

М.Л. ВУТТО, В.М. КУЗЬМІН

ДІАГНОСТИКА СЛУХУ У ДІТЕЙ З ДЦП

*Ів.-Франків. обл. дит. клін. лікарня
(голов. лікар – Заслуж. лікар України Р.Й. Котурбаш)*

Дитячий церебральний параліч – термін, що об'єднує групу непрогресуючих розладів, які виникли внаслідок недорозвитку чи ушкодження мозку. Це складне захворювання нервової системи з розладом не тільки рухових функцій, але і нерідко з порушенням слуху, що в подальшому викликає затримку мовного та розумового розвитку [11].

До причин виникнення ДЦП відносяться шкідливі фактори, які впливають на перебіг вагітності та пологів, а також післяпологові ушкодження мозку. Допологові фактори ризику: гостра та хронічна екстрагенітальна патологія (захворювання нирок, гіпертонічна хвороба, ожиріння, цукровий діабет та ін.), перенесені матір'ю у період вагітності інфекційні захворювання, Rh-конфлікт, вплив токсичних речовин на перебіг вагітності, стресові стани. Фактори ризику під час пологів – це, насамперед, асфіксія новонародженого, крововиливи в мозок і його оболонки. Післяпологові ураження мозку виникають внаслідок перенесених інфекційних захворювань та черепно-мозкових травм [6-8, 10, 13].

За даними літератури, порушення слуху відмічається у 10-40% дітей із захворюванням на ДЦП і 82% з них виникають впродовж 1-2-го року життя, тобто у період становлення мови. За даними Т.А. Полуніної [10], при імпедансометричному обстеженні 116 дітей з ДЦП патологія слуху виявлена у 66,4% з них, у 19 (16,4%) – сенсоневральна приглухуватість і у 4 (3,5%) – коркова глухота. У віці з 3 до 4 міс для дитини велике значення має слухове сприйняття у формуванні просторового уявлення. Реакція на звук є важливим стимулятором зорового сприйняття простору. Тому у дітей з церебральним паралічем в результаті недостатності слухових подразників можуть

бути дефекти просторово-розпізнавальної діяльності. Порушення гостроти слуху часто спостерігається при гіперкінетичній формі церебрального параліча, а це призводить до затримки мовного розвитку. Рання діагностика порушень слуху у дітей з ДЦП відіграє важливу роль в подальшому мовному розвитку [4, 5, 9-11].

За 2009-2011 роки нами було обстежено 136 дітей віком до 10 років з різними формами ДЦП (табл. 1). Вада слуху виявлена у 27 з них (19,8%): хлопчиків - 19, дівчат – 8. Сенсоневральна приглухуватість II-III ст. була у 18 дітей, сенсоневральна глухота у 9 (табл. 2). Серед обстежених з ДЦП та вадою слуху відмічались народжені недоношеними в т.г. 24-32 т., з масою тіла при народженні менше 1800 г. – 9 дітей (з них у 4 – епісіндром), новонароджені з гемолітичною жовтяницею – 8, асфіксія після народження – у 4, народжених шляхом Кесаревого розтину було 4, внутрішньоутробне інфікування у 2. З них 3 дітей після народження знаходились в реанімаційному в-ні на ШВЛ.

У всіх дітей проводилось дослідження акустичним імпедансометром АТ 235 h (Данія) та клінічним аудіометром АД 229v (Данія). В даній групі обстежуваних при наявності тимпанограми типу А акустичні рефлекси при ipsi- та contra-латеральній стимуляції були різко знижені. На аудіограмах у дітей з ДЦП при сенсоневральній приглухуватості II-III ст. був підвищений поріг повітряної провідності в зоні 3000-8000 Гц до 70-80 дБ та кісткової провідності – до 50-60 дБ. Відповідно, при сенсоневральній глухоті підвищення порогу провідності – на всіх хвилях з падінням вниз до 90-110 дБ або з відривом в зоні 4000-6000 Гц, кісткова провідність сприймалась в зоні

125-1000 Гц силою 50-60дБ з відривом в зоні 500-1000 Гц. В ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМНУ» в сурдологічний центр було направлено 15 дітей, з них 8 обстежено методом КСВП – поріг реєстрації V піку визначався

в межах 70-80 дБ двобічно при сенсоневральній приглухуватості та до 100 дБ при глухоті. Всі діти з ДЦП при наявності вади слуху були бінаурально слухопротезовані. В подальшому вони займались вивченням мови з сурдопедагогами.

Таблиця 1

Статистичні дані дослідження слуху у дітей з ДЦП

2009 рік		Число обстежених дітей											
		2010 рік				2011 рік				разом			
вік дітей													
до 5 р.		6-10 р.		до 5 р.		6-10 р.		до 5 р.		6-10 р.		136	
хл.	дівч.	хл.	дівч.	хл.	дівч.	хл.	дівч.	хл.	дівч.	хл.	дівч.	хл.	дівч.
18	6	7	11	25	11	12	7	22	7	7	3	91	45

Таблиця 2

Таблиця показників порушення слуху у дітей з ДЦП

Форми ДЦП	Число обстежених дітей												
	2009 рік				2010 рік				2011 рік				всього
	до 5 р.		6-10 р.		до 5 р.		6-10 р.		до 5 р.		6-10 р.		
	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	хл.	дів.	
Гіперкінетична	2	1	2		2	1	1		1	1			11
Диплегічна	2		1		1	1			2				7
Геміплегічна	2	1	1		1	2			1	1			9
Всього	6	2	4		4	4	1		4	2			27

Наводимо власне спостереження.

