

Таким образом, бронхообструктивный синдром у детей раннего возраста встречается на фоне острых и рецидивирующих заболеваний инфекционной и аллергической этиологии. Более подвержены возникновению бронхиальной обструкции мальчики и дети грудного возраста. Наиболее частыми предрасполагающими факторами рецидивирующего БОС являются патологические течение беременности, раннее искусственное вскармливание, пассивное курение. У большинства детей наблюдается дисбаланс в системе гуморального иммунитета, проявляющийся относительным снижением продукции иммуноглобулинов В-лимфоцитами. Применение бронхолитиков с помощью небулайзера в комплексном лечении является эффективным и безопасным методом терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1 Национальная программа « Бронхиальная астма, стратегия лечения и профилактика».- Москва 1997г.

2 Бронхиальная астма у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа Москва 2004г.

3 И.Н. Гаймоленко.- Бронхиальная астма у детей- Чита ИИЦ ЧГМА – 2003г-134с.

4 Маюн Л.Б., Гаймоленко И.Н. Аллергические заболевания у детей. – Методические рекомендации для врачей Чита 2002г.-78с.

5 Самсыгина Г.А., Зайцева О.В. Бронхит у детей. Отхаркивающая и муколитическая терапия. Методическое пособие. – Москва. 1999.- 37с.

6 Самсыгина Г.А. Антибиотикотерапия пневмоний и бронхитов у детей. Методическое пособие.- Москва.1998.- 51с.

7 Таточенко В.К., Рачинский И.К., Волков А.М., Фёдоров А.М.,- Практическая пульмонология детского возраста (Справочник – 2-е издание).Под редакцией Таточенко В.К.- Москва. –2001г.-268с.

8 Шиляев Р.Р., Чемодаов В.В., Рыбкин А.И. Болезни детей раннего возраста. Руководство для врачей.- Москва. « МЕДпресс информ». – 2002г.-335с.

УДК 616.-053.32:616.8-036.82

А.Г. Гаранин, В.В. Долгих, Е.С. Филиппов

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Государственное учреждение Научный центр медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН
(Иркутск)

Диагностика и лечение поражений головного мозга у новорожденных детей представляет собой одну из самых актуальных проблем педиатрической неврологии. Неврологические нарушения, возникающие в перинатальный период, являются основной причиной инвалидизации и дезадаптации детей. После рождения у 80-85% детей недоношенных новорожденных выявляются неврологические нарушения, при чем у недоношенных II-III степени эта цифра достигает 100. В условиях родильного дома недоношенным новорожденным была проведена разработанная нами ранняя неврологическая реабилитация. Динамика неврологической симптоматики оценивалась в сравнении с аналогичной группой детей, получающих традиционное лечение. В результате проведенной реабилитации отмечено существенное улучшение неврологического статуса детей, получивших комплексную неврологическую реабилитацию в остром периоде.

Ключевые слова: недоношенные, поражение нервной системы, реабилитация

EFFICIENCY OF AN EARLY NEUROLOGIC AFTERTREATMENT PREMATURE NEONATAL IN CONDITIONS PERINATAL OF CENTER

A.G. Garanin, V.V. Dolgih, E.S. Fillipov

In conditions of a maternity house prematurely born, newborn the rehabilitation was carried out early neurologic. Dynamics neurologic symptomatology was estimated in comparison with similar group of children receiving traditional treatment. As a result of the carried out rehabilitation the essential improvement neurologic of the status of children who have received complex neurologic rehabilitation in the sharp period is marked.

Key words: *premature, lesion of a nervous system, aftertreatment*

Диагностика и лечение поражений головного мозга у новорожденных детей представляет собой одну из самых актуальных проблем педиатрической неврологии [4,7]. Высокая смертность и тяжесть медико-социальных последствий неврологических нарушений у новорожденных заставляет искать новые подходы к ранней диагностике и лечению поражений головного мозга у детей с высоким риском их развития [6].

Неврологические нарушения, возникшие в перинатальный период, являются основной причиной нивалидации и дезадаптации детей. К клиническим синдромам, ассоциированным с перинатальным поражением нервной системы относят детский церебральный паралич, задержку психического развития, эпилептические припадки, синдром дефицита внимания и гиперактивности, поражение зрительного и слухового анализаторов, гидроцефалию, дефекты речи [10,11,12]. Исследования многих ученых показали, что более половины детей с перинатальным поражением нервной системы имели в дальнейшем задержку развития или двигательные нарушения различной степени тяжести [3].

