

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель председателя Ученого
медицинского совета Департамента
здравоохранения города Москвы



Г. Костомарова

« 22 » октября 2014.

Первый заместитель руководителя
Департамента здравоохранения
города Москвы



А. И. Хрипун

« 01 » октября 2014

МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ И ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ
РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Методические рекомендации № 35

Часть 2

Главный внештатный детский
специалист невролог
Департамента здравоохранения
города Москвы

Т.Т. Батышева

« 24 » октября 2014.

Москва

2014

Учреждение-разработчик: ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»

Составители: доктор медицинских наук, профессор, директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы **Т.Т. Батышева**, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы **О.В. Быкова**; кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник научного отдела ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы **Е.В. Амчелавская**; кандидат медицинских наук, врач-невролог организационно-методического отдела ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы **А.Н. Платонова**; кандидат медицинских наук, врач-педиатр отделения психоневрологии младенческого возраста ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы **И.Н. Пасхина**; и.о. заведующей отделением психоневрологии младенческого возраста ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы **Н.В. Полухина**; кандидат медицинских наук, врач-генетик ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы **О.Б. Кондакова**.

Рецензент: Заведующая отделом психоэмоциональной разгрузки, когнитивной поддержки и коррекционно-восстановительной помощи ФГБНУ "Научный центр здоровья детей", профессор, доктор медицинских наук **О. И. Маслова**.

Назначение: для родителей детей младенческого возраста, для младшего и среднего медицинского персонала поликлиник, окружных клинично-диагностических центров, стационаров, реабилитационных центров, осуществляющих раннюю диагностику, лечение и реабилитацию детей с патологией центральной нервной системы.

Данный документ является собственностью Департамента Здравоохранения города Москвы, не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ЧАСТЬ II

Психомоторное развитие детей первого года жизни

При появлении на свет ваш малыш ничего не умеет, у него присутствуют только рефлексы. Но вот постепенно, месяц за месяцем, рефлексы заменяются более сложными навыками. И все это происходит в течение всего одного, первого года жизни! Эволюция психических и двигательных навыков протекает в тесной связи с физическим развитием ребенка. А как интересно день ото дня наблюдать, как растет и развивается малыш! И, конечно, каждому родителю важно и полезно знать все этапы психомоторного развития ребёнка, на что и как он должен реагировать.

С момента рождения доношенный младенец имеет ряд врожденных, или безусловных, рефлексов. К ним относятся сосание, мигание, глотание, кашель, чиханье, акты мочеиспускания, дефекации и другие. Таким образом организм малыша приспосабливается к окружающей среде. К первому году жизни все эти рефлексы достигают значительной эволюции.

В последующем основными в жизнедеятельности ребенка становятся рефлексы условные, обеспечивающие нужный уровень взаимодействия организма с внешней средой.

В итоге первого и в начале второго месяца жизни у ребенка образуется ряд простых, элементарных условных рефлексов, к третьему месяцу жизни у него можно выработать уже сложные, дифференцированные рефлексы, указывающие на развитие анализаторов, функции которых локализованы в коре головного мозга.

ЭТО ВАЖНО! Рефлексы у здорового доношенного ребенка должны быть симметричны, т.е. наблюдаемый ответ должен быть одинаковым справа и слева. Об асимметрии рефлексов говорят тогда, когда рефлексы нормально вызываются с одной стороны и отсутствуют с другой.

Например, при исследовании хватательного рефлекса (методика проведения этого рефлекса см. таблица № 4) ребенок хорошо захватывает ваши пальцы одной рукой и не делает этого другой. Такое положение вещей требует обязательной консультации педиатра. Оценивая результаты исследования рефлексов, нужно учесть, что они имеют диагностическое значение лишь в совокупности с другими симптомами. Изменение какого-либо рефлекса при отсутствии других неврологических нарушений не является патологией.

В результате ребенок образует условные связи с окружающей средой, и они становятся устойчивыми. Также с большой скоростью дети приобретают привычки, навыки поведения, которые в после-

дующем остаются на всю жизнь.

Если малыш здоров, то вызывание некоторых рефлексов очень полезно для него, это послужит ему своеобразной гимнастикой. Например, к таким рефлексам относятся рефлекс ползания, рефлекс опоры и другие. Использование физиологических рефлекторных процессов стимулирует сначала развитие спонтанных, а затем и целенаправленных движений.

Одним словом, вызывание врожденных рефлексов может служить не только контактом для всей семьи с малышом, но и полезной развивающей зарядкой для него.

В таблице № 4 приведен перечень основных врожденных безусловных рефлексов здорового доношенного ребенка с условиями их вызывания.

Таблица № 4 Врожденные безусловные рефлексы здорового доношенного ребенка на первом году жизни

Название рефлекса	Срок угасания рефлекса	Способ вызывания рефлекса	Ответная реакция ребенка
Положение ребенка на спине			
Поисковый рефлекс (рефлекс является необходимой частью инстинкта поиска пищи и питания)	3-4 месяца	Поглаживание щечки или уголка рта ребенка	Поворот головы в сторону нанесения раздражения и открывание рта
Хоботковый рефлекс (рефлекс является необходимой частью инстинкта поиска пищи и питания)	2-3 месяца	Легкий быстрый удар по губам ребенка	Сокращение круговой мышцы рта, губы вытягиваются «хоботком»
Сосательный рефлекс (рефлекс является необходимой частью инстинкта поиска пищи и питания)	12 месяцев	Вложить соску в рот ребенка	Активное сосание вложенной соски
Защитная реакция		Болевое раздражение щечки ребенка	Поворот головы в сторону, противоположную раздражению

Название реф-лекса	Срок угасания рефлекса	Способ вызывания рефлекса	Ответная реакция ребенка
Хватательный рефлекс	3-4 месяцев	Вкладывание пальца или предмета в ладонь	Рефлекторно малыш схватывает и удерживает все, что касается его ладони
Защитный рефлекс		Укол подошвы	Тройное сгибание ноги
Ладонно-ротовой рефлекс Бабкина	3-4 месяцев	Вызывается надавливанием на области тенаров кистей большими пальцами	В ответ возникает открывание рта и небольшое сгибание головы. Рефлекс сильнее выражен перед кормлением
Рефлекс Бабинского	12 месяцев	Штриховое раздражение подошвы стопы	Веерообразное расхождение и разгибание пальцев
Рефлекс Моро поворотом вокруг оси туловища	5-6 месяцев	Громкий звук, встряхивание ребенка	Разведение рук с возможным
Положение ребенка вертикально.			
В норме при вертикальном подвешивании ребенка за подмышки происходит сгибание во всех суставах ног			
Рефлекс опоры	1-1,5 месяцев	Взять ребенка за подмышки и коснутся ножками ребенка горизонтальной твердой поверхности	Выпрямление туловища и опоры на полную стопу
Автоматическая ходьба	1-1,5 месяцев	Взять ребенка за подмышки, коснуться ножками ребенка горизонтальной твердой поверхности и слегка наклонить вперед	шагает

