

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

В.Е. КЛИШО, И.М. ЛЫСЕНКО, Г.К. БАРКУН, С.С. КЛИШО

*Витебский государственный медицинский университет,
Витебская детская областная клиническая больница,
г. Витебск, Республика Беларусь*

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Проблема перинатальных повреждений головного мозга (ППМ) является актуальной в связи с высоким удельным весом этой патологии в структуре неврологической заболеваемости у детей. Частота патологии центральной нервной системы (ЦНС) у новорожденных составляет 60-80 %. [2,4]. ППМ определяют высокую летальность в неонатальном периоде, приводят к развитию неврологических осложнений и определяют дальнейший прогноз и качество жизни ребенка.[4,5]. К перинатальным энцефалопатиям (ПЭП) относят сосудистые повреждения головного мозга, возникающие в промежутке времени от 28 недель беременности до 7 дня жизни [3].

Несмотря на многолетнюю историю изучения проблемы, в этой области остается много неясного и противоречивого. Особенно это касается диагностики ПЭП, прием имеется как гипердиагностика легких форм, так и поздняя диагностика, что приводит к их неадекватной терапии. Трудность топической диагностики объясняется анатомической и функциональной незрелостью ЦНС и неспецифичной ответной реакцией мозга [1]. Основным этиологическим фактором перинатальной патологии нервной системы и, в частности, цереброваскулярных нарушений, признается гипоксия, приводящая к возникновению геморрагических и ишемических повреждений у новорожденных детей. Ее результатом являются психоневрологические расстройства, приводящие к минимальной мозговой дисфункции и детскому церебральному параличу (ДЦП).

Преимущества ультразвуковых методов обследования мозга у детей первого года жизни очевидны. Неинвазивность, отсутствие лучевой нагрузки, возможность динамического исследования ставят эхографию в число основных диагностических методов в перинатальной неврологии [6].

Целью настоящего исследования явилось изучение клиники и разработка комплексной оценки перинатальных повреждений мозга у недоношенных детей и программы медикаментозной реабилитации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами исследовано 180 недоношенных детей, находившихся на лечении в XI отделении ВДОКБ. Из них 20 детей составили группу сравнения. Это недоношенные дети без неврологической симптоматики, подтвержденной лабораторным и инструментальным методам исследования.

Над всеми детьми проводились комплексные клиничко-anamнестические и интровизуализирующие исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ состояния здоровья матери показал, что течение беременности и родов было осложненным у всех женщин. Из них наиболее часто встречались: ОРВИ, угроза прерывания в I и II половинах беременности, кольпит, ХГП, ФПН, гестоз II половины беременности, анемия, хронический пиелонефрит; родов – первичная и вторичная родовая слабость, преждевременное излитие околоплодных вод и длительный безводный период, обвитие пуповины вокруг шеи, многоводие. Обращает на себя внимание тот факт, что 52 % женщин были родоразрешены путем операции кесарево сечение вследствие тяжелой генитальной и экстрагенитальной патологии (длительный гестоз с АГ, некроз миоматозного узла, рубец на матке, ягодичное предлежание, преждевременная от-

слойка нормально расположенной плаценты, кровотечение). У 5 % женщин в анамнезе выявлены сифилис, туберкулез, злоупотребление никотином и алкоголем.

Дети из родильных домов г. Витебска и родильных отделений ЦРБ были переведены на 5-21 (88,78 %) дни жизни. Все недоношенные родились в асфиксии с оценкой по шкале Апгар 2-7 б. в конце 1-й минуты. В группе сравнения оценка по шкале Апгар составила соответственно 7-9 б.

Масса тела при рождении была от 906 до 2500 гр. До 1000г. – 22 ребенка (12,4%), 1000 – 1499г. – 42 (23,6%), 1500 – 1999г. – 82(46,1%), более 2000г. – 32 (17,9%). Гестационный возраст недоношенных составил от 26 до 36 недель. Детям, родившимся в тяжелой асфиксии, в родильном зале проводились реанимационные мероприятия. Продолжительность ИВЛ варьировала от 1 суток до 10 дней и более. Наиболее продолжительной она была в группе детей 1000 – 1499г.

Согласно классификации перинатальных кровоизлияний (ПИВК) Levene MJ, Strephighy LCh (1983г.): кровоизлияния I степени выявлены у 20,2 % детей; II степени – 9 %; III степени – 9 %; IV степени – 6, 7 %.

Наиболее часто (в 2,1 %) ПИВК встречаются в группе детей 1000 – 1499г, длительно находившихся на ИВЛ. У 4 детей (2,2 %) выявлена перивентрикулярная лейкомаляция. Эти новорожденные родились в тяжелой асфиксии с оценкой по шкале Апгар от 2 до 5 баллов, длительно находились на ИВЛ. У 2-х детей с ПИВК III степени при УЗИ головного мозга выявлен вентрикулит, у 1-го – врожденный порок развития мозга – септохиазмальная дисплазия. Результаты УЗИ у данных новорожденных были подтверждены результатами КТ мозга.

