

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ

Шарипов Рустам Хаитович¹, Расулова Нодида Алишеровна²

¹ Доктор медицинских наук, доцент

² Кандидат медицинских наук, ассистент

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6590364>

ИСТОРИЯ СТАТЬИ

Принято: 10 май 2022 г.

Утверждено: 14 май 2022 г.

Опубликовано: 28 май 2022 г.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

рахит, последствия
перинатального
повреждения нервной
системы, дети, факторы.

АННОТАЦИЯ

Под наблюдением находилось 70 детей грудного возраста с перинатальными повреждениями. Результаты проведенных исследований показали, что у всех матерей было неблагоприятное течение беременности и родов. Из 70 матерей (60%) отмечались хронические заболевания. Патология сердечно-сосудистой системы выявлена у 2 матерей, эндокринной – у 3, мочеполовой – 11. У всех матерей беременность протекала с осложнениями, причем у 49 из них отмечалось сочетание осложнений беременности.

Актуальность. Перинатальные поражения нервной системы (ППНС) – группа патологических состояний, традиционно представляющих одну из основных проблем неонатологии и педиатрии в целом. Перинатальные гипоксические поражения центральной нервной системы (до недавнего времени перинатальная энцефалопатия) являются наиболее часто регистрируемой патологией у детей первого года жизни [2]. Частота постановки диагноза «перинатальная энцефалопатия» достигает 712:1000 детей до года. В качестве основного и сопутствующего заболевания данный диагноз выставляется более чем 90 % детей, получающих лечение в неонатологических стационарах [1,4]. В

то же время, по данным большинства зарубежных авторов, частота гипоксических поражений у доношенных новорожденных составляет не более 6:1000 и колеблется от 33 % до 70 % у недоношенных детей [5]. Такой диссонанс даже в оценке распространенности перинатальных поражений нервной системы объясняется прежде всего отсутствием единого подхода к терминологии, классификации и неясностью диагностических критериев данных состояний. Внедрение в клиническую практику современных методов диагностики (оценки) состояния нервной системы (нейросонографии, доплерографии, компьютерной и магнито-резонансной томографии,



нейроиммунохимической идентификации церебральных белков и др.) в значительной мере уточнили наши представления о патогенезе и морфологической основе церебральных нарушений, расширили возможности их диагностики [3]. Однако в доступной практическому врачу литературе, как отечественной, так и зарубежной, практически отсутствуют сведения, отражающие тактику ведения (лечения) и реабилитации таких больных. За рубежом применяется диагноз «гипоксически-ишемическая энцефалопатия». Это поражение головного мозга у новорожденных, сопряжённое с нарушением церебральной перфузии и цереброваскулярной ауторегуляции, а также с комплексом различных метаболических расстройств (низкое поступление субстрата глюкозы, лактатацидоз, накопление свободных радикалов и токсических возбуждающих аминокислот и т.д.) [6]. Несмотря на сказанное выше, мы будем пользоваться именно условным термином ППНС, более привычным для детских невропатологов и педиатров стран СНГ. Следует отметить, что довольно часто ППНС возникают при родовых травмах, которым предрасполагают такие факторы, как недоношенность и/или переношенность, макросомия, внутриутробная гипоксия, оперативные родоразрешение и пособия и т.д. В свою очередь, ППНС существенно влияет на дальнейший рост и развитие ребенка. Сказанное диктует необходимость более углубленного изучения соматического

состояния, течения беременности и родов у женщин для своевременной и адекватной оценки состояния ребенка не только при рождении, но и для прогнозирования последующего нервно-психического и, особенно, соматического развития подрастающего поколения.

Цель работы. Изучить современные факторы, приводящиеся развитию перинатальных поражений нервной системы для своевременной и полноценной оценки соматического и нервно-психического состояния детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 70 детей грудного возраста с перинатальными повреждениями ЦНС. Число мальчиков и девочек было равным. Наряду с изучением неврологического статуса, проводились исследования соматического состояния, состава периферической крови, мочи, кала, биохимическое исследование крови. Дополнительно применялись инструментальные методы (ЭКГ, рентгенография грудной клетки, осмотр глазного дна, эхоэнцефалография). Все дети были осмотрены узкими специалистами: ЛОР-врачом, окулистом, невропатологом.

