УДК 616.831-009.11-07-053.3+364+376+616.036.8+[616-056.2]-053.2+613.95+612.821

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА

© Дмитрий Григорьевич Пеньков[1], Елена Сергеевна Ульяничева[1], Анна Владимировна Полунина[2]

[1]Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

[2]Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2

Контактная информация: Елена Сергеевна Ульяничева — ассистент кафедры детских болезней с курсом неонатологии. E-mail: uliynicheva@gmail.com

РЕЗЮМЕ: Диагноз «перинатальное поражение центральной нервной системы» ставится более чем у 90% детей, получающих лечение в родильных домах или перинатальных специализированных центрах, частота постановки данного диагноза достигает 715:1000 детей первого года жизни. Дети, воспитывающиеся в домах ребенка, — это дети, лишенные семьи, часто нежеланные, отвергнутые родителями еще до рождения. Изначально у большинства из них неблагополучный социально-биологический анамнез, злоупотребление родителями алкоголем и наркотиками, курение матери во время беременности, венерические заболевания матери, криминальные вмешательства, недоношенность, асфиксия в родах, внутриутробные инфекции, внутричерепная родовая травма и другие. Часто отмечается сочетание неблагоприятных факторов. Перинатальное поражение центральной нервной системы — актуальный симптомокомплекс, требующий тщательного многопрофильного сбора анамнеза и диагностики, незамедлительного оказания лечения для получения положительного исхода и снижения риска инвалидизации в общей популяции населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: перинатальное поражение центральной нервной системы; медико-психолого-педагогическая реабилитация; физическое развитие; психомоторное развитие, дом ребенка.

POSSIBILITIES OF CORRECTION OF PERINATAL DAMAGE TO THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN A SPECIALIZED CHILDREN'S HOME

© Dmitry G. Penkov[1], Elena S. Ulyanicheva[1], Anna V. Polunina[2]

[1]First Saint-Petersburg State Medical University. 197022, Saint-Petersburg, ul. Leo Tolstoy, d. 6–8

[2] Saint-Petersburg State Pediatric Medical University.
194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

Contact information: Elena S. Ulyanicheva — assistant at the Department of Childhood Diseases with a course in neonatology. E-mail: uliynicheva@gmail.com

ABSTRACT: More than 90% of children receiving treatment in maternity hospitals or perinatal specialized centers are diagnosed with perinatal damage to the central nervous system; the frequency of this diagnosis reaches 715:1000 children in their first year of life. Children brought up in orphanages are children deprived of a family, often unwanted, rejected by their parents before birth. Initially, most of them have a dysfunctional socio-biological history, parental abuse of alcohol and drugs, maternal smoking during pregnancy, sexually transmitted diseases of the mother, criminal interventions, prematurity, asphyxiation during childbirth, intrauterine infections, intracranial birth injury and others. A combination of adverse factors is often noted. Perinatal damage to the central nervous system is an urgent symptom complex requiring a thorough multidisciplinary

medical history and diagnosis, immediate treatment to obtain a positive outcome and reduce the risk of disability in the general population.

KEY WORDS: perinatal lesion of the central nervous system; medical-psychological-pedagogical rehabilitation; physical development; psychomotor development; child house.

ВВЕДЕНИЕ

По результатам исследований, диагноз «перинатальное поражение центральной нервной системы» (ЦНС) ставится более чем у 90% детей, получающих лечение в родильных домах или перинатальных специализированных центрах. Распространенность патологии перинатальное поражение ЦНС составляет 715:1000 детей первого года жизни [19]. Перинатальное поражение ЦНС представляет собой группу патологических состояний. В классификации перинатальных поражений ЦНС выделяют четыре основные группы [1, 3, 8, 20]: гипоксические — внутричерепные кровоизлияния (внутрижелудочковые кровоизлияния I, II, III степени тяжести, первичное субарахноидальное кровоизлияние, паренхиматозное кровоизлияние), церебральная ишемия I, II, III степени тяжести; травматические —внутричерепная родовая травма (эпидуральное, субдуральное, внутрижелудочковое, паренхиматозное и субарахноидальное кровоизлияние), родовая травма спинного мозга (кровоизлияние в спинной мозг) и периферической нервной системы; дисметаболические (ядерная желтуха, гипогликемия) и токсико-метаболические (обусловленные приемом во время беременности алкоголя, лекарств, табакокурение, действием токсинов); инфекционные (внутриутробная инфекция и сепсис).

