

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;

— затруднения в познании окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанные с проявлением двигательных и сенсорных расстройств.

При ЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

Материалы и методы. За последний год мы наблюдали 84 ребенка с ЦП и сопутствующими речевыми и когнитивными нарушениями: 1-я группа — 18 детей; 2-я группа — 22 ребенка; 3-я группа — 44 ребенка; по возрасту: 1-я группа от 2 до 6 лет — 54 ребенка, 2-я группа от 7 до 15 лет — 30 детей.

Все нарушения развития у детей с ЦП можно разделить на 3 группы:

1) дети с речевыми расстройствами (дизартрии, дислалии, моторные и сенсомоторные алалии);

2) дети со смешанными расстройствами развития (сочетание снижения когнитивных функций с нарушениями речи и двигательных функций);

3) дети с умственной отсталостью различной степени тяжести (легкая — IQ 50–69, умеренная — IQ 35–49 и выраженная — IQ 20–34).

Для коррекции речевых нарушений и умственной отсталости в центре ведется совместная работа психиатра, невролога, психолога, логопеда и воспитателя.

Клинико-инструментальное обследование включает: УЗДГ сосудов головного мозга и шеи, ЭЭК, электромиографию, МРТ.

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.

Для эффективной реабилитации необходимы индивидуальный подход к каждому ребенку, оценка его потенциальных возможностей и широкий спектр методов лечения. При планировании реабилитационных мероприятий учитывается: 1) выраженность симптоматики основного заболевания; 2) степень выраженности интеллектуального дефекта; 3) сопутствующие эмоциональные и поведенческие расстройства; 4) степень приспособленности к повседневной жизни; 5) возраст ребенка; 6) социальные условия, в которых находится ребенок.

Комплекс реабилитационных мероприятий включает:

1) различные виды рефлексотерапевтического воздействия: скальп-терапия на 1-ю и 2-ю зоны речи и афферентивные зоны, лазеротерапия или электростимуляция речевых точек аппаратом «Ласпер» (Е3, Е4, Е5, Е6, Е7) (учитывая доминантное полушарие). Для корпоральной акупунктуры используется методика С.К. Евтушенко (1994 г.), которая базируется на стимулирующих пунктах меридианов, идущих своим внутренним ходом через мозг: передне- и заднесрединного, желчного пузыря, легких и сердца — J26, T20, C9, P8, VB7;

2) занятия с логопедом:

— при бульбарной дизартрии проводится тонизирующий массаж паретичных мышц, артикуляционная гимнастика, дыхательные упражнения;

— при псевдобульбарной дизартрии при спастичности используется расслабляющий зондовый массаж языка, губ, лица, при паретичности — укрепляющий массаж органов артикуляции;

— при подкорковой дизартрии — расслабление речевой мускулатуры путем перекрестного массажа по К.А. Семеновой;

— при корковой дизартрии — развитие тонких дифференцированных движений артикуляционного аппарата путем механического (зондового) воздействия;

— при мозжечковой форме вырабатывается согласованность в работе голосового, дыхательного, артикуляционного аппаратов, используются логоритмические упражнения;

— при дизартрии, дислалии, моторной и сенсомоторной алалии проводятся точечный массаж, пальчиковая гимнастика, формирование пассивного и активного словаря ребенка, постановка звуков;

3) психокоррекционные занятия по развитию внимания, памяти, мышления, комплекс упражнений по развитию слухового внимания, слуховой памяти и фонематического слуха; формированию пространственных представлений;

4) занятия в сенсорной комнате (воздействие на органы зрения, слуха, обоняния, осязания и вестибулярные рецепторы способствует улучшению эмоционального состояния, снижению беспокойства и агрессивности, снятию нервного возбуждения и тревожности, нормализации сна, активизации мозговой деятельности);

5) консультативная работа и занятия с родителями для установления благоприятного психологического климата в семье;

6) между курсами лечения в центре дети получали поддерживающую терапию — ноотропные препараты (дельталицин, энцефабол, пантогам, цераксон, цереброкурин), симптоматическую терапию в зависимости от сопутствующей патологии.

Результаты. После проведенного лечения во всех группах детей отмечалась положительная динамика. В 1-й возрастной группе отмечается улучшение речевых и интеллектуальных функций на 1–2 балла (по тестам Ра-

вена). Во 2-й группе отмечается увеличение IQ в среднем на 10 % по интеллектуальному развитию (улучшилась концентрация и устойчивость внимания, зрительная и слуховая память, увеличился темп мышления). Улучшилась социальная адаптация — появились навыки самообслуживания и опрятности, появился интерес к общению со сверстниками и обучению.

Выводы. Таким образом, применение комплекса методик позволяет достичь улучшения речевых функций, уменьшения интеллектуального дефекта и более быстрой социальной адаптации детей.