Так, в структуре детской инвалидности поражения нервной системы составляют около 50%, при этом заболевания нервной системы, приводящие к инвалидизации и дезадаптации детей в 70-80% случаев обусловлены перинатальными факторами [1]. Таким образом, 35-40% детей-инвалидов - это инвалиды вследствие перинатальных поражений нервной системы.

Вместе с тем, некоторые заболевания, не приводящие к инвалидизации ребенка, но в значительной степени определяющие его биологическую и социальную дезадаптацию, так же могут быть ассоциированы с перинатальным поражением мозга [8]. Это касается, например, минимальной церебральной дисфункции, которая встречается у 30% детей школьного возраста, в возникновении которой, наряду с генетическими, биохимическими, конституциональными, эволюционными и социальными факторами, имеет значение перинатальное поражение нервной системы [7].

Неблагоприятно протекающие беременность и роды оказывают более пагубное воздействие на состояние нервной системы, чем факторы постнатального периода [9]. Кроме того, существует закономерность, по которой ранние поврежде-

ния нервной системы имеют более тяжелые последствия для развития ребенка, чем поздние.

Это особенно актуально для детей, родившихся преждевременно. Неврологические нарушения у таких детей обусловлены воздействием комплекса факторов анте- и перинатального периодов, важнейшими из которых являются маточно-плацентарная недостаточность, внутриутробное инфицирование, дефицит питания, воздействие неблагоприятных экологических факторов. Поражения нервной системы у недоношенных новорожденных иногда манифестируются не так остро и тяжело, как родовая травма или острая гипоксия в родах у доношенных детей, но их течение носит обычно прогрессивный характер, что приводит к непоправимым последствиям [14,15]. у 80-85% недоношенных новорожденных выявляются неврологические нарушения, при чем у недоношенных II-III степени эта цифра достигает 100. На первом году жизни нарушения нервной системы отмечается практически у каждого ребенка, родившегося недоношенным [13]. Чрезвычайно высок и процент инвалидизации у этих детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В Иркутском городском перинатальном центре, являющимся специализированным лечебным учреждением по досрочному родоразрешению и выхаживанию недоношенных новорожденных за 2002 год родилось живыми 3494 новорожденных, из них недоношенных 380, что составило 10,8%. В 2001 году недоношенных было 11%, в 2000 году - 13%.

Из всех родившихся живыми родились больными и заболели в 2002 году 1159, что составило 33%. В 2001 году таких детей было 27%, в 2000 году - 32%.

В 2002 году родились больными и заболели 355 недоношенных, что составило 93,4%.

За последние семь лет, в течении которых функционирует городской перинатальный центр смертность среди недоношенных новорожденных снизилась с 71,6 на 1000 детей в 1996 году до 16,2 в 2002, заболеваемость за тот же период выросла с 681,2 на 1000 до 934,2.

Это делает актуальным изучение неврологических нарушений среди данной группы па-

циентов и разработку методов ранней реабилитации, что позволит снизить в дальнейшем количество случаев инвалидизации и дезадаптации детей этой группы, поскольку в структуре заболеваемости среди недоношенных новорожденных неврологические нарушения играют ведущую роль.

Следует так же отметить, что на нервную систему недоношенного новорожденного действует комплекс факторов перинатального периода [16]. Как правило, это сочетание гипоксии и внутриутробного инфицирования или токсического поражения, которые сами инициируют преждевременные роды. Вероятно, целесообразно устанавливать диагноз инфекционных и токсических поражений в случае достоверного доказательства этого процесса, при этом необходимо учитывать чувствительность и специфичность имеющихся методов диагностики в отношении рассматриваемых процессов.

Нами было обследовано при рождении новорожденные, родившиеся недоношенными I степени и выделены 47 детей с явлениями церебральной ишемии I и II степени, из них 25 мальчиков и 22 девочки. При этом основным неврологическим синдромом возбуждения ЦНС наблюдалось у 17 детей или 36% обследованных, угнетение ЦНС у 14, что составляет 30%. Гипертензионный синдром являлся основным у 3 новорожденных или 6%, синдром вегетовисцеральных нарушений превалировал у 13 (28%) детей.

Гестационный возраст новорожденных этой группы составил 35,3±1,7 недели.

