

УДК 616-053.32-036.82/85

**Л.М. Боярська<sup>1</sup>, Т.В. Великанова<sup>1</sup>, О.І. Подліанова<sup>1</sup>, Н.М. Коротина<sup>2</sup>**

## Реабілітація дітей, народжених передчасно, впродовж перших трьох років життя

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна  
<sup>2</sup>Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія, м. Хортиця, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.7(79):33-36; doi 10.15574/SP.2016.79.33

**Мета** — вивчення ефективності реабілітації дітей, народжених з екстремально низькою (ЕНМТ) та дуже низькою (ДНМТ) масою тіла, впродовж перших трьох років життя.

**Пацієнти і методи.** Під катamnестичним спостереженням знаходилось 70 дітей: 32 отримували реабілітацію в Обласному центрі ранньої соціальної реабілітації (ОЦРСР), 38 — у поліклінічних дитячих відділеннях центрів первинної медико-соціальної допомоги (ЦПМСД) м. Запоріжжя.

**Результати.** У ОЦРСР опрацьована модель реабілітації «Тандем-партнерство» та «дитина-сім'я-фахівець», діти отримували від 6 до 12 реабілітаційних курсів, які склалися з 4–7 практик. У ЦПМСД тривалість та склад реабілітації визначав невролог, вона складалась з 2–4 курсів та 5 видів немедикаментозної терапії. Серед обстежених у віці трьох років 27,1% дітей були здоровими, 44,3% мали ДЦП, 21,4% — мінімальну мозкову дисфункцію, 7,1% — аутизм. Серед дітей, які отримували довгострокову реабілітацію у ОЦРСР, було більше здорових (40,6% проти 15,8%,  $p < 0,05$ ) та менше хворих на ДЦП (30,0% проти 62,5%,  $p < 0,05$ ), ніж серед дітей, які реабілітувались в умовах ЦПМСД. Крайні результати були отримані серед дітей із ДНМТ при народженні.

**Висновки.** Дітям, народженим із ЕНМТ та ДНМТ, доцільно проводити реабілітаційні програми, які ґрунтуються на засадах раннього початку, безперервності, послідовності, спадкоємності, індивідуальності та командної співпраці.

**Ключові слова:** діти з екстремально та дуже низькою масою тіла при народженні, реабілітація, спостереження.

### Вступ

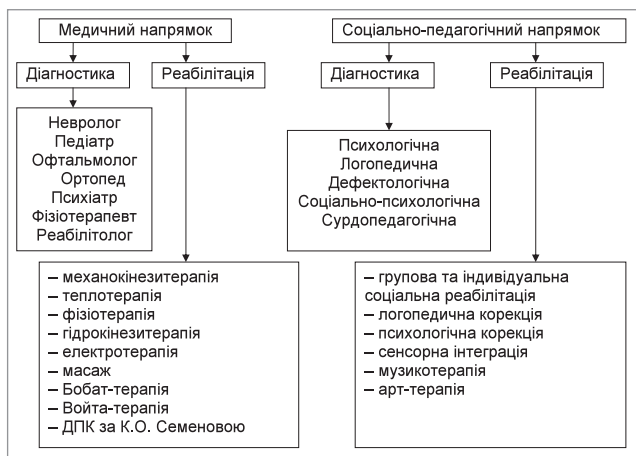
Не дивлячись на розвиток сучасних медичних технологій, частота інвалідизації передчасно народжених дітей залишається дуже високою. У численних спостереженнях показано, що передчасно народжені діти формують до 30% тривалої неврологічної патології; більшість із цих дітей мають хронічні хвороби, затримку фізичного, психо/статомоторного та когнітивного розвитку, дитячий церебральний параліч (ДЦП) [4]. Медичні наслідки у дітей із екстремально низькою (ЕНМТ) та дуже низькою (ДНМТ) масою тіла при народженні визначаються не лише глибиною незрілості, своєчасністю та адекватністю первинної реанімаційної допомоги, але й якістю виходжування на першому та другому етапах, реабілітаційними програмами у ранньому віці. У дітей із ЕНМТ та ДНМТ вже у неонатальному віці формується багатоступеневий діагноз, до якого включаються численні коморбідні стани, у т.ч. ускладнення. Такий діагноз є докладною інформацією про здоров'я дитини і забезпечує глибокий та оптимальний підхід до визначення подальшої тактики реабілітації дитини, що відповідає сучасним вимогам. Згідно з прийнятою ВООЗ «Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я» (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), хворобу та її наслідки слід описувати з позиції багатогранності, зважаючи на те, що у хворого можна виявити найрізноманітніші ураження на різних рівнях, тому процес реабілітації інвалідів потрібно планувати з урахуванням усіх рівнів уражень та обмежень життєдіяльності [2].

