

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

УДК 612.8

¹Гончарова О.В.: заведующая отделением охраны здоровья матери и ребенка, д.м.н.;¹Никонова Л.С.: аспирант;¹Монахов М.В.: ведущий научный сотрудник;²Хан М.А.: заведующая научно-исследовательским отделением педиатрии, д.м.н., профессор;³Ачкасов Е.Е.: заведующий кафедрой лечебной физкультуры и спортивной медицины д.м.н., профессор;³Николенко Н.Ю.: аспирант кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины.¹ФГБУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России, г. Москва²ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздравсоцразвития России, г. Москва³ГОУ ВПО «Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М.Сеченова», г. Москва

Введение. К числу наиболее распространенных болезней у детей школьного возраста относится Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), о чем свидетельствуют эпидемиологические исследования, проведенные в разных странах мира. Так, в США частота СДВГ составляет от 4 до 13% [7], Германии – 9-18% [8], Италии - 3-10% [11], Китае - 1-13% [14], в России (г.Москва и Московская обл.) - 15-28% [4]. В диагностике СДВГ используют стандартные диагностические критерии (табл.1). Для постановки диагноза необходимо присутствие 6-ти из 9-ти критериев в каждом измерении. При наличии повышенной невнимательности (присутствия шести и более признаков из 1-го измерения) и при частичном соответствии критериям гиперактивности и импульсивности используют диагностическую формулировку «синдром дефицита внимания с преобладанием нарушения внимания»; при наличии повышенной реактивности и импульсивности (т.е. шести и более признаков из 2-го измерения) и при частичном соответствии критериям нарушений внимания - формулировку «синдром дефицита внимания с преобладанием гиперактивности и импульсивности». В случае полного соответствия клинической картины одновременно всем перечисленным в табл. 1. критериям ставится диагноз «сочетанная форма СДВГ».

При диагностике необходимо также обратить внимание на то, что симптомы расстройства должны: появляться до 8 лет; наблюдаться не менее 6-ти месяцев в 2-х сферах деятельности ребенка (в школе и дома); не

должны проявляться на фоне общего расстройства развития, шизофрении, каких-либо нервно-психических расстройств; должны вызывать значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

Для выявления СДВГ в популяции исследователями составлены различные вопросники для родителей и учителей, с учетом вышеперечисленных критериев. Наиболее часто используют шкалу Conners (в 2-х вариантах – для родителей и учителей), применяемую у детей от 3-х до 17-ти лет [9], адаптированную для детей Российской Федерации в Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова [4]. Очевидно, что для окончательной постановки диагноза необходимо проведение комплексного медико-психологического обследования.

Цель исследования: установить распространенность СДВГ в одном из регионов Российской Федерации (г. Владимир и Владимирская область), выявить особенности состояния здоровья детей с СДВГ и разработать основные принципы их реабилитации.

Материалы и методы. Для исследования распространенности СДВГ нами, совместно с Е.В.Касатиковой, была сформирована выборка из 4101 ребенка. Мальчики составили 48% (n=1968), девочки - 52% (n=2133).

На втором этапе было проведено исследование по выявлению сопутствующей патологии у детей 7-10-ти лет с СДВГ (n=68: 46 мальчиков, 22 девочки) методом выкопировки сведений из медицинских карт. Для сравнения использовали контрольную выборку детей (n=90:

Таблица 1. Диагностические критерии СДВГ по DSM-IV

Измерения	Признаки
I. Нарушения внимания	Ребёнок не может сосредоточиться, делает много ошибок из-за невнимательности. Ему трудно поддерживать внимание при выполнении заданий или во время игр. Легко отвлекается на посторонние стимулы. Не может до конца закончить поставленную задачу. Слушает, но кажется, что не слышит. Избегает выполнения задач, требующих постоянного внимания. Плохо организован. Часто теряет личные вещи, необходимые в школе и дома (карандаши, книги, рабочие инструменты, игрушки). Забывчив.
II. Гиперактивность / импульсивность	Гиперактивность: Ребёнок суетлив. Неспособен усидеть на одном месте. Много, но нецеленаправленно двигается (бегает, крутится, ерзает на своём месте). Не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге. Всегда нацелен на движение, ведёт себя как «perpetuum mobile». Болтлив. Импульсивность: Часто начинает отвечать, не подумав и даже не дослушав вопрос. С трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях. В разговоре часто прерывает, мешает (пристаёт) окружающим.