При ультразвуковом исследовании головного мозга у 40 (85%) новорожденных детей из этой группы было выявлено ишемическое поражение нервной системы в виде повышенной эхогенности в проекции наружных углов боковых желудочков.

Доступными нами исследованиями у этих детей было исключено внутриутробное инфицирование, которое часто является причиной преждевременных родов и перинатального поражения нервной системы. Так же среди этой группы не было травматического поражения нервной системы.

Причины невынашивания в этой группе были следующими: хроническая соматическая и гинекологическая патология в 36 (76%) случаях, отягощенный акушерский анамнез в 29 (62%) случаях, осложнения беременности – 42 (89%) случая, иммунологическая несовместимость в 16 (34%) случаях. Социально-экономические причины невынашивания прослеживались в 41 (87%) случае. Таким образом, течение беременности у

матерей обследованных детей было отягощено сразу несколькими негативными факторами. Основной причиной перинатального поражения нервной системы у этих детей являлась внутриутробная гипоксия, причем гипоксическая гипоксия была основной в патогенезе у 12 (25%) новорожденных, тканевая у 14 (30%), гемическая у 10 (21%), циркуляторная у 6 (13%). Интранатальная гипоксия являлась основной у 5 новорожденных (11%).

В контрольную группу вошли 49 новорожденных по принципу «копия-пара» по степени недоношенности, причинам невынашивания и поражения нервной системы, полу.

Основным неврологическим синдромом у 19 (39%) детей этой группы был синдром возбуждения ЦНС, у 15 (30%) – синдром угнетения ЦНС, гипертензионный синдром наблюдался у 5 (10%) новорожденных, вегето-висцеральных дисфункций у 10 (21%) детей.

При ультразвуковом исследовании детей этой группы были выявлены ишемические поражения со стороны центральной нервной системы у 43 (88%) детей.

Все дети на первом месяце жизни наблюдались неврологом, им было проведено ультразвуковое исследование головного мозга при рождении и к концу первого месяца жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Детям исследуемой группы в течение первого месяца жизни в условиях родильного дома (первый этап выхаживания) была проведена ранняя неврологическая реабилитация, которая является начальным элементом в этапном лечении поражений нервной системы у недоношенных новорожденных [2].

Проведение реабилитации таких детей в родильном доме осуществлялось с учетом следующих принципов:

1. Обеспечение адекватной легочной вентиляции,
2. Поддержание стабильного уровня системного и церебрального кровотока,
3. Профилактика и терапия возникновения отека мозга,
4. Коррекция метаболических гомеостатических нарушений,
5. Полноценное питание (включая парентеральное),
6. Использование специфических церебропротекторов,
7. Совершенствование технологии выхаживания.

Недоношенные новорожденные контрольной группы в течение первого месяца жизни получали традиционную терапию в условиях родильного дома.

На рисунке 1 представлены данные по оценке эффективности терапии неврологических нарушений у недоношенных новорожденных в исследуемой и контрольной группах к концу первого месяца жизни. Таким образом, регресс неврологической симптоматики к концу первого месяца жизни у детей, получивших первичную неврологическую реабилитацию, был достоверно выше, чем в контрольной группе (Хи-квадрат = 9,831 с 1 степенью свободы, $p = 0,002$, $p < 0,05$). По степени тяжести церебральная ишемия в соответствии с Международной Классификацией Болезней 10-го пересмотра разделяется на легкую (I степени), средней степени (II степени) и тяжелую (III степени).

Распределение детей с учетом этой классификации в контрольной и исследуемой группах выглядело следующим образом (рисунок 2,3). Число детей, имеющих неврологические нарушения легкой степени в возрасте 1 месяц в исследуемой группе существенно выше, чем в контрольной. При этом достигнуто снижение числа детей имеющих тяжелые неврологические нару-

шения. В контрольной группе отмечено увеличение неврологических нарушений легкой степени незначительно и сохраняется общее количество детей с тяжелым неврологическим страданием.

