

- ный эндокардит: новые стандарты диагностики и лечения (по материалам симпозиума «инфекционный эндокардит» Российского национального конгресса кардиологов, СПб, 2002) // Клин. мед. — 2003. — № 6. — С. 68–71.
6. *Тюрин В.П.* Инфекционные эндокардиты. — М.: ГЭО-ТАР-МЕД, 2002. — 222 с.
7. *Тюрин В.П., Дубинина С.В.* Инфекционный эндокардит у лиц пожилого и старческого возраста // Клин. мед. —

2000. — № 4. — С. 53–56.
8. *Чипигина Н.С., Озерский К.С.* Инфекционный эндокардит: внесердечные клинические проявления // Сердце. — 2003. — Т. 2, № 5. — С. 231–235.
9. Guidelines on Prevention, Diagnosis and Treatment of Infective Endocarditis. Full Text. The Task Force on Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology // Europ. Heart Journal. — 2004. — 00. — P. 1–37.

© ШИШКИНА Е.В., БОБРОВА Л.В. —

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА ПОВЫШЕННОЙ НЕРВНО-РЕФЛЕКТОРНОЙ ВОЗБУДИМОСТИ У ДЕТЕЙ С НАТАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

Е.В. Шишкина, Л.В. Боброва

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра нервных болезней, зав. — д.м.н., проф. В.А. Руднев)

Резюме. Проведен анализ клинко-электроэнцефалографической (ЭЭГ) картины синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости у детей с натальной цереброспинальной травмой. Выявлены основные ЭЭГ-паттерны данного синдрома и определена их клиническая значимость.

Ключевые слова. Новорожденные, натальная цереброспинальная травма, клиника, электроэнцефалография.

В настоящее время особое внимание исследователей привлекают изменения структуры головного мозга у новорожденных детей и детей грудного возраста, связанных с гипоксически-травматическими повреждениями в процессе родов [1,2,5]. В последнее время большое внимание уделяется электроэнцефалографической диагностике при данной патологии [3,4].

Целью нашего исследования было оценка клинко-электроэнцефалографической картины синдрома нервно-рефлекторной возбудимости у новорожденных детей с натальной цереброспинальной травмой, а также проведение сравнительного анализа клинической и ЭЭГ у них по отношению к группе неврологически здоровых детей.

Материалы и методы

Обследовано 30 доношенных новорожденных (15 мальчиков и 15 девочек) в возрасте до 10 суток жизни. У 20 новорожденных отмечались признаки нервно-рефлекторной возбудимости (группа 1): беспокойный раздражительный крик, тремор конечностей в покое, повышение тонуса мышц конечностей, симметричное оживление сухожильных и периостальных рефлексов, снижение физиологических рефлексов спинального автоматизма новорожденных. Контрольную группу составили 10 здоровых детей. Подробно изучен анамнез; течения беременности и родов у матерей обследованных детей, а также данные о раннем адаптационном периоде новорожденных. Исследование неврологического статуса проводилось по общепринятым методикам, а электроэнцефалографическое — в специальной звукоизолированной камере, на восьмиканальном электроэнцефалографе Medicor EEG 8 S, при температуре 22–24°C, через 30 минут после кормления ребенка, в одно и тоже время суток с 14 до 16 часов.

Результаты и обсуждение

Анализ полученных данных показал, что у детей с синдромом нервно-рефлекторной возбудимости перинатальный риск был значительно выше, чем у детей контрольной группы. У матерей детей первой группы в анамнезе чаще отмечались: угрозы прерывания беременности в различные сроки ($p < 0,05$), инфекции (ОРВИ, пиелонефрит, хламидиоз, ЦМВ и т.д.) во время беременности ($p < 0,01$), осложнения в родах (первичная слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности и т.д.) ($p < 0,05$).

При оценке раннего адаптационного периода так же

были установлены определенные закономерности, так дети с синдромом нервно-рефлекторной возбудимости имели более высокие сроки гестации $39,9 \pm 0,1$ недель, а у здоровых — $39,1 \pm 0,2$. Новорожденные с синдромом нервно-рефлекторной возбудимости имели более высокие масса-ростовые показатели — в среднем на 100 грамм и 2 см. больше, чем дети контрольной группы. В группе детей с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости было 10 девочек и 10 мальчиков, а в контрольной — 4 и 6 соответственно, т.е. имеется различие по полу. Количество детей с оценкой по шкале Апгар менее 7 баллов через 1 минуту и менее 8 — через 5 минут в группе с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости составило 5, тогда как в контрольной — ни одного. Состояние детей при рождении и в первые сутки жизни с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости оценивалось как тяжелое — у 2 детей; средней степени тяжести — у 8 и удовлетворительной — у 10. В контрольной же группе у всех 10 детей состояние оценивалось как удовлетворительное.

При оценке неврологического статуса было установлено, что уровень физического развития детей в первой группе ниже, чем в контрольной группе. У всех детей с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости было обнаружено статистически достоверно чаще ($p < 0,01$) повышение мышечного тонуса по пирамидному типу, как и выраженный крупноразмашистый тремор конечностей в покое. Обращало на себя внимание достоверное снижение физиологических рефлексов у новорожденных спинального автоматизма ($p < 0,05$). В контрольной группе детей этих симптомов не регистрировалось.