43 мальчика, 47 девочек). Анализ проводили в нормальной популяции.

Статистический анализ. Расчеты производили с помощью компьютерной программы «Электронные таблицы-Excel 7.0» из пакета программ «Microsoft Office-97». Достоверность различий при нормальном распределении признака оценивали по критерию Стьюдента (t), при асимметричном – по критерию Манна-Уитни (T); достоверность различий относительных величин - по критерию Фишера для долевых показателей. Обработку результатов эпидемиологического исследования проводили с использованием параметрических и непараметрических критериев (точный метод Фишера (ТМФ), метода ϕ (угловое преобразование Фишера), коэффициента корреляции Спирмена (r_s)).

Результаты исследований. Согласно результатам, среди детей школьного возраста частота СДВГ в регионе (г. Владимир и Владимирская область) составляет 7%, среди детей дошкольного возраста – 20%. При этом распространенность СДВГ в г.Владимире в 2,5 раза ниже, чем во Владимирской области ($p < 0,01$). Достоверных различий по распространенности СДВГ между группами детей, проживающих в сельской (8%) и городской (7%) местности, не выявлено.

Анализ распространенности СДВГ в зависимости от пола показал, что частота СДВГ среди мальчиков в 3 раза выше, чем среди девочек в г.Владимире (6% и 2%) и в 4 раза выше во Владимирской области (16% и 4%), ($p < 0,01$).

Анализ возрастной динамики СДВГ показал, что наибольший процент детей с СДВГ (рис. 1) отмечается в возрастной группе 5-8 лет. Дальнейшее уменьшение выраженности симптомов СДВГ, после первого года обучения в школе, к 9-ти годам, в группе с СДВГ,

очевидно, обусловлено успешной адаптацией детей к школе и детскому коллективу. Значительное снижение распространенности СДВГ к 11-ти годам можно объяснить тем, что в учебном процессе появляется большое количество новых предметов и учителей, усложнение школьной программы, повышение требований к ученикам. Всё это влияет на поведенческие характеристики детей, которые становятся более замкнутыми и этот период «затишья» вызывает уменьшение выраженности симптомов СДВГ. «Всплеск» выраженности СДВГ к 14-ти годам совпадает с периодом полового созревания, соответственно, гормональный «бум» отражается на поведении детей и их отношении к учёбе. Далее, к концу пубертатного периода, гиперактивность и эмоциональная импульсивность у детей с СДВГ практически исчезают или маскируются другими личностными чертами, поэтому анкетный метод в этом возрасте (в 16-17 лет) уже не позволяет достоверно выявить симптомы СДВГ.

Очевидно, низкая устойчивость внимания у младших школьников связана с недостаточностью активирующих влияний ретикулярной формации (РФ) ствола мозга на префронтальную кору – центр внимания и рабочей памяти [5]. Л.И.Переслени объясняет отставание в развитии психических функций у детей с СДВГ несформированностью корково-подкорковых взаимодействий. Установленный в 9-10 лет баланс межструктурного взаимодействия затем нарушается в пубертатном периоде вследствие усиления активности гипоталамических структур, что находит отражение в характеристиках ЭЭГ и её реактивности. Усиливаются α и θ ритмы, что свойственно периоду 6-7 лет и отражает функциональную незрелость коры больших полушарий. В возрасте от 10 до 13 лет происходит дезинтеграция основных свойств

Таблица 2. Сопутствующая патология у мальчиков с СДВГ

Болезни	Мальчики с СДВГ (n=46), %	Контроль (n=43), %	p
Речевые нарушения *	34,8	8,7	< 0,001
Болезни костно-мышечной системы	34,8	6,5	< 0,05
Ночной энурез*	26,1	10,9	< 0,001
Болезни органа зрения	43,5	6,5	< 0,001
Болезни ЛОР-органов	17,4	4,3	< 0,05
Болезни нервной системы	10,9	2,2	>0,05
Болезни системы кровообращения	10,9	6,5	>0,05
Хирургические болезни (пупочная и паховая грыжи)	8,7	4,3	>0,05
Аллергические болезни	4,3	2,2	>0,05
Избыток массы тела	0	2,2	>0,05