Распределение детей исследуемой и контрольной групп по ведущему клиническому синдрому перинатального поражения нервной системы выглядело следующим образом (таблица 1,2). Регресс неврологических синдромов у детей, получивших первичную реабилитацию к концу первого месяца жизни наблюдается в 23,5% случаев, тогда как среди детей, находящихся на обычном режиме выхаживания это число составляет 12% (Критерий z с поправкой Йейтса на непрерывность значительно больше критического значения для 5% уровня значимости, $p < 0,05$, $z > 1,96$). Следует учитывать, что у детей опытной группы синдром двигательных нарушений развивается в 2 раза реже (соответственно 17% и 34%). При этом в опытной группе синдром двигательных нарушений формируется преимущественно у детей с синдромом возбуждения или угнетения ЦНС при рождении, а у детей контрольной группы – с синдромами возбуждения, угнетения ЦНС и вегетовисцеральных дисфункций.

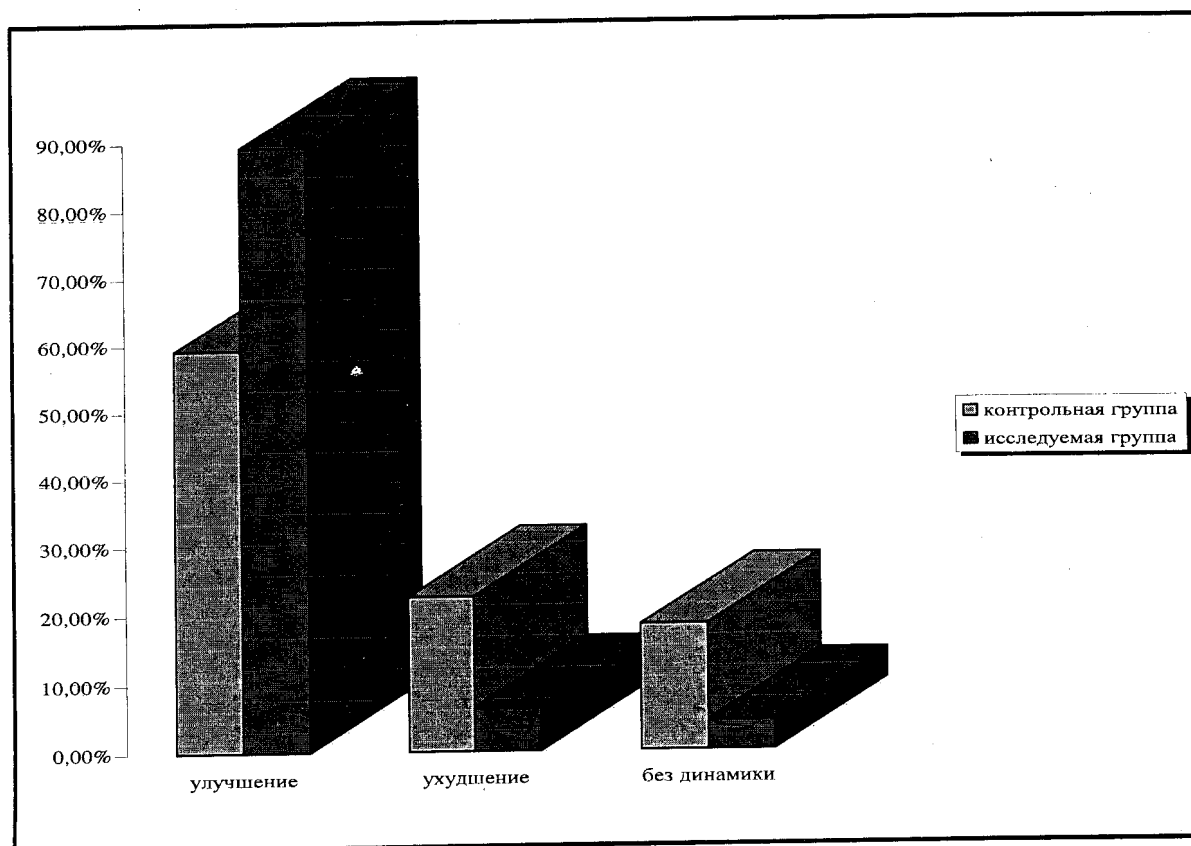


Рис. 1. Оценка эффективности лечения к концу 1 года жизни.