При изучении ЭЭГ обнаружено, что основными паттернами синдрома нервно-рефлекторной возбудимости явились: синхронизация — у 7 детей 1 группы; фронтальная дизритмия — у 7; симптом bruches (щетки) — у 9; отмечались нарушения амплитудных значений ЭЭГ в лобных долях — у 8 (4 в сторону повышения и 4 — понижения); недифференцированная кривая — у 3 и нарушение формирования фаз сна — у 5. В контрольной группе детей, данные ЭЭГ соответствовали возрастной норме.

На основании полученных результатов можно сделать выводы, что при синдроме повышенной нервно-рефлекторной возбудимости отмечаются определенные клиничко-ЭЭГ изменения. Как правило, этот синдром встречается у детей с высокими показателями перинатального риска.

Основными проявлениями этого синдрома являются выраженный тремор в покое, повышение тонуса мышц конечностей, оживление сухожильных рефлексов и стойкое снижение физиологических рефлексов спинального автоматизма у новорожденных. Очень часто у детей с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости на любые, даже незначительные раздражители отмечается болезненный крик.

По данным ЭЭГ найдены характерные паттерны синдрома нервно-рефлекторной возбудимости: синхронизация, фронтальная дизритмия и симптом bruches (щетки). При синдроме повышенной нервно-рефлек-

торной возбудимости, протекающем с синхронной ЭЭГ-кривой, у детей было более позднее формирование моторных навыков и как, следствие они отстают в психомоторном развитии от своих сверстников. Тогда как с асинхронной кривой на ЭЭГ эти изменения менее выражены, восстановительный процесс идет значительно быстрее и прогноз заболевания более благоприятный.

Таким образом, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости у новорожденных имеет определенную клиническую и ЭЭГ-картину, которую следует учитывать при диагностике, лечении и в динамическом наблюдении при его диспансеризации. Клинические проявления регрессируют быстрее, чем электроэнцефалографические изменения, поэтому ЭЭГ исследование следует проводить в динамике, несмотря на отсутствие органических изменений в неврологическом статусе.

THE CLINICAL AND ELECTROENCEPHALOGRAPHIC CRITERIA OF THE SYNDROME OF INCREASED NEUROREFLEX EXCITABILITY IN CHILDREN WITH NATAL CEREBROSPINAL TRAUMA

E.V.Shishkina, L.V.Bobrova.
(The Krasnoyarsk State Medical Academy)

The analysis of the clinical and electroencephalographic picture of the syndrome of the increased neuroreflex excitability in children with natal cerebrospinal trauma was carried out. The principal EEG-patterns of this syndrome were revealed and their clinical significance was defined.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев Ю.И. Неонатальная неврология. — М.: Трада-Х, 2001. — 638 с.
2. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. — СПб: Питер, 2000. — 219 с.
3. Посикера И.Н., Строганова Т.А. Электроэнцефалографический анализ функционального развития корковых областей мозга у детей первого месяца жизни // Журн. высшей нервной деятельности им И.П. Павлова. — 1983. — Т.2, № 4. — С.624-631.
4. Якунин Ю.И., Ямпольская Э.И., Кипнис С.Л., Сысоева И.М. Болезни нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста. — М.: Медицина, 1979. — 280 с.
5. Volpe J.J. Neurology of the Newborn. — Philadelphia, Saunders, 1995. — 715 p.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ОНУЧИНА Е.В., РОЖАНСКИЙ А.А., КАЗАКОВА Р.В., ПОШКАЙТЕ И.А. —

СЛУЧАЙ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ТРОМБОЗА ПОРТАЛЬНОЙ И СЕЛЕЗЕНОЧНЫХ ВЕН

Е.В. Онучина, А.А. Рожанский, Р.В. Казакова, И.А. Пошкайте

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А. Горяев; МУЗ Клиническая больница № 1, гл. врач — Л.А. Павлюк)

Резюме. Описан случай идиопатического тромбоза портальной и селезеночных вен, осложненного предпеченочной портальной гипертензией.

Ключевые слова. Острый венозный тромбоз, предпеченочная портальная гипертензия.

Больной М., 34 лет (история болезни № 2662/319/194/263), поступил в приемное отделение МУЗ КБ № 1 3.03.2001 г. с жалобами на постоянные, умеренной интенсивности боли в верхней половине живота, несколько усиливающиеся после приема пищи, сохраняющиеся в ночное время.

Из расспроса выяснено, что заболел остро 28.02.2001 г., когда после физической нагрузки (колол дрова) и посещения жарко натопленной бани (без приема алкоголя) вечером впервые появились боли в правом верхнем квадранте живота. Боли беспокоили в течение двух последующих дней, кратковременно купировались анальгетическими препаратами. Продолжал работать 3.03.2001 г. самостоятельно обратился в приемное отделение МУЗ КБ № 1. Дополнительные сведения: в анамнезе аппендэктомия.

Объективные данные при поступлении: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы обычной

окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Дыхание в легких везикулярное, дополнительных дыхательных шумов нет. Тоны сердца ритмичные с числом 80 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот обычной формы и величины, при пальпации мягкий, слабо болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. В положении на правом боку селезенка не пальпировалась. Симптом поколачивания поясничной области был отрицательным с обеих сторон.

Общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи — без патологии. Время свертывания крови (БСК): начало 3'30", конец 4'30". По данным фиброгастродуоденоскопии (ФГДС): поверхностный гастродуоденит. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости: печень однородной эхогенности, с острым