

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.