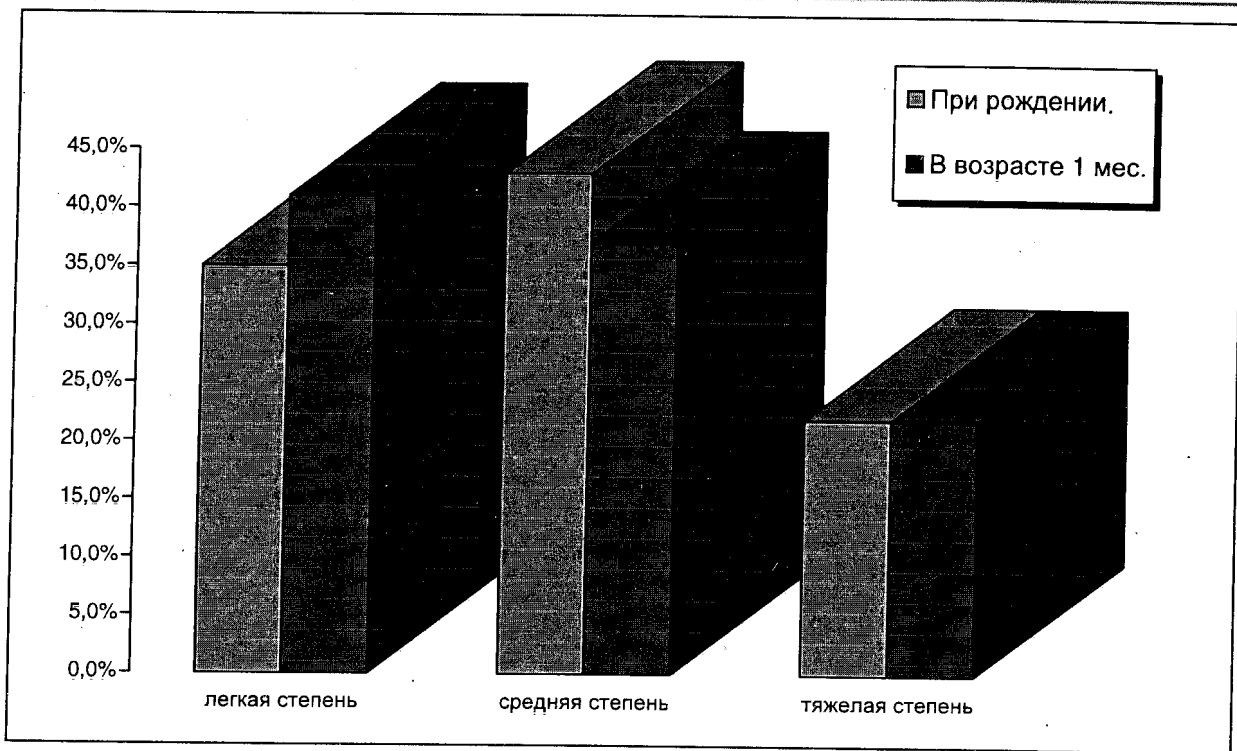


Рис 2. Распределение детей контрольной группы по степени тяжести неврологических нарушений.