УДК 616.831-009.11-036.22(477.62)-36.81

ПРОХОРОВА Л.М., ЕВТУШЕНКО О.С.,
МОСКАЛЕНКО М.А., ЕВТУШЕНКО С.К.,
ЯНОВСКАЯ Н.В.

Областная детская клиническая больница,
г. Донецк
Донецкий областной детский клинический центр
нейрореабилитации

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ

До настоящего времени церебральный паралич (ЦП) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости нервной системы у детей как в мировой практике, так и в Украине. Лечение и реабилитация детей с ЦП является длительным и трудоемким процессом и, несмотря на долгие годы изучения этой проблемы, достичь полного восстановления двигательных и когнитивных функций удается редко. Значительные экономические затраты государства на лечение и социальное обеспечение этой группы больных обуславливают необходимость разработки новых эффективных методов терапии, направленных на максимальную социально-бытовую адаптацию и улучшение качества жизни этих детей. И все же, как и раньше, большое значение имеет выявление этиологических факторов развития ЦП и исключение заболеваний, его имитирующих, что влияет на терапию и прогноз. В связи с этим открываются новые возможности в усовершенствовании лечения и модернизации реабилитации детей с этой патологией.

За последние 10 лет отмечается рост заболеваемости ЦП у детей в Донецкой области: в 2003 году она составляла 1,4, в 2007 году — 1,7, но уже в 2013 году — 2,2 на 10 000 детей. Также увеличивается распространенность ЦП: в 2007 году — 27,6, в 2010 году — 28,2, в 2013 году — 29,1 на 10 000 детей. Происходит трансформация форм ЦП. В 2003 году диплегическая форма отмечалась у 42,9 % больных, двойная гемиплегическая — у 28,6 %, гемиплегическая — у 7,1, атонически-астатическая — у 9,5, гиперкинетическая — у 7,1, смешанная — у 4,8 %. В то же время в 2013 году диплегическая

форма диагностирована у 52,9 % детей с ЦП, двойная гемиплегическая — у 24,2, гемиплегическая — у 19,5, смешанная — у 3,4 %. В 2013 году не диагностированы атонически-астатическая и гиперкинетическая формы ЦП. Это можно объяснить тем, что совершенствуется ранняя терапия детей с гемолитической болезнью новорожденных, улучшаются методы диагностики наследственных нарушений обмена и выявления аномалий развития головного мозга, проявляющихся синдромом ЦП. Необходимо отметить, что у детей с двигательными нарушениями при выявлении пороков развития головного мозга диагноз формулируется в соответствии с характером патологии (корковая дисплазия, полимикрогирия, шизэнцефалия, лиссэнцефалия) и указанием неврологического синдрома.

Из всех детей с ЦП в 2013 году (находившихся на лечении в ОДКБ) 23,8 % были рождены в срок с массой тела более 3000 г, а 76,2 % были рождены преждевременно с массой тела от 900 до 2000 г. При нейровизуализации (нейросонография, спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) у доношенных детей в 85,7 % случаев выявлено расширение субарахноидальных пространств и боковых желудочков головного мозга, а у 40 % из этих больных — многоочаговые изменения в гемисферах мозга. У недоношенных детей в 62,5 % случаев выявлены перивентрикулярные зоны патологической плотности (как проявление перивентрикулярной лейкомаляции).

По литературным данным, среди новорожденных с массой тела 1000 г и менее количество выживших детей составляет 30 %, тяжелые инвалидизирующие расстройства наблюдаются в 25–30 % случаев, а менее грубые — в 40–45 %. Эта тенденция и послужила основанием для выделения в областном детском клиническом центре нейрореабилитации 10 специализированных реабилитационных коек для детей в возрасте от 3 месяцев до 1 года, угрожаемых по ЦП. В связи с принятием решения (2007 г.) о жизнеспособности плода массой 500 г и сроком гестации 22 недели в Донецкой области прогнозируется дальнейший рост распространенности ЦП. Все это диктует необходимость совершенствовать пренатальную диагностику патологии центральной нервной системы у плода, ограничение агрессивных методов родов, особенно тщательное проведение диагностики поражения нервной системы в раннем (неонатальном) периоде, включая применение инструментальных методов, генетического обследования, исследования метаболических нарушений. Стала очевидной необходимость организации специализированных центров для лечения детей, рожденных преждевременно, с низкой массой тела, в возрасте до 1 года с поражением нервной системы, внедрения новых адаптированных технологий терапии и реабилитации. Это и подтверждается опытом эффективной работы специализированных коек в областном центре нейрореабилитации для детей в возрасте от 3 месяцев, угрожаемых по развитию ЦП.