

22. Ehrlich PF. Bilateral Wilms' tumor: the need to improve outcomes. *Expert. Rev. Anticancer. Ther.* 2009; 9 (7): 963–973.

23. Breslow NE, Collins AJ, Ritchey ML, Grigoriev YA, Peterson SM, Green DM. End stage renal disease in patients with Wilms tumor: results from the National Wilms Tumor Study Group and the United States Renal Data System. *J. Urol.* 2005; 174 (5): 1972–1975.

24. Kist-van Holthe JE, Ho PL, Stablein D, Harmon WE, Baum MA. Outcome of renal transplantation for Wilms' tumor and Denys-Drash syndrome: a report of the North American Pediatric Renal Transplant Cooperative Study. *Pediatr. Transplant.* 2005; 9 (3): 305–310.

25. Aronson DC, Slaar A, Heinen RC, de Kraker J, Heij HA. Long-term outcome of bilateral Wilms tumors (BWT). *Pediatr. Blood Cancer.* 2011; 56 (7): 1110–1113.

26. Beckwith JB. New developments in the pathology of Wilms tumor. *Cancer Inves.* 1997; 15 (2): 153–162.

27. Perlman EJ, Faria P, Soares A, Hoffer F, Sredni S, Ritchey M, Shamberger RC, Green D, Beckwith JB. Hyperplastic perilobar nephroblastomatosis: long-term survival of 52 patients. *Pediatr. Blood Cancer.* 2006; 46 (2): 203–221.

28. Furtwängler R, Schmolze M, Gräber S, Leuschner I, Amann G, Schenk JP, Niggli F, Kager L, von Schweinitz D, Graf N. Pretreatment for bilateral nephroblastomatosis is an independent risk factor for progressive disease in patients with stage V nephroblastoma. *Klin. Padiatr.* 2014; 226 (3): 175–181.

29. Bernstein L, Linet M, Smith MA. Renal Tumors. In: *Cancer incidence and survival among children and adolescents: United States SEER Program 1975–1995.* Ries LA, Smith MA, Gurney JG, eds. Bethesda, Md: National Cancer Institute, SEER Program, 1999. NIH Pub.No. 99-4649, pp. 79-90. Also available online. Last accessed March 03, 2016.

30. Furtwängler R, Gooskens SL, van Tinteren H, de Kraker J, Schleiermacher G, Bergeron C, de Camargo B, Acha T, Godzinski J, Sandstedt B, Leuschner I, Vujanic GM, Pieters R, Graf N, van den Heuvel-Eibrink MM. Clear cell sarcomas of the kidney registered on International Society of Pediatric Oncology (SIOP) 93-01 and SIOP 2001 protocols: a report of the SIOP Renal Tumour Study Group. *Eur. J. Cancer.* 2013; 49 (16): 3497–3506.

31. Tomlinson GE, Breslow NE, Dome J. Rhabdoid tumor of the kidney in the National Wilms' Tumor Study: age at diagnosis as a prognostic factor. *J. Clin. Oncol.* 2005; 23 (30): 7641–7645.

32. Ahmed HU, Arya M, Levitt G, Duffy PG, Sebire NJ, Mushtaq I. Part II: Treatment of primary malignant non-Wilms' renal tumours in children. *Lancet Oncol.* 2007; 8 (9): 842–848.

33. van den Heuvel-Eibrink MM, van Tinteren H, Rehorst H, Coulombe A, Patte C, de Camargo B, de Kraker J, Leuschner I, Lugtenberg R, Pritchard-Jones K, Sandstedt B, Spreafico F, Graf N, Vujanic GM. Malignant rhabdoid tumours of the kidney (MRTKs), registered on recent SIOP protocols from 1993 to 2005: a report of the SIOP renal tumour study group. *Pediatr. Blood Cancer.* 2011; 56 (5): 733–737.

34. Geller JI, Dome JS. Local lymph node involvement does not predict poor outcome in pediatric renal cell carcinoma. *Cancer.* 2004; 101 (7): 1575–1583.

35. Selle B, Furtwängler R, Graf N, Kaatsch P., Bruder E., Leuschner I. Population-based study of renal cell carcinoma in children in Germany, 1980–2005: more frequently localized tumors and underlying disorders compared with adult counterparts. *Cancer.* 2006; 107 (12): 2906–2914.