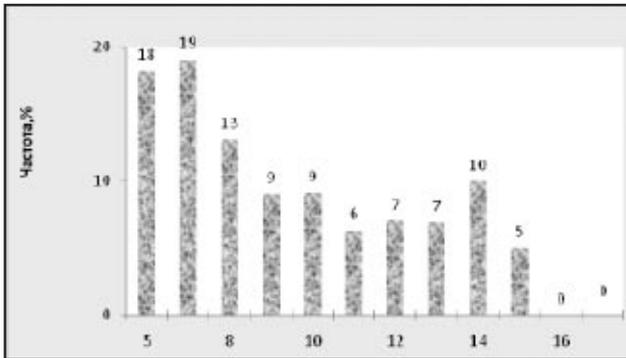
* - эти болезни выделены в отдельные группы в силу высокой частоты встречаемости

Таблица 3. Сопутствующая патология у девочек с СДВГ

Болезни	Девочки с СДВГ (n=22), %	Контрольная группа (n=47), %	p
Речевые нарушения*	36,4	4,3	< 0,001
Болезни органа зрения	31,8	14,9	< 0,05
Ночной энурез*	27,3	6,4	< 0,001
Болезни ЛОР-органов	18,2	0	< 0,05
Болезни костно-мышечной системы	13,6	4,3	>0,05
Болезни органов пищеварения	9,1	-	>0,05
Болезни системы кровообращения	9,1	2,1	>0,05
Аллергические болезни	9,1	2,1	>0,05
Избыток массы тела	0	4,3	>0,05
Дефицит массы тела	9,1	0	>0,05
Болезни нервной системы	4,5	0	>0,05
Хирургические болезни	4,5	2,1	>0,05

* - эти болезни выделены в отдельные группы в силу высокой частоты встречаемости

внимания и в целом его дезорганизация, снижается уровень познавательной активности [6]. Второй пик выраженности симптомов СДВГ (13-15 лет) совпадает с периодом полового развития. Он обусловлен не только гормональным «всплеском», но и «возвратом» уровня развития корковых центров к уровню дошкольного периода в силу возрастной активации гипоталамуса. На завершающих этапах полового созревания характеристики ЭЭГ приближаются к дефинитивному уровню, восстанавливаются функциональные и адаптационные возможности ЦНС. У детей с признаками СДВГ после 15 лет снижается гиперактивность, но дефицит внимания сохраняется [6].



По оси абсцисс: возраст детей в годах

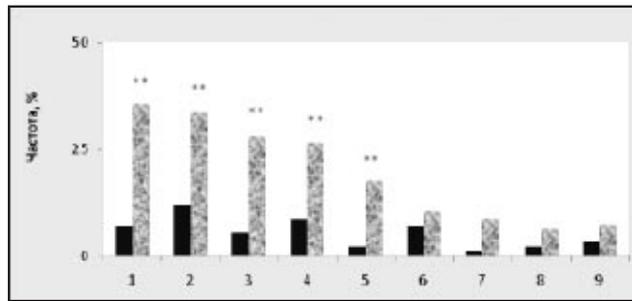
Рис. 1. Распространённость СДВГ среди детей 5-17 лет в зависимости от возраста в г. Владимире и Владимирской области

Результаты выявления сопутствующей патологии у детей 7-10 лет с СДВГ в зависимости от пола, по данным выкопировки из медицинской документации (табл. 2, 3), показали, что у мальчиков с СДВГ выявлено достоверное (по сравнению с контрольной группой) преобладание нарушений речи (простая и сложная дислалия, дизартрия) и болезней костно-мышечной системы (плоскостопие, «вялая осанка») ($p < 0,01$). На втором месте по распространённости стоит ночной энурез, встречающийся в 2 раза чаще по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). На третьем – болезни органа зрения (миопия, гиперметропический астигматизм, косоглазие), частота встречаемости которых в 5 раз больше, чем в контрольной группе ($p < 0,01$). Достоверные различия, по сравнению с контрольной группой, выявлены по распространённости заболеваний лор-органов (гипертрофия миндалин, заболевания носоглотки, аденоиды) - $p < 0,05$. В целом, наличие сопутствующей патологии в группе мальчиков с СДВГ в 2,4 раза выше, чем в контрольной группе - $p < 0,05$.

У девочек с СДВГ на первом месте по частоте встречаемости находятся нарушения речи, выявляемые в 9 раз чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,01$), на втором - болезни органа зрения ($p < 0,05$), на третьем – ночной энурез ($p < 0,01$). Также выявлены достоверные различия (по сравнению с контрольной группой) по распространённости болезней ЛОР-органов ($p < 0,01$). В целом, наличие сопутствующей патологии в группе девочек с СДВГ в 2,2 раза выше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

Согласно данным о частоте болезней у обследованных детей без учёта половых различий, в группе с СДВГ достоверно больше детей, страдающих нарушениями речи, болезнями органа зрения, ночным энурезом, болезнями костно-мышечной системы и ЛОР-органов ($p < 0,05$).

