные препараты с иммуномодулирующим эффектом, как цереброкурин, дельталицин, кортексин. Под контролем концентрации антиконвульсантов в сыворотке крови (аппарат «Милюхром») проводили коррекцию противосудорожного лечения.

Назначение или увеличение дозы одного из антиконвульсантов на период реабилитации позволило активно использовать все разновидности рефлексотерапевтического воздействия, не ухудшая при этом состояния больного.

**Выводы.** Таким образом, наличие судорожного синдрома у детей с церебральными параличами не является абсолютным противопоказанием к их реабилитации. Детям при наличии редких пароксизмов необходимо проводить реабилитационные мероприятия на фоне увеличения суточной дозы антиконвульсанта на 10–20 % от ранее потребляемой, а больным с эпилепсиями в анамнезе — на фоне приема коротким курсом малых доз противосудорожных средств, что позволяет не только использовать нейропротекторные препараты, но и проводить сеансы рефлексотерапии (иглоукальвание акупунктурных точек и зон скальпа, лазеро- и мезотерапия).

УДК 616.8-009.2-053.3-07+61-08-035

МАРТИНЮК В.Ю., НАЗАР О.В.

ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ

### ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ РУХОВИХ ПОРУШЕНЬ У НЕМОВЛЯТ ІЗ ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги та медичної реабілітації, розроблений на основі адаптованих клінічних настанов «Церебральний параліч

та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями», створений із метою стандартизації надання медичної допомоги дітям з обмеженими можливостями на засадах доказової медицини (наказ МОЗ України № 286 від 09.04.2013 р.).

Рейтинг сили доказів:

**A** — вагомий доказ визначається як доказ, отриманий із двох або більше досліджень, що відповідають критеріям достатнього доведення ефективності, є високоякісними та вищою мірою застосовними до предмету, і такий доказ є послідовною та надійною основою рекомендації.

**B** — помірний доказ визначається як доказ, отриманий із щонайменше одного дослідження, що відповідає критеріям достатнього доведення ефективності, є високоякісним та вищою мірою застосовним до предмету, і такий доказ слугує основою для надання рекомендації.

**C** — обмежений доказ визначається як доказ, отриманий із щонайменше одного дослідження, що відповідає критеріям достатнього доведення ефективності, має помірну якість або застосовність до предмету, і такий доказ слугує основою для надання рекомендації.

**D** — спільна думка ради спеціалістів.

Згідно з рекомендаціями необхідно, щоб усі новонароджені були перевірені на наявність факторів ризику та можливих патологічних клінічних симптомів, які вказують на ризик формування рухових порушень у немовлят, із метою раннього їх виявлення (рівень доказовості A).

До основних клінічних симптомів, які вказують на можливість формування рухових порушень у немовлят, відносяться:

- тяжкий стан у ранньому неонатальному періоді;
- наявність вогнищевих неврологічних симптомів, епілептичного синдрому;
- подовжені терміни редукції безумовних рефлексів, вроджених тонічних рефлексів, затримка темпів формування постуральних рефлексорних механізмів, необхідних для виконання будь-яких рухових актів;
- зміни м'язового тону: довготривала м'язова гіпотонія після народження, затримка нормалізації м'язового тону після 3–4 місяців життя, формування патологічних поз та установок, що унеможливають виконання цілеспрямованої дії;
- відставання в статокінетичному, психічному та передмовленнєвому розвитку дитини у періоді немовляти;
- наявність органічних змін головного мозку за даними методів нейровізуалізації (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія головного мозку).

Ізольований патологічний руховий патерн не є абсолютним предиктором несприятливого неврологічного розвитку дитини. Чим більша кількість патологічних рухових патернів у новонародженого, тим більша

ймовірність розвитку неврологічних порушень протягом першого року життя. Проблеми, які зберігаються протягом перших трьох місяців життя, швидше за все, прогнозують розвиток неврологічних порушень в подальшому (рівень доказовості А).