36. England RJ, Haider N, Vujanic GM, Kelsey A, Stiller CA, Pritchard-Jones K, Powis M. Mesoblastic nephroma: a report of the United Kingdom Children's Cancer and Leukaemia Group (CCLG). *Pediatr. Blood Cancer.* 2011; 56 (5): 744–748.

37. Kaplan EL, Meier P. Nonparametric estimation from incomplete observations. *J. Am. Stat. Assoc.* 1958; 53: 457–481.

38. Scott RH, Walker L, Olsen OE, Levitt G, Kenney I, Maher E, Owens CM, Pritchard-Jones K, Craft A, Rahman N. Surveillance for Wilms tumour in at-risk children: pragmatic recommendations for best practice. *Arch. Dis. Child.* 2006; 91 (12): 995–999.

39. Teplick A, Kowalski M, Biegel JA, Nichols KE. Educational paper: screening in cancer predisposition syndromes: guidelines for the general pediatrician. *Eur. J. Pediatr.* 2011; 170 (3): 285–294.

40. Sethi AT, Narla LD, Fitch SJ, Frable WJ. Best cases from the AFIP: Wilms tumor in the setting of bilateral nephroblastomatosis. *Radiographics.* 2010; 30 (5): 1421–1425.

41. Стандарты оказания специализированной помощи детям и подросткам с гематологическими и онкологическими заболеваниями. М.: Медпрактика-М, 2009.

42. Клинические рекомендации по диагностике и лечению детей, больных нефробластомой. В.Г. Поляков, ред. М., 2015.

43. Green DM, Breslow NE, Beckwith JB, Finklestein JZ, Grundy P, Thomas PR, Kim T, Shochat S, Haase G, Ritchey M, Kelalis P, D'Angio GJ. Effect of duration of treatment on treatment outcome and cost of treatment for Wilms' tumor: a report from the National Wilms' Tumor Study Group. *J. Clin. Oncol.* 1998; 16 (12): 3744–3751.

© Левченко И.Ю., Агаева В.Е., 2017

DOI:  
https:

И.Ю. Левченко, В.Е. Агаева

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЁБА

Государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования Московский городской педагогический университет Институт специального образования и комплексной реабилитации, Москва, РФ

### Контактная информация:

Левченко Ирина Юрьевна – доктор психологических наук, проф., зав. лабораторией инклюзивного образования Института специального образования и комплексной реабилитации ГАОУ ВО МГПУ  
Адрес: Россия, 119261, г. Москва, ул. Панферова, 8, стр. 2  
Тел.: (499) 134-94-68,  
E-mail: ksp\_defak\_mgggu@mail.ru  
Статья поступила 6.03.17,  
принята к печати 23.06.17.

### Contact Information:

Levchenko Irina Yurievna – Ph.D., prof., head of Laboratory of Inclusive Education, Institute of Special Education and Comprehensive Rehabilitation  
Address: Russia, Moscow, Panferova str., 8/2  
Tel.: (499) 134-94-68,  
E-mail: ksp\_defak\_mgggu@mail.ru  
Received on Mar. 6, 2017,  
submitted for publication on Jun. 23, 2017.