В группе перинатальных поражений ЦНС гипоксически-ишемические состояния занимают 47% случаев, аномалии и дисплазии мозга — 28%, вирусные внутриутробные — 19%, родовая травма — 4% случаев, наследственные болезни обмена — 2% случаев [13].

У детей с перинатальным поражением нервной системы выделяют основные неврологические синдромы:

- синдром гипервозбудимости — поражение головного мозга в определенный период его развития с последующим формированием повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, возможным нарушением пищевого поведения и ритма сон–бодрствование [16]. Проявления: тремор, удлиненный период бодрствования, немотивированный плач, спонтанная двигательная активность, беспокойный, поверхностный сон, оживление врожденных рефлексов, клонусоиды стоп.
- гидроцефальный синдром и синдром повышенного внутричерепного давления. Гидроцефальный синдром проявляется расширением объема ликворных пространств и часто обусловлен нарушением баланса между выработкой цереброспинальной жидкости в желудочках мозга (гиперсекреторный механизм) и ее абсорбцией (арезорбтивный механизм) в системе циркуляции, наличием препятствий (окклюзионный вариант), а также может сопровождать атрофические изменения. Гипертензионный синдром проявляется повышением внутричерепного давления, клинически проявляется беспокойством, тремором, постепенно нарастает выраженность симптома Грефе (симптом заходящего солнца), появляются нистагм и сходящееся косоглазие, спонтанные вздрагивания, спонтанный рефлекс Моро, возможны разнообразные соматовегетативные нарушения — срыгивания, рвота, «мраморность» и цианоз кожи, аритмия, тахипноэ и др. Гидроцефалия у ребенка далеко не всегда сопровождается гипертензией, и наоборот. Поскольку возможны три состояния внутричерепного давления (нормальное, пониженное, повышенное) и три состояния желудочков (нормальное, суженное, расширенное), предложено выделять девять различных вариантов их сочетаний [4].
- синдром угнетения, особенно свойственный недоношенным детям, характеризуется снижением спонтанной двигательной активности, ослаблением крика, мышечной гипотонией, гипорефлексией, в том числе снижением сосательного и глотательного рефлексов, возможны бульбарные и псевдобульбарные нарушения.
- судорожный синдром проявляется атипичными приступами, которые маскируются под физиологическую двигательную активность младенца, генерализация приступов вторична, судороги являются продуктом реакции незрелой нервной системы на тот или иной пато-

логический фактор [6]. Основными причинами симптоматических судорог являются гипоксически-ишемические расстройства [7].

- синдром вегето-висцеральных нарушений наиболее часто проявляется запорами, метеоризмом или, напротив, усиленной перистальтикой кишечника, срыгиваниями, «мраморностью» кожных покровов, нарушениями терморегуляции, нарушениями ритма сердца и дыхания в различных сочетаниях, что заставляет проводить дифференциальную диагностику с другими патологическими состояниями [2].
- синдром двигательных нарушений включает в себя группу симптомокомплексов, которые могут быть одиночными или проявляются содружественно: мышечный гипертонус, дистония или гипотония. В связи с наличием у новорожденных физиологического мышечного гипертонуса, выявляемость патологического гипертонуса немного затруднена до достижения младенцем 2–4 месяцев. Патологический гипертонус основывается на изменении активного тонуса (поза гиперфлексии и гиперэкстензии), повышенном сопротивлении мышц и снижении угловых показателей (выявляемых с помощью ангулометрии), при совершении пассивных движений. Синдром мышечной гипотонии проявляется снижением мышечного тонуса, угасанием/снижением рефлексов опоры, шагового и хватательного, ребенок находится в позе «лягушки». Синдром мышечной гипотонии различной этиологии, требующий тщательной дифференциальной диагностики. Данный синдром может встречаться при значительном ряде заболеваний: атонически-астатической форме детского церебрального паралича (ДЦП), перинатальных поражениях центральной нервной системы, хромосомных болезнях, врожденной дисплазии связочного аппарата, синдромах Элерса–Данлоса и Марфана, метаболических нарушениях обмена (гиперкальциемия, рахит, фенилкетонурия), эндокринных (гипотериоз), алиментарных (синдром мальабсорбции). Для проведения тщательной дифференциальной диагностики предлагается использовать лабораторные и инструментальные методы (электронейромиография), особенно, если мышечная гипотония рассматривается как первичный элемент синдрома угнетения центральной нервной системы [2, 9, 15].

