

Таким образом, именно в семейной диспансеризации и реабилитации мы видим залог успеха борьбы с растущей бронхолегочной заболеваемостью среди детского населения. Такой методически подход приемлем и по отношению больных социально значимыми заболеваниями, в том числе туберкулезной патологией, сахарным диабетом.

Список литературы:

1. Булешов М.А., Чуриева Я.Г. Совершенствование организации амбулаторно-поликлинической помощи населению на дому // Вестник Южно-Казахстанской государственной медицинской академии. – Шымкент, 2009. – № 3. – С. 17-20.

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ СО СКОЛИОЗОМ И ДЕФОРМАЦИЕЙ ТАЗА

© Князева О.В.*

Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

Исследование посвящено изучению особенностей неврологической патологии, возникающей у детей, рожденных от матерей со сколиозом и деформацией таза. Сколиоз беременной женщины может являться одной из причин различных отклонений в течение беременности и родов, становится причиной косого таза, результатом чего становится возникновение неврологической патологии у детей.

Перинатальные поражения нервной системы объединяют различные патологические состояния, причиной которых являются отклонения в антенатальном периоде, во время родов и в первые дни после рождения [1, 2]. Задача предупреждения глубокой инвалидизации в детстве состоит в своевременно проведенной диагностике возможных двигательных и интеллектуальных расстройств в перинатальном периоде [3].

Одной из причин различных отклонений в течение беременности и родов является сколиотическая деформация позвоночника беременной женщины. При беременности позвоночник подвергается большим физическим нагрузкам [4, 5]. Исследования течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с патологией позвоночника свидетельствуют о чрезмерном напряжении адаптационно-компенсаторных возможностей организма; чаще диагностируются хроническая внутриутробная гипоксия плода

* Ассистент кафедры Детской неврологии, кандидат медицинских наук.

(44,8 %); а также признаки угрожающего выкидыша в I триместре (35,2 %). Асфиксия новорожденных от матерей с патологией позвоночника наблюдается в 2,5 раза чаще, аномалии родовой деятельности в виде дискоординации осложняют течение родов в большом проценте (75,2 %), высокая частота хронической плацентарной недостаточности у беременных обуславливает более высокий удельный вес абдоминального родоразрешения (24,7 %) [5]. Кроме того, наличие у беременной сколиотической деформации грудного отдела позвоночного столба II, III степени тяжести с дугой противоискривления в поясничном отделе или сколиоза грудно-поясничной и поясничной локализации является фактором высокой степени риска нарушения маточно-плацентарного кровотока [6].

Но ни в одном из исследований не проводилась корреляция степени, этиологии сколиоза у матери и неврологического статуса новорожденного и не изучалась сравнительная характеристика выявленных у детей неврологических повреждений, причиной которых стали сколиоз и деформация таза матери.

Материалы и методы. Проводилось исследование детей, рожденных от матерей со сколиотической деформацией позвоночника, с деформациями таза и сочетанной патологией – сколиоз и деформация таза.

I группа (66 человек) – дети, рожденные от женщин со сколиозом.

II группа (88 человек) – дети, рожденные от женщин с деформацией таза (поперечносуженный, простой плоский, плоскорихитический, воронкообразный, узкий, общеравномерносуженный, кососмещенный таз).

III группа (22 человека) – дети, рожденные от женщин, имеющих сочетание сколиоза с деформацией таза.

IV группа (48 человек) – контрольная группа, где у матерей не было выявлено патологических изменений со стороны позвоночника и таза.

Детям проводились клиничко-неврологическое, ультразвуковое, нейрорадиологическое и нейрофизиологическое (ЭЭГ, РЭГ) обследования. А также офтальмологическое обследование, МРТ-исследование, консультация педиатра, генетика, эндокринолога, ортопеда, хирурга.

Результаты собственных исследований. На основании выявленной неврологической симптоматики были выделены симптомы и синдромы поражения центральной нервной системы в группах исследования. Оценка неврологического статуса проводилась в роддоме, в течение 1 года жизни.

Среди 224 детей, осмотренных нами в первый день жизни, диффузная мышечная гипотония преобладала и отмечалась у 106 (47,3 %), $P < 0,01$. Из них путем кесарева сечения родились 15,1 % детей от матерей имеющих сколиоз. В данной группе патология натального периода (35,9 %) преобладала над осложнениями антенатального периода (26,2 %). У части детей гипотония носила транзиторный характер. Так, при повторном осмотре в родильном доме мы отметили нормализацию мышечного тонуса у 10,4 % детей, что характерно для детей с наркотической депрессией (15,1 %). У

18,9 % детей мы не могли определить причину диффузной мышечной гипотонии. Отмечалась и группа детей с миатоническим синдромом – эта патология отмечалась в 6,1 %.

Таблица 1

**Симптомы и синдромы поражения ЦНС у детей групп
исследования в первые дни жизни**

Симптомы и синдромы поражения ЦНС	Группы							
	первая		вторая		третья		четвертая	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Синдром нейрорефлекторной возбудимости	2	3,0	2	2,3	1	4,5	1	2,1
Синдром стволовых нарушений	9	13,6	10	11,4	4	18,2	2	4,2
Гипертензионно-гидроцефальный синдром	6	9,1	10	11,4	10	45,5	1	2,1
Синдром подкорковых нарушений	21	31,8	27	30,7	8	36,4	5	10,4
Синдром диффузной мышечной гипотонии	33	50,0	47	53,4	15	68,2	8	16,7
Цервикальный симптомокомплекс	15	22,7	9	10,2	7	31,8	0	0,0
Синдром пирамидной недостаточности	19	28,8	12	13,6	5	22,7	2	4,2

Синдром пирамидной недостаточности преобладал у детей I группы и III группы, $P < 0,05$. Повышение мышечного тонуса до степени спастического тетрапареза наблюдалось в I группе в 19,7 %, во II группе – в 11,4 %, в III группе – в 31,8 %. Нижний смешанный парапарез отмечался лишь у детей II группы – 3,4 %, $P < 0,05$.

Цервикальный симптомокомплекс проявлял себя симптомами «короткой шеи», кривошеи. Симптомы стволовых нарушений были выявлены в виде бульбарных нарушений: срыгиваний, поперхиваний, снижения небных и глоточных рефлексов. Гипертензионно-гидроцефальный синдром диагностирован среди детей всех групп, но в большом количестве преобладал в III группе – 45,5 %, $P < 0,05$.

Синдром нейрорефлекторной возбудимости проявлялся в виде спонтанных периодических вздрагиваний, повышенного рефлекса Моро с задержкой в первой фазе, мелкоамплитудного тремора, в виде раздраженного немотивированного плача. Синдром угнетения нервной системы отмечался у всех снижением врожденных рефлексов, слабым криком, вялым сосанием.

Симптомокомплекс внутричерепной гипертензии гипертензионно-гидроцефальный синдром достигали наибольшей выраженности в 3-4 месяца, затем симптоматика постепенно