Обсуждение полученных результатов. Нами были обследованы 70 детей с перинатальными повреждениями нервной системы. Все дети поступили в стационар с основным диагнозом ОРВИ. В ходе клинико-лабораторного и инструментального обследования у этих детей была диагностирована перинатальная энцефалопатия.

Таблица 1



Частота заболеваний, осложнений беременности и родов матерей.

Нозологическая характеристика	Абсолютное число	%
А. Заболевания:		
1. Заболевания сердечно-сосудистой системы.	2	2,8
2. Эндокринные заболевания	3	4,3
3. Заболевания почек.	2	2,8
4. Хронические воспалительные заболевания гениталий.	9	12,8
5. ОРВИ	18	25,7
6. Обострения хронических заболеваний носоглотки.	8	11,4
Б. Осложнения беременности:		
1. Токсикоз первой половины	29	41,4
2. Угроза прерывания	8	11,4
3. Железодефицитная анемия	55	78,5
4. Нефропатия	3	4,3
5. Артериальная гипертензия	5	7,1
В. Осложнения родов:		
1. Слабость родовой деятельности	7	10
2. Длительный безводный период	6	8,6
3. Ягодичное и ножное предлежание	3	4,3
4. Обвитие пуповины вокруг шеи	13	18,6
5. Оперативные роды	5	7,1

Результаты проведенных исследований показали следующие: у всех матерей этой группы детей отмечалось неблагоприятное течение беременности и родов. Из таблицы видно, что у 42 из 70 матерей (60%) отмечались хронические заболевания. Патология сердечно-сосудистой системы выявлена у 2 матерей, эндокринной – у 3, мочеполовой – 11. У всех 70 матерей беременность протекала с осложнениями, причем у 49 из них отмечалось сочетание осложнений беременности. Наиболее часто течение беременности было

осложнено анемией (55), ОРВИ (18). Токсикоз 1 половины беременности имел место у 29 беременных, угроза прерывания – у 8.

Родовой акт был осложненным у 34 матерей. Наиболее частыми причинами патологии родового периода были слабость родовой деятельности, длительный безводный период, обвитие пуповиной, оперативные роды.

Анализ анамнестических данных показал, что период новорожденности протекал без особенностей, лишь 7 детей наблюдались в ОПН с подозрением на внутриутробное инфицирование.

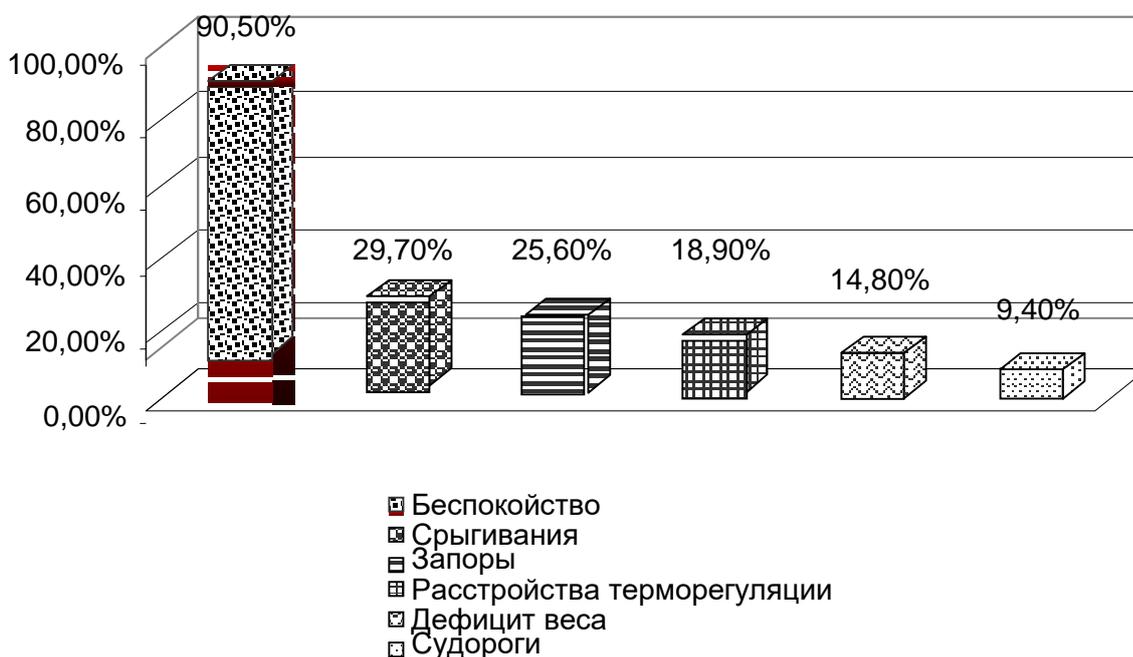


Диагноз ППНС 58 больным (82,8%) был поставлен нами впервые, только 12 больных уже получали лечение по поводу данного состояния. При подробном изучении анамнеза было выявлено, что большинство родителей имели ранее жалобы на периодическое

