



Безпека життя та охорона здоров'я - головні завдання сучасного суспільства

**Збірник доповідей студентської
регіональної наукової конференції**

Безпека життя та охорона здоров'я – головні завдання сучасного суспільства

Збірник доповідей студентської
регіональної наукової конференції

Випуск 6

Особливості фізичного розвитку дітей раннього віку з ДЦП

Барчук Вікторія, студентка Луцького базового медичного коледжу,
III курс, спеціальність «Лікувальна справа»

Науковий керівник: Подоляк І.В., викладач неврології та психіатрії

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) - група захворювань головного мозку, що виникають внаслідок його недорозвинення чи пошкодження в процесі вагітності або пологів, і виявляються руховими розладами, порушеннями мови і психіки, дисфункцією рухової та м'язової систем, порушенням координації руху, мови, затримкою інтелектуального розвитку.

Історична довідка: Поряд з узагальненим терміном ДЦП у клінічній практиці іноді використовується термін хвороба Літтла. Така назва була запропонована на честь британського хірурга- ортопеда Вільяма Джона Літтла ,який у середині XIX сторіччя першим установив причинний зв'язок між ускладненнями під час пологів та порушеннями розумового і фізичного розвитку дітей після народження.

Форми ДЦП:

Гіперкінетична - характеризується насильницькими рухами різного характеру. Інтелект найчастіше буває збереженим чи нерізко зниженим. Спостерігається гіперкінетична дизартрія

Спастична диплегія - форма, відома під назвою хвороби Літтла характеризується руховими розладами, за яких більше уражуються нижні кінцівки. Інтелектуальний дефект менше виражений, частіше це затримка розвитку.

Атонічно-астатична характеризується різким зниженням м'язового тону й порушенням координації рухів. Інтелектуальний дефект - у 55% хворих (від олігофренії до легкої затримки психічного розвитку).

Геміплегічна чи геміпаретична - при цій формі рухові розлади спостерігаються в правих чи лівих кінцівках, важче уражуються руки.

Інтелектуальний дефект різного ступеня вираженості

Подвійна геміплегія - найважча форма, характеризується руховими розладами в усіх кінцівках. У хворих часто спостерігається розумове недорозвинення різного ступеня

важкості

ЦНС, дезадаптації та інвалідизації дітей. В Україні рівень захворюваності на гіпоксію плода та асфіксію новонародженого складає 97 на 1000 новонароджених живими, значним залишається і рівень захворюваності на дитячий церебральний параліч.

Існують різноманітні підходи і схеми лікування дітей з перинатальним ураженням ЦНС, що в першу чергу спрямовані на лікування неврологічної патології, відновлення функції ЦНС та вегетативної нервової системи і в яких не приділено достатньо уваги відхиленням у фізичному розвитку, зниженню опірності, випадкам інфекційної та соматичної патології. У свою чергу, порушення фізичного розвитку та різноманітна соматична патологія погіршують можливість повноцінного відновлення функції нервової системи та адаптації дитини до оточуючого середовища, знижують ефективність реабілітаційної терапії.

Більшість дітей з ДЦП мають малі показники причому переважно замалими для віку є в першу чергу маса тіла, а також обвід голови (як результат вторинної мікроцефалії), а зріст відстає менше і відставання фізичних параметрів розвитку корелює з тяжкістю ДЦП.

Мета даного дослідження - оцінити фізичний розвиток дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) з метою розробки рекомендацій щодо усунення можливих недоліків та покращення процесів відновлення та реабілітації.

Матеріали і методи: Проведено дослідження «Контрольних карт диспансерного спостереження» 24 дітей з ДЦП (досліджувана група), що знаходяться на обліку в невропатолога ЛМДП та 20 здорових дітей (контрольна група) визначено основні параметри фізичного розвитку дитини (зріст, маса тіла, обводи голови, грудної клітки, кінцівок, ІМТ (вага дитини в кілограмах ділиться на квадрат зросту дитини в мстрах)) та проведено оцінку згідно з «Клінічним протоколом медичного догляду за здорового дитиною-до 3 років» — (Наказ МОЗ України від 20.03.2008 № 149 - Оцінка фізичного розвитку оцінка фізичного розвитку проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини віком до 3 років. Медичною сестрою виконуються

антропометричні виміри (зважування, вимірювання довжини/зросту і обводу голови). Отримані дані наносяться на відповідні графіки фізичного розвитку, котрі заповнюються окремо для хлопчиків та дівчаток. За результатами оцінки фізичного розвитку дитини проводиться консультування матері)

Результати дослідження та їх обговорення: Серед здорових дітей було 11 хлопчиків та 9 дівчаток, серед хворих - 11 та 13 дітей відповідно. Індекс маси тіла визначається за формулою: значення маси тіла розділити на зріст в квадраті ($\text{кг}/\text{м}^2$)

Для визначення рівня фізичного розвитку ми користувались перцентильними таблицями та графіками фізичного розвитку (Додатки 13-30 до «Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років» наказ 149)

Інтерпретація показників фізичного розвитку залежить від того, де знаходиться показник фізичного розвитку на графіку. Значення показників фізичного розвитку, що знаходяться вище або нижче ліній стандартного відхилення (СВ) інтерпретуються наступним чином: 1) Значення, що знаходяться між лініями стандартних відхилень «-2» та «~3», вважаються нижчими лінії стандартного відхилення «— 2» 2) Значення, що знаходяться між лініями стандартних відхилень «2» та «3», вважаються вищими лінії стандартного відхилення «2». Якщо, показник знаходиться безпосередньо на лінії стандартного відхилення, вважається, що це значення надає в категорію меншої важкості. Наприклад, якщо показник маси для даного віку знаходиться на лінії «-3», вважається, що дитина має недостатню вагу, але не вкрай недостатню вагу.