У недоношенных детей особенность неврологических синдромов представлена в виде преобладания общемозговых расстройств над очаговыми, длительного синдрома угнетения, возможны атипичные судороги, отсроченное формирование гидроцефально-гипертензионного синдрома (с преобладанием нормотензивной транзиторной вентрикуломегалии), также может быть частая смена синдромов на протяжении первых месяцев жизни (синдром угнетения сменяется синдромом повышенной возбудимости), двигательные нарушения (длительная мышечная гипотония с трансформацией в особую форму гипертонуса) [2, 9, 12, 17]. Факторами риска, приводящими к нарушению психомоторного развития у недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС, являются: низкая и очень низкая масса тела, искусственная вентиляция легких, внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) 3–4-й степени, перивентрикулярная лейкомаляция, синдром угнетения более 14 дней, метаболические нарушения (гипогликемия, гипербилирубинемия и др.), сепсис [2, 9]. Значительное влияние на дальнейшее развитие младенца оказывают неонатальные судороги: риск развития ДЦП при неонатальных судорогах в 70 раз выше, чем у новорожденных без судорог [7].

Неблагоприятными факторами для доношенных новорожденных являются: синдром угнетения, сохраняющийся более 2 недель, бульбарные нарушения более 2 недель с последующим переходом в псевдобульбарные нарушения. Также наличие морфофункциональной незрелости («мраморность» кожи, симптом Арлекино, кожная гиперестезия, нарушение отдачи тепла) у ребенка после 3-месячного возраста оказывает свое влияние.

Тяжесть первичного повреждения, гестационный возраст ребенка и его зрелость определяет возможность восстановления функций нервной системы и позволяет определить прогноз к восстановлению. Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины разработала классификацию перинатальных поражений нервной системы и их последствия, учла особенности — этиологию и патогенез поражений нервной системы, были выделены варианты клинического течения — преходящие (транзиторные) и стойкие (органические); определены исходы перинатальных поражений нервной системы, зависящие от степени и тяжести поражения, своевременности диагностики и эффективности проводимых реабили-

тационных мероприятий. Основными исходами перинатальных поражений 1–2-й степени могут являться полная компенсация либо негрубые функциональные нарушения, а исходом перинатальных поражений 3-й степени, как правило, — стойкий тотальный либо парциальный неврологический дефицит; представлены основные нозологические формы в соответствии с МКБ-10. Исходы гипоксических перинатальных поражений 1–2-й степени могут быть в виде таких нозологических форм, как повышенное внутричерепное давление, расстройство вегетативной автономной нервной системы, гипервозбудимость с нарушением сна, нарушение (задержка) моторного развития, сочетанные формы задержки, умственная отсталость, симптоматические судороги и пароксизмальные расстройства сна. Последствия гипоксических перинатальных поражений 2–3-й степени представлены различными формами гидроцефалии, органическими нарушениями психического развития, спастическими формами ДЦП, симптоматической эпилепсией [3].

Отсроченными исходами перинатального поражения ЦНС являются различные виды задержки развития: задержка психического развития, задержка моторного развития, общая задержка развития, также эти формы могут сочетаться, и могут со временем компенсироваться при своевременной диагностике и лечении [21, 22].

Основные виды лечения, применяемые в нашей стране, включают:

- медикаментозную терапию. Препараты оказывающие, ноотропное и нейротрофическое действие (церебролизин, ноотропил, пантогам, фенибут, пикамилон, энцефабол); препараты, улучшающие церебральную гемодинамику и микроциркуляцию (этамзилат, циннаризин, актовегин); улучшающие метаболизм в нервной системе, оказывающие репаративное и рассасывающее действие (АТФ, лидаза, стекловидное тело, деринат натрия, фосфаден); снижающие внутричерепную гипертензию (глицерол, диакарб); витамины (витамины B_1, B_6, B_{12}, нейромультивит, аевит и др.);
- медицинскую реабилитацию. Массаж, физиотерапевтическое лечение (электромиостимуляция, электрофорез, гидрокинезиотерапия, ортезотерапия), лечебная физкультура;
- психолого-педагогическую и логопедическую коррекцию. Сенсорное воспитание, психокоррекцию, занятия с логопедом и дефектологом, кондуктивную педагогику, метод Монтессори, арт-терапию, игротерапию, музыкотерапию, работу с семьей и др.