Название рефлекса	Срок угасания рефлекса	Способ вызывания рефлекса	Ответная реакция ребенка
Положение ребенка на животе			
Защитный рефлекс	1,5 месяца	Положить ребенка на живот	Поворот головы в сторону
Рефлекс ползания Бауэра	4 месяца	Легкое подталкивание руки к стопам ребенка	Вызывает отталкивание то руки и движения, напоминающие ползание

Возможность поднимать голову, сидеть, стоять и ходить взаимосвязана с совершенствованием регуляции мышечного тонуса и адекватным перераспределением его при перемене положения тела и головы в пространстве. Эти рефлексы в значительной мере определяют эволюцию двигательной функции младенца и его моторных навыков. Самыми важными из них, имеющими диагностическое значение, являются симметричный шейно-тонический, асимметричный шейно-тонический и лабиринтный тонический рефлексы.

Симметричный шейно-тонический рефлекс. В положении ребенка на спине сгибание головы сопровождается повышением мышечного тонуса в сгибателях рук и разгибателях ног. Разгибание головы приводит к противоположной реакции. Физиологичен с рождения до 1,5-2,5 месяцев жизни.

Асимметричный шейно-тонический рефлекс состоит в том, что положение головы малыша рефлекторно влияет на мышечный тонус его конечностей. При повороте головы в сторону в положении на спине выпрямляется рука и нога на стороне поворота, в противоположных конечностях усиливается сгибательная установка («поза фехтовальщика»). Этот рефлекс более выражен у маловесных детей. Сохраняется в течение первых 3,5 месяцев. У доношенных новорожденных он нередко выражен слабо. А в случаях церебрального повреждения рефлекс выражен четко и сохраняется до 6 месяцев жизни, препятствуя дальнейшему развитию моторики. Это является одним из ранних признаков начального формирования детского церебрального паралича.

Лабиринтный тонический рефлекс. В положении ребенка на животе мышечный тонус повышается в сгибателях рук, ног и туловища, в положении на спине повышается тонус разгибателей. Однако у новорожденных руки и ноги в положении на спине остаются согну-

тыми. В этой связи оценивается сравнительная степень разгибания. Физиологичен с рождения до 1,5 месяцев жизни, затем постепенно сменяется лабиринтным установочным рефлексом – более новый этап развития двигательной сферы.

Признаки патологии нервной системы при исследовании безусловных рефлексов у детей до 1 года

Защитный рефлекс. При поражении центральной нервной системы защитный рефлекс может отсутствовать. У детей с церебральным параличом при усилении тонуса разгибательных мышц наблюдается длительный подъем головы с запрокидыванием ее назад (повышение тонуса в ногах).

Рефлекс опоры и автоматическая походка новорожденных. При проверке этого рефлекса новорожденные иногда перекрещивают ноги на уровне нижней трети голени и стоп, что схоже с походкой при детском церебральном параличе. Проверка скрещивания ног в нижней трети голени у новорожденного при оценке реакции опоры неспецифична, т.к. у них повышен тонус аддукторов бедер, что является физиологичным для этого возрастного периода, но она специфична для ребенка 4-6 месяцев, т.к. может быть проявлением спастической диплегии.

Рефлекс опоры и автоматическая походка новорожденных часто угнетены или отсутствуют у новорожденных с родовой черепно-мозговой травмой, родившихся в асфиксии, при наследственных нервно-мышечных заболеваниях (из-за резкой мышечной гипотонии), у крупных и глубоко недоношенных детей.

Хватательный рефлекс. Отсутствие этого рефлекса у новорожденных детей практически всегда указывает на органическое поражение нервной системы: наличие церебральных повреждений, поражение периферических нервов или соответствующих шейных сегментов спинного мозга. Рефлекс может отсутствовать у глубоко недоношенных детей. Наличие стойкого хватательного рефлекса после 5-6 месяцев, особенно с конца первого года жизни, как правило, сочетается с повышением мышечного тонуса и позволяет заподозрить патологию центральной нервной системы.

Рефлекс ползания Бауэра. У детей, родившихся в асфиксии, при внутричерепных кровоизлияниях, спинальных травмах этот рефлекс угнетен или отсутствует. При церебральной патологии рефлекс ползания сохраняется до 6-12 месяцев.

Рефлекс Моро является одним из основных показателей общefункционального состояния новорожденного. Это один из много-

численных рефлексов двигательного автоматизма, который выявляется только у новорожденных детей. Он заключается в симметричном отведении верхних конечностей с разгибанием пальцев, с последующим приведением конечностей и сгибанием пальцев. Часто совпадает с громким плачем. Рефлекс Моро в норме наблюдается в первые 3-6 мес жизни. Его отсутствие указывает на генерализованное угнетение центральной или периферической нервной системы. Асимметричный рефлекс Моро заставляет заподозрить очаговые повреждения центральной или периферической нервной системы (что наблюдается при различных формах детского церебрального паралича).

Наконец, наличие этого рефлекса у детей старше 6 мес указывает на поражение коры головного мозга. Рефлекс вызывается громким звуком, но чаще пассивными движениями головы ребенка. Для этого туловище ребенка поддерживают правой рукой, а голову — левой. Затем голову отпускают, позволяя ей отклониться на 10-15°. При резком повышении тонуса мышц имеется неполный рефлекс Моро: новорожденный только слегка отводит руки. В каждом случае следует определить порог рефлекса Моро — низкий или высокий. У грудных детей с поражением центральной нервной системы рефлекс Моро задерживается надолго, имеет низкий порог, часто возникает спонтанно при беспокойстве, различных манипуляциях. У здоровых детей рефлекс хорошо выражен до 4 — 5-го месяца, затем начинает угасать; после 5-го месяца можно наблюдать лишь отдельные его компоненты. Если рефлекс отсутствует с одной стороны, то необходимо исключить перелом ключицы или плеча, врожденный или травматический периферический паралич. При поражении полушарий большого мозга он долго не редуцирует и может сохраняться у детей старше 5-6 месяцев, часто возникает спонтанно при беспокойстве, различных манипуляциях.

Физиологический рефлекс Бабинского требует наблюдения в динамике и в комплексе с оценкой тонуса и других симптомов. Он отсутствует при периферическом параличе (парезе) ноги и важен также для общефункциональной оценки новорожденного: его нет при выраженном угнетении ЦНС. Длительное тоническое выпрямление большого пальца ноги в сочетании со спастичностью в ноге у детей конца первого года жизни может служить признаком поражения пирамидных путей.