Максимальное восстановление речи детей с врожденными расщелинами губы и нёба (ВРГН) является необходимым звеном психосоциальной адаптации, так как наличие данной патологии обуславливает развитие сложного комплекса нарушений жизнедеятельности и в дальнейшем приводит к социальной депривации и ограничению коммуникативных возможностей. Цель исследования – проанализировать влияние раннего (8–36 месяцев) хирургического лечения расщелины нёба на качественные характеристики речи (тембр голоса и звукопроизношение). Материалы и методы исследования: по согласованию с родителями в исследование включили детей 7–9 лет с различными видами ВРГН, прооперированных по поводу врожденной нёбной патологии в возрасте до 3 лет. Группу сравнения составили дети с аналогичным проявлением заболевания, перенесшие подобное вмешательство в более поздние сроки. Качество речи детей оценивали на основании логопедического обследования. Результаты: в исследовании участвовали 104 ребенка: в экспериментальную группу (1-я) вошел 21 ребенок, в контрольную (2-я) – 83. Установлено, что ринолалия, как специфическое нарушение произносительной стороны речи, сохраняется у 14,3% детей, прооперированных до 3-летнего возраста, и у 21,7%, перенесших хирургическое вмешательство после 3 лет. Остаточные явления ринолалии отмечаются в 23,8 и 36,14% случаев соответственно. Полная нормализация речи наблюдалась у 61,9% детей 1-й группы и у 42,2% 2-й группы. Для полученных данных значение критерия  $\chi^2$  Пирсона составляет 2,627 (при критическом значении 5,991;  $p > 0,05$ ). Таким образом, значимых различий по качественным характеристикам речи у детей двух групп не обнаружено. Связь между факторным признаком (временем операции) и результативным (качеством речи) отсутствует. Заключение: результаты исследования качества речи детей, прооперированных по поводу врожденной нёбной патологии в возрасте до и после 3 лет, позволяют сделать вывод о целесообразности раннего комплексного сопровождения детей рассматриваемой категории. В современных условиях, согласно разработанной в России Концепции развития ранней помощи, этот процесс должен осуществляться в Службах ранней помощи, организованных в учреждениях здравоохранения, образования и социальной защиты. Совместная работа врачей и специалистов психолого-педагогического сопровождения создаст благоприятные условия для оптимизации сроков и качества медицинского и социального аспекта реабилитации ребенка с ВРГН.

**Ключевые слова:** врожденные расщелины губы и нёба, реабилитация, служба ранней помощи, ринолалия, логопедия, комплексное сопровождение.

**Цит.:** И.Ю. Левченко, В.Е. Агаева. Современные возможности комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и нёба. Педиатрия. 2017; 96 (5): 217–221.

*I.Y. Levchenko, V.E. Agaeva*

## MODERN POSSIBILITIES OF COMPLEX REHABILITATION OF CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE

State Autonomous Educational Institution of Higher Professional Education Moscow City Pedagogical University  
Institute of Special Education and Comprehensive Rehabilitation, Moscow, Russia

The maximum speech recovery of children with congenital cleft lip and palate (CCLP) is the necessary element of psychosocial adaptation, since this pathology causes a complex set of disabilities and subsequently leads to social deprivation and limitation of communicative opportunities. Objective of the research – to analyze the effect of early (8–36 months) surgical treatment of palate clefts on the speech qualitative characteristics (voice timbre and sound pronunciation). Study materials and methods: with parents' agreement, 7–9-year-old children with different types of CCLP who underwent surgery for congenital palatal pathology before 3 years age were included in the study. The comparison group included children with similar disease manifestation who had undergone such intervention at an older age. The speech quality of children was assessed on logopedic examination basis. Results: the study included 104 children: 21 children in the experimental group (1<sup>st</sup>), and 83 in the control group (2<sup>nd</sup>). The study revealed that rhinolalia, as a specific pronunciation disorder remains in 14,3% of children who underwent surgery before the age of 3 and in 21,7% who underwent surgery after 3 years. Rhinolalia residual effects observed in 23,8 and 36,14%, respectively. Complete speech normalization was observed in 61,9% of the children of the 1<sup>st</sup> group and in 42,2% of the 2<sup>nd</sup> group. For data obtained, the Pearson  $\chi^2$  criterion value is 2,627 (at a critical value of 5,991 ( $p > 0,05$ )). Thus, there were no significant differences in speech qualitative characteristics in children of two groups. There is no correlation between factor sign (surgery time) and the result (speech quality). Conclusion: results of an experimental study of speech quality of children who underwent surgery for congenital palatal pathology before and after 3 years of age allow to conclude that early comprehensive support of children of this category is advisable. In modern conditions, according to Early Development Assistance Concept developed in Russia, this process should be implemented in the Early Aid Services organized in health, education and social protection institutions. The joint work of physicians and psycho-pedagogical support specialists will create favorable conditions for optimizing the timing and quality of medical and social aspects of rehabilitation for children with CCLP.

**Keywords:** congenital cleft lip and palate, rehabilitation, Early Aid Service, rhinolalia, speech therapy, comprehensive support.