Дитина І., хлопчик, 2006 р.н., народжений від 3-ї вагітності на фоні загрози викидню в 12-14 та 26-28 т.г. шляхом вчасних фізіологічних пологів, з масою тіла 3650 г. У матері виявлено Rh-, в дитини – Rh+, титр антитіл під час вагітності – 1:8. В пологовому будинку діагностовано жовтяницю, у зв'язку з чим дитина переведена у від-ня патології новонароджених (д-з: гемолітична хвороба новонародженого, зумовлена конфліктом по резус фактору, жовтянично-анемічна форма, тяжкого ступеня, антенатальне ураження ЦНС інфекційно-токсичного генезу). В аналізах крові в динаміці загальний білірубін – 368 ммоль/л (пр. – 82,8, непр. – 285,2). В подальшому заг. білірубін – 207 ммоль/л, при виписці –

20,7 ммоль/л, пр. – 6,9, непр. – 13,8. Стан хлопчика був тяжкий, у цей же час він переніс енцефаліт не уточненого генезу, після виписки спостерігався дитячим неврологом.

Через 6 міс хворий госпіталізований в неврологічне від-ня зі скаргами матері на відставання в його розвитку – з трудом утримує голівку, слабкий упір в ніжках, не може захопити предмети в руки, нечітке зорове зосередження. Консультація неврологом: м'язова гіпотонія, спонтанна рухова моторика сповільнена, рефлексії нижніх кінцівок пригнічені. Д/з: синдром рухових розладів як наслідок анте- і постнатального ураження ЦНС; загроза ДЦП. При повторній госпіталізації в неврологічне від-ня у віці 1 рік рухи в кінцівках були сповільнені,

у верхніх кінцівках – дискоординовані, з трудом бере предмети у руки, м'язовий тонус в кінцівках – дистонічний, сухожильні рефлексії – високі. Найявні патологічні стопні знаки двобічно, дитина сидить невпевнено, переступає при підтримці, встає на пальчики з тенденцією до схрещування ніжок. Було виставлено діагноз: дитячий церебральний параліч, двійна геміплегія з затримкою мовного відтворення.

У віці 2 років життя у дитини проведено дослідження слуху при сурдологічному кабінеті ОДКП. На імпедансограмі при тимпанограмі типу А спостерігається зниження АРВВМ при ipsi- та contra-латеральній стимуляції двобічно. При реєстрації

КСВП – V пік визначається при інтенсивності стимулу 60-70 дБ. Викликана ОАЕ реєструється зліва, справа – відсутня.

Д/з: двобічна сенсоневральна приглухуватість III ст.; дитина бінаурально слухопротезована.

Висновки:

1) у всіх дітей з факторами ризику та при загрозі виникнення ДЦП доцільно проводити з раннього віку повне обстеження слухового аналізатора;

2) рання діагностика вад слуху дозволяє здійснити своєчасне слухопротезування, що є важливим заходом для подолання затримки мовного розвитку дитини.

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. // Журн. неврологии и психиатрии. – 1987. – №10. – С. 1445-1448.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т. Детские церебральные параличи. – Киев: Здоровье, 1988.
3. Баришнев Ю.И., Руссу Т.С., Казанцева Л.З. Дифференциальный диагноз врожденных и наследственных заболеваний у детей. – Кишинев, 1984.
4. Боскис Р.М. Принципы диагностики речевых нарушений при снижении слуха у детей // Вопросы патологии речи. – Харьков, 1959. – Т. 32.
5. Вознюк Л. М., Климчук Н.Б., Мерленко І.М., Петрович В.С. Дитячий церебральний параліч: поради батькам і педагогам. – Луцьк, 2002. – С. 12-20.
6. Григорьева И.Ф., Лях Г.С., Семаков А.Н. Топическая диагностика поражений слуховой и вестибулярной системы. – Москва, 1987. – С. 81-90.
7. Евтушенко С.К., Евтушенко О.С. О новых взглядах на патогенез детского церебрального паралича Ж. // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 1993. – Т. 11, № 2.
8. Евтушенко С.К. Новые технологии в реабилитации детского церебрального паралича: Тезисы. – Донецк, 1994.
9. Качесов В.А. ДЦП. – Санкт-Петербург, 2005.
10. Полунина Т.А. Диагностика лечение и реабилитация тугоухости у детей с детским церебральным параличом: Выдержки из автореферата и диссертации. – М., 2007.
11. Цукер М.Б. Клиническая невропатология детского возраста. – Москва, 1986.

Надійшла до редакції 15.03.13.

© М.Л. Вутто, В.М. Кузьмін, 2013