Патологічні клінічні симптоми включають: порушення тону м'язів; нетипову послідовність розвитку рухових навичок; атипові моделі руху; якісні відмінності в моторному розвитку; порушення якості руху й пози; наявність патологічних рефлексів (рівень доказовості А). Спостереження за неврологічним розвитком дитини, особливо в перші 4–5 місяців життя, можуть надати важливу інформацію про стан рухового розвитку дитини (рівень доказовості А). Відеоспостереження може бути корисним для контролю рухового розвитку дитини. Безпосереднє відеоспостереження дає змогу об'єктивно оцінити спонтанну рухову активність та ігрову діяльність дитини в природних умовах. Запис відео може здійснюватися в різних умовах і ситуаціях. Також це може допомогти батькам навчатися спостерігати за руховим розвитком дитини, збирати й надавати інформацію фахівцям при порушеннях розвитку дитини (рівень доказовості А). Важливо визнати, що батьківське занепокоєння може бути добрим показником рухової проблеми в дитини. Коли батьки висловлюють заклопотаність, необхідно стежити за розвитком дитини (рівень доказовості В).

Систематичне неврологічне обстеження недоношених дітей протягом перших 4–5 місяців життя дає змогу вчасно діагностувати затримку розвитку та рухові порушення. Відсутність патологічних змін м'язового тону в певний гестаційний період не завжди свідчить про нормальний розвиток дитини в подальшому. Наприклад, у недоношених дітей, які розвивалися з гіпотонією, може спостерігатися підвищення м'язового тону в динаміці, і такі діти можуть виглядати відносно здоровими під час цього переходу (рівень доказовості А).

Недоношені діти, у яких були виявлені зміни в неврологічному статусі та ознаки органічного ураження головного мозку під час проведення ультразвукового дослідження, найбільш схильні до формування затримки розвитку та інших порушень (наприклад, рухових, сенсорних, когнітивних). Рання затримка рухового розвитку в немовлят часто асоціюється із затримкою розвитку когнітивних функцій (рівень доказовості А). Для більш зрілих недоношених дітей було б доцільно застосовувати стандартизоване неврологічне обстеження в період новонародженості з метою виявлення дітей із ризиком формування рухових порушень (рівень доказовості А).

Таким чином, динамічне спостереження за дітьми рекомендується проводити з інтервалом 1–3 місяці протягом першого року життя (рівень доказовості А). Довготривале спостереження дітей із факторами ризику та клінічними проявами рухових порушень необхідне, бо затримка розвитку дитини стає більш помітною до 1

року життя. У дітей із затримкою рухового розвитку часто спостерігається затримка психічного та мовленнєвого розвитку (рівень доказовості А). Оцінювати руховий розвиток дитини рекомендується з урахуванням основних етапів формування рухових навичок (рівень доказовості А).

УДК 616.8+616.89-008.447]-06-053.2/.6-036.81:159.9(477)

МИХАЙЛОВ Б.В.<sup>1</sup>, ВОДКА М.Е.<sup>2</sup>,  
АЛИЕВА Т.А.<sup>1</sup>, ВАШКИТЕ И.Д.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Харьковская медицинская академия  
последипломного образования

<sup>2</sup> Международный благотворительный фонд  
Александра Фельдмана

### КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОМОРБИДНОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УКРАИНЕ

**Актуальность.** Проблема детского и подросткового психического здоровья в Украине — это одна из наиболее актуальных проблем в здравоохранении страны. Именно психические расстройства в детском и подростковом возрасте являются одной из основных причин увеличения общей заболеваемости и, как следствие, смертности детей.

Неуклонный рост и распространенность психических расстройств непсихотического регистра у детей и подростков в мире, и в Украине в частности, способствуют поиску новых способов их ранней диагностики, лечения и психокоррекции.

Особое место занимают расстройства психологического развития, нарушения эмоционального и поведенческого состояния (рубрики F80-F90). Дети и подростки с психическими и поведенческими нарушениями неврологического спектра составляют группу риска в социуме, что детерминирует их дальнейшую склонность к социальной дезадаптации, нарушению семейных взаимоотношений, повышению риска пребывания в аддиктивной среде и употреблению психоактивных веществ.

В настоящее время в Украине актуальна потребность в создании полноценной системы психосоциальной реабилитации детей и подростков с различными нарушениями психического и поведенческого развития, сочетанных с неврологическими расстройствами.

Все вышеизложенное послужило причиной создания принципиально нового подхода к психосоциальной реабилитации детей и подростков. Международным благотворительным фондом Александра Фельдмана на территории Есорапк создан Центр психосоциальной реабилитации для детей и подростков с психологическими, эмоциональными и поведенческими расстройствами. В Центре созданы условия для восстановления биопсихосоциальной гармонии ребенка и семьи в условиях современной urba-