

ЦНС — 10,2 % (13 детей), судорожный синдром — 2,3 % (3 детей), гипертензионно-гидроцефальный — 14,1 % (18 детей), синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости — 20,3 % (26 детей), прочие расстройства — 12,5 % (16 ребенка).

Этиологические факторы распределились следующим образом: патология беременности составила 65 % (135 женщин), патология родов — 15 % (31 женщина), сочетание этих факторов 20 % (41 женщина). Беременность протекала на фоне соматической патологии (заболевания почек, сердечно-сосудистые заболевания) у 35 женщин (17 % от группы наблюдения).

При анализе тяжести поражения нервной системы у новорожденных отмечено: гемморагический синдром, судорожный синдром, синдром угнетения ЦНС в первые сутки жизни наблюдались у детей преимущественно с патологией родов (асфиксия, травмы ЦНС, отслойка плаценты). Ухудшение общего состояния и по неврологическим критериям к 3—4 суткам наблюдалось преимущественно у детей с патологией беременности и соматической патологией (токсикозы, угроза прерывания, анемия).

Обследование в катамнезе проведено у 115 детей в возрасте 2—3 года. Грубый неврологический дефицит имели 12 детей (10 %) с геморрагическими и ишемическими поражениями нервной системы периода новорожденности, обусловленными в 25 % патологией родов, в 65 % патологией беременности и сочетанием этих факторов в 10 % случаев. Судорожный синдром выявлен у 11 детей (9,5 %), из них у 8 детей в форме фебрильных судорог. Задержка психоречевого развития, нарушения поведения отмечено в группе 30 (26 %) и 35 (30 %) детей соответственно. Остальные 38 детей имели вегето-висцеральные расстройства, гипертензионный синдром, нарушения сна; соматические заболевания отмечены в 75 % всех детей.

Анализ отдаленных исходов в группе детей с легкими и средней тяжести поражениями нервной системы в периоде новорожденности выявил, что исходы лучше в группе детей средней тяжести, чем с легкими поражениями нервной системы. Подобные результаты могут быть обусловлены своевременным и адекватным лечением детей со среднетяжелым поражением и практически отсутствием лечения (кроме острого периода) у детей из «легкой» группы.

Таким образом, поражение нервной системы, возникшее в результате патологии беременности и родов, имеет свои различия в течении и прогнозе, требует своевременной диагностики и адекватного лечения. Необходимо учитывать эволюционные особенности этих заболеваний и нервной системы ребенка и максимально использовать возможность улучшения пластичности и других адаптационных механизмов мозга в более ранние сроки заболевания.

Т.Е. Старовойтова, В.В. Долгих, Т.А. Тетерина

ЛЕЧЕНИЕ ЗАДЕРЖЕК ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ПРОИЗВОДНЫМИ ФУМАРОВОЙ КИСЛОТЫ

ИЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Спектр нарушений психического развития у детей достаточно широк и многообразен, но значительно чаще встречается задержка психического и/или психоречевого развития (ЗПРР). ЗПРР входит в число наиболее актуальных проблем детской неврологии и смежных с ней медицинских, психологических и педагогических наук. В соответствии с современными представлениями в основе темпа нервно-психического развития лежат различные факторы, осложняющие ранний онтогенез.

По данным ВОЗ, 20 % детей страдают нервно-психическими расстройствами, которые в 65—80 % случаев носят гипоксически-ишемический характер. В постаноксическом периоде происходит истощение всех нейромедиаторных систем, а их восстановление полностью зависит от метаболизма мозга в целом. Так как обмен большинства нейромедиаторов находится в причинно-следственной связи с поведенческими актами и когнитивной деятельностью, поломка тонких механизмов межнейронных взаимоотношений, дисбаланс тормозных и возбуждающих нейромедиаторных систем могут служить основой формирования энцефалопатии.

Задержка психического развития также может возникать в результате тяжелых хронических соматических состояний, интоксикаций, травм головного мозга, а также существенную роль играют конституциональные и социальные факторы. По мере взросления ребенка различные участки мозга управляют определенными аспектами поведения в предсказуемой последовательности и в течение прогнозируемого времени. Последствия раннего повреждения могут проявляться спустя месяцы и годы в виде задержки психического развития.

Отсроченность появления клинических признаков повреждения, волнообразность течения объясняются не только мозаичностью созревания отдельных структур мозга, но и задержкой онтогенеза с нарушением пластических структурных перестроек на всех уровнях.