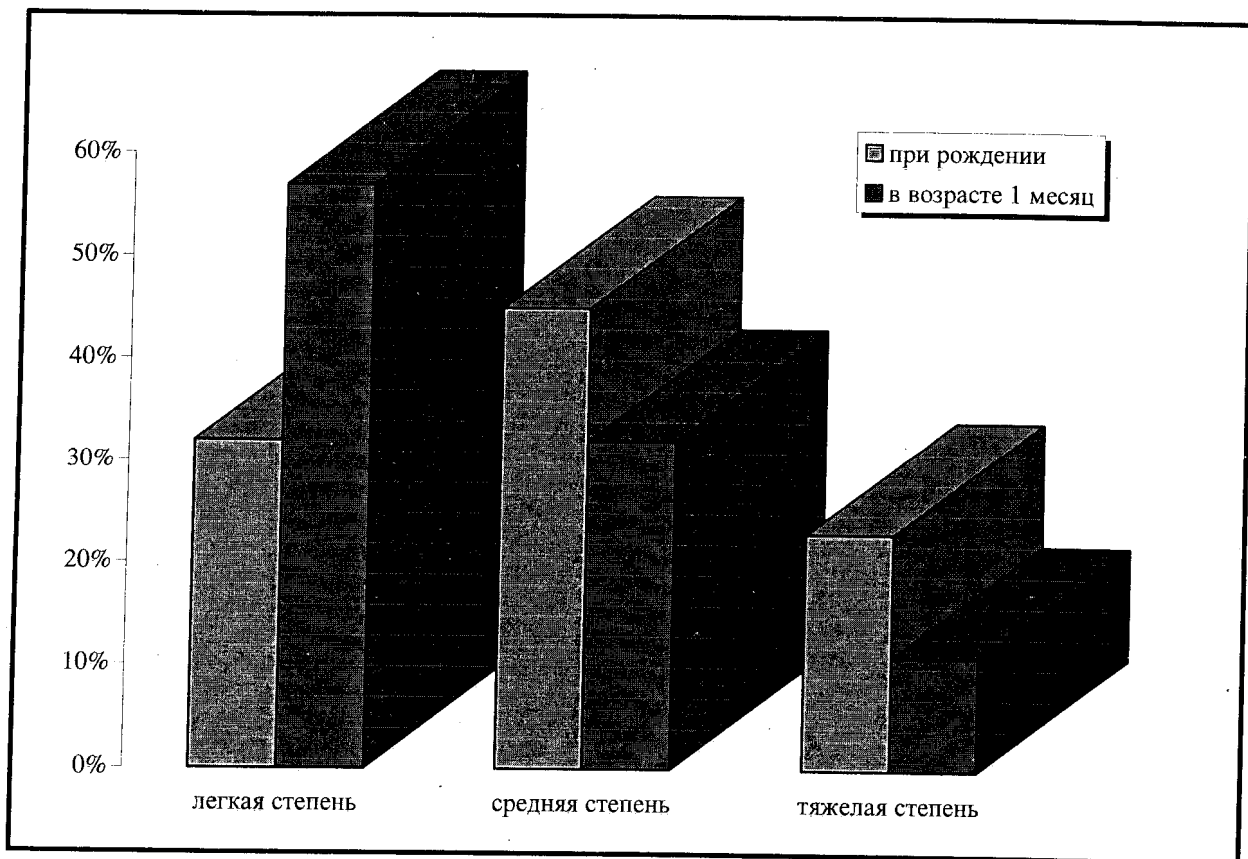


Рис. 3 Распределение обследованных детей по степени тяжести неврологических нарушений.

Таблица 1

Распределение детей исследуемой группы по ведущему неврологическому синдрому

Ведущий синдром	При рождении	В возрасте 1 месяц
Возбуждение ЦНС	16 (34%)	8 (17%)
Угнетение ЦНС	14 (30%)	8 (17%)
Гипертензионный	3 (6%)	1 (2%)
Вегето-висцеральной дисфункции	13 (28%)	11 (23,5%)
Двигательных нарушений	-	8 (17%)
Судорожный	1 (2%)	-
Регресс симптомов	-	11 (23,5%)

Таблица 2

Распределение детей контрольной группы по ведущему неврологическому синдрому

Ведущий синдром	При рождении	В возрасте 1 месяц
Возбуждение ЦНС	16 (33%)	6 (12%)
Угнетение ЦНС	15 (30,5%)	8 (16%)
Гипертензионный	4 (8%)	5 (10%)
Вегето-висцеральной дисфункции	13 (26,5%)	7 (14%)
Двигательных нарушений	-	17 (34%)
Судорожный	1 (2%)	1 (2%)
Регресс симптомов	-	6 (12%)

Нормальная ультразвуковая картина головного мозга к концу первого месяца жизни в опытной группе наблюдалась у 21 (44,5%) ребенка, тогда как при рождении таких детей было 7 (15%). Для контрольной группы эти цифры составили 16 (32,5%) и 6 (12%) соответственно.

ВЫВОДЫ

1. Неврологические нарушения у недоношенных новорожденных обусловлены комплексом повреждающих факторов анте- и перинатального периода, воздействующих на незрелый мозг ребенка.

2. Каждый случай рождения недоношенного новорожденного следует рассматривать как угрожаемый по реализации неврологических нарушений, требующий проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, с обязательной нейросонографией и осмотром невролога при рождении и в течение первого месяца жизни.

3. Проведение комплексной неврологической реабилитации с первых суток жизни позволяет существенно улучшить неврологический статус недоношенного ребенка, значительно снижает риск резидуальных форм, особенно синдрома двигательных нарушений, как раннего маркера детского церебрального паралича [5].