При оцінці параметрів фізичного розвитку, а саме зросту, маси тіла, ІМТ та було виявлено, що в практично здорових дітей вони були в межах 1 стандартного відхилення у 8 дівчаток (40%), 2 стандартних відхилень - у 2 дівчаток (10%)(ризик надмірної ваги), і в 1 дівчинки (5%) - в межах 3 стандартних відхилень (розцінюється як надмірна вага). Серед хлопчиків контрольної групи у 5(25%) дітей показники знаходились в межах (-1...1) стандартного відхилення, що розцінюється як норма, у 3(15%) хлопчиків - в межах 2

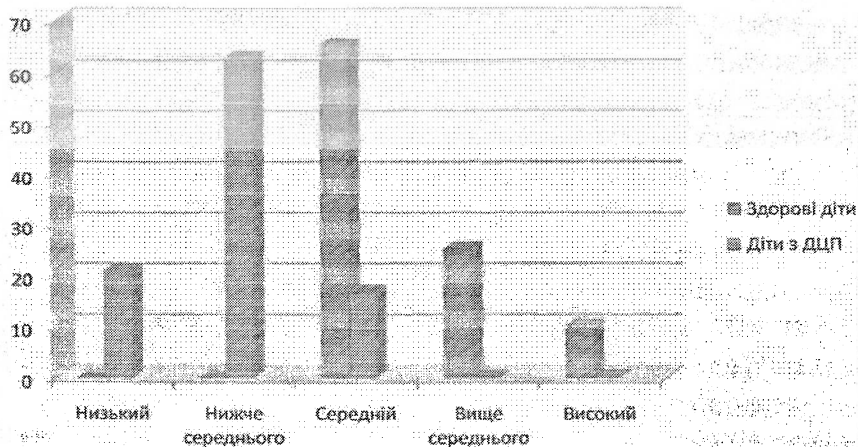
стандартних відхилень і у 1(5%) хлопчика - у межах 3 стандартних відхилень (табл.1).

Фізичний розвиток	Низький		Нижче середнього		Середній		Вище середнього		Високий	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Дівчатка	0	0	0	0	8	40	2	10	1	5
Хлопчики	0	0	0	0	5	25	3	15	1	5

Частина дітей з ДЦП народились недоношеними або із затримкою внутрішньоутробного розвитку, проте навіть діти з нормальними показниками фізичного розвитку при народженні в подальшому починали відставати в своєму розвитку від здорових однолітків. Так, антропометричні показники дітей з ДЦП при народженні відповідали терміну гестації у 80 % випадків та були нижчими за норму в 20 % випадків. На час обстеження антропометричні показники розвитку дітей з ДЦП були нижче (-2) стандартних відхилень у 2 дівчаток (8,3%) і 3 хлопців(12,5%) і розцінювались як недостатня вага, затримка зросту, виснаження. У межах (-2...-1) стандартного відхилення знаходились показники розвитку 9 дівчаток (37,5%) і 6 хлопчиків (25%). Тільки у 2 дівчаток (8,3%) і 2 хлопців (8,3%) показники фізичного розвитку знаходились у межах (-1...1) стандартного відхилення (табл. 2).

Фізичний розвиток	Низький		Нижче середнього		Середній		Вище середнього		Високий	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Дівчатка	2	8,3	9	37,5	2	8,3	0	0	0	0
Хлопчики	3	12,5	6	25	2	8,3	0	0	0	0

Отже, показники фізичного розвитку практично здорових дітей свідчать про те, що вони розвиваються нормально, з тенденцією до формування надмірної ваги (25 %) або реалізації надмірної ваги (10%). Навпаки, у дітей з ДЦП показники фізичного розвитку свідчать про недостатню масу тіла (21%), причому в дітей з більш тяжким ступенем ураження нервової системи були нижчі показники фізичного розвитку (рис. 1)



Рисунк 1. Рівень фізичного розвитку практично здорових дітей та дітей з ДЦП

Висновки: Порухнення нутритивного статусу дітей з ДЦП є актуальною медичною проблемою, яка вимагає проведення подальших досліджень і розробки комплексу рекомендацій щодо його корекції.

Для дітей з ДЦП характерною є неможливість своєчасного введення прикормів та харчових продуктів у належному обсязі, якісному та кількісному складі. Харчування дітей з ДЦП є неповноцінним і не забезпечує потребу організму для нормального росту і розвитку дитини, утруднює процеси відновлення функцій ЦНС та адаптацію дитини до умов зовнішнього середовища.

Показники фізичного розвитку дітей з ДЦП (маса тіла, зріст, обвід голови, ІМТ) є істотно нижчими від показників фізичного розвитку практично здорових дітей.

Забезпечення відповідного нутритивного статусу та нутритивної підтримки дітей з ДЦП має бути важливою складовою лікування і реабілітації дітей з перинатальною патологією в періоді раннього дитинства.

Література:

- Козявкін В.І., Бабадалян М.О., Ткаченко С.К., Качмар О.О. Дитячі церебралі паралічі. Основи клінічної та реабілітаційної діагностики. Львів: Медицина світу, 1999 с. 312
- Казявкін В.І., Метод Козівкіна – система інтенсивної нейрофізіології, реабілітації. Львів. Видавництво «Дизайн-студія» «Папуга», 2011- 240 с.