беспричинное повышение температуры тела у детей, немотивированное беспокойство с рождения, судороги, систематические запоры, постоянные срыгивания, недостаточные прибавки в весе (рис.1.) По этому поводу дети получали симптоматическое лечение.

Рисунок 1

Наиболее частые жалобы в анамнезе детей с ППНС



У всех детей в ходе комплексного клинико-лабораторного обследования были выявлены также изменения, характерные для таких заболеваний, как рахит, анемия, гипотрофия, аномалии конституции, тимомегалия. Таким образом, у всех детей было установлено наличие, как минимум, двух фоновых заболеваний (рис.2).

Рисунок 2.

Фоновые заболевания у детей с ППНС





Как видно из рисунка, наиболее частым заболеванием, сопровождающими ПЭП, были анемия и рахит.

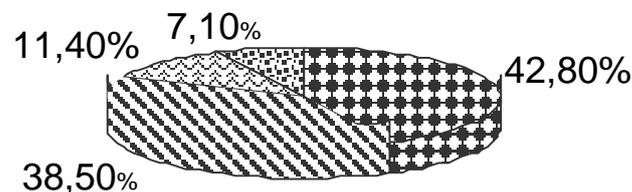
Общее состояние у большинства детей (51) 72,8% было расценено как среднетяжелое. У остальных 19 детей состояние при поступлении в стационар было тяжелым, однако под влиянием лечения основного заболевания в течение 2-3 дней становилось средней тяжести.

С диагностической целью всем детям была проведена
Рисунок 3.

эхоэнцефалография мозга. Все дети были осмотрены окулистом.

При обследовании детей были выявлены отклонения в неврологическом статусе. Суммируя клинико-лабораторные и инструментальные данные, были получены следующие результаты: наиболее частым оказался гипертензионно-гидроцефальный синдром (у 30 детей, что составило 42,8%), затем синдром вегето-висцеральных дисфункций (27 детей, 38,5%), синдром задержки психомоторного развития (8 детей, 11,4%) и синдром нервно-рефлекторной возбудимости (5 детей, 7,1%) (рис.3).

Частота различных синдромов ПППНС



- Гипертензионно-гидроцефальный синдром
- Синдром вегето-висцеральных дисфункций
- Нервно-рефлекторная возбудимость
- Синдром задержки психомоторного развития

Распределение по синдромам было произведено в соответствии с классификацией Ю.А. Якунина.

Клинически гипертензионно-гидроцефальный синдром характеризовался раскрытием саггитального шва более 0,5 см, большого родничка свыше 3х3 см, не зарощением малого родничка у большинства детей, выраженным развитием коллатеральных вен головы, облысением головы. Была обнаружена

различная глазная симптоматика в виде симптома Грефе, «заходящего солнца», непостоянного горизонтального нистагма. Диагноз был подтвержден инструментально измерением размера мозговых желудочков, которое у всех больных был увеличен. Кроме того, при осмотре глазного дна был обнаружен спазм сосудов сетчатки.

Основными изменениями при синдроме вегето-висцеральных дисфункций были упорные срыгивания,



стойкая гипотрофия, нарушение ритма дыхания, окраски кожных покровов, акроцианоз, пароксизмы тахи-, брадикардии, расстройства терморегуляции, дисфункции желудочно-кишечного тракта, височное облысение.

При синдроме повышенной нервно-рефлекторной возбудимости на фоне нормального психического и физиологического развития у ребенка выявлялись эмоциональная лабильность, двигательное беспокойство, возникающие при незначительных изменениях в окружающей среде, при воздействии на зрительный, слуховой, тактильный анализаторы. У таких детей отмечался периодический мелкоамплитудный тремор, вздрагивание, трудность засыпания, тревожный поверхностный, недостаточно длительный сон.