Впровадження комплексу профілактичних практик, спрямованих на попередження хронізації патологічного процесу та мінімізацію несприятливих наслідків недоношеності, дозволяє зменшити частоту стійких порушень стану здоров'я і навіть вивести зі стану інвалідності до 30,0% дітей [9]. За даними багатьох авторів [1,5], медична безмедикаментозна та соціальна реабілітація дітей, народжених передчасно, забезпечує компенсацію

патологічних змін за умови природної пластичності організму та реалізує резервно-адаптаційні можливості дітей у період онтогенезу, що має сприятливий вплив на корекцію та саногенетичне скерування компенсаторно-приспосувальних реакцій. Комплекс медичних, психологічних, логопедичних, педагогічних заходів доцільно розпочинати в ранньому віці — на першому році життя для реалізації репаративних можливостей нервової системи мозку та повного розкриття природного потенціалу дитини. З цією метою широко використовуються як традиційні методики реабілітації — кінезіо-, рефлексо-, гідрокінези-, бальнеотерапія, так і сучасні новітні методики — Бобат-концепція, заняття за принципом біологічно зворотнього зв'язку за допомогою апарату «Амбліокор», Войта-терапія, динамічна пропріоцептивна корекція за допомогою рефлекторно-навантажувального пристрою «Гравітон» [3], введення ботулотоксину А [10].

Останніми роками доказова база реабілітаційних практик для дітей-інвалідів швидко поширюється, надаючи лікарям та батькам можливість використовувати новітні, нешкідливі та ефективні заходи. Велика кількість досліджень, що публікуються у системних оглядах, про нові, іноді навіть конкуруючі, заходи ускладнює вибір клініцистів під час формування реабілітаційних програм дітям [7]. Тому актуальним залишається питання удосконалення корекційно-профілактичних та реабілітаційних програм передчасно народжених дітей.

В Україні існують спеціалізовані центри, які займаються цією проблемою. Одним з них є Обласний центр ранньої соціальної реабілітації (ОЦРСР) при Хортицькій національній навчально-реабілітаційній академії. Центр належить до установ психолого-медико-педагогічної реабілітації, здійснює комплексну освітньо-реабілітаційну, корекційно-розвиваючу роботу з реабілітації дітей-інвалідів з двох місяців до 6 років відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації. У ОЦРСР опрацьована модель реабілітації «Тандем-партнерство» та «дитина-сім'я-фахівець» [3]. У супровід цим моделям на першому візиті запроваджено сумісний огляд дитини



**Рис.** Структура медичного та соціально-педагогічного напрямків реабілітації у ОЦРСР дітей, народжених із ЕНМТ та ДНМТ

комісією у складі невролога, психолога, логопеда, сурдолога, фізіотерапевта, реабілітолога (рис.).

За допомогою кімнати позавізуального спостереження визначається рівень розвитку дитини, потенційні можливості, наявність певних відхилень. Після чого розробляється індивідуальний маршрут реабілітаційних заходів (реабілітаційна програма). Принципи, на яких ґрунтуються такі програми, — ранній початок, безперервність, послідовність, спадкоємність, індивідуальність, командна співпраця. Для впровадження цих програм в ОЦРСР використовується багато методик: механокінезотерапія, теплотерапія, фізіотерапія, кінезогідротерапія, електротерапія, групова соціальна реабілітація, індивідуальні корекційні заняття, музикотерапія, масаж, лікування положенням тощо. Протягом усього терміну реабілітації проводиться постійний медико-соціальний моніторинг стану дитини, своєчасно корегується склад програми. Велика увага спеціалістів спрямовується на батьків дитини, які отримують консультативну допомогу та максимально залучаються до реабілітаційного процесу: беруть участь у складанні реабілітаційних програм, навчаються методикам або елементам індивідуальної реабілітації.