Специализированный дом ребенка — это лечебно-профилактическое учреждение, где воспитываются дети с рождения до четырех лет, оставшиеся без попечения родителей. В доме ребенка созданы комфортные условия для постоянного проживания детей, получающих медико-психолого-педагогическую реабилитацию. Дети с момента поступления и до выпуска из учреждения находятся в одной группе, с одним и тем же персоналом, они растут и воспитываются в условиях семьи, приобретают семейные навыки. У каждого ребенка имеются свои личные вещи и игрушки. Каждая группа рассчитана на 6 детей. Групповой персонал доброжелательно относится к детям, создают им комфортные условия жизни, подбирая индивидуальное оборудование, уютная атмосфера за счет окружающих предметов обихода и заботы медицинского персонала, подбирают мебель, в том числе и детскую. В группах много игрушек, которые доступны детям. В доме ребенка активно проводится социальная реабилитация детей, в том числе агротерапия.

Дети, проживающие в доме ребенка, не получают полноценного питания во внутриутробном периоде и основной проблемой является отсутствие грудного вскармливания после рождения. Дети в доме ребенка находятся на искусственном вскармливании. В питании используются адаптированные или лечебные смеси, в зависимости от заболевания ребенка. Для профилактики аллергии к белкам коровьего молока использовалась смесь на основе высокогидролизированного (100%) белка молочной сыворотки. Прикормы начинали вводить в 4–6 месяцев в зависимости от состояния ребенка. На первом году использовали исключительно прикормы промышленного производства. Очередность продуктов прикорма зависела от особенностей развития ребенка. Все продукты прикорма давали только с ложечки [14].

Медико-психолого-педагогическая комиссия создается в доме ребенка. Работу комиссии возглавляет главный врач дома ребенка, в состав комиссии входят врачи — педиатр, невролог, реабилитолог, педагоги — учитель-дефектолог, психолог, старший воспитатель. Осмотр детей осуществляется при поступлении, а далее в эпикризные сроки. Комиссия осу-

ществляет: комплексную диагностику детей, оценку динамики состояния здоровья ребенка, разработку индивидуальной комплексной программы реабилитации, лечения и социальной адаптации ребенка [11].

В доме ребенка проводится медицинская, психолого-педагогическая реабилитация ребенка, его социализация, подготовка к уходу в семью, под опеку [5]. В основе организации реабилитационных мероприятий в специализированном доме ребенка используется комплексный подход, обеспечивающий реабилитацию по всем направлениям: набор лечебно-оздоровительных мероприятий, набор психолого-педагогических мероприятий, вовлечение воспитателей в процесс реабилитации [10].

В доме ребенка широко используется медицинская реабилитация. В течение года проводится до четырех-пяти курсов массажа: классический, сегментарный, биоэнергетический, точечный, с элементами лечебной физкультуры у детей первого года жизни. Большое значение в реабилитации имеют водные процедуры: плавание грудных детей, гидромассаж, ванны с травами, морской солью, соляные обтирания. Кабинет физиотерапии, оснащенный современными аппаратами.

Сенсорная комната имеет два помещения: успокаивающую «белую» комнату и моторно-активную. «Белая» комната включает музыкально-вибрационные кровать и кресло, цветные сверкающие шнуры для стимуляции зрения у слабовидящих, фиберное оптоволокно, цветные цилиндры с пузырьками, «зеркальный шар», музыкальный центр с множеством мелодий и звуков природы, музыкально-вибрационную кровать, звуковые и цветовые тренажеры. Активная комната включает «сухой» бассейн, музыкальные «классики», сенсорное панно и другие «двигатели». В процессе занятий в сенсорной комнате у многих детей улучшилось зрительное и слуховое внимание. У детей с повышенной нервной возбудимостью удалось добиться расслабления и успокоения, у части детей улучшился сон. У большинства детей удалось достичь положительных эмоций и снятие «страха новизны». Занятия приводят к улучшению мелкой моторики. У детей с ограниченной подвижностью появилось желание осуществлять и координировать движения. Сенсорная комната — это хороший стимулятор речевой активности у детей с задержкой психического развития. Отрицательного влияния на сенсорную моторику детей не наблюдалось.

