

По данным УЗДГ, у детей, рождённых при медикаментозной родостимуляции по сравнению с оперативным родоразрешением, отмечали увеличение коэффициента асимметрии по позвоночным артериям на интракраниальном уровне при нагрузочной пробе на 19,4 % ($p < 0,05$) и выраженные признаки венозной дисгемии по яремной и позвоночной венам в 1,5 ($p < 0,01$) и 1,7 раза ($p < 0,01$), соответственно.

Анализ показателей нейросонографии позволил установить существенное увеличение показателей VLS (на 4,7 %, $p < 0,001$) и VLD (на 4,1 %, $p < 0,01$) у детей, рождённых при медикаментозной родостимуляции, по сравнению с оперативным родоразрешением. Это свидетельствует об увеличении выраженности гидроцефального синдрома. Это подтверждают и данные об увеличении показателей вентрикулярных индексов (в 1,9–2 раза, $p < 0,001$), третьего желудочка — Vt (на 7,7 %, $p < 0,001$) и субарахноидальных пространств (на 5,6 %, $p < 0,01$).

По результатам множественного корреляционного анализа показателей функционального состояния организма детей раннего возраста, рождённых при медикаментозной родостимуляции и оперативном родоразрешении, выявлены значимые взаимосвязи ($p < 0,05$) признаков остеопатического статуса, показателей инструментальных методов исследования, неврологического статуса и психомоторного развития. В корреляционной плеяде показателей остеопатического статуса и инструментальных методов исследования до лечения, характеризующих состояние ЦНС и гемодинамики головного мозга, при медикаментозной родостимуляции сила взаимосвязей и их число были существенно больше по сравнению с аналогичными данными после оперативного родоразрешения. При медикаментозной родостимуляции центральными элементами корреляционной плеяды, взаимосвязанными с большинством анализируемых показателей средними ($r = 0,4–0,6$) и сильными ($r = 0,7–0,9$) корреляционными связями, являлись остеопатические показатели смещения позвонков $C_{II}–C_{III}$ и ограничения подвижности сфенобазиллярного симфиза. У детей, рождённых при оперативном родоразрешении, остеопатический показатель смещения позвонков $C_{II}–C_{III}$ также был взаимосвязан с большинством анализируемых параметров, характеризующих состояние ЦНС у детей, но сила взаимосвязей была ниже ($r = 0,4–0,7$).

В корреляционных плеядах показателей остеопатического и неврологического статуса у детей, рождённых при медикаментозной родостимуляции, признак смещения позвонков $C_{II}–C_{III}$ был взаимосвязан с неврологическими синдромами: пирамидной недостаточности ($r = -0,61$, $p < 0,05$), гипертензионным ($r = -0,73$, $p < 0,05$) и миотоническим ($r = -0,61$, $p < 0,05$), а также со степенью тяжести спинальной травмы ($r = 0,82$, $p < 0,05$) и дисгармоничностью психического развития ($r = 0,60$, $p < 0,05$). Аналогично, остеопатические показатели ограничения подвижности сфенобазиллярного симфиза и частоты встречаемости внутрикостных повреждений затылочной кости в указанной группе детей были связаны как между собой и с показателем смещения позвонков $C_{II}–C_{III}$ ($r = 0,67–0,69$, $p < 0,05$), так и с вышеперечисленными характеристиками неврологического статуса и психомоторного развития ($r = 0,69–0,82$, $p < 0,05$).

При оперативном родоразрешении показатели остеопатического статуса (частота смещения позвонков $C_{II}–C_{III}$, внутрикостных повреждений затылочной кости и ограничения подвижности сфенобазиллярного симфиза) были взаимосвязаны с меньшим числом признаков неврологического статуса и сила взаимосвязей была ниже ($r = 0,5–0,6$).

Выводы

Установлено, что функциональное состояние организма детей раннего возраста, рождённых при медикаментозной родостимуляции и оперативном родоразрешении, существенно снижено.

Выявлена взаимосвязь характера и степени выраженности неблагоприятных функциональных сдвигов в организме детей раннего возраста с особенностями родоразрешения. У детей, рождённых при медикаментозной родостимуляции, отмечены более выраженные изменения в функциональном состоянии организма по сравнению с оперативным родоразрешением.

По результатам корреляционного анализа установлено, что при медикаментозной родостимуляции отмечается существенно большая сила взаимосвязей и их число между исследуемыми показателями функционального состояния организма детей, что является неблагоприятным признаком, по сравнению с оперативным родоразрешением.

Исследование не финансировалось каким-либо источником, конфликт интересов отсутствует.