**Метою** роботи стало вивчення ефективності реабілітації у ОЦРСР дітей, народжених із ЕНМТ та ДНМТ, впродовж перших трьох років життя.

### Матеріал і методи дослідження

Під нашим катамнестичним спостереженням протягом трьох років знаходились 70 дітей, які народились із ЕНМТ та ДНМТ та отримували лікування у неонатальному періоді життя в інфекційно-боксованому відділенні недоношених «КУ ЗМБДЛ №5». При виписці всім дітям пропонували звернутися до ОЦРСР для проходження реабілітаційних програм. Проте з різних причин до ОЦРСР звернулися батьки 32 дітей (12 із ЕНМТ та 20 із ДНМТ при народженні), які склали 1 групу (спостереження). Групу 2 (порівняння) склали 38 дітей (14 із ЕНМТ та 24 із ДНМТ при народженні), які отримували реабілітаційні програми у поліклінічних дитячих відділеннях центрів первинної медико-соціальної допомоги (ЦПМСД) м. Запоріжжя. Усі діти під час проходження програми реабілітації мали три фіксовані візити до катамнестичного кабінету. Пацієнтам проводили огляд з оцінкою фізичного, стаго-моторного, когнітивного розвитку з використанням таблиць Fenton (2013) [8] та шкали NACS [6].

Діти 1 групи отримували від 6 до 12 курсів, які склалися з 4–7 практик відповідно до стану та віку дитини.

До реалізації реабілітаційної програми активно залучалися батьки дитини. Враховуючи всі неврологічні порушення та можливості ОЦРСР, було виділено чотири групи ефективних реабілітаційних практик, з яких формували програми реабілітації.

1. Для покращення рухової активності призначали: механокінезотерапію, метод синтезу біологічно зворотнього зв'язку, метод кондуктивної терапії, психологічну корекцію, заняття з дефектологом, лікувальну фізкультуру, бальнеотерапію, фізіолікування, метод відеокон'ютерного аутотренінгу.

2. Для корекції міотонічного синдрому використовували: електростимуляцію, механокінезотерапію, лікувальну фізкультуру, масаж, гідрокінезотерапію, тейпування.

3. Для лікування спастичності призначали міорелаксацію, теплолікування (парафіново-озокеритові аплікації), лікувальну фізкультуру, гідрокінезотерапію, бальнеолікування, масаж, магнітотерапію, грязелікування, тейпування, корекційні заняття та лікування положенням.

4. Для покращення мнестичних та когнітивних функцій використовували: слухомовний тренажер, музикотерапію, арт-терапію, групову кімнату соціальної реабілітації, кімнату позавізуального спостереження та діагностики, заняття із логопедом, індивідуальні корекційно-розвиваючі заняття, сенсорно-моторну кімнату. Використання останньої сприяло інтелектуальному розвитку дітей, вихованню у них почуттів, розвитку слуху, зору, тактильних, термічних відчуттів, смаку, покращенню соціально-емоційного стану.

Тривалість та склад реабілітаційних програм дітей 2 групи визначав невролог, враховуючи результати огляду офтальмолога та ортопеда. Програми залежали від можливостей ЦПМСД, також мали декілька курсів (2–4) та склалися з п'яти видів немедикаментозної терапії: масаж, лікувальна фізкультура, гідрокінезотерапія, електролікування (ампліпульс), теплолікування (парафіново-озокеритові аплікації).

