

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.¹, ВОДКА М.Е.²,
АЛИЕВА Т.А.¹, ВАШКИТЕ И.Д.¹

¹ Харьковская медицинская академия
последипломного образования

² 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-

нистически деформованої середовища взаємодія. Головною задачею Центру є відновлення рівня соціального функціонування, підвищення якості життя дітей і підлітків з гіперкінетичними розладами, дитячим аутизмом, ДЦП, синдромом Дауна і іншими нервно-психічними розладами.

Робота спеціалістів Центру ґрунтується на принципі поліпрофесійної команди з використанням мультимодальних методів.

В роботі Центру використовуються методи анималотерапії, ландшафт- і сад-терапії, ігрової психотерапії, арт-терапії (студія для малювання, лепки, піщаної терапії, глинотерапії), трудової терапії. При індивідуальній і груповій роботі використовуються різні елементи когнітивно-біхевіорального, раціонального, дитячого аналітичного, релаксаційного і інших методів психотерапії.

В дослідженні брали участь 200 сімей з дітьми, якими є розлади психічного розвитку і поведінки.

В ході роботи були сформовані 4 групи досліджуваних з різними нозологічними формами:

- групу 1 склав 51 дитина з діагнозом «гіперкінетичні розлади» (F90);
- групу 2 — 43 дитина з діагнозом «розлад соціального функціонування» (F94);
- групу 3 — 52 дитина з діагнозом «специфічні розлади розвитку шкільних навчальних навичок» (F81);
- групу 4 — 54 дитина з діагнозом «специфічний розлад розвитку рухових функцій» (F82).

Висновки

1. Основними критеріями ефективності роботи Центру є: стабілізація психоемоційної сфери дітей і підлітків з коморбідними захворюваннями неврологічного і поведінкового спектра, їх соціальна адаптація (взаємодія з ровесниками, вихователями, вчителями, батьками), формування конструктивних патернів поведінки.

2. Проведений аналіз стану проблеми психічної патології неспіхотического реєстру у дітей підтвердив актуальність формування комплексного медико-психологічного супроводу даного контингенту.

3. Визначені принципи надання медико-психологічної допомоги дітям з психічними і поведінковими розладами, які дозволили посилити ефективність застосовуваних методів психокорекції.

4. Сформована система медико-психологічного супроводу дітей з психічними і поведінковими розладами.

5. Виділені основні критерії ефективності медико-психологічної корекції формування конструктивного типу сімейних взаємовідносин і соціальної адаптації.

6. Впровадження отриманих результатів на первинному етапі роботи Центру показало свою ефективність у 74,5 % дітей з діагнозом F90, 86,0 % дітей з діагно-

зом F94, 50,0 % дітей з діагнозом F81 і 48,1 % дітей з діагнозом F82, які отримують медико-психологічну корекцію.

УДК 614.2:614.8.067.3-053.3+614.812(477)

МОЙСЕЄНКО Р.О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, м. Київ

РОЗВИТОК В УКРАЇНІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ РАНЬОГО ВІКУ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я

Динаміка основних показників здоров'я дитячого населення сьогодні відзначається суттєвим накопиченням хронічної патології з раннього дитячого віку. Така ситуація зумовлена цілою низкою причин — від суттєвого погіршення екології, оточуючого середовища, способу життя батьків і самих дітей і до значного прогресу в медицині, що дає можливість вижити більшості малюків, у тому числі із тяжкою патологією.

Це накладає на суспільство відповідальність впровадити ефективні програми, спрямовані на посилення уваги до дітей з особливими потребами з самого раннього віку.

Україна має багато здобутків у цій сфері. Передусім це стосується зниження за останні десятиріччя захворюваності немовлят більш як удвічі завдяки впровадженню сучасних перинатальних технологій, вирішенню низки питань, спрямованих на попередження вродженої та спадкової патології, вчасну діагностику хвороб та їх лікування. Впроваджено сучасні медико-соціальні реабілітаційні технології, удалося створити понад 45 центрів медико-соціальної реабілітації в системі МОЗ України, робота яких перш за все спрямована на надання комплексної реабілітаційної допомоги дітям раннього та дошкільного віку. Функціонує 226 центрів ранньої медико-соціальної реабілітації в системі Мінсоцполітики. Проте кожний із цих центрів, виконуючи дуже важливу роботу, має певні проблеми в наданні допомоги сім'ям із такими дітьми. На мій погляд, основними з них є відсутність комплексності послуг (медичних, педагогічних, соціальних, інших), недостатня сімейна центрованість, а також територіальна віддаленість, що значно ускладнює доступність допомоги.

Скільки ж дітей раннього віку (0–3 роки) за досвідом країн, де існує система надання комплексних медико-соціальних послуг (країни Європи, США тощо), потребують додаткових програм раннього втручання — реабілітації? Орієнтовно зазначається цифра близько 15 %, тобто в Україні це близько 200 тисяч дітей.

Найбільший вплив у ранньому дитячому віці, урахувавши пластичність процесів і можливість реального зменшення патологічних відхилень в організмі дитини, має саме втручання медичних технологій у комплексі з іншими. Проте чи в змозі 45 центрів системи МОЗ надати таку комплексну допомогу. На жаль, ні. Це центри, які в