Дети исследуемой группы были разделены на 2 группы. В I группу вошли 135 недоношенных ребенка различного гестационного возраста. II группу составили 25 недоношенных детей маловесных к сроку гестации.

Клинические проявления ПИВК у недоношенных детей I группы были весьма разнообразны: от острого неврологического и общеклинического ухудшения до чрезвычайно скудных, «немых» клинических проявлений. В неврологическом статусе детей данной группы в остром периоде доминировали синдром угнетения ЦНС: снижение спонтанной двигательной активности, мышечного тонуса, физиологических рефлексов, отсутствие сосательного рефлекса, гипотермия. В соматическом статусе – тенденция к брадикардии, ослабленное дыхание над легкими, крепитирующие хрипы.

У детей II группы в неврологическом статусе преобладал синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости: крупноразмашистый тремор, болезненный крик, тенденция к запрокидыванию головы, напряжение большого родничка, спонтанный рефлекс Моро, судорожная готовность, тонико-клонические судороги. В соматическом статусе доминировали синдромы срыгивания и рвоты, гепатоспленомегалия, вздутие живота, тахикардия.

Учитывая данные неврологического и соматического статуса, детям I группы проводилась неврологическая реабилитация по традиционной схеме курсами: пирацетам, церебролизат, актовегин, кавинтон, пиридоксин (витамин B6).

Детям II группы предложена схема реабилитации, включающая серноокислую магнезию, травяной седативный сбор (листья шалфея 0,225 г., корни алтея 0,225 г, трава горца птичьего 0,225 г, трава тимьяна 0,225 г, трава крапивы 0,225 г, цветки бузины черной 0,075 г, листья подорожника 0,075 г, плоды фенхеля 0,150 г, корни солодки 0,075 г), карнитина хлорид, ксантинола никотинат. На 20 – 21 день жизни подключали ноотропные средства, электрофорез шейно-воротниковой зоны с никотиновой кислотой.

При проведении неврологической реабилитации детей II группы с использованием данной схемы быстрее купировались синдром срыгивания и рвоты, беспокойство, тремор, отмечалась лучшая прибавка массы тела. Использование данной схемы позволило сократить срок неврологической реабилитации до $25 \pm 2,68$ дней и, соответственно, срок пребывания ребенка на койке, улучшить неврологический статус и неврологический прогноз.

ВЫВОДЫ

1. Характер ППМ зависят от гестационного и постнатального возраста. Наиболее частыми геморагическими нарушениями у недоношенных детей являются перивентрикулярные кровоизлияния. Среди клинических нарушений – перивентрикулярная лейкомаляция.
2. Частота и тяжесть ППМ у недоношенных детей обусловлена неблагоприятным течением беременности и родов у матерей, высокой частотой оперативного родоразрешения.
3. В неврологическом статусе у недоношенных детей преобладает синдром угнетения ЦНС, у маловесных к сроку гестации – синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.
4. У детей «маловесных» к сроку гестации более приемлемой является схема неврологической реабилитации, включающая сернокислую магнезию, седативный травяной сбор, карнитина хлорид, ксантинола никотинат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барселян, Л.О. Руководство по неврологии раннего детского возраста / Л.О. Барселян, Л.Т. Журба, Н.М. Всеволожская. – Киев, 1980.
2. Барашнев, Ю.И. Перинатальная медицина и инвалидность с детства / Ю.И. Барышнев. – Акушерство и гинекология 1991. – № 1:12 – 18 с.
3. Бондаренко, В.С. Перинатальные гипоксические энцефалопатии (клиника, диагностика, лечение) / В.С. Бондаренко [и др.] // Методические рекомендации МЗ СССР – 1990. – 33 с.
4. Барашнев, Ю.И. Болезни нервной системы новорожденных детей / Ю.И. Барышнев. – М: Медицина, 1971.
5. Гаврюшов, В.В., Зубалева, Е.А., Ефимов, М.С. Ультразвуковая диагностика поражений головного мозга у новорожденных. / под ред. А.М. Стрижакова, А.Т. Бунина, М.В. Медведева «Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике» – М.: Медицина, 1990. – С. 190-216.
6. Гаврюшов, В.В. Диагностическая ценность нитросомографии у новорожденных детей / В.В. Гаврюшов, Е.А. Зубалева, М.С. Ефимов // Вопросы охраны материнства и детства. – 1990. – №1. – С. 61-64.

PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT PERINATAL DAMAGES OF THE BRAIN AT PREMATURELY BORN NEWBORNS

V.I. KLISHO, I. M. LYSENKO, G.K. BARKUN, S.S. KLISHO

Summary

We are investigated 180 prematurely born children, 20 children have made group of comparison of them. Children of researched group have been divided into 2 groups. In I group have entered 135 prematurely born children. II group have made 25 prematurely born children with little weight by a birth. As a result of research it is revealed, that frequency and weight perinatal damages of a brain at prematurely born children is caused by adverse current of pregnancy and sorts at mothers, high frequency operative childbirth. At children with little weight to the birth the scheme of neurologic rehabilitation including magnesia, sedative grassy gathering, carnitini chloride, csantinoli.

Поступила в редакцию 4 мая 2009г.