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програмного забезпечення STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., серійний номер №AGAR909E415822FA). Статистичний аналіз проводився щодо кількісних та якісних ознак. Нормальність розподілу оцінювали за тестами Колмогорова–Смирнова та Шапіро–Уїлка. Для кількісних ознак застосовувалась перевірка на нормальність закону розподілу. Оскільки розподіл більшої частки ознак не відповідає нормальному, було обрано форму представлення кількісних даних  $Me (Q_{25}; Q_{75})$ , де  $Me$  — медіана,  $Q_{25}$  і  $Q_{75}$  — відповідно нижній (25%) та верхній (75%) квартилі. Якісні показники надано у вигляді абсолютної

Таблиця 1

**Динаміка неврологічних діагнозів дітей під час катамнестичного спостереження**

Діагноз, n/%	Група 1 (із ОЦРСР), n=32			Група 2 (із ЦПМСД), n=38		
	1 візит	2 візит	3 візит	1 візит	2 візит	3 візит
Здоровий	2/6,3	6/18,8	13/40,6*	0	5/13,2	6/15,8
ММД	2/6,3	7/21,9	6/18,8	4/10,5	8/21,1	9/23,7
ДЦП	5/15,6	8/25,0	9/28,1*	3/7,9	13/34,2**	22/57,9##
Перинатальне ураження ЦНС	23/71,9	11/34,4#	0	31/81,6	1/2,6	0
Аутизм	0	0	4/12,5	0	0	1/2,6

*Примітка:* # —  $p < 0,001$  при порівнянні показників дітей 1 та 2 групи, \* —  $p < 0,05$  при порівнянні показників дітей 1 та 2 групи, ## —  $p < 0,05$  при порівнянні показників дітей 2 групи на 1 та 2 візиті, \*\* —  $p < 0,05$  при порівнянні показників дітей 2 групи на 2 та 3 візиті.

Таблиця 2

Неврологічні діагнози дітей після закінчення реабілітаційних програм

Діагноз n/%	Усі діти n=70	Група 1 (ОЦРСР), n=32			Група 2 (із ЦПМСД), n=38		
		усього (n=32)	діти з ЕНМТ (n=12)	діти з ДНМТ (n=20)	усього (n=38)	діти з ЕНМТ (n=14)	діти з ДНМТ (n=24)
Здоровий	19/27,1	13/40,6*	3/25,0	10/50,0#	6/15,8	3/21,4	3/12,5
ММД	15/21,4	6/18,8	4/33,3	2/10,0	9/23,7	4/28,6	5/20,8
ДЦП	31/44,3	9/28,1*	3/25,0	6/30,0*	22/57,9	7/50,0	15/62,5
Аутизм	5/7,1	4/12,5	2/16,7	2/10,1	1/2,6	0	1/4,2

Примітка: # –  $p < 0,001$  при порівнянні показників дітей 1 та 2 групи, \* –  $p < 0,05$  при порівнянні показників дітей 1 та 2 групи.

кількості та процентів. Порівняння якісних показників здійснювали за критерієм Хі-квадрат ( $\chi^2$ ) Пірсона. Розбіжності вважались статистично значущими, якщо  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження та їх обговорення**

На перший та другий кагамнестичний візит прийшли всі 70 дітей (з ЕНМТ 26, з ДНМТ 44), на третій – 63 дитини (з ЕНМТ 23, з ДНМТ 40).

Зменшення кількості пацієнтів відбувалося за рахунок дітей 2 групи: у 2 дітей на другому візиті не було виявлено патологічних змін фізичного, стато-моторного та когнітивного розвитку, батьки 5 дітей (1 із аутизмом, 2 із мінімальною мозковою дисфункцією (ММД) та 2 із ДЦП) не були налаштовані на довгострокове спостереження (оцінювали стан дитини як задовільний та не вважали потрібним отримувати реабілітаційні програми).

Середній вік при першому візиті у пацієнтів 1 групи був 4,7 міс. (ДІ) [2;6,5], 2 групи – 4,5 міс. (ДІ) [1,3; 6]. Середній вік при другому візиті у дітей 1 групи складав 12,6 міс. (ДІ) [6;17,5], 2 групи – 14,5 міс. (ДІ) [9; 20]. Середній вік при третьому візиті у оглянутих дітей 1 групи склав 27,4 міс. (ДІ) [21,5; 36], 2 групи – 24,4 міс. (ДІ) [15; 33].