В доме ребенка проводится психолого-педагогическая реабилитация. С детьми проводятся индивидуальные занятия с учителем-дефектологом, психологом. Музыкальный зал для проведения праздников и музыкальных занятий с детьми старшего возраста. Музыкальные занятия с детьми первого года жизни проводятся непосредственно в группах. Занятия Монтессори-терапией оказывают медицинское и педагогическое воздействие на ребенка. Комната агротерапии — здесь ребенок обучается опыту практической жизни (уход за растениями, поливка цветов и т.п.). Комната компьютерных тренажеров, работающих по принципу биологической обратной связи для детей раннего возраста, применяется у детей с двух лет.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показать особенности течения и ведения детей с перинатальным поражением ЦНС в условиях специализированного дома ребенка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании было проведено наблюдение 54 детей (27 — девочек, 27 — мальчиков) в возрасте до 1 года в течение 2019 г. с диагнозом перинатальное поражение ЦНС, проживающих в СПб ГКУЗ «Специализированный дом ребенка № 3». Все дети при поступлении и в возрасте трех, шести, девяти месяцев и в 1 год были осмотрены медико-психолого-педагогической комиссией, и для каждого ребенка была разработана и при необходимости проведена коррекция, индивидуальная программа лечения и реабилитации.

В анамнезе у всех наблюдаемых детей отмечались следующие неблагоприятные факторы со стороны матерей: нежелательная беременность, употребление наркотиков, алкоголя, курение, отсутствие медицинского наблюдения во время беременности, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, патологическое течение беременности, внутриутробные вирусные инфекции. Часто нет данных о характере протекания беременности. У всех детей отмечалось сочетание неблагоприятных факторов, но в группы перинатального поражения ЦНС дети были выделены по ведущему поражению.

Для выявления особенностей ведения детей с диагнозом перинатальное поражение ЦНС в условиях Специализированного дома ребенка были выделены группы перинатальных

поражений ЦНС среди наблюдаемых детей, проведена оценка физического состояния на момент рождения и в 1 год, неврологический диагноз в 1 год, отставание психомоторного развития в 1 год.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У наблюдаемых детей отмечается сочетание патологических факторов, разделение по группам проведено по преобладающему фактору поражения. В группе инфекционных поражений ЦНС представлены дети с врожденной ВИЧ-инфекцией, гепатитом С, один ребенок, перенесший сепсис в период новорожденности. В группе с токсико-метаболическим поражением ЦНС представлены дети, матери которых во время беременности употребляли алкоголь и/или наркотики. По данным таблицы 1 видно, что преобладают гипоксически-ишемическое и токсико-метаболическое поражение ЦНС, отсутствует травматическое поражение в группе наблюдаемых детей.

Оценка физического состояния определялась по уровню развития: среднее, ниже среднего, выше среднего. Для оценки антропометрических данных и, соответственно, физического состояния использовалась совокупность методов: эмпирический, сигмальный, центильный, индексов [18]. У 12 (22,2%) детей недоношенность разной степени, поэтому определялось физическое состояние к сроку гестации. Из таблицы 2 видно, что большинство составляют дети с отставанием в физическом развитии к рождению, а детей с опережением не было среди наблюдаемой группы.

По данным таблицы 3 можно увидеть, что у наблюдаемых детей отмечается положительная динамика физического развития. Дети получали питание, рассчитанное индивидуально, с учетом возраста и патологии ребенка, осуществлялся уход, максимально приближенный к домашним условиям, медикаментозные и немедикаментозные методы лечения и реабилитации, проводилась психолого-педагогическая коррекция. УУчитывая, что на детей во внутриутробный период оказывалось воздействие токсических, инфекционных факторов, дефицитное питание матери, у части детей отмечались врожденные пороки развития, около 30% детей имели к 1 году отставание в физическом развитии, а примерно 6% детей — отставание физического развития составило более 1 эпикризного срока.

К 1 году у детей диагноз «перинатальное поражение ЦНС» был изменен на диагнозы: «последствия перинатального поражения ЦНС», «резидуально-органическое поражение ЦНС», «органическое поражение ЦНС» (таблица 4).

Детям в течение года проводилась медикаментозная терапия и медико-психолого-педа-

Таблица 1

Группы перинатальных поражений ЦНС

Группа перинатального поражения ЦНС	Абсолютное количество детей	Относительное количество детей (%)
Гипоксически-ишемическое поражение	29	54%
Родовая травма	0	0
Токсико-метаболические	16	29%
Инфекционные	6	11,5%
Врожденные аномалии головного мозга	3	5,5%

Таблица 2

Физическое состояние детей на момент рождения к сроку гестации

Физическое состояние при рождении	Абсолютное количество детей	Относительное количество детей (%)
Ниже среднего	37	68,5%
Среднее	17	31,5%
Выше среднего	0	0

Таблица 3

Физическое состояние детей к 1 году жизни

Физическое состояние в 1 год	Абсолютное количество детей	Относительное количество детей (%)
Ниже среднего	16	29,6%
Среднее	35	64,8%
Выше среднего	3	5,6%