4. Учитывая рост заболеваемости неврологической патологией среди недоношенных новоро-

жденных необходимы разработка и строгое выполнение регламентированных принципов ранней неврологической реабилитации, особенно для детей этой группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев Ю.И., Буркова А.С.//Журнал невропатол. и психиатр. – 1990. – Т.90. – №8. – С. 3-5.
2. Бомбардинова Е.П., Моисеева Т.Ю. и соавт.//Педиатрия. – 2001. – № 3. – С. 96-99.
3. Вельтищев Ю.Е. Состояние здоровья детей и общая стратегия профилактики болезней//Российский вестник перинатологии и педиатрии (приложение). – М., 1994. – 67 с.
4. Лицев А.Э. Роль перинатальной патологии в генезе минимальных мозговых дисфункций у детей раннего возраста: Автореф. Дис... канд.мед.наук.- М., 1995.
5. Монтгомери Т.Р.//Педиатрия.- 1993. – №5. – С. 89-91.
6. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных: руководство для врачей.- СПб: Издательство «Питер», 2000.- с. 170.
7. Петрухин А.С. Перинатальная неврология: предмет, задачи, перспективы развития // Материалы 2 го съезда РАСПИ «Перинатальная неврология. » - М.,1997.- с. 3-4.

8. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте (пер. с чешск.). – М., 1986. – 256с.
9. Шабалов Н.П. Неонатология. – Т. 1. – СПб.: Специальная литература, 1995.
10. Eken P., de Vries L.S., van de Graaf Y. Et al.//Dev. Med. Child Neurol. – 1995. – Vol. 37, №1. – P. 41-45.
11. Eken P., Toet M.S., Groendaal F., de Vries L.S.//Arch. Dis. Child. – 1995. – Vol. 73, №2. – P. 75-80.
12. Fazzi E., Orcesi S., Caffi L. Et al.//Neuropediatrics. – 1994. – Vol. 25.- P. 134-139.
13. Finer N.N., Robertson C.M., Richards R. Et al.//J. Pediatr. – 11981. – Vol. 98, № 1. – P. 112-117.
14. Hadders-Algra M., Huisjes H.J., Touwer B.C.L.//Dev. Med. Child Neurol. – 1988. – Vol. 30. – P. 482-491.
15. Soorani-Lunsing R.J., Hadders-Algra M., Huisjes H.J., Touwen B.C.L.//Early Human Dev. – 1993. – Vol. 33, № 1, – P. 71-80.
16. Volpe J.J. Ntrvology of the Newborn.-3-th Ed. – Philadelphia, 1991.

УДК 616-006.55.432:613.956:616.12-008.331.43/45

Т.В. Денисова, О.В. Бугун, В.В. Долгих

ЦИРКАДНЫЙ ПРОФИЛЬ И ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С МИКРОАДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА

ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Обследовано 48 подростков с микроаденомами гипофиза. Показано, что изменения показателей СМАД касаются в первую очередь ДАД и проявляются нарушением его циркадной динамики с избыточным снижением во время ночного сна и увеличением вариабельности в течение суток

Ключевые слова: микроаденома гипофиза, суточное мониторирование артериального давления, суточный профиль, вариабельность.

24-HOUR PROFILE AND PARAMETERS OF VARIABILITY OF BLOOD PRESSURE AT THE TEENAGERS WITH PITUITARY MICROADENOMAS

T.V. Denisova, O.V. Bugun, V.V. Dolgikh

RC ME of ESSC of SD of RAMS (Irkutsk)

48 teenagers with pituitary microadenomas are examined. We have arranged, that changes of 24-hour Blood Pressure parameters are reflects in diastolic blood pressure and showed desynchronization of 24-hour BP profile due to pronounced BP lowering during sleep and elevation of variability of diastolic BP during of 24 hour.

Key words: Pituitary microadenoma, 24-hour Blood Pressure (BP) Monitoring, 24-hour BP profile.

В настоящее время актуальность проблемы ранней диагностики и лечения нейроэндокринной патологии у подростков не вызывает сомнения. Это диктуется высокой распространенностью нейроэндокринных синдромов, их клиническим полиморфизмом и тесной связью с вегетативными, эмоциональными и мотивационными нарушениями (3,8,14). Так, гипоталамический синдром периода полового созревания (ГСППС)

является, наряду с патологией щитовидной железы, наиболее часто встречающейся эндокринопатией в пубертатном периоде, распространенность которой составляет по данным разных авторов от 3-4 до 9% (1,8,15) и имеет тенденцию к увеличению в последние годы. Наряду с этим, и проблема гормонпродуцирующих опухолей гипофиза также перестала быть чисто академической. Так, по данным аутопсии у лиц