Усі діти на початку лікування мали перинатальні ураження ЦНС, які перебігали із різними синдромами: рухових порушень, пірамідної недостатності, моторної незграбності, міотонічним, підвищеної нейро-refлекторної збудливості. Кагамнестичне спостереження виявило трансформацію діагнозів у більшості дітей, як у бік покращання стану, так і у бік формування глибокої інвалідності (табл. 1). Поступове та постійне проведення реабілітаційних програм шляхом подовження терміну оздоровлення в 1 групі до 36 місяців збільшувало кількість дітей із діагнозом «здоровий» при кожному візиті у три рази при другому візиті (18,8%) та у два рази при третьому візиті (40,6%). У 2 групі кількість здорових дітей на другому візиті була лише 13,2%, а на третьому – 15,8%.

Після другого візиту кількість дітей, у яких формувался діагноз ММД, збільшувалась втричі (21,9%) в 1 групі та вдвічі (21,1%) у 2 групі і залишалась такою до кінця спостереження.

Кількість хворих із ДЦП у 1 групі збільшувалась при другому візиті у 1,6 разу, при третьому візиті – лише у 0,9 разу. В той час як у пацієнтів 2 групи кількість хворих із ДЦП була більшою, ніж на початку реабілітації, на другому візиті у 4,3 разу, при третьому візиті – у 1,7 разу.

Таким чином, в обох групах майже з однаковою частотою (25,0% та 34,2% відповідно) діагноз ДЦП формувался вже на другому візиті. Проте у подальшому серед дітей, які отримували реабілітацію у ОЦРСР, реєстрували зменшення прогресування неврологічної патології та поширення ДЦП. Програма дозволяла обмежити патологічний

процес та соціалізувати хвору дитину. Показники лікування дітей у ЦПМСД були відмінними від дітей з ОЦРСР, що відображалось у прогресуванні частоти ДЦП від візиту до візиту.

Загалом проведення реабілітаційних програм у перші три роки життя дозволило у 27,1% дітей досягти одужання, у 44,3% дітей діагностовано ДЦП, у 21,4% – ММД, у 7,1% – аутизм. Як видно з табл. 2, статистично кращі результати реабілітаційних програм мали діти 1 групи, народжені із ДНМТ. Так, на третьому візиті здорових більше було серед дітей 1 групи (40,6% проти 15,8% дітей 2 групи,  $p = 0,02$ ). Проте цей показник підвищувався за рахунок позитивних результатів реабілітації, отриманих 50,0% пацієнтів із ДНМТ (проти 12,5% дітей із ДНМТ з 2 групи,  $p = 0,009$ ). Під час третього візиту діагноз ДЦП констатували в два рази менше серед пацієнтів, які отримували реабілітацію у ОЦРСР (28,1% проти 57,9% дітей 2 групи,  $p = 0,01$ ). І цей показник знижувався також завдяки дітям, народженим із ДНМТ (30,0% проти 62,5% дітей із ДНМТ з 2 групи,  $p = 0,04$ ). Привертає увагу досить велика кількість дітей із ММД, однаково представлена в обох групах (18,8% та 23,7% у 1 та 2 групи відповідно). На нашу думку, ці діти становлять «групи ризику» щодо формування когнітивних розладів, потребують подальшого ретельного та індивідуального планування довгострокових реабілітаційних програм, з акцентами на розвиток мнестичних та когнітивних функцій.

У 7,1% пацієнтів обох груп на третьому візиті було виставлено діагноз аутизму (4 дитини з 1 групи та 1 дитина з 2 групи). Порівняння якісних показників з використанням критерію Хі-квадрат ( $\chi^2$ ) Пірсона виявило статистично значущий зв'язок між наявністю аутизму та туговухістю ( $\chi^2 = 0,62$ ).

**Висновки**

1. Проведення реабілітаційних програм у перші три роки життя дітям, народженим із ЕНМТ та ДНМТ, дозволило у 27,1% випадків отримати позитивні результати – одужання.

2. Не дивлячись на реабілітаційні заходи, у віці три роки 44,3% дітей, народжених із ЕНМТ та ДНМТ, мали діагноз ДЦП, 21,4% дітей – мінімальну мозкову дисфункцію. Останні можуть складати групу ризику з формування когнітивних розладів.