Таблица 4

Неврологический диагноз в 1 год

Диагноз	Абсолютное количество детей	Относительное количество детей (%)
Последствия перинатального поражения ЦНС	48	88,9%
Резидуально-органическое поражение ЦНС	4	7,4%
Органическое поражение ЦНС	2	3,7%

гогическая реабилитация, подобранная индивидуально с коррекцией, по необходимости, 1 раз в 3 месяца. Медикаментозная терапия включала следующие группы препаратов: оказывающие ноотропное и нейротрофическое действие, препараты, улучшающие церебральную гемодинамику и микроциркуляцию, улучшающие метаболизм в нервной системе, оказывающие репаративное и рассасывающее действие, снижающие внутричерепную гипертензию, противосудорожные, витамины. Медицинская реабилитация включала курсы массажа (не менее 4 в год), физиотерапевтическое лечение (электромиостимуляция, электрофорез, гидрокинезиотерапия, ортезотерапия), лечебную физкультуру. Психолого-педагогическая и логопедическая коррекция представлена сенсорным воспитанием, психокоррекцией, занятиями с логопедом и учителем-дефектологом, кондуктивной педагогикой, методом Монтессори, арт-терапией, игротерапией, музыкотерапией, работой с семьей и др. В результате медико-психолого-педагогической реабилитации, индивидуального подхода, ухода, максимально приближенного к домашним условиям, не удалось добиться полной компенсации неврологических отклонений к 1 году, но доля сформировавшегося резидуально-органического и органического поражения ЦНС мала к 1 году, что говорит о положительном эффекте от проводимой реабилитации. У всех наблюдаемых детей в анамнезе отмечалось воздействие неблагоприятных социально-бытовых и медико-биологических факторов, что явилось основной причиной отсутствия полной компенсации неврологических отклонений в 1 год. У всех наблюдаемых детей к 1 году отмечалась задержка психомоторного развития. В группе детей с диагнозом последствия перинатального поражения ЦНС отставание отмечалось на 1–2 месяца, с резидуально-органическим поражением центральной нервной системы — на 3–4 месяца, а в группе с органическим поражением ЦНС отставание составило более 6 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Перинатальное поражение ЦНС — актуальный симптомокомплекс, требующий тщательного многопрофильного сбора анамнеза и диагностики, незамедлительного оказания лечения для получения положительного исхода и снижения риска инвалидизации в общей популяции населения. Большое влияние на развитие перинатального поражения центральной нервной системы имеет неблагоприятные социально-биологические факторы, инфекционные и хронические заболевания во время беременности, что наблюдается у всех детей, проживающих в доме ребенка. Проведение своевременного, индивидуального лечения и медико-психолого-педагогической реабилитации в условиях специализированного дома ребенка позволяет к 1 году у большинства детей отметить положительную динамику, но не удается добиться полной компенсации неврологических отклонений к 1 году, что подтверждает большое влияние неблагоприятных факторов во время беременности на развитие перинатального поражения ЦНС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блинов Д.В. Перинатальное поражение мозга: актуальные вопросы эпидемиологии и подходы к классификации. Акушерство, гинекология и репродукция. 2016; (4): 84–93.
2. Бомбардирова Е.П., Яцык Г.В. Перинатальные поражения центральной нервной системы у новорожденных. Избранные лекции по педиатрии. М.: Династия; 2005.
3. Володин Н.Н. Классификация перинатальных поражений нервной системы и их последствий у детей первого года жизни. Методические рекомендации. М.: ВУНМЦ; 2006.
4. Гузева В.И. Детская неврология. Клинические рекомендации. Выпуск 3. М.: МК; 2015.
5. Доскин В.А., Макарова З.С., Ямпольская Р.В. Реабилитация детей в домах ребенка. М.: ВЛАДОС-ПРЕСС; 2007.
6. Заваденко А.Н., Дегтярева М.Г., Заваденко Н.Н., Медведев М.И. Неонатальные судороги: особенности клинической диагностики. Детская больница. 2013; 4(54): 41–8.
7. Медведев М.И. Проблемы диагностики и терапии судорожных состояний в раннем детском возрасте и пути их решения. Педиатрия. 2012; 3: 149–58.
8. Мелашенко Т.В., Фомина М.Ю., Усенко И.Н., Родионов Ю.В. Субдуральные гематомы у детей раннего возраста: клинико-электрофизиологические особенности. Педиатр. 2019; 10(6): 93–9. DOI: 10.17816/PED10693–99.
9. Немкова С.А., Заваденко Н.Н., Медведев М.И. Современные принципы ранней диагностики и комплексного лечения перинатальных поражений центральной нервной системы и детского церебрального паралича. Методическое пособие. М.: ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ; 2013.
10. Орел В.И., Грандилевская О.Л., Стволинский И.Ю., Кузнецова Е.Ю. и др. О комплексной реабилитации