Литература / References

1. Князев С. А. Влияние интранатальных факторов риска на перинатальный исход в зависимости от метода родоразрешения. *Акушерство и гинекология* 2005; 4: 106–111. Knjazev S. A. Influence of intranatal risk factors on perinatal outcome depending on the method of delivery. *Akusherstvo i ginekologija* 2005; 4: 106–111.
2. Радзинский В. Е. Недоношенные дети, подвергшиеся реанимации. Анализ акушерской тактики. *Акушерство и гинекология* 2008; 6: 39–43. Radzinskij V. E. Preterm infants who underwent resuscitation. Analysis of obstetric tactics. *Akusherstvo i ginekologija* 2008; 6: 39–43.
3. Абрамченко В. В. Акушерские операции. СПб.: ООО «Нордмедиздат»; 2005; 638 с. Abramchenko V. V. *Akusherskie operacii* [Obstetric surgeries]. St. Petersburg: LLC «Nordmedizdat»; 2005; 638 p.
4. Абрамченко В. В., Абрамян Р. А., Абрамян Л. Р. Индукция родов и их регуляция простагландинами. СПб.: ЭЛБИ-СПб; 2005; 189 с. Abramchenko V. V., Abramjan R. A., Abramjan L. R. *Indukcija rodov i ih regulacija prostaglandinami* [Induction of labor and their regulation by prostaglandins]. St. Petersburg: ALBI-SPb; 2005; 189 p.
5. Ившин А. А., Гуменюк Е. Г., Шифман Е. М., Колыбина П. В., Гарлоева Ю. Н. Влияние родостимуляции на церебральную гемодинамику плода. *Журнал акушерства и женских болезней* 2013; 62 (2): 34–36. Ivshin A. A., Gumenyuk Ye. G., Shifman Ye. M., Kolybina P. V., Garloyeva Ju. N. Effect of labor stimulation on fetal cerebral hemodynamics. *Zhurnal akusherstva i zhenskih boleznej* 2013; 62 (2): 34–36.
6. Габаева М. М., Назарова Л. А., Базиян Е. В., Яковлева А. А. Влияние сократительной активности матки на функциональное состояние плодов, развивавшихся при интактном и уменьшенном плацентарном кровообращении (экспериментальное исследование). *Журнал акушерства и женских болезней* 2010; 59 (5): 35–43. Gabaeva M. M., Nazarova L. A., Bazijan E. V., Jakovleva A. A. Influence of contractile activity of the uterus on the functional state of the fetuses that developed with intact and reduced placental circulation (experimental study). *Zhurnal akusherstva i zhenskih boleznej* 2010; 59 (5): 35–43.
7. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки. СПб.: ЭЛСБИ-СПб; 2003; 218 с. Savickij G. A., Savickij A. G. *Biomehanika fiziologicheskoj i patologicheskoj rodovoj shvatki* [Biomechanics of physiological and pathological clan birth]. St. Petersburg: JeLSBI-SPb; 2003; 218 p.
8. Хазипов Р. Н., Гиниятуллин Р. А. Окситоцин и физиологическая адаптация плода во время беременности. *Казанский медицинский журнал* 2011; 92 (5): 700–706. Kazanskij medicinskij zhurnal 2011; 92 (5): 700–706.
9. Кравченко Е. Н. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009; 240 с. Kravchenko E. N. *Rodovaja travma: akusherskie i perinatal'nye aspekty* [Birth trauma: obstetric and perinatal aspects]. Moscow: GEOTAR-Media; 2009; 240 p.
10. Савельева Г. М., Курцер М. А., Шалина Р. И. Роль интранатальной охраны плода в улучшении перинатальных исходов. *Акушерство и гинекология* 2000; 5: 3–8. Saveleva G. M., Kurcer M. A., Shalina R. I. The role of intranatal fetal protection in improving perinatal outcomes. *Akusherstvo i ginekologija* 2000; 5: 3–8.
11. Егорова И. А. Соматические дисфункции у детей раннего возраста (диагностика и восстановительное лечение) [диссертация]. СПб.: ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»; 2008. Egorova I. A. Somatic dysfunction in young children (diagnosis and recovery treatment) [Dissertation]. St. Petersburg: GOU DPO «Sankt-Peterburgskaja medicinskaja akademija posleddiplomnogo obrazovanija Federal'nogo agentstva po zdravooohraneniju i social'nomu razvitiju»; 2008.

Дата поступления 19.01.2017

Контактная информация:

Виктор Викторович Матвиенко

e-mail: matvv1@yandex.ru

Матвиенко В. В., Егорова И. А., Бучнов А. Д., Кац А. В. Функциональное состояние организма детей раннего возраста в связи с особенностями родоразрешения. *Рос. остеопат. журнал* 2017; 3–4 (38–39): 55–60.