3. Дітям, народженим із ЕНМТ та ДНМТ, доцільно проводити реабілітаційні програми, які ґрунтуються на засадах раннього початку, безперервності, послідовності, спадкоємності, індивідуальності та командної співпраці.

4. Серед дітей, які отримували довгострокову реабілітацію у спеціалізованому центрі, у віці три роки було більше здорових (40,6% проти 15,8%,  $p < 0,05$ ) та менше хворих на ДЦП (30,0% проти 62,5%,  $p < 0,05$ ), ніж серед дітей, які реабілітувались в умовах ЦПМСД. Кращі результати були отримані серед дітей із ДНМТ при народженні.



## ЛІТЕРАТУРА

1. Клінічні рекомендації до стандартів діагностики, лікування та реабілітації новонароджених (недоношених, доношених) з ураженням нервової системи / В. В. Бережний, Є. С. Шунько, В. Ю. Мартинюк [та ін.] // Соціальна педіатрія і реабілітологія. — Вип. 4. — К.: Інтермед, 2007. — С. 27—33.
2. Мартинюк В. Ю. Соціальна педіатрія в Україні: концепція, завдання, перспективи / В. Ю. Мартинюк // Здоров'я України. — 2011. — № 1 (16). — С. 10—11.
3. Мартинюк В. Ю. Уніфікований клінічний протокол «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями». Частина II / В. Ю. Мартинюк, О. В. Назар // Современная педиатрия. — 2016. — № 4 (76). — С. 97—101.
4. Результаты выхаживания детей экстремально низкой массой тела: региональный опыт / А. Л. Карлова, Н. Ю. Карлов, Е. А. Ермолина [и др.] // Неонатология. — 2015. — № 2 (8). — С. 68—73.
5. Соціальна реабілітація як невід'ємна складова відновного лікування дітей з перинатальною патологією / Г. А. Павлишин, Г. І. Корицький, А. О. Сковронська, Н. М. Свірська // Неонатология, хірургія та перинатальна медицина. — 2012. — Т. II, № 2 (4). — С. 14—17.
6. A new neurologic and adaptive capacity scoring system for evaluating obstetric medications in full-term newborns / C. Amiel-Tison [et al.] // Anesthesiology. — 1982. — № 5 (56). — P. 340—350.
7. A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence / I. Novak, S. McIntyre, C. Morgan, L. Campbell [et al.] // Developmental Medicine & Child Neurology. — 2013. — № 55. — P. 885—910.
8. Fenton T. R. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants [Electronic resource] / T. R. Fenton // BMC Pediatrics. — 2013. — URL : <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-59>. — Title from screen.
9. Neurodevelopmental outcome in extremely preterm infants at 2.5 years after active perinatal care in Sweden / F. Serenius, K. Kallen, M. Blennow, U. Ewald [et al.] // JAMA. — 2013. — № 17 (309). — P. 1810—1820.
10. Sakzewski L. Systematic review and meta-analysis of therapeutic management of upper-limb dysfunction in children with congenital hemiplegia / L. Sakzewski, J. Ziviani, R. Boyd. // Pediatrics. — 2009. — № 6 (123). — P. 1111—1122.

### Реабилитация детей, рожденных преждевременно, в течение первых трех лет жизни

Л.Н. Боярская<sup>1</sup>, Т.В. Великанова<sup>1</sup>, Е.И. Подлианова<sup>1</sup>, Н.Н. Коротина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет, Украина

<sup>2</sup>Хортицкая национальная учебно-реабилитационная академия, Украина

**Цель** — изучение эффективности реабилитации детей, рожденных с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой (ОНМТ) массой тела, в течение первых трех лет жизни.

**Пациенты и методы.** Катамнестическое наблюдение проводилось за 70 детьми: 32 получали реабилитацию в Областном центре ранней социальной реабилитации (ОЦРСР), 38 — в поликлинических детских отделениях центров первичной медико-социальной помощи (ЦПМСД) г. Запорожье.