детей, воспитывающихся в домах ребенка Санкт-Петербурга. Информационное письмо. СПб.; 2003.
11. Орел В.И., Эрман Л.В., Кузнецова Е.Ю., Либова Е.Б. и др. Методико-организационные технологии в работе врача дома ребенка. СПб.: СПбГПМА; 2004.
12. Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишин А.Е. Неврология недоношенных детей. М.: МЕДпресс-информ; 2014.
13. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. М.: МЕДпресс-информ; 2013.
14. Пеньков Д.Г., Ульяничева Е.С. Организация питания детей в доме ребенка. В сборнике: VII Апрельские чтения памяти профессора М.В. Пиккель Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора М.В. Пиккель. 2018: 166–70.
15. Петрухин А.С. Неврология детского возраста. М.: Медицина; 2004.
16. Последствия перинатального поражения центральной нервной системы с синдромом гипервозбудимости. Союз педиатров России. 2016.
17. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных. М.: Бином; 2005.
18. Симаходский А.С., Каган А.В., Новикова В.П., Леонова И.А. и др. Методология физического развития ребенка. СПб.: Свое издательство; 2018.
19. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с последствиями перинатального поражения центральнойнервной системы с гидроцефальным и гипертензионным синдромами. М.: Союз педиатров России; 2013.
20. Шабалов Н.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф., Кочеровец В.И. и др. Основы перинатологии. Под редакцией Н.П. Шабалова и Ю.В. Цвелева. М.; 2002.
21. Basys V., Drazdiene N., Isakova J. Perinatal injury of the central nervous system in Lithuania from 1997 to 2014. Acta Medika Lituanica. 2016; 23(4): 199–205.
22. Sierra M., Rumbo J., Zarante I. Perinatal mortality associated with congenital defects of the central nervous system in Colombia, 2005–2014. Community Genet. 2019; 10(4): 515–21.

REFERENCES

1. Blinov D.V. Perinatal'noe porazhenie mozga: aktual'nye voprosy epidemiologii i podhody k klassifikacii. [Perinatal brain damage: current issues of epidemiology and approaches to classification]. Akusherstvo, ginekologiya i reprodukciya. 2016; (4): 84–93. (In Russian).
2. Bombardirova E.P., Yacyk G.V. Perinatal'nye porazheniya central'noj nervnoj sistemy u novorozhdennyh. [Perinatal lesions of the Central nervous system in newborns]. Izbrannye lekcii po pediatrii. Moskva: Dinastiya Publ.; 2005. (In Russian).
3. Volodin N.N. Klassifikaciya perinatal'nyh porazhenij nervnoj sistemy i ih posledstvij u detej pervogo goda zhizni. [Classification of perinatal lesions of the nervous system and their consequences in children of the first year of life]. Metodicheskie rekomendacii. Moskva: VUNMC Publ.; 2006. (In Russian).
4. Guzeva V.I. Detskaya nevrologiya. Klinicheskie rekomendacii. [Pediatric neurology. Clinical recommendations]. Vypusk 3. Moskva: MK Publ.; 2015. (In Russian).
5. Doskin V.A., Makarova Z.S., Yampol'skaya R.V. Reabilitaciya detej v domah rebenka. [Rehabilitation of children in orphanages]. Moskva: VLADOS-PRESS Publ.; 2007. (In Russian).
6. Zavadenko A.N., Degtyareva M.G., Zavadenko N.N., Medvedev M.I. Neonatal'nye sudorogi: osobennosti klinicheskoj diagnostiki. [Neonatal seizures: features of clinical diagnosis]. Detskaya bol'nica. 2013; 4(54): 41–8. (In Russian).
7. Medvedev M.I. Problemy diagnostiki i terapii sudorozhnyh sostoyanij v rannem detskom vozraste i puti ih resheniya. [Problems of diagnosis and therapy of convulsive States in early childhood and ways to solve them]. Pediatriya. 2012; 3: 149–58. (In Russian).
8. Melashenko T.V., Fomina M.Yu., Usenko I.N., Rodionov Yu.V. Subdural'nye gematomy u detej rannego vozrasta: kliniko-elektrofiziologicheskie osobennosti [Subdural hematomas in young children: clinical and electrophysiological features]. Pediatr. 2019; 10(6): 93–9. DOI: 10.17816/PED10693–99 (In Russian).
9. Nemkova S.A., Zavadenko N.N., Medvedev M.I. Sovremennye principy rannej diagnostiki i kompleksnogo lecheniya perinatal'nyh porazhenij central'noj nervnoj sistemy i detskogo cerebral'nogo paralicha. [Modern principles of early diagnosis and comprehensive treatment of perinatal lesions of the Central nervous system and cerebral palsy]. Metodicheskoe posobie. Moskva: GBOU VPO RNIMU im. N.I. Pirogova MZ RF; 2013. (In Russian).
10. Orel V.I., Grandilevskaya O.L., Stvolinskij I.YU., Kuznecova E.Yu. i dr. O kompleksnoj reabilitacii detej, vospityvayushchihsya v domah rebenka Sankt-Peterburga. [About complex rehabilitation of children brought up in children's homes in Saint Petersburg]. Informacionnoe pis'mo. Sankt-Peterburg; 2003. (In Russian).
11. Orel V.I., Erman L.V., Kuznecova E.Yu., Libova E.B. i dr. Metodiko-organizacionnye tekhnologii v rabote vracha doma rebenka. [Methodological and organizational technologies in the work of a doctor at a children's home]. Sankt-Peterburg: SPbGPMA; 2004. (In Russian).
12. Pal'chik A.B., Fedorova L.A., Ponyatishin A.E. Nevrologiya nedonoshennyh detej. [Neurology of prema-