Хоботковый рефлекс. Вызывается легким постукиванием пальцем по верхней губе ребенка — в ответ происходит складывание губ в виде хоботка. В норме хоботковый рефлекс выявляется у всех здоровых новорожденных, и у всех он постепенно угасает к трехме-

сячному возрасту. Так же, как и сосательный рефлекс, хоботковый связан с важнейшим для полноценного развития процессом - питанием. Рефлекс обусловлен автоматическим сокращением круговой мышцы рта ребенка - одного из важнейших "сосательных" мускулов. По аналогии с поисковым рефлексом, сохранение его у детей старше трехмесячного возраста является признаком возможной патологии головного мозга, а отсутствие этого рефлекса у новорожденного нередко указывает на дисфункцию ствола головного мозга.

Поисковый рефлекс - если дотронуться чем-нибудь до щеки малыша, он повернет голову в эту сторону. При прикосновении к середине губы кроха откроет ротик и попытается найти соску. Grimасы, которые строит при этом ребенок, должны быть одинаковыми с обеих сторон. Если есть различия, возможно наличие родовой травмы или воспаления лицевого нерва. После 4 месяцев малыш открывает рот при виде соски, а не вследствие прикосновения. Часто поисковый рефлекс отсутствует у недоношенных детей вследствие угнетения или незрелости ЦНС. Отсутствие рефлекса у доношенных новорожденных и детей первых 2 месяцев перед кормлением указывает на возможное поражение головного мозга. Наличие повышенного или экзальтированного рефлекса у младенцев в конце первого года жизни свидетельствует о поражении полушарий большого мозга (гипоксически-травматическая энцефалопатия новорожденных, энцефалит и т.д.)

Сосательный рефлекс отсутствует у новорожденных и детей первых месяцев жизни перед кормлением при поражении мозгового ствола (родовая черепно-мозговая травма, тяжелая степень асфиксии и т.д.) и указывает на общую тяжесть состояния. Повышение и экзальтация рефлекса у детей в конце первого года может быть следствием органического поражения полушарий большого мозга.

Шейно-тонические и лабиринтный тонический рефлекс. Несвоевременная редукция у детей с поражениями нервной системы приводит к формированию патологической тонической активности, возрастает зависимость мышечного тонуса от положения тела и головы в пространстве. Это препятствует дальнейшему овладению ребенком двигательных функций.

ЭТО ВАЖНО! У новорожденных на поражение нервной системы указывает отсутствие нескольких безусловных рефлексов: защитного, опоры и автоматической походки (после 7-10 дня жизни), верхнего хватательного, ладонно-ротового рефлекса Бабкина и сосательного.

Моторика грудных детей нормально развивается при своевре-

менной редукации шейных тонических и лабиринтного тонического рефлексов и формировании нормального мышечного тонуса.

Исходя из особенностей психомоторного статуса здорового новорожденного ребенка, внимательно прослеживая во времени угасание врожденных рефлексов и приобретение двигательных и социальных навыков, можно оценить, насколько правильно и гармонично протекает развитие малыша на первом году жизни.

Данные по психомоторному развитию здорового доношенного ребенка представлены в таблице № 5. Приведенные в таблице нормы используются только в том случае, когда ребенок родился в срок и с нормальными показателями веса и роста.

Таблица № 5 Психомоторное развитие здорового доношенного ребенка на первом году жизни

Возраст (в месяцах)	Психоречевое развитие	Двигательное развитие
Новорожденность	Слух — при резком звуке вздрагивает или моргает. Со 2-й недели жизни — слуховое сосредоточение (плачущий ребенок умолкает, прислушивается при сильном звуковом раздражителе). Зрение — при ярком свете жмурится, поворачивает глаза к источнику света фиксирует и удерживает кратковременно взгляд за движущимся предметом.	Много спит, просыпается только на кормление или когда мокрый; Характерна поза «эмбриона» ручки и ножки прижимает к туловищу, кисти сжаты в кулачок; Двигательная активность хаотическая, нецеленаправленная; Возможно непостоянное легкое сходящееся косоглазие; Возможен редкий высокочастотный тремор (дрожание) подбородка, рук при крике, кормлении.
1 месяц	Кратковременная зрительная фиксация, плавное прослеживание за движущимся предметом. Слуховое сосредоточение: прекращение или изменение характера плача на голос взрослого. Речь — появляются отдельные звуки «г», «к». Первая улыбка при общении со взрослыми или во сне.	Лежа на животе — кратковременно приподнимает и удерживает голову. Моторика — в положении на животе поднимает голову, пытается ее удержать. Эмоции — открывает рот при обращении к нему взрослого (ротовое внимание).

Возраст (в месяцах)	Психоречевое развитие	Двигательное развитие
2 месяца	Четкий ритм сна и бодрствования. Сытый и сухой засыпает не сразу, спокойное бодрствование. Улыбка при общении со взрослыми. Длительно удерживает предмет в поле зрения. Ищет источник звука поворотом головы. Крик интонационно выразительный. Начинает гулить.	Лежа на животе длительно удерживает голову, в вертикальном положении — непостоянно. Непродолжительно удерживает вложенную игрушку в руке.
3 месяца	Активно бодрствует. Комплекс оживления при общении (активные движения, улыбка при общении со взрослыми, при появлении интересной игрушки). Певуче гулит. Плавно следит за игрушкой во всех направлениях. Сочетанный поворот головы и глаз к источнику звука. Направляет руку к игрушке. Рассматривает, ощупывает свои ручки.	Лежа на животе опора на согнутые под острым углом предплечья. В вертикальном положении хорошо удерживает голову. Физиологический гипертонус мышц постепенно проходит — ручки и ножки легко распрямляются, кисти не сжаты в кулачки. Может начать переворачиваться со спины на бок и даже на живот. Иногда ребёнок случайно наталкивается руками на игрушки, которые подвешены над кроваткой. В связи с угасанием рефлекса опоры, подвешенный в вертикальном положении начинает приседать или очень слабо опирается.
4 месяца	Ориентировочная реакция на общение перед комплексом оживления. Начинает различать лица и дифференцировать «свой — чужой». Певучее гуление, смех. Целенаправленно тянется к игрушке, захватывает ее всей ладонью. Рассматривает, ощупывает свои руки, одежду. Тянет руки в рот. Локализует звук в пространстве. Различает голоса близких.	Лежа на животе — опора на согнутые под прямым углом предплечья. Лежа на спине — при тракции за руки сгибает руки в локтях, приподнимает голову, подтягивается. Поворачивается со спины на бок или живот.