**Результаты.** В ОЦРСР использовали модель реабилитации «Тандем-партнерство» и «ребенок-семья-специалист», дети получали от 6 до 12 реабилитационных курсов, которые состояли из 4–7 практик. В ЦПМСД длительность и состав реабилитации определял невролог, она состояла из 2–4 курсов и 5 видов немедикаментозной терапии. Среди обследованных к трем годам 27,1% детей были здоровы, 44,3% имели ДЦП, 21,4% — минимальную мозговую дисфункцию, 7,1% — аутизм. Среди детей, получавших реабилитацию в ОЦРСР, больше было здоровых (40,6% против 15,8%,  $p < 0,05$ ) и меньше больных ДЦП (30,0% против 62,5%,  $p < 0,05$ ), чем среди детей, которые реабилитировались в условиях ЦПМСД. Лучшие результаты получены среди детей, рожденных с ОНМТ.

**Выводы.** Детям, рожденным с ЭНМТ и ОНМТ, целесообразно проводить реабилитационные программы, которые основываются на принципах раннего начала, непрерывности, последовательности, приемственности, индивидуальности и командной работы.

**Ключевые слова:** дети с экстремально и очень низкой массой тела при рождении, реабилитация, наблюдение.

### Rehabilitation of children born prematurely during the first three years of life

L.M. Boiarska<sup>1</sup>, T.V. Velikanova<sup>1</sup>, E.I. Podlianova<sup>1</sup>, N.N. Korotina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine

<sup>2</sup>Khortickiy National Education and Rehabilitation Academy, Ukraine

Despite advances in modern medicine, the incidence of disability premature infants remains high. The introduction of a set of preventive practices aimed at the prevention of chronic pathological process and minimize the adverse effects of prematurity, can reduce the incidence of persistent violations of health and even to withdraw from the state of disability.

**The aim** of our work was to study the effectiveness of rehabilitation of children born with ENMT and DNMT, during the first three years of life.

**Materials and methods.** The surveillance for 3 years were 70 children who were born with ENMT and DNMT: 32 children received rehabilitation in the Regional Center early rehabilitation (OTSRSR) — 1 group, 38 children — in outpatient pediatric centers primary health care Zaporizhzhya (2 group). In OTSRSR processed model of rehabilitation «Tandem partnership» and «child-family- specialist,» children receive 6 to 12 rehabilitation courses, which consisted of 4–7 practices. In group 2 length and composition of the rehabilitation defined neurologist, it consisted of 2–4 courses and 5 types of non-pharmacological therapy. Assessed physical, sexual, motor, cognitive development using tables Fentonta, scale NACS.

**Results.** Among surveillance to three years 27,1% of children born with ENMT and DNMT and had a recovery, 44,3% of children — cerebral palsy, 21,4% of children — minimal brain dysfunction, 7,1% of children — diagnosed with autism. Among children receiving long-term rehabilitation in a specialized center, at the age of three years were more healthy (40,6% vs. 15,8%,  $p < 0,05$ ), and fewer patients with cerebral palsy (30,0% vs 62,5 %,  $p < 0,05$ ) than among children who rehabilitated in conditions outpatient pediatric centers. The best results were obtained among DNMT children at birth.

**Conclusions.** Children born with ENMT and DNMT appropriate to carry out rehabilitation programs based on the principles of early, continuity, consistency, succession, individuality and team collaboration.

**Keywords:** children born with ENMT and DNMT, surveillance, rehabilitation.

### Сведения об авторах:

**Боярская Людмила Николаевна** — к.м.н., проф., зав. кафедры детских болезней ФПО Запорожского государственного медицинского университета.

Адрес: г. Запорожье, ул. Новгородская, 28а; тел. (061)224-93-75.

**Великанова Татьяна Васильевна** — ассистент каф. детских болезней ФПО Запорожского государственного медицинского университета.

Адрес: г. Запорожье, ул. Новгородская, 28а; тел. (061)224-93-75.

**Подлианова Елена Ивановна** — к.мед.н., доц. каф. детских болезней ФПО Запорожского государственного медицинского университета.

Адрес: г. Запорожье, ул. Новгородская, 28а; тел. (061)224-93-75.

**Коротина Наталья Николаевна** — гл. врач Хортицкой Национальной Учебно-реабилитационной Академии. Тел./факс: +38 (061) 286-53-04.

Статья поступила в редакцию 17.10.2016 г.