Соматические дисфункции у детей с задержкой речи

Е. Л. Кузнецова¹, невролог, врач-osteопат

Л. А. Дульцев², главный специалист управления организации первичной медико-санитарной помощи МЗиСР СО

Э. В. Сафин³, врач-osteопат

¹ Семейная клиника «Салюс Вита». 196084, Санкт-Петербург, Московский пр., д. 73, корп. 5

² Управление организации первичной медико-санитарной помощи МЗиСР СО. 443020, Самара, ул. Ленинская, д. 73

³ Медицинский центр «Детский доктор». 188399, Ленинградская обл., Гатчина, ул. Рошинская, д. 1А

Цель исследования — изучение остеопатического статуса и разработка рекомендаций по остеопатической коррекции соматических дисфункций у детей 2–3 лет с дизартрией.

Материалы и методы. Обследованы 30 детей 2–3 лет с проявлениями дизартрии, которые были разделены на две группы: контрольная — 15 детей, получавших общепринятое лечение, основная — 15 детей, получавших общее лечение и остеопатическую коррекцию. Оценивали степень выраженности дизартрии и остеопатический статус с учетом числа имеющихся соматических дисфункций глобального, регионального и локального уровня.

Результаты. Показано положительное влияние остеопатической коррекции на выраженность дизартрии, установлена взаимосвязь степени выраженности дизартрии у детей и числа соматических дисфункций локального уровня.

Заключение. Остеопатическую коррекцию соматических дисфункций целесообразно рекомендовать для включения в комплексное лечение дизартрии у детей.

Ключевые слова: соматические дисфункции, дизартрия, задержка речевого развития, остеопатическая коррекция

Somatic Dysfunctions in Children with Speech Delay

E. L. Kuznetsova¹, neurologist, osteopathic physician

L. A. Dultsev², senior specialist in the Department of organization of primary medical care MZiSR SO

E. V. Safin³, osteopathic physician

¹ Salus Vita Family Clinic. 196084, St. Petersburg, Moskovsky pr., d. 73, korp. 5

² Department of the organization of primary health care MZiSR SO. 443020, Samara, ul. Leninskaya, d. 73

³ Children's Doctor Medical Center. 188399, Leningradskaya obl., Gatchina, ul. Roschinskaya, d. 1A

Goal of research — the study aims to examine the osteopathic profile of children with dysarthria and to develop recommendations for osteopathic correction of somatic dysfunctions in 2–3 year old children presenting this pathology.

Materials and methods. 30 2–3 year old children with the symptoms of dysarthria took part in the research. All the children were divided into 2 groups: the control group of 15 children received standard treatment, and the experimental group of 15 children received both standard and osteopathic treatment. The dysarthria severity and the osteopathic profile were evaluated with account of the number of somatic dysfunctions at global, regional, and local levels.

Results. The osteopathic correction was shown to have a positive effect on dysarthria severity. The study established a correlation between the dysarthria severity in children and the number of somatic dysfunctions at the local level.

Conclusion. The study suggests using osteopathic correction of somatic dysfunctions in the complex therapy of dysarthria in children.

Key words: somatic dysfunctions, dysarthria, delay in speech development, osteopathic correction

Введение

Процесс развития и формирования высших психических функций, и в частности речи, детерминирован развитием ЦНС. Человек обладает уникальным анатомо-физиологическим аппаратом, предназначенным для речи, но навыки речи формируются под влиянием окружающей среды, воспитания и обучения, которые начинаются с первых дней жизни. Комплексные анатомо-физиологические изменения всех органов и систем в первые годы жизни ребёнка (особенно важен период с рождения до 3 лет) дают возможность ему овладеть речью, но без социального окружения и воспитания развитие данной функции не происходит в срок, что может привести к отставанию в общем развитии.

Нарушения речи у детей широко распространены. По данным Министерства здравоохранения РФ, те или иные проблемы имеют до 30 % детей раннего возраста, 20–25 % детей дошкольного возраста, 10–15 % детей 7–13 лет.

Дети с перинатальной патологией нервной системы в 70 % имеют проблемы, связанные с развитием речи. У 80 % детей с детским церебральным параличом имеются проявления нарушения речевого развития, в 65–85 % случаев дизартрия имеет связь с внутриутробным периодом, родами и ранним периодом развития (обычно до 2 лет). Распространённость дизартрии составляет 30–60 % от общего количества детей [1–3]. Речевые расстройства сопровождаются высоким риском развития эмоционально-волевых нарушений, школьной неуспеваемости и социальной дезадаптации. Отсутствие речи, непонимание и невосприятие обращённой речи ведут к отставанию в умственном развитии и инвалидизации ребёнка.

Очевидно, что решение проблемы задержки речевого развития детей требует мультидисциплинарного подхода, что в практической деятельности должно проявляться в активном взаимодействии специалистов, работающих в данном направлении. Актуальным является привлечение врачей-osteопатов для профилактических мер и лечения детей с нарушением речевого развития. Результаты исследований остеопатической коррекции показывают ее высокую результативность при речевых нарушениях разной степени тяжести [4–7]. В то же время, в официальных документах, регламентирующих организацию медицинской помощи детям с речевыми нарушениями, привлечение к работе врача-osteопата не предусмотрено.