Таким образом, наличие сопутствующей патологии среди детей с СДВГ в 2,3 раза выше, чем в контрольной группе, при этом среди них больше лиц с двумя и тремя болезнями ($p < 0,05$), рис. 2.



■- контрольная группа

■- группа с СДВГ

** - достоверность отличий от контрольной группы (** - $p < 0,01$).

По оси абсцисс: 1-9 – болезни:

- 1 – нарушения речи
- 2 – болезни органа зрения
- 3 – болезни костно-мышечной системы
- 4 – ночной энурез
- 5 – болезни лор-органов
- 6 – болезни системы кровообращения
- 7 – болезни ЦНС
- 8 – аллергические реакции
- 9 – хирургические заболевания

Рис. 2. Сопутствующая патология у детей с СДВГ

Программа реабилитации детей с СДВГ должна разрабатываться с учетом выявленных особенностей в состоянии здоровья и включать комплекс методик, т.е. быть «мультимодальной». Основными направлениями реабилитации детей с СДВГ являются:

а) **повышение двигательной активности** (упражнения для улучшения двигательной координации, снижения гиперактивности, импульсивности). Гиперактивным детям нельзя рекомендовать игры с сильно выраженным эмоциональным компонентом (соревнования, показательные выступления), а также виды спорта со статической нагрузкой (например, силовое троеборье). Полезны физические упражнения, носящие аэробный характер, в виде длительного, равномерного тренинга лёгкой и средней интенсивности: длительные прогулки, бег «трусцой», плавание, лыжи, езда на велосипеде, водный и пеший туризм. При постоянной физической нагрузке снижается стресс-реактивность, повышается моторный контроль и в целом повышается адаптивная приспособляемость организма;

б) **психолого-педагогическая коррекция** (с целью снижения неблагоприятных психосоциальных факторов в окружении ребёнка с СДВГ в школе и дома). При наличии эмоциональных нарушений проводят холдинг-терапию, используют методики для снятия повышенной тревожности, развития коммуникабельности, подбирают сферы деятельности, в которых ребёнок чувствовал бы себя уверенно, моделируют ситуации успеха. В цикл занятий включают упражнения на развитие внимания и памяти;

в) **семейная психотерапия** необходима, так как СДВГ – это заболевание не только ребёнка, но и взрослых, прежде всего, матери, которая наиболее часто с ним контактирует. Мать гиперактивного ребёнка излишне раздражительна, импульсивна, у неё часто снижено настроение. Частота большой и малой депрессий встречается среди обычных матерей в 4–6% и 6–14% случаев соответственно, а среди матерей, имеющих гиперактивных детей – в 18 и 20% случаев соответственно. Для снятия депрессивного состояния проводится психотерапевтическое лечение;

г) поведенческая психотерапия включает:

- изменение поведения взрослого и его отношения к ребёнку (важно демонстрировать спокойное поведе-

ние, избегать слов «нет» и «нельзя», взаимоотношения с ребёнком строить на доверии и взаимопонимании);

- изменение психологического микроклимата в семье (взрослые должны больше времени уделять ребёнку, проводить досуг всей семьёй);

- преобладание позитивных методов воспитания (негативные методы для детей с СДВГ неэффективны. Особенности их нервной системы таковы, что порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому они не восприимчивы к выговорам и наказанию, но легко отвечают на малейшую похвалу. Поэтому в общении с ребёнком должны преобладать методы вознаграждения и поддержки);

д) *релаксационные методики* вызывают мышечное расслабление, которое влияет на функции центральной и периферической нервной системы, стимулирует резервные возможности коры мозга, повышает уровень произвольной регуляции различных систем организма. Достижимые с помощью аутогенной тренировки саморегуляция эмоционально-вегетативных функций, повышение возможности реализации психофизиологических резервов организма позволяют использовать этот метод в клинической практике для усиления поведенческой терапии;

е) *медикаментозная коррекция* - в зарубежных странах используется более чем широко, в частности, в США применение лекарств является ключевым моментом. При нарушениях поведения чаще всего назначают психостимуляторы, реже антидепрессанты и нейрорептики. Психостимуляторы (метилфенидат, декстроамфетамин и пемолин) впервые стали применять для лечения двигательной расторможенности и нарушений внимания с 1937 года и до сих пор их считают самыми эффектив-

ными: у гиперактивных детей улучшается поведение, когнитивные и социальные функции, что объясняют широким спектром их нейрохимического действия, направленного в первую очередь на дофамин- и норадренергические системы мозга.