ЗППР — синдром временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций, замедление темпа реализации потенциальных возможностей организма, выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленностью, преобладании игровых интересов. Недостаточная сформированность познавательных процессов зачастую является главной причиной трудностей, возникающих при обучении в школе.

Существенное место в структуре дефекта умственной деятельности при данной аномалии развития принадлежит нарушениям памяти, в особенности произвольной. Недостаточность продуктивности произвольной памяти прямо пропорционально снижению их познавательной активности.

Дети с задержкой психического развития — это полиморфная группа. У некоторых из них отставание в развитии, в первую очередь, связано с незрелостью эмоционально-волевой сферы, у них слабо развиты интеллектуальные интересы, отмечается недостаточная устойчивость активного внимания и регуляция собственной деятельности, имеет место задержка в созревании абстрактно-логического мышления с преобладанием конкретно-действенного и наглядно-образного. Но при этом у детей с ЗППР, в отличие от умственной отсталости, отсутствует инертность психических процессов; дети способны не только принимать, но и использовать помощь и переносить усвоенные навыки в другие ситуации.

При клиническом неврологическом, психологическом и логопедическом обследовании выявляются церебрастенические симптомы с вегетативными, гемодинамическими, и эмоционально-волевыми расстройствами на невротическом уровне, дефицитарность моторных функций, снижение мотивации познавательной деятельности, целенаправленности действия, снижена способность к самоконтролю и прогнозированию действий

Для оценки уровня умственного развития, наряду с качественным психолого-педагогическим анализом, используются различные адаптированные традиционные психометрические тесты. Нами использованы методики по определению динамики показателей оперативной памяти, внимания, конструктивного мышления: методика десяти слов, корректурная проба, кубики Кооса и проведен сравнительный анализ динамики психической деятельности.

Известны способы лечения задержки психоречевого развития с применением метаболических, нейропротективных, ноотропных препаратов, сходные по сущности воздействия и улучшающие нейротрансмиттерную передачу через определенные рецепторы. Нами на фоне стандартных схем лечения дополнительно использована триэтаноламинная соль фумаровой кислоты.

Триэтаноламинная соль фумаровой кислоты представляет собой белое кристаллическое вещество, практически негигроскопичное, с температурой плавления — 100 °С, хорошо растворимое в воде, нетоксичное. Применяется в виде раствора в воде, порошков и таблеток.

Фумаровая кислота является интермедиатором цикла Кребса, обладает равной энергетической емкостью с глюкозой, но более высокими оперативными свойствами, чем последняя. Улучшает синтез АТФ окислительным фосфорилированием.

Группу исследования составили 10 детей в возрасте с 5 до 8 лет с задержкой психоречевого развития на фоне перинатальной энцефалопатии гипоксического генеза. Из обследования исключены дети с умственной отсталостью, генетическими, наследственными синдромами. Контрольную группу составили 10 детей такого же возраста с идентичной патологией, получавших стандартную схему лечения.

После проведенного курса лечения триэтаноламиновой солью фумаровой кислоты у больных с ЗППР отмечено улучшение: объем оперативной памяти увеличился в среднем в 1,4 раза и приближается к нижней границе нормы; произвольное внимание стало более продуктивным, количество ошибок снизилось в 1,5 раза; увеличилось количество выполненных заданий по конструктивному мышлению. На фоне приема стандартной терапии отмечается: незначительное увеличение оперативной памяти (разница недостоверная), произвольное внимание не стало продуктивным и показатели конструктивного мышления не улучшились.

Состояние памяти, внимания, мышления зависит от многих факторов, в том числе от состояния метаболических процессов в организме, пластичности нервной системы.

Триэтаноламинная соль фумаровой кислоты улучшает окислительно-восстановительные процессы, способствует сосредоточению энергии в макроэргических фосфатных связях, ускоряет нейротрансмиттерную передачу, обеспечивая более быстрый эффект.

Таким образом, триэтаноламинная соль фумаровой кислоты, обладающая антиоксидантными и иммуномодулирующими свойствами, позволяет улучшить метаболические процессы в нервной системе, снизить уровень церебрастении, улучшить внимание, память, повысить психическую и речевую активность, сократить сроки госпитализации и финансовые издержки на лечение.