

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ II ЭТАПА ВЫХАЖИВАНИЯ ВДОКБ Г. ВИТЕБСКА.

Г.К. Баркун, В.Е. Клишо, С.С. Клишо

Витебский государственный медицинский университет, klisho_ve@mail.ru

Головной мозг новорожденных принципиально отличается от мозга взрослых как по активности реакции на гипоксию, так и по потенциалу компенсаторных возможностей. Это связывают с незрелостью его структур и меньшей зависимостью от потребляющего энергию ионного насоса. В то же время повышенная гликолитическая способность позволяет значительно быстрее восстанавливать АТФ и сохранять церебральные функции [1]. Таким образом, весьма актуальными у недоношенных детей являются проблемы восстановления нервной системы с учетом ее реакции на гипоксию и индивидуальными особенностями каждого пациента [2].

Целью настоящего исследования явилась разработка принципов реабилитационной терапии у недоношенных детей с перинатальным повреждением нервной системы.

Нами обследовано 178 недоношенных детей находившихся на лечении в XI отделении ВДОКБ (II этап выхаживания недоношенных). Из них – 25 детей “маловесных” к сроку гестации. Всем детям проводились комплексные клиничко-anamnesticheskie и нейровизуализирующие исследования. Ультразвуковое исследование головного мозга проводилось в В-режиме с помощью диагностического прибора Sonoline Versa Plus фирмы “Siemens” линейными и секторными датчиками от 5 до 7 МГц. Статистическая обработка материала выполнена на персональном компьютере с использованием программы “Statistics”.

Обследованные дети были разделены на 2 группы. В I группу вошли 153 недоношенных детей различного гестационного возраста. II группу составили 25 недоношенных детей маловесных к сроку гестации. Анализ состояния здоровья матерей новорожденных I и II группы показал, что течение беременности и родов было осложненным у всех женщин.

На II этап выхаживания новорожденные поступали из родильных домов г. Витебска и родильных отделений Центральных районных больниц (ЦРБ) на 5-21 день жизни ($13 \pm 0,4$). Все недоношенные родились в асфиксии с оценкой по шкале Апгар 2-7 баллов в конце 1-ой минуты жизни. Масса тела детей при рождении была от 906 до 2500 граммов: до 1000 г – 12,4 %; от 1000 – 1499 – 23,6 %; от 1500 – 1999 – 46,1 %; более 2000 – 17,9%. Гес-

тационный возраст недоношенных составил от 26 до 36 недель ($31 \pm 3,5$). Продолжительность ИВЛ варьировала от 1 суток до 10 дней и более ($5,5 \pm 2,5$). Согласно классификации перинатальных кровоизлияний (ПИВК) Levene MJ, Crespihy LCh (1983 г.) кровоизлияния I степени выявлены у 20,2 % детей, II степени – 9 %; III степени – 9 %; IV степени – 6,7 %. Наиболее часто, в 1,1% и 1,7 % ПИВК встречались у детей до 1000 г и от 1000 до 1499 г, маловесных к сроку гестации и длительно находившихся на ИВЛ (более 10 дней) соответственно.

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. 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.

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: сернокислую 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.

1. В неврологическом статусе у недоношенных детей преобладает синдром угнетения ЦНС, у маловесных к сроку гестации - синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.
2. У детей “маловесных” к сроку гестации более приемлемой является схема неврологической реабилитации, включающая сернокислую магнезию, седативный травяной сбор, карнитина хлорид, ксантинола никотинат.

Литература.

1. Барашнев Ю.И. Принципы реабилитационной терапии перинатальных повреждений нервной системы новорожденных и детей первого года жизни.// Российский вестник перинатологии и педиатрии, № 1 – 1999, 7 – 13 с.
2. Барашнев Ю.И., Озерова О.Е., Вьяскова М.Г., Сорокина З.Х. Компенсаторные возможности центральной нервной системы у недоношенных детей.// Акушерство и гинекология 1990; 11: 49 – 53с.