Синдром задержки психомоторного развития характеризовался нарушением редуции безусловных врожденных рефлексов. Дети недостаточно активно интересовались игрушками и окружающими предметами, недостаточно реагировали на присутствие матери, гуление было малоактивным и непродолжительным, манипуляции с предметами задержаны, не было активного внимания.

В отделении проводилась комплексная терапия: использовались

препараты, улучшающие мозговое кровообращение (винпоцетин), пирацетам, проводили посиндромную терапию. В зависимости от того, какие клинические проявления преобладали, использовали противосудорожные, мочегонные и витаминные препараты. Также проводилась параллельная коррекция расстройств, вызванных фоновыми заболеваниями.

Заключение. Таким образом, установлено, что ведущая причина перинатальной заболеваемости и смертности – гипоксия, ее последствия. Чем тяжелее и длительнее гипоксия, тем грубее возникающая в следствии этого патология, при этом поражение мозга происходит не только в момент гипоксического воздействия, но и после нормализации газового состава крови. Поэтому ничуть не умаляя важность и необходимость скорейшего выведения ребенка из состояния асфиксии, ликвидации гипоксемии, самое серьезное внимание в настоящее время обращают на совершенствование тактики выхаживания детей в период, непосредственно следующий за выведением больного из угрожающего состояния. Эффективность реабилитации обеспечивается ее преемственностью, непрерывностью и комплексностью использованием всех ее компонентов и медикаментозных, и физических, и психо-социальных.

Литературы:

1. Барашев, Ю. И. Перинатальная неврология / Ю. И. Барашев. – М. : Триада Х, 2011. – 672 с.



2. 2. Пальчик, А. Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных / А. Б. Пальчик, Н. П. Шабалов. – СПб. : Питер, 2007. – 220 с.
3. Раттнер, А. Ю. Неврология новорожденных: острый период и поздние осложнения / А. Ю. Раттнер. – 4-е изд. – М. : БИНОМ. Лаборатория знаний,
4. Лютая З. А., Кусельман А. И., Чубарова С. П. Перинатальные поражения центральной нервной системы у новорожденных. /Учебное пособие, Ульяновск, 2016. – 99 с.
5. 5. Студеникин В.М., Шомансуров Ш.Ш. /Коллективная монография, Москва, 2014. - 478 с.
6. 6. Шарипов Р.Х. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия – вопросы семиотики и посиндромной терапии. /Учебно-методическое пособие. Самарканд, 2007. – 32 с.
7. Мухамедова, З. Г. (2020). СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ ПРОЕКТИРОВАНИЯ ОБОРУДОВАНИЯ МОНТАЖНОЙ ПЛОЩАДКИ АВТОМОТРИСЫ С УЧЕТОМ НОРМ НАДЕЖНОСТИ И РЕАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ. Известия Транссиба, (1 (41)), 83-91.
8. Мухамедова, З. Г., & Бахшиллоев, С. Х. (2021). СУЩЕСТВУЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПОГРУЗКИ И РАЗГРУЗКИ СКОРОПОРТЯЩИХСЯ ГРУЗОВ. Журнал Технические исследования, 4(3).
9. Мухамедова, З. Г. (2021). МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ НА ОСНОВЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ РЕГИОНОВ. ИННОВАЦИИ В ПЕДАГОГИКЕ И ПСИХОЛОГИИ, 4(9).
10. Мухамедова, З. Г., & Эргашева, З. В. (2021). ЭКОНОМИКО-МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ КОНТЕЙНЕРНОГО БЛОК-ТРЕЙНА. Журнал Технические исследования, 4(3).
11. Mukhamedova, Z. G. (2019). Analysis and Assessment of Power Efficiency of Special Self-Propelled Railway Rolling Stock. Acta of Turin Polytechnic University in Tashkent, 9(3), 104-109.
12. Хромова, Г. А., Мухамедова, З. Г., & Юткина, И. С. (2016). Оптимизация динамических характеристик аварийно-восстановительных автотомотрис. Монография. Научный журнал:«Fan va texnologiya», Ташкент–2016.–253 с.[In.
13. Мухамедова, З. Г. (2015). Динамическая модель для исследования продольных колебаний главной рамы электровоза с учетом установки демпфирующего поглощающего аппарата в автосцепке. Известия Транссиба, (2 (22)), 18-23.