

частыми простудными заболеваниями в семьях с низким достатком 64% детей, со средним достатком – 69%, а в группе с высоким достатком – всего 26% детей. В неполных семьях к часто болеющим детям можно отнести 64%, а в семьях, где имеются оба родителя, – 58% детей. В группе с высоким

достатком родители имеют высшее образование у 93% детей, в группе со средним достатком – у 40%, а в группе с низким достатком родителей, имеющих высшее образование, нет (таблица). Отсюда видно, что больше внимания уделяется здоровью своих детей в полных семьях с высоким до-

статком, где родители имеют высшее образование, чем в неполных семьях с низким достатком, где у родителей нет высшего образования. В полных семьях, ребенок имеет возможность ощутить на себе заботу обоих родителей, чего, естественно, не хватает детям из неполных семей.

В.К. Михайлова, С.И. Местникова, Т.М. Тяптиргянова

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

В данной работе произведен анализ 35 амбулаторных карт детей, состоящих с 2005 г. на диспансерном учете у невролога с диагнозом: задержка речевого развития (ЗРР). Среди них 7 девочек (20%) и 28 мальчиков (80%).

Цель работы – исследование эффективности амбулаторного лечения детей с ЗРР.

Задержка речевого развития выявлена в возрасте:

1-2 года – у 10 детей, из них у 3 – нет речи, у 7 – отдельные слова;

2-3 года – у 21 ребенка, из них у 1 – нет речи, у 19 – отдельные слова, у 1 – фразовая речь из 2 слов;

3 года и старше – у 4 детей, из них у 2 – отдельные слова, у 2 – фразовая речь из 2 слов.

Распределение детей по году рождения составило: 2005г. – 3 (8,5%), 2004 – 12 (34,2), 2003 – 16 (45,7), 2002 – 3 (8,5), 2001г. – 1 (2,8%).

Анте-, интранатальный анамнез представлен следующим образом:

– угроза прерывания – 11 случаев (31%),

– гестоз – 13 (37,1),

– анемия – 15 (42,8),

– ФПН – 8 (22,8),

– удовлетворительное течение беременности – 2 (5,7%).

Состояние при рождении было оценено как:

– удовлетворительное/условно удовлетворительное – 22 случая (62,8%),

– средней тяжести – 11(31),

– тяжелое – 2 (5,7%).

Осмотрены врачом-неврологом до 1 года – 31 ребенок (88,5%): из них впервые в возрасте 1 мес. – 10 де-

тей (28,5); 2 мес. – 5 (14,2); 3 мес. – 6 (17,1); 4-5мес. – 5 (14,2); 6 мес. и старше – 5 детей (14,2%). При этом у 10 детей психомоторное развитие соответствовало возрасту, 21 ребенку был поставлен диагноз – перинатальная энцефалопатия. Осмотрены неврологом впервые в возрасте старше 1 года 4 ребенка (11,4%).

К моменту выявления задержки речевого развития дополнительно обнаружены: у 25 детей (71,4%) – признаки внутричерепной гипертензии, у 12 (34,2) – миотонический синдром, у 7 (20) – задержка психического развития; у 20 (57,1) – нарушение сна, у 6 детей (17,1%) – ночной энурез.

31 ребенку был назначен амбулаторный курс лечения с применением мочегонных (диакарб), сосудистых (кавинтон, циннаризин) препаратов, а также ноотропного действия (пантогам, фенибут). 6 детям дополнительно был назначен кортексин в/м, 2 – актовегин в/м. Всем было рекомендовано дальнейшее лечение в реабилитационном центре. 4 детям был назначен курс лечения ноотропными, сосудистыми препаратами.

Обсуждение результатов исследования

При изучении выписки из роддома выявлено, что только 2 ребенка родились от нормально протекавшей беременности, остальные 33 – от беременности, протекавшей с патологией (анемия, угроза прерывания, гестоз, фето-плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода). Не все дети осмотрены в декретированные сроки, некоторые дети впервые осмотрены неврологом в возрасте старше года. Также выявлено нерегулярное наблюдение – пропускались повторные осмотры. Задержка речевого или психо-речевого развития выявляется

на фоне последствий перинатальной энцефалопатии (гипертензионного, гидроцефального синдрома, синдрома двигательных расстройств).

Наилучший эффект от лечения достигнут при комбинации мочегонных, сосудистых и ноотропных препаратов с массажем. При этом отмечено, что у 17 детей (48,5%) явное улучшение наступило после проведения 1-2 курсов лечения, у 13 постепенное улучшение – после проведения 3-4 курсов, у 5 – незначительное улучшение. Положительная динамика была в группе детей в возрасте от 1 до 2 лет, что говорит о том, чем раньше диагностирована задержка развития, чем раньше назначено лечение, тем лучше результат. Все дети нуждались в дальнейшем наблюдении, в повторных курсах лечения для закрепления результата.

При лечении детей с задержкой речевого развития на фоне гипертензионного синдрома только сосудистыми и ноотропными препаратами (4 случая) эффективность была ниже.

Выводы:

1. Для профилактики синдромов задержки психомоторного и речевого развития необходимо динамическое наблюдение невролога с 1 месяца и далее в декретированные сроки 3, 6 мес. и 1 год.

2. Раннее выявление детей с нарушениями предречевого развития, психического развития, с задержками речевого развития и динамическое наблюдение педиатра и невролога позволяют добиться положительных результатов.

3. При выявлении гидроцефального синдрома в лечении вместе с ноотропами необходимо применять и мочегонные препараты.

4. Необходимо открыть постоянную школу материнства.

МИХАЙЛОВА Вилена Константиновна – детский врач-невролог ЯГБ №4; **МЕСТНИКОВА Светлана Иосифовна** – врач-гастроэнтеролог, доцент МИ ЯГУ; **ТЯПТИРГЯНОВА Татьяна Матвеевна** – д.м.н., зав. кафедрой МИ ЯГУ.