Серьёзным их недостатком остаётся кратковременность действия и наличие побочных эффектов (бессонница, раздражительность, расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, головные боли, привыкание), поэтому в России применение психостимуляторов не разрешено. Американской Академией Педиатров также была вынесена резолюция против одностороннего применения медикаментозных средств при лечении СДВГ: «Медикаментозной терапии должны предпочесть немедикаментозные».

Таким образом, не смотря на активное исследование состояния здоровья детей с СДВГ и внедрение в практику разнообразных методов реабилитации, проблема своевременной коррекции его симптомов и предотвращения трансформации в алкоголизм, наркоманию и другие асоциальные нарушения, до настоящего времени является актуальной задачей.

Заключение:

Таким образом, выявленные особенности соматического статуса детей с СДВГ должны учитываться при разработке программ реабилитации. Важное место у детей с СДВГ должно отводиться коррекции нарушений речи, своевременной санации хронических «лор-очагов», нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата, органа зрения до поступления в школу и в период обучения в школе. Медикаментозной коррекции СДВГ у детей должны предшествовать немедикаментозные методы реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. Фундаментальные и прикладные проблемы педиатрии на современном этапе // Российский педиатрический журнал. – 2005. - № 3. - с. 4-7
2. Барашнев Ю.И., Розанов А.В., Волобуев А.И. Структурные поражения головного мозга у новорожденных с врожденной инфекцией // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - № 2. -2006г. -с. 14-18
3. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. -М: Медпрактика-М. -2002- 128 с.
4. Кучма В.Р., Платонова А.Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России. Распространённость, факторы риска и профилактика // М.: РАРОГБ, 1997. – 200 с.
5. Переслени Л.И., Рожкова Л.А. Психофизиологические механизмы дефицита внимания у детей разного возраста с трудностями обучения // Физиология человека. – 1993. – Т.19. -№4. – с.5-13.
6. Фарбер Д.А., Дубровинская Н.В. Функциональная организация развивающегося мозга // Физиология человека.– 1991.– Т.17. - №5.– с.17-27.
7. August G.J., Realmuto G.M. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior // J.Abnorm.Child Psychol. – 1996. - Vol.24. – p.571-595.
8. Baumgaertel A., Wolraich M.L., Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample // J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry. – 1995. – Vol.34. – p. 629-638.
9. Conners C.K. Rating scales for use in drug studies with children // Psychopharm. Bull. (special edition). – 1973. – Vol. 97. - p.24-84.
10. Faraone S.V., Biederman J., Spencer T. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset andsubthreshold diagnoses valid // Am J. Psychiatry. -2006 №163(10). –p.1720-1729
11. Gallicci F. Symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in an Italian school sample: findings of a pilot study // J.Am.Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1993. –Vol. 32. -№5. –p.1051-1058
12. Grimm K, Mackowiak K. KES--training for parents of children with conduct behaviour problems // Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. -2006. -55(5). – p.:363-383
13. Safren SA. Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood // J Clin Psychiatry. -2006. -№67 –p.46-50
14. Tao K-T. Hyperactivity and attention deficit disorder syndromes in China // J.Am.Acad. Child Adolesc.Psychiatry. –1992. - Vol.31. –p. 1165-1166

Резюме. В статье представлены результаты исследования распространенности Синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей г.Владимира и Владимирской области среди 4101 детей (мальчики - 48% (n=1968), девочки - 52% (n=2133)), где она составляет 7% среди детей школьного и 20% - среди детей дошкольного возраста.

Выявлены особенности состояния здоровья у детей 7-10-ти лет с СДВГ (n=68: 46 мальчиков, 22 девочки; контрольная выборка – 90 детей: 43 мальчика, 47 девочек). У мальчиков с СДВГ достоверно (по сравнению с контрольной группой) преобладают нарушения речи и болезни костно-мышечной системы (p<0,01). На втором месте - ночной энурез, встречающийся в 2 раза чаще по сравнению с контрольной группой (p<0,05). На третьем – болезни органа зрения и лор-органов, частота встречаемости которых в 5 раз больше, чем в контрольной группе (p<0,01).