Цель исследования — изучение остеопатического статуса и разработка рекомендаций по остеопатической коррекции соматических дисфункций у детей 2–3 лет с дизартрией.

Материалы и методы

Изучение остеопатического статуса и оценку влияния результатов остеопатической коррекции соматических дисфункций на степень выраженности дизартрии проводили у детей 2–3 лет. Выбор данной возрастной категории детей обусловлен тем, что в этом возрасте ЦНС, зрительный, слуховой анализаторы и все системы, задействованные в воспроизведении речи, достигают уровня развития, необходимого для овладения речью в полном объёме для обеспечения эффективной социализации ребёнка. В исследовании приняли участие 30 детей 2–3 лет с проявлениями дизартрии, которые были разделены на две группы: 15 человек — контрольная группа и 15 — основная. Дети контрольной группы получали общепринятое лечение, а основной группы — общее лечение и остеопатическую коррекцию. В каждой группе было по 9 мальчиков и по 6 девочек.

Критерии включения: возраст ребёнка 2–3 года; псевдобульбарный синдром, выявленный неврологом; нарушение тонуса языка и лицевой мускулатуры, укорочение речевого выдоха, выявляемое по результатам работы с логопедом.

Критерии исключения: дети с дислалией; алалия.

Детям обеих групп с учётом имеющихся индивидуальных показаний проводили медицинский массаж, занятия с логопедом, психологическую коррекцию, по назначению лечащего врача они принимали лекарственные препараты (ноотропы, витамины группы В).

Всем детям с согласия родителей проведено остеопатическое обследование. Детям основной группы в течение 2 мес проводили остеопатическую коррекцию один раз в неделю — первые три сеанса, в последующем — два сеанса с интервалом в 2 нед.

При остеопатической коррекции соблюдали следующие принципы: холистический подход при оказании помощи ребёнку; персонифицированный подход к лечению.

Была выполнена остеопатическая коррекция:

- проявлений компрессии сфенобазиллярного синхондроза и краниосакрального асинхронизма;
- нарушений подвижности грудобрюшной диафрагмы;
- соматических дисфункций шейного отдела позвоночника;
- соматических дисфункций костей черепа;
- внутрикостных дисфункций затылочной кости;
- соматических дисфункций мышц дна полости рта;
- уравнивание крестца и затылочной кости.

Каждому ребёнку до и после лечения проводили оценку остеопатического статуса в соответствии с клиническими рекомендациями «Остеопатическая диагностика соматических дисфункций в педиатрии» [8] по стандартизированному протоколу, учитывающему глобальный, региональный и локальный уровень. Оценивали общее число дисфункций на каждом уровне до и после лечения.

Выраженность речевых нарушений оценивали по наличию отдельных проявлений дизартрии:

- нарушение звукопроизношения;
- преобладание губных звуков (ба, па), бедность язычных звуков;
- нарушение слоговости слова (одно-, двухсложных);
- нарушения переключения со слога на слог (пока — ка-ка);
- нарушение речевого выдоха — короткая речевая фраза;
- нарушение глотания, жевания.

Наличие признака оценивали в 1 балл, отсутствие — в 0 баллов. Максимальная выраженность дизартрии могла быть оценена в 6 баллов [9, 10].

Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией, принятой в июне 1964 г. (Хельсинки, Финляндия) и пересмотренной в октябре 2000 г. (Эдинбург, Шотландия).

Результаты и обсуждение

Остеопатическое обследование выявило у 6,6% детей обеих групп соматические дисфункции глобального уровня, а именно — глобальное ритмогенное нарушение. Региональные соматические дисфункции области головы были выявлены у 34% детей, области шеи — у 41%. Обращает на себя внимание, что локальные соматические дисфункции C_0-C_1 были выявлены у 93,3% пациентов с задержкой речи, гортанно-глоточного комплекса — у 90%. Это позволяет предположить, что наличие соматических дисфункций локального уровня связано и предопределяет развитие нарушения речевого развития у ребенка.

У детей обеих групп не было выявлено различий. После лечения была установлена положительная динамика: в речи у детей появились язычные звуки, удлинилась речевая фраза, улучшилось звукопроизношение. Степень выраженности дизартрии у детей основной группы статистически значимо снизилась (табл. 1).

Исследование позволило установить снижение общего числа соматических дисфункций локального уровня у детей обеих групп, но более выраженное и статистически значимое — в основной группе (табл. 2).

Статистический анализ числа локальных соматических дисфункций и выраженности дизартрии после лечения показал наличие прямой сильной корреляционной связи (табл. 3).