Возраст (в месяцах)	Психоречевое развитие	Двигательное развитие
5 месяцев	<p>Ориентировочная реакция, сменяющаяся оживлением или реакцией страха. Четко дифференцирует «свой-чужой». Адекватная реакция на интонацию, на голос матери беспокоится или оживляется. Певучее гуление с цепочками звуков, смех, хныканье. Переводит взгляд с предмета на предмет. Тянется к игрушке и захватывает ее, перекладывает игрушки из руки в руку, тянет руку и игрушку в рот, двумя руками держит бутылочку.</p>	<p>Лежа на животе опирается на вытянутые руки, на одну руку. На спине — при подтягивании за руки тянется за руками, присаживается. Уверенно поворачивается со спины на живот. Ровно стоит при поддержке.</p>
6 месяцев	<p>Четкая ориентировочная реакция; при виде матери беспокоится или оживляется. Рассматривает окружающие предметы и людей. Оптическая реакция опоры рук, захватывает игрушку с любой стороны. Держит в каждой руке по предмету, перекладывает игрушки из руки в руку. Поворачивается на звук, если внимание его не отвлечено игрушкой, (активное внимание) Начинает реагировать на своё имя. Хорошо ест с ложки, снимая губами, пьёт из чашки. Речь — ребенок подолгу может общаться сам с собой. Начало лепета (отдельные слоги говорит «ба», «ма).</p>	<p>Лежа на животе — опора на вытянутые руки, на одну руку. Лежа на спине- при тракции за руки садится. Посаженный удерживает позу с опорой на две руки. Поворачивается со спины на живот и обратно.</p>

Возраст (в месяцах)	Психоречевое развитие	Двигательное развитие
7 месяцев	<p>Внимательно рассматривает взрослых, прежде чем вступить в контакт. Реакция страха сменяется познавательным интересом. Дифференцирует «своих» и «чужих». Узнает голоса близких. Активный лепет. Захват игрушки сопровождается активными движениями. Перекладывает предмет из руки в руку, похлопывает рукой по игрушке. Находит взглядом знакомый предмет по просьбе взрослого. Пьет из чашки, которую держит взрослый.</p>	<p>Поворачивается с живота на спину и обратно. Посаженный ребенок сидит без опоры на руки. Стоит при поддержке. Становится на четвереньки. Ползает на животе попластунски.</p>
8 месяцев	<p>Игровой контакт с взрослыми. Четко дифференцирует «своих» и «чужих». Различает лица людей, знает свое имя. Активный, интонационно-выразительный лепет. Отталкивание предмета, кидание, стучит предметом о предмет, манипулирует 2—3 предметами. Хлопает в ладоши — играет в «ладушки», машет ручкой «пока-пока», тянется на руки ко взрослым, достаточно умело берет мелкие предметы, вкладывает их в крупные, интересуется пирамидкой. Подражает взрослым, понимает некоторые слова — «дай», «на», «где?», игровой контакт со взрослым. Сам держит в руке сухарик, кусочек хлеба, яблоко и пр. и грызет их.</p>	<p>Самостоятельно садится и сидит, не опираясь. Становится и ползает на четвереньках. Ухватившись за опору, становится на колени, на ноги.</p>

Возраст (в месяцах)	Психоречевое развитие	Двигательное развитие
9 месяцев	<p>Игровой контакт со взрослыми. Различные эмоциональные реакции при контакте с матерью. Отвечает действием на словесные инструкции. Ищет спрятанную игрушку. Общение при помощи жеста. Берет мелкие предметы двумя пальцами. В лепете разнообразные звуковые сочетания. Произносит отдельные слогоподражательные слова. Интонационно-мелодическая имитация фразы. Может начать приучаться к горшку, так как демонстрирует готовность опорожниться. Пьет из чашки, придерживая ее руками.</p>	<p>Сохраняет равновесие сидя при манипуляциях с предметами. Встает, ухватившись за опору. Хорошо ходит у опоры, переступает при поддержке за обе руки. Ползает, встает на колени.</p>
10 месяцев	<p>Реакция недовольствия на различные ситуации. Голосом сигнализирует о биологических нуждах. Подражание звукам, слогам. Разнообразие звуковых сочетаний. Лепетные слова. Подражательные движения рук — «ладушки», «до свидания». Игровой контакт со взрослым. Пальцевой захват игрушки. Играет с игрушками в соответствии с их назначением — машинки катает, пирамидку собирает, мячик бросает, кубики ставит друг на друга. Показывает части тела другого человека.</p>	<p>Стоит самостоятельно. Ходит при поддержке за ручку или опору держась одной рукой. Поднимается и спускается с невысокой лестницы.</p>

Возраст (в месяцах)	Психоречевое развитие	Двигательное развитие
11 месяцев	Выполняет некоторые просьбы, избирательно относится к окружающему. Реакция торможения при слове «нельзя». Говорит лепетные слова «ма-ма», «да-да», «тя-тя». Выбрасывание игрушек из кровати. Складывает пирамидку из колец с широкими отверстиями, любит играть с кубиками, мячиком. Подражательные движения — перелистывание страниц, запуск машины, показывает части своего тела.	Уверенно стоит без опоры. Приседает. Ходит, держась одной рукой, делает несколько шагов без опоры.
12 месяцев	Избирательное отношение к окружающим, подчиняется некоторым инструкциям. Обращается со взрослыми при помощи звуко сочетаний. Говорит 5-6 лепетных слов, выражена интонация просьбы, соотнесение лепетных звуков с лицами и предметами. Вкладывает один предмет в другой открывает коробку или ящик. Любит слушать чтение книг, показывает пальцем знакомых героев и предметы в книжке. Пользуется ложкой и гребенкой по назначению.	Ходит без поддержки. Приседает и встает.

Если ребенок родился недоношенным и/или маловесным, допустимые сроки приобретения навыков смещаются, однако они тоже имеют свой допустимый возрастной диапазон. Данные по особенностям психомоторных навыков у детей недоношенных и маловесных представлены в таблицах № 6 и № 7 соответственно.