У девочек с СДВГ на первом месте по частоте встречаемости находятся нарушения речи, выявляемые в 9 раз чаще, чем в контрольной группе (p<0,01), на втором - болезни органа зрения (p<0,05), на третьем – ночной энурез (p<0,01), на четвертом - болезни лор-органов (p<0,01).

Программа реабилитации детей с СДВГ должна разрабатываться с учетом выявленных особенностей в состоянии здоровья. Важное место должно отводиться коррекции нарушений речи, своевременной санации хронических «лор-очагов», нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата, органа зрения до поступления в школу и в период обучения в школе. Медикаментозной коррекции СДВГ у детей должны предшествовать немедикаментозные методы реабилитации: а) повышение двигательной активности (упражнения для улучшения двигательной координации, снижения гиперактивности, импульсивности); б) психолого-педагогическая коррекция; в) семейная психотерапия; д) релаксационные методики (вызывают мышечное расслабление).

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, состояние здоровья детей, реабилитация, распространенность Синдрома дефицита внимания у детей.

Abstract. This paper presents the results of the study of prevalence of the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in 4101 children (boys - 48% (n = 1968), girls - 52% (n = 2133)) of the city Vladimir and the Vladimir region. The ADHD was present in 7% of the school children and in 20% of the pre-school children. There have been detected some particular features in the health status of the children between ages 7 to 10 with ADHD (n = 68: 46 boys, 22 girls; control sample - 90 children: 43 boys and 47 girls). Among boys with ADHD (compared with the control group), speech disorders and diseases of the musculoskeletal system dominate (p < 0.01). In the second place - nocturnal enuresis, the incidence of which was 2 times greater than in the control group (p < 0.05). In the third place - diseases of the eye and the upper respiratory tract, the incidence of which was 5 times greater than in the control group (p < 0.01). Among girls with ADHD, in first place come the speech disorders, that occur 9 times more than in the control group (p < 0.01), second - Eye diseases (p < 0.05), third - nocturnal enuresis (p < 0.01), fourth - ENT diseases (p < 0.01). The rehabilitation program of children with ADHD should be developed based on the particular features of the health status that were observed. An important role should be given to the speech correction, to the in time rehabilitation of the cases of chronic ENT diseases, to the disorders of the musculoskeletal system and to the eye diseases of the *pre-school* and school children.

The pharmacological correction of ADHD in children should be preceded by non-drug methods of rehabilitation: a) increase physical activity (exercise to improve motor coordination and to reduce hyperactivity, impulsivity), b) psycho-pedagogical correction, c) family therapy, and d) relaxation techniques (causing muscle relaxation).

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, children's health, rehabilitation, the prevalence of attention deficit disorder in children.

Контакты:

Хан Майя Алексеевна.

E-mail: 6057016@mail.ru;

ПЕРЕМЕННОЕ МАГНИТНОЕ ПОЛЕ НИЗКОЙ ЧАСТОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

УДК 616-08

Болтнева С.В.: старший научный сотрудник отдела медицинской реабилитации детей научно-исследовательского отделения педиатрии;

Новикова Е.В.: заведующая отделом медицинской реабилитации детей научно-исследовательского отделения педиатрии;

Лян Н.А.: заведующая отделом детской курортологии научно-исследовательского отделения педиатрии.

ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздравсоцразвития России, г. Москва

Введение. В настоящее время особенностью, характеризующей состояние здоровья детей и подростков, является рост нервно-психических нарушений и заболеваний. Одной из причин отклонений в нервно-психическом здоровье детей во все возрастные периоды являются перинатальные поражения центральной нервной системы (ЦНС). Частота перинатальной патологии в популяции составляет 15–20%, в структуре заболеваний новорожденных и детей первого года жизни — 60–80% и продолжает неуклонно расти [1], что определяет актуальность и

социальную значимость проблемы лечения и реабилитации таких больных [2–4].

Высокий риск тяжелых последствий (гидроцефалия, эпилепсия, детский церебральный паралич и другие) обуславливает необходимость поиска новых методов корригирующего лечения. Ограничение применения некоторых лекарственных средств в детском возрасте, возможность развития побочных эффектов на фоне приема медикаментозных препаратов делают необходимым дальнейший поиск новых методов лечения, в