ture babies]. Moskva: MEDpress-inform Publ.; 2014. (In Russian).
13. Pal'chik A.B., Shabalov N.P. Gipoksicheski-ishemicheskaya encefalopatiya novorozhdennyh. [Hypoxic-ischemic encephalopathy of newborns]. Moskva: MEDpress-inform Publ.; 2013. (In Russian).
14. Pen'kov D.G., Ul'yanicheva E.S. Organizaciya pitaniya detej v dome rebenka. [Organization of children's meals in the children's home]. V sbornike: VII Aprel'skie chteniya pamyati professora M.V. Pikkel' Materialy mezhregional'noj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashchennoj pamyati professora M.V. Pikkel'. 2018: 166–70. (In Russian).
15. Petruhin A.S. Nevrologiya detskogo vozrasta. [Neurology of children]. Moskva: Medicina Publ.; 2004. (In Russian).
16. Posledstviya perinatal'nogo porazheniya central'noj nervnoj sistemy s sindromom gipervozbudimosti. Consequences of perinatal damage to the Central nervous system with hyperexcitability syndrome]. Soyuz pediatrov Rossii; 2016. (In Russian).
17. Ratner A.Yu. Nevrologiya novorozhdennyh. [Neurology of the newborn]. Moskva: Binom Publ.; 2005. (In Russian).
18. Simahodskij A.S., Kagan A.V., Novikova V.P., Leonova I.A. i dr. Metodologiya fizicheskogo razvitiya rebenka. [Methodology of physical development of the child]. Sankt-Peterburg: Svoe izdatel'stvo; 2018. (In Russian).
19. Federal'nye klinicheskie rekomendacii po okazaniyu medicinskoj pomoshchi detyam s posledstviyami perinatal'nogo porazheniya central'nojnervnoj sistemy s gidrocefal'nym i gipertenzionnym sindromami. [Federal clinical guidelines for providing medical care to children with the consequences of perinatal damage to the Central nervous system with hydrocephalus and hypertension syndromes]. Moskva: Soyuz pediatrov Rossii; 2013. (In Russian).
20. Shabalov N.P., Cvelev Yu.V., Kira E.F., Kocherovec V.I. i dr. Osnovy perinatologii [The basis of Perinatology]. Pod redakciej N.P. Shabalova i Yu.V. Cveleva. Moskva, 2002. (In Russian).
21. Basys V., Drazdiene N., Isakova J. Perinatal injury of the central nervous system in Lithuania from 1997 to 2014. Acta Medika Lituanica. 2016; 23(4): 199–205.
22. Sierra M., Rumbo J., Zarante I. Perinatal mortality associated with congenital defects of the central nervous system in Colombia, 2005–2014. Community Genet. 2019; 10(4): 515–21.