**Таблица № 6 Особенности психомоторного развития детей,
родившихся с дефицитом массы тела.**

<p>Масса тела до 1000 г Зрительное и слуховое сосредоточение в 2–3 месяца. Удерживает голову в вертикальном положении в 3–4 месяца. Поворот со спины на живот в 6,5–7,5 месяцев. Поворот с живота на спину в 7,5–8,5 месяцев. Самостоятельно садится в 9–12 месяцев. Самостоятельно стоит в 11–12 месяцев. Самостоятельно ходит в 14–15 месяцев. Начинает произносить слова в 12–14 месяцев.</p>	<p>Масса тела от 1000 до 1500 г Зрительное и слуховое сосредоточение в 2–2,5 месяца. Удерживает голову в вертикальном положении в 3–4 месяца. Поворот со спины на живот в 6–7 месяцев. Поворот с живота на спину в 7–8 месяцев. Самостоятельно садится в 8–10 месяцев. Самостоятельно стоит в 11–12 месяцев. Самостоятельно ходит в 14–15 месяцев. Начинает произносить слова в 12 месяцев.</p>
<p>Масса тела от 1500 до 2000 г Зрительное и слуховое сосредоточение в 1,5–2 месяца. Удерживает голову в вертикальном положении в 2 месяца. Поворот со спины на живот в 5–6 месяцев. Поворот с живота на спину в 6–7 месяцев. Самостоятельно садится в 7–8 месяцев. Самостоятельно стоит в 9–10 месяцев. Самостоятельно ходит в 11–13 месяцев. Начинает произносить слова в 12–14 месяцев.</p>	<p>Масса тела от 2000 до 2500 г Зрительное и слуховое сосредоточение в 1–1,5 месяца. Удерживает голову в вертикальном положении в 1,5–2 месяца. Поворот со спины на живот в 5–5,5 месяцев. Поворот с живота на спину в 6–7 месяцев. Самостоятельно садится в 6–7 месяцев. Самостоятельно стоит в 9 месяцев. Самостоятельно ходит в 11–12 месяцев. Начинает произносить слова в 11–12 месяцев.</p>

**Таблица № 7 Особенности психомоторного развития детей,
родившихся недоношенными.**

Срок, на котором рожден ребенок	28 недель	32 недели	34 недели	40 недель	Должно насторожить!
Психическое развитие	Для пробуждения необходимо слегка «растормозить».	Спонтанно открывает глаза. Сон и бодрствование четко дифференцированы.	Сон чуткий, плач при пробуждении.		Постоянное возбуждение или постоянного угнетение.
Зрение слух сосание и глотание	Моргает от света. Замирает при резких звуках. Сосет вяло, но синхронно с глотанием.	Четкий рефлекс моргания. Сосет хорошо, синхронно с глотанием.	Глаза и голова поворачиваются к звуку. Хорошо координированное сосание и глотание.		Не реагирует на звуковой раздражитель. Сосание без глотания.
Моторное развитие	Конечности в позе разгибания.	Минимальное сгибание бедер и коленей.	Бедра и колени согнуты.	Верхние и нижние конечности в позе сгибания.	Низкий тонус мышц. Высокий тонус мышц. Судорожные движения. Стойкие неправильные позы.
Рефлексы: Моро Хватательный	Слабый, частичный, отсутствует. Присутствует, но слабый.	Слабый, но со всеми фазами.	Сильно выражен, со всеми фазами.	Физиологический Моро. Захват сильный, удерживает вес ребенка.	Асимметрия (разница сторон). Не выражен после 35 недель. Ладонь постоянно сжата в кулачок.

ЭТО ВАЖНО! Наблюдение ребенка, родившегося недоношенным и/или маловесным всегда должно проводиться опытными врачами-специалистами.

Нарушение темпов психомоторного развития детей до 1 года

Задержка психомоторного развития и становления двигательных навыков наблюдается при различных наследственных заболеваниях, у детей с патологией центральной нервной системы, приводящей к формированию стойких двигательных нарушений, вплоть до детского церебрального паралича. **При этом под задержкой понимается отставание в развитии на 2 и более месяцев.**

Особое внимание следует уделять детям с регрессом ранее приобретенных двигательных и психоречевых навыков, что может свидетельствовать о дегенеративных заболеваниях нервной системы.

Легкая (темповая) форма задержки развития часто встречается у недоношенных детей, при хронических не неврологических болезнях, рахите. При умеренных и тяжелых задержках рекомендуется провести специальное обследование.

Признаки нарушения моторного развития ребенка до 1 года

Чтобы определить, нарушено ли моторное развитие ребенка, необходимо знать следующие признаки моторных нарушений, которые появляются еще до того, как у малыша сформируются умения ползать, сидеть, ходить, играть с игрушками.

Обратить внимание участкового педиатра следует в том случае, если:

- к концу 1-го месяца жизни ребенок не удерживает на мгновение в вертикальном положении головку;
- к концу 2-го месяца не приподнимает головку на 5 см от поверхности и не удерживает ее, продолжает совершать несимметричные движения ручками и ножками;
- к концу 3-го месяца жизни малыш не может удерживать голову в вертикальном положении в течение полминуты, а лежа на животе – в течение 1-й минуты, не разглядывает свои ручки, не тянется полукруглой ручкой к игрушке, которую держат перед ним;
- к концу 4-го месяца жизни у ребенка отклоняется головка назад, когда его поднимают из положения лежа на спине, он не может приподнимать туловище, лежа на животе, опираясь на предплечья; в вертикальном положении при поддержке под мышками не опирается на кончики пальцев ног;
- к концу 5-го месяца жизни ребенок неуверенно держит голову, особенно когда его поднимают из положения лежа на спинке, самостоятельно плохо поворачивается с живота на спинку, не может уверенно протянуть ручку к игрушке;
- к концу 6-го месяца, лежа на животе, не может дотянуться до

- игрушки и захватить ее; при поддержке под мышками в вертикальном положении не перебирает ножками;
- к концу 7-го месяца при поддержке за ручку ребенок не пытается сесть;
 - к концу 8-го месяца малыш не может ползти назад, не может короткое время стоять при поддержке, не может удерживать пуговицу между большим и указательным пальцами;
 - к концу 9-го месяца плохо удерживает равновесие при сидении, не может повернуться вокруг своей оси и ползти вперед, не пытается сдвигать шапочку, самостоятельно пить из чашки;
 - к концу 11-го месяца жизни не ползает на четвереньках, не может сидеть с вытянутыми ногами, не пытается стоять и передвигаться, держась за опору;
 - к концу 12-го месяца ребенок не делает несколько шагов, держась за руки взрослого, не может удерживать одной рукой 2 маленькие игрушки или подать игрушку взрослому.

В рамках обследования вашему ребенку могут быть проведены следующие диагностические манипуляции:

Электроэнцефалография (ЭЭГ). Это метод графической регистрации электрической активности головного мозга с помощью прибора, который называется электроэнцефалограф. Цель исследования - определение наличия, типа и локализации эпилептической (судорожной) активности в головном мозге, диагностика судорожных и так называемых бессудорожных приступов. С помощью этого метода можно косвенно оценить зрелость и активность мозговых структур. Методика регистрации ЭЭГ абсолютно безвредна и, согласно международным стандартам, на первом году жизни наиболее информативна запись ЭЭГ в состоянии физиологического сна ребенка.

