

2. Мазур А.И. Эпидемиология спортивного травматизма в аспекте медицинской реабилитации / А.И. Мазур // Медицинские новости. – Минск: 2012. - № 11. С 46-50.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ И ЭТАПНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Макарова Е.Ю., Авдеева Т.Г.

*ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
Росздрава*

Актуальность. В РФ на фоне роста показателя рождаемости отмечается увеличение частоты перинатальной патологии, что способствует развитию инвалидизации детей при несвоевременной реабилитации (по данным ВОЗ, каждый 20 новорожденный ребенок имеет нарушения развития). При этом у 35-40% выявляются расстройства движений по мере роста ребенка. Соблюдение этапности в формировании двигательного онтогенеза (развития) ребенка на первом году жизни регулируется нервной системой. Однако, при оценке темпов физического и нервно-психического развития с рождения плохо учитываются малые двигательные нарушения, которые по мере роста ребенка, на фоне возрастающих физических нагрузок, перенесенных инфекционно-соматических заболеваний начинают прогрессировать и могут способствовать в дальнейшем развитию заболеваний, с последующей инвалидизацией.

Цель исследования явилось определение распространенности нарушений моторного развития и этапности в формировании двигательных навыков у детей первого года в условиях г. Смоленске (Центрального региона России).

Материалы и методы исследования. Теоретический, клинические, ретроспективный, проспективный, аналитический, статистический.

Результаты. По данным медицинской документации 268 детей до 3-х лет при сплошной выборке материала, оценивалась клиничко-функциональная характеристика состояния здоровья с учетом анамнеза, параметров физического и нервно-психического развития ребенка, перенесенных заболеваний.

По нашим данным выявлена частота встречаемости двигательных нарушений у детей раннего возраста в количестве 202 (68%) при сплошной выборке историй развития детей по ф.112. В соответствии с этим были сформированы 2 группы. В 1 группу, согласно выбранной схемы оценки входили дети, на первом году жизни имевшие задержку моторного развития (n=202 ребенка) и 2 группа – контрольная (n=56), в которой становление психо-моторного развития не имело отклонений.

В 1 группе задержка формирования двигательных навыков проявилась у всех детей. Позже нормативных сроков стали держать голову - 36% детей. 78% детей смогли самостоятельно сидеть только после 8 месяцев. Каждый 3-ий ребенок не мог стоять к году. Больше 30 % де-

тей стали самостоятельно ходить в возрасте 15-18 месяцев. Как показали ретроспективные данные, отставание моторного развития более 1 эпикризного срока по становлению моторных навыков, неблагоприятно сказывается на дальнейшем развитии ребенка. Эти показатели были достоверно выше, чем во второй группе, где таких отклонений в становлении двигательных навыков не отмечалось ($p < 0,05$).

Проведенный ретроспективный анализ у 258 детей по ф.112 показал, что 4 детям (2 %) из 1 группы, имевших сочетанную патологию нервной системы – в виде гипертонус, патологические рефлекссы и ортопедическую с задержкой формирования двигательных навыков, после года была установлена инвалидность - 3 ребенка – ДЦП и 1 – эпилепсия.

К 2-м годам у 27,6% детей 1-ой группы были диагностированы – плоско-вальгусные стопы, колени. К 6-ти годам у 13 % - плоскостопие, у 29 % - сколиотическая осанка, сколиоз и асимметрия, хотя в анамнезе на первом году жизни отмечались гипертонус в нижних конечностях, дистония. 24% детей 1-ой группы имели ЗППР и логопедические проблемы.

Важным признаком состояния двигательной функции растущего ребенка является очередность и сроки моторного развития, которые связаны с совершенствованием регуляции мышечного тонуса, адекватного перераспределения его в зависимости от положения тела в пространстве. У 28,5% детей отмечалось сочетание нарушений моторного развития с нарушениями в работе желудочно-кишечного тракта (срыгивания, ферментативная недостаточность тонкого кишечника, дискинезии в желчевыводящей системе, частый стул, запоры). В дальнейшем у 18% детей 1-ой группы выявлена дисфункция гепатобилиарного тракта, что не отмечалось во 2-ой группе.

Выводы. Установлена региональная распространенность двигательных нарушений у детей первых 3-х лет жизни. Выявлены причины способствующие формированию двигательных нарушений у детей. Это – изменение мышечного тонуса, патология угасания рефлекссов, ограничение отведение бедра. Риск формирования двигательной дисфункции возрастает при сочетании этих показателей с малыми аномалиями развития – короткой уздечкой, МААС. При осмотре ребенка важно отмечать сроки становления двигательных функций, характеристику по степени выраженности, причинности для проведения дифференциальной диагностики и своевременной организации профилактических и реабилитационных мероприятий.

Показано, что наиболее сложными в диагностическом плане выявления нарушения двигательного развития является - ранний возраст (до года), наличие у детей асимметрии мышечного тонуса в конечностях, стойкая гипотония, отставание сроков моторного развития от декретированных более 1-2 эпикризных сроков.

Важно придерживаться естественного хода событий на первом году жизни ребенка, что является профилактикой развития разнообразных дисфункций, которые в дальнейшем могут стать конкретными заболеваниями.

Установлено в 30 % отсутствие своевременной диагностики двигательных нарушений с появлением окончательных диагнозов после 2 –х лет жизни, что является плохим прогностическим показателем для исхода болезни из-за позднего начала реабилитационных мероприятий. Это отражает качество медицинского наблюдения различными специалистами (педиатр, невролог, ортопед) в комплексном реабилитационном лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батуев А.С. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем: учебное пособие для вузов. – 3 – е издание - СПб: Питер, 2006. - 320 с.\ Ю.Е. Вельтищев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. - № 1. - С. 5-9.
2. Баранов А.А. Инвалидность детского населения России / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий. - М.: Центр развития межсекторальных программ, 2008.- 240с.
3. Mumenthaler M., Mattle H., Taub E. Fundamentals of Neurology 1st. ed. Thieme, Stuttgart, NY, 2006.

ВЫСОКОЕ НОРМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ: РОЛЬ ЭНДОТЕЛИЯ, ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СОЧЕТАННОГО ДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ РИСКА В ЕГО ФОРМИРОВАНИИ

Максимович Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Высокая смертность взрослого населения от осложнений кардиоваскулярной патологии атерогенного генеза (инфаркты миокарда, мозга) определила цель исследования.

Первичная артериальная гипертензия существенно «помолодела» и не является редкостью у детей и, особенно, у подростков [Беляева Л.М., 2005, Сидоренко Г.И., 1994]. У 33-42% детей с предгипертензией в течение последующих 3-7 лет артериальное давление остается повышенным, а у 17-26% подростков артериальная гипертензия приобретает прогрессирующее течение [Сидоренко Г.И., 2007].

Тесная связь повышенного артериального давления с развитием артериальной гипертензии у взрослых требует внимания к каждому факту повышения артериального давления в детском возрасте.

В качестве ранних форм артериальной гипертензии и других заболеваний атерогенного характера у детей рассматривается вегетативная дисфункция с высоким нормальным артериальным давлением.

На основании данных аутопсии тканей погибших от травм подростков и лиц молодого возраста установлена связь между уровнем артериального давления и степенью атеросклеротических повреждений аорты и венечных артерий [McGill H.C., 1998].

В связи с формированием представлений о важной роли вырабатываемых в сосудистом эндотелии вазоактивных веществ как вазодилататорной, так и вазоконстрикторной природы в формировании сосу-