

ЗАВИСИМОСТЬ ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ОТ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА ПРИ РОЖДЕНИИ

Д.Д. Гайнетдинова, Л.Э. Шакирова

*Кафедра неврологии с курсом медицинской генетики (зав. - проф. М.Ф. Исмаилов), кафедра пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии (зав. - проф. О.И. Пикуза)
Казанского государственного медицинского университета*

К числу важных факторов риска развития детского церебрального паралича (ДЦП) относится недоношенность, влияние которой отмечается многими исследователями. По различным данным, от 43 до 50% детей с ДЦП были рождены преждевременно [2, 3]. Особенности церебральных нарушений у недоношенных детей зависят главным образом от гестационного возраста и срока воздействия повреждающего фактора и в меньшей мере определяются его спецификой [3, 4, 5]. Логично предположить, что существуют критические гестационные сроки в стадии позднего нейроонтогенеза, характеризующиеся наибольшей ранимостью и чувствительностью нервной системы к повреждающему фактору, что в дальнейшем клинически проявляется в виде двигательных нарушений (спастический тетрапарез, гемипарез, атонико-астатический и гиперкинетический синдромы). Информации о распределении больных с различными формами ДЦП среди родившихся доношенными и недоношенными в доступной литературе нами не найдено.

Проведено комплексное обследование 266 больных от одного года до 18 лет с различными формами ДЦП, из них 160 детей находились в психоневрологическом отделении Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ в 1997 - 2003 гг. и 83 - в школе-интернате № 4 г. Казани для детей с нарушениями нервной системы и опорно-двигательного аппарата. Диагноз ДЦП устанавливали в соответствии с классификацией [1]. Все обследованные были распределены по 2 группам в зависимости от гестационного возраста при рождении. В срок (40 ± 2 нед) родился 121 человек (1-я группа), преждевременно - 145 (2-я группа). Больных ДЦП, родившихся раньше срока, было больше, чем лиц, родившихся в срок ($p < 0,05$). Сравнение этого показателя с долей недоношенных в общей популяции (4-8%) [2, 3] с учетом наиболее частых причин невынашивания (экстрагенитальная

патология матери, осложнения беременности, внутриутробные инфекции, гипоксия, хронические интоксикации и др. [2, 5]) показало очевидную значимость внутриутробного дизонтогенеза в этиологии и патогенезе ДЦП.

От первых трех беременностей недоношенные и доношенные дети рождались примерно с одинаковой частотой с небольшим преобладанием числа доношенных. Среди больных ДЦП, рожденных от четвертой-пятой беременности, наблюдается отчетливая смена соотношений: число больных, родившихся преждевременно, увеличивается, превышая в 2-2,5 раза число детей, рожденных в срок. Вероятно, в генезе ДЦП важное значение имеют изменение состояния внутриматочной среды при повторных беременностях, более старший возраст и вероятность инволютивных изменений гамет у родителей детей, родившихся от более поздних беременностей. Кроме того, как известно, у рожениц более старшего возраста довольно часто развиваются осложнения беременности и родов.

При распределении пациентов по клиническим формам в зависимости от гестационного возраста при рождении выявлены интересные особенности (табл.1). Спастическая диплегия, наиболее частая клиническая форма ДЦП, выявляется у детей, родившихся преждевременно, в 2 раза чаще, чем у родившихся в срок.

Доля детей с двойной гемиплегией и гиперкинетической формой примерно одинакова среди родившихся и в срок, и преждевременно. Атонико-астатическая и гемипаретическая формы обнаруживаются среди родившихся доношенными чаще, а гемипаретическая, атонико-астатическая формы и спастическая диплегия - примерно одинаково в двух группах с некоторым преобладанием гемипаретической формы. Такое распределение форм ДЦП среди доношенных позволяет нам предположить, что патологические факторы приводят

Таблица 1

Клинические формы ДЦП больных с различным гестационным возрастом при рождении						
Формы ДЦП	Число больных с гестационным возрастом при рождении					
	40 2 нед (1-я группа)		до 37 нед (2-я группа)		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Двойная гемиплегия	21	17,4	23	15,9	44	16,5
Спастическая диплегия	32	26,4*	78	53,8*	110	41,4
Гемипаретическая	34	28,1**	24	16,5**	58	21,8
Гиперкинетическая	6	4,9	8	5,5	14	5,3
Атонико-астатическая	28	23,2**	12	8,3**	40	15,0
Итого	121	100,0	145	100,0	266	100,0

* $p < 0,001$, * $p < 0,05$.

Таблица 2

Распределение больных с гемипаретической формой ДЦП с различным гестационным возрастом при рождении						
Гемипарез	Число больных с гестационным возрастом при рождении					
	40 2 нед (1-я группа)		до 37 нед (2-я группа)		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Правосторонний	21	61,8*	11	45,8*	32	55,2
Левосторонний	13	38,2	13	54,2	26	44,8
Итого	34	100,0	24	100,0	58	100,0

* $p < 0,05$.

к повреждению различных структур зрелого головного мозга с одинаковой долей вероятности. Поэтому попытка прогнозировать исход перинатальных поражений нервной системы у детей, родившихся в срок, в конкретную форму двигательных нарушений не представляется возможным. В то же время незрелость мозговых структур недоношенного ребенка значительно повышает риск реализации патогенных воздействий в виде спастической диплегии. Из этого следует необходимость интенсифицировать и целенаправленно проводить лечебно-реабилитационные мероприятия детям, родившимся раньше срока.