Нейросонография (НСГ) представляет собой метод ультразвуковой визуализации структур головного мозга через большой родничок или не полностью закрытые швы черепа ребенка. Исследование это по воздействию сравнимо с ультразвуковым обследованием беременной женщины, и не требует никакой предварительной подготовки. Цель исследования - оценка размеров и формы видимых структур головного мозга малыша как однократно, так и в динамике (через месяц, два, три).

Компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ) позволяют визуально оценить структуру головного мозга ребенка с более высокой точностью, нежели НСГ. Современному оборудованию для проведения КТ и МРТ доступно созда-

ние послойных фотографий мозговых структур с шагом (интервалом) в несколько миллиметров. В основе методики КТ лежит рентгеновское излучение, что обуславливает относительную «вредность» этого исследования, также недостатком КТ является плохая визуализация (изображение) белого вещества головного мозга. Безусловный плюс компьютерной томографии - скорость ее выполнения (несколько минут), поэтому данная манипуляция как правило, не требует специальной подготовки ребенка (сна или наркоза), малыша достаточно просто поддержать как при рентгеновском обследовании.

Изображение, которое можно получить с помощью МРТ, значительно более информативное, охватывает все мозговые структуры, оно получается с помощью магнитного поля, а не рентгеновских лучей, однако методика МРТ гораздо более длительна (20-30 минут) и требует от ребенка полной неподвижности, которую, как правило, можно обеспечить только с помощью наркоза (детей первого месяца жизни можно обследовать без наркоза в состоянии физиологического сна в специализированных амагнитных кюветзах).

Электронеиомиография (ЭНМГ) - комплекс методов, позволяющих определить функциональное состояние периферической нервной системы (нервов, нервных сплетений, нервно-мышечных контактов) и непосредственно мышц. В современной медицине есть два основных вида ЭНМГ - игольчатая ЭМГ, которая исследует электрическую активность мышц с помощью игольчатого электрода, и стимуляционная ЭНМГ, осуществляющаяся путем проведения нервного импульса по сенсорным и моторным периферическим нервным волокнам с помощью накожного электрода. Методика эта абсолютно безопасная, но болезненная для малыша.

Помимо ЭМГ, ЭЭГ, НСГ, КТ и МРТ вашему малышу может быть проведена регистрации вызванных потенциалов (слуховых и зрительных, для оценки зрения и слуха). В основе метода лежит регистрация биоэлектрических реакций мозга в ответ на внешнее раздражение. Кроме того, вашего ребенка могут проконсультировать генетик, сурдолог и офтальмолог. Обследование офтальмолога позволяет не только определить состояние глаза, но и взглянуть на так называемое, «глазное дно», по состоянию которого можно косвенно определить, что происходит в головном мозге малыша (например, как он кровоснабжается, нет ли в нем явлений отека и т.п.).

Стоит понимать, что заключения, которые вы получите после проведения даже самых современных методов обследования ребенка, не являются диагнозами. Рекомендовать их проведение, так же, как и трактовать их результаты, может только врач-невролог. Не из-

бегайте рекомендованных диагностических процедур, однако и не настаивайте на лишних для ребенка манипуляциях. И самое главное, уважаемые родители, и не впадайте в панику при прочтении заключений! В руках грамотного детского невролога трактовка результатов исследований может оказаться абсолютно безобидной.

ЭТО ВАЖНО! Все препараты, которые получит ребенок первого года жизни, должны быть назначены врачом. Ни одно лекарственное средство не может быть рекомендовано младенцу без предварительной консультации специалиста! Помните, что на первом месте всегда стоит безопасность вашего малыша.

Полезно также знать, что при задержке психомоторного развития более чем на два месяца необходимо начать специализированное неврологическое лечение с использованием методик лечебной физкультуры (ЛФК), лечебного массажа, физиотерапии, логопедической коррекции, а также медикаментозную терапию, направленную на стимуляцию психических, речевых и моторных навыков.

Немедикаментозная коррекция задержки психомоторного развития у детей первого года жизни

Физическая реабилитация: разнообразный лечебный массаж, лечебная гимнастика, лечение «положением» (укладки, тьюторы, «воротники», ортопедическая обувь и т. д.), Войта-терапия; упражнения в воде и гидромассаж; сухая иммерсия (имитация невесомости); физиотерапия (переменное магнитное поле, синусоидальные модулированные токи, электрофорез, парафинотерапия, лазеротерапия, свето- и цветотерапия).

Психолого-педагогическая коррекция: коррекционная (кондуктивная) педагогика; психотерапевтическая коррекция в диаде «мать–дитя» (контакт «кожа-к-коже», «кенгуру»); музыкотерапия, эстетотерапия; тактильно-кинестетическая стимуляция. Для недоношенных детей рекомендуется сочетание двух-трех «мягких» методов физического воздействия с психоэмоциональной и психо-сенсорной коррекцией, это помогает моделировать эффект так называемых «сенсорных комнат», применяемых в реабилитации более старших пациентов.

ЭТО ВАЖНО! При обращении с ребенком первого года жизни к специалисту по массажу или к логопеду в обычной амбулаторной сети, вы скорее всего, услышите, что массаж малышу надо начинать делать не ранее 3-х месяцев, а для занятий с логопедом придется подождать 3-5 летнего возраста. Эта информация относится к детям, не имеющим неврологических проблем, и касается

общеоздоровительных процедур. Если ваш ребенок получил лечебные рекомендации от детского невролога - обратитесь в специализированное учреждение! Опытные специалисты окажут вам грамотную, высококвалифицированную помощь.

Нарушения мышечного тонуса

Тонусные нарушения у младенца могут быть локальными (заинтересовывать одну группу мышц) или распространенными (заинтересовывать несколько мышечных групп). По характеру изменения мышечного тонуса они подразделяются на гипотонию (сниженный тонус), гипертонус (повышенный тонус) и дистонию (неправильное сочетание повышенного и пониженного тонуса).

Типичным и наиболее часто встречающимся локальным тонусным нарушением можно считать младенческую кривошею.

Кривошея, как правило, бывает обусловлена негрубым недоразвитием или травматическим повреждением грудино-ключично-сосцевидной мышцы и корешков, выходящих из С5-С6 сегментов спинного мозга или добавочного нерва. К возрасту 6-9 месяцев кривошея обычно исчезает. Однако легкие симптомы кривошеи можно обнаружить и в более старшем возрасте: в этом случае ощущается сопротивление при повороте в противоположную пораженной мышце сторону.

В качестве лечения этой проблемы ребенку могут назначить аппликации, электрофорез или обкалывание, укладки головы в правильное положение с помощью подушки «баранки».

Мышечная гипотония (синдром «вялого ребенка») проявляется главным образом уменьшением сопротивления пассивным движениям и увеличением их объема (появления разболтанности в суставах). В тяжелых случаях гипотония оказывает влияние на позу ребенка: ярко выраженным симптомом мышечной гипотонии является «поза лягушки». Синдром «вялого ребенка» может иметь место при большом спектре заболеваний: тяжелые не неврологические заболевания, рахит, тяжелая перинатальная гипоксия (кислородная недостаточность) и родовая травма, приводящие к формированию церебрального паралича, нарушения обмена веществ, нервно-мышечные болезни, аномалии развития и дегенеративные заболевания нервной системы, хромосомные синдромы, некоторые формы эндокринной патологии.

Диффузная мышечная гипотония часто встречается при наследственной патологии. В таком случае также возможны недостаточная прибавка в весе и росте, эпилептические приступы, эпизоды

острого нарушения мозгового кровообращения. Выраженное снижение мышечного тонуса часто встречается у недоношенных детей, причем к 3-6 месяцам у них возможна трансформация гипотонии в спастический синдром.

При выраженной стойкой мышечной гипотонии, особенно в сочетании с задержкой психомоторного развития, необходимо проведение регулярных реабилитационных курсов (массаж, ЛФК, физиотерапия, гидро- и бальнеотерапия, иглорефлексотерапия, логопедические занятия, медикаментозное лечение).

Мышечный гипертонус проявляется как незначительный (не затрудняющий движения и развитие), так и ярко выраженной вплоть до спастического синдрома (крайняя форма гипертонуса).

Повышение мышечного тонуса может сочетаться с активацией тонических рефлексов и задержкой угасания безусловных рефлексов. Тонические рефлексы в сочетании с повышенным мышечным тонусом оказывают патологическое влияние на позу ребенка. Такая картина зачастую наблюдается у недоношенных и незрелых детей, а также при формировании детского церебрального паралича. В последнем случае безусловные рефлексы могут даже усиливаться.

Дистонии и гиперкинезы (неправильные, лишние, вычурные и избыточные движения) - эти клинические проявления чаще появляются после 3-6 месяцев жизни, но могут отмечаться и с рождения.

Гиперкинезы, как правило, характеризуют поражение подкорковых ядер головного мозга, которые нередко сочетаются с другими неврологическими симптомами (например, с тугоухостью). Как гипертонус, так и дистонии, формируя длительные неправильные позовые установки у ребенка, с течением времени приводят к деформациям скелета малыша. Поэтому при наличии двигательных нарушений, помимо невролога, такого ребенка обязательно должен наблюдать ортопед.

С момента установления диагноза рекомендуется начать курс восстановительного лечения. Проведение восстановительной терапии (при отсутствии противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем, отсутствии эпилептических пароксизмов и др.) включает массаж, лечебную физкультуру, ортопедические укладки, физиотерапевтическое лечение, гидро - и бальнеотерапию, иглорефлексотерапию, логопедические занятия, занятия в сенсорных комнатах.

ЭТО ВАЖНО! Настаивайте у каждого невролога, который осматривает вашего малыша, чтобы он тщательно фиксировал, записывал все показатели неврологического статуса в историю

болезни! В течение первого года жизни тонусные характеристики ребенка могут неоднократно изменяться, что может повлиять на диагноз и лечение.

Методики раннего развития и медикаментозную терапию выбирают индивидуально, в зависимости от выраженности синдрома и сочетания его с задержкой развития, гиперкинетическим и дистоническим синдромами.

Травматические и воспалительные повреждения нервных волокон и сплетений

Нарушения мышечного тонуса по гипотоническому типу могут быть как генерализованными и симметричными, так и затрагивающими одну конечность (локальное снижение мышечного тонуса в пределах одной конечности) - это проявления вялого монопареза (нарушение иннервации одной конечности).

Наиболее характерной патологией новорожденных, проявляющейся картиной монопареза руки (пареза Эрба), является родовое повреждение плечевого сплетения, которое требует немедленного начала восстановительного лечения в условиях неврологического стационара. Монопарез нижней конечности может быть вызван инъекционным невритом (после укола). В случае возникновения у младенца нетравматических вялых парезов, необходимо исключить полиомиелит.

Пароксизмальные состояния у детей грудного возраста

В практике детского невролога есть немало состояний, протекающих пароксизмально, т.е. возникающих внезапно, кратковременно существующих и резко прекращающихся. Например, эпилептические припадки обычно сопровождаются потерей сознания. Но не все пароксизмы протекают с нарушением сознания, некоторым из них свойственна весьма необычная симптоматика. Это может стать причиной диагностических ошибок.

Особую сложность представляет выявление и дифференциация различных пароксизмальных состояний в младенческом возрасте. Для выбора правильной тактики лечения необходимо различать пароксизмальные состояния эпилептической и неэпилептической природы. Однако четко разграничить причину пароксизмов и их прогноз может только опытный невролог-эпилептолог. Родители, увидев любые необычные движения у своего ребенка, напоминающие судороги, должны сразу же вызвать бригаду скорой медицинской помощи и зафиксировать время начала приступа. При этом нет никакой необходимости пытаться насильно вставить какой-либо

предмет (типа палки или ложки) в рот ребенку с судорогами.

Аффективно-респираторный пароксизм представляет собой кратковременную остановку дыхания на высоте плача с побледнением или посинением кожных покровов. Необходимо дифференцировать аффективно-респираторные пароксизмы с синдромом апноэ (прекращения дыхания), который часто встречается у недоношенных и незрелых младенцев, а также у детей с патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем, ствола мозга. Для четкой дифференциации проводят специальное исследование - полисомнографию, позволяющую с помощью одновременной регистрации ЭЭГ, электрокардиограммы и спирограммы (графика дыхания) определить, что является первопричиной нарушения дыхания у малыша. Сами по себе, аффективно-респираторные пароксизмы не являются эпилептическими, однако частота их дальнейшей трансформации в эпилепсию довольно высока.

Пароксизмальные нарушения сна представляют собой достаточно большую группу состояний, которые необходимо дифференцировать у детей как с не неврологическими болезнями, так и с эпилептическими пароксизмами. Наиболее характерные представители пароксизмальных нарушений сна – ночные кошмары, во время которых малыш резко и пронзительно начинает кричать и плакать, не пробуждаясь при этом полностью и мало реагируя на окружающее. Наличие часто повторяющихся ночных кошмаров может указывать на неблагоприятное психического состояния ребенка.

Фебрильные судороги (ФС) - самый распространенный вариант пароксизмальных состояний в детском возрасте. Это пароксизмы различной продолжительности, протекающие преимущественно в виде судорожных припадков у детей грудного и раннего возраста при температуре тела не менее 37,8-38,5°C. ФС имеют повышенную вероятность трансформации в эпилепсию.