При детальном анализе частоты гемипаретической формы у больных, родившихся в срок, выявлено преобладание правостороннего гемипареза (табл. 2), в то время как у родившихся раньше срока - левостороннего. По-видимому, гестационный возраст при рождении не оказывает существенного влияния на развитие данной формы ДЦП: левосторонний гемипарез с одинаковой частотой встречается у родившихся как доношенными, так и недоношенными.

Как известно, в общей популяции у большинства населения левое полушарие является доминантным. Не исключено, что сторона гемипареза определяется этапом нейроонтогенеза (сроком

гестации) в момент воздействия повреждающего фактора, влияние которого до созревания функциональной асимметрии головного мозга приводит к равному по частоте повреждению одинаково ранимых левого и правого полушарий головного мозга недоношенного ребенка. У доношенных детей повреждение доминантного левого полушария как более чувствительного к гипоксии из-за особенностей кровоснабжения чаще происходит после созревания головного мозга, например интранатально либо постнатально. Это подтверждается и более высокой частотой гемипаретической формы ДЦП среди больных, родившихся в срок.

ВЫВОДЫ

1. Недоношенность является высоким фактором риска по развитию самой частой клинической формы ДЦП - спастической диплегии, что определяет необходимость целенаправленной интенсификации лечебно-реабилитационных мероприятий детям, родившимся раньше срока.

2. Прогноз формирования конкретных клинических форм ДЦП (гемипаретической, атонико-астатической, спастической диплегии, двойной гемиплегии) у доношенных детей затруднителен в связи с одинаковой частотой их встре-

чаемости среди детей, родившихся в срок.

3. У доношенных детей по сравнению с недоношенными чаще выявляется правосторонний гемипарез как следствие поражения функционально более значимого левого полушария головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. - Киев, 1988.
2. Барашинов Ю.И. Перинатальная неврология. - М., - 2001.
3. Монгомери Т. // Педиатрия. - 1995. - №1. - С. 73 - 76.
4. Maurer U. // Wien. Med. Wochensh. - 2002. - Vol.152. - P. 14 - 18.
5. Ness J.K., Romanko M.J. // Dev. Neurosci. - 2001. - Vol.23. - P. 203 - 208.

Поступила 19.12.04.

УДК 616. 233 - 002. 1 + 616. 24 - 002. 1] - 053. 2 - 07 : 540. 47

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЦИНКА В ТЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ И БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

А.М. Закирова, Е.А. Самороднова

*Кафедра пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии
(зав. - проф. О.И. Пикуза) Казанского государственного медицинского университета,
Детский стационар городской клинической больницы № 18
(главврач - канд. мед. наук Р.С. Бакиров), г. Казань*

Патология респираторного тракта у детей стабильно занимает первое место в общей структуре детской заболеваемости [2, 3, 6, 7, 8]. При этом большой удельный вес приходится на острые пневмонии (ОП) и бронхиты, имеющие как острое, так и рецидивирующее течение. Одной из причин подобной ситуации в настоящее время считают дефицит эссенциальных микроэлементов, среди которых одну из ключевых позиций занимает цинк [4, 5, 10, 11]. Хотя, по литературным источникам, дефицит цинка регистрируется довольно часто как у детей, так и у взрослых, однако его роль в развитии патологии респираторного тракта раскрыта недостаточно полно [1, 9].

Цель настоящей работы: изучение клинической значимости уровня цинка в сыворотке крови при различных формах ОП и бронхитов у детей и разработка эффективных способов терапии больных.

Под наблюдением находились 383 ребенка в возрасте от 2,5 до 17 лет, больных бронхитом и ОП. Группу сравнения

DEPENDANCE OF THE FORM OF INFANTILE CEREBRAL PALSY ON GESTATION AGE AT BIRTH

D.D. Gainetdinova, L.Z. Shakirova

S u m m a r y

The combined examination of 266 patients aged one year to 18 years with infantile cerebral palsy is carried out to study the effect of gestation age at birth on the formation of various forms of infantile cerebral palsy. It is revealed that prematurity is a high risk factor of the development of the most frequent clinical form of infantile cerebral palsy — spastic diplegia determining the necessity of promotion of treatment and rehabilitative measures in premature children. Right-sided hemiparesis resulting from a lesion of functionally dominant left cerebral hemisphere is more often in mature children.

составили 62 здоровых ребенка аналогичных возрастных групп. Постановка диагноза осуществлялась с учетом классификации ОП и бронхитов, принятой в 1995 г. проблемной комиссией по детской пульмонологии Министерства здравоохранения РФ. С очаговой формой ОП было 103 ребенка, с сегментарной - 64 и с крупозной - 62. Бронхиты были следующими: острый - у 56 детей, острый обструктивный - у 25 и рецидивирующий - у 73.

При анализе клинико-анамнестических данных мы учитывали факторы социального анамнеза. Из медико-биологических факторов наибольшее внимание уделяли состоянию здоровья родителей, течению пренатального периода и раннего детства пациентов. Нами была выделена группа детей с очаговой формой ОП и рецидивирующим течением бронхита. Именно у них неблагоприятные социальные и медико-биологические факторы риска, в частности жилищно-бытовые условия, активное и пассивное курение, низкий социальный статус семьи, алиментарный дефицит в