Выделяют типичные и атипичные ФС. Первые имеют небольшую продолжительность (до 15 минут), генерализованный характер (вовлечены все конечности, кратковременно утрачивается сознание); показатели психомоторного развития ребенка обычно соответствуют возрастным, при этом нет типичных изменений на ЭЭГ. Как правило, подобные фебрильные судороги могут быть повторными, но после 5 лет они не появляются.

При атипичных ФС продолжительность приступа составляет более 15 минут (до нескольких часов), наблюдается преимущественная заинтересованность конечностей с одной стороны; иногда после приступа возникают Тоддовские парезы – преходящая мышечная

слабость в конечностях, заинтересованных судорогой (в 0,4% случаев), на ЭЭГ нередко эпилептические очаговые изменения.

Такие пациенты требуют наблюдения невролога, полного обследования, включающего проведение электроэнцефалографии, магнитно-резонансной томографии или компьютерной томографии головного мозга и, при необходимости, других обследований.

Неонатальные судороги (НС) возникают в течение первых 4 недель жизни доношенного новорожденного (с 1-го по 28-й день) и несколько позже у недоношенных. Такие судороги довольно сложно отличить по клиническим проявлениям от доброкачественных движений ребенка - их наличие устанавливается с помощью ЭЭГ с видеозаписью.

ЭТО ВАЖНО! Эпилепсия - распространенное неврологическое заболевание, особенно в детском возрасте. Помимо создания угрожающих жизни младенца состояний при затяжных и осложненных судорожных припадках, эпилепсия приводит к отдаленным негативным последствиям, нарушая познавательное, психо-социальное и двигательное развитие ребенка.

Современные противосудорожные препараты дают возможность контролировать большинство приступов и при благоприятных формах добиться полного излечения. Однако нередко родители боятся давать их детям, опасаясь их побочных эффектов. Тем не менее, если вашему ребенку назначено противосудорожное лечение, несмотря ни на какие побочные эффекты, препараты самостоятельно отменять нельзя! Это может угрожать жизни вашего малыша! А все опасения стоит обсудить со специалистом. Не лишайте из-за своих предрассудков своего ребенка здорового будущего!

Симптомы поражения ствола мозга

Мозговой ствол, или ствол головного мозга - традиционно выделяющийся отдел головного мозга, представляющая собой протяжённое образование, продолжающее спинной мозг.

В стволе мозга сконцентрированы жизненно-важные центры, отвечающие за дыхание, глотание, сердечную деятельность, согласованные движения глаз и т.п. У новорожденных с неврологическими проблемами деятельность этих центров может быть недостаточно сформирована или повреждена. Недооценка симптомов поражения ствола головного мозга может привести к критическим последствиям.

Бульбарные, псевдобульбарные расстройства у детей с поражением нервной системы отмечаются с рождения. Проявляются вялым сосанием, затем малыш начинает поперхиваться слюной и пи-

щей, захлебываться, пища выливается через нос, изменяется тонус языка, нарушается формирование речи.

Глазодвигательные расстройства очень характерны для детей младенческого возраста с патологией ЦНС. Спектр возможных нарушений включает в себя нистагм (дрожание глазных яблок), различные виды косоглазия. Крайне важно выделение из этой группы слабоблуждающих пациентов, так как глазодвигательные нарушения могут являться первыми симптомами нарушения зрительной функции (например, так называемый, «плавающий нистагм слепых»). Такие малыши нуждаются в совместном наблюдении невролога и офтальмолога.

Нарушения дыхания и сердечного ритма также характерны для пациентов с нарушенной функцией стволовых структур. Особенно подвержены нарушениям дыхания или апноэ и аритмиям младенцы, родившиеся недоношенными и маловесными. В такой ситуации принципиальной задачей является дифференциальная диагностика неврологических и не неврологических (кардиологических, дыхательных) причин выявленных нарушений. В этом случае необходима тщательная диагностика и наблюдения невролога, пульмонолога, кардиолога и ЛОР-врача.

ЭТО ВАЖНО! Обязательно спросите специалистов о наличии стволовых нарушений у вашего малыша! Их последствия могут быть очень грозными (например, дыхательные нарушения по типу апноэ обуславливают синдром внезапной младенческой смерти, а нарушения глотания и хронические «поперхивания» приводят к тяжелейшим аспирационным пневмониям). При правильном и тщательном уходе (правильная поза ребенка во время сна, кормление с приподнятым головным концом и специальная диета) неприятностей можно избежать даже без дополнительных лекарственных препаратов.

Симптомы, не требующие дополнительного неврологического наблюдения

Физиологический тремор - ритмичные подергивания ручек или подбородка во время крика или кормления. В норме эти симптомы имеют место у половины детей в возрасте до 3 месяцев. Часто тремор наблюдается у недоношенных новорожденных до 6 месяцев.

Физиологическая астазия-абазия - с 2 до 5 месяцев ребенок при «подвешивании» не опирается на плоскость ногами, поджимает их, в соответствии с этим и нет шаговых движений (в связи с угасанием рефлекса опоры).

Яктация – укачивающие (самоуспокаивающие) движения ту-

ловища и/или головы, появляющиеся у ребенка преимущественно перед сном, характерны для детей, воспитывающихся без попечения родителей.

Комплекс оживления – разнообразные хаотичные движения, сопровождающие эмоциональные, как правило, позитивные «всплески». Особенно характерны для детей с иммобилизованными конечностями (например, получающими лечение гипсованием или ортопедическими аппаратами).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для своевременной диагностики различной патологии необходимо регулярно проходить плановые осмотры специалистов. В первую очередь педиатр должен осматривать ребенка каждый месяц. Обязательные осмотры невролога, офтальмолога и ортопеда в 1,3,6 и 12 месяцев позволяют своевременно выявить те или иные нарушения и назначить лечение.

Все дети с проявлениями неврологической патологии нуждаются в длительном динамическом наблюдении специалистов и проведении индивидуально подобранных повторных курсов восстановительного лечения, с интервалом не более трех месяцев и с регулярным контролем его эффективности: в течение первого года жизни - в условиях амбулаторных реабилитационных центров, отделений стационаров и районных поликлиник.

Но, для того чтобы реабилитационный процесс был непрерывным, усилий специалистов здравоохранения недостаточно. Роль всех членов семьи в этом процессе неопределима! Профессионалы, заинтересованные в результате своего труда, с удовольствием проводят обучение матерей основам занятий ЛФК, грудничкового плаванья, методикам раннего развития детей. Вопреки укоренившемуся мнению, восстановительное лечение детей с перинатальной патологией нервной системы должно начинаться сразу после постановки диагноза, и прекращаться только после того как малыш по всем параметрам физического, моторного и психоречевого развития «догонит» своих сверстников.

Уважаемые родители! Помните: здоровье и будущее вашего малыша во многом зависят от вашего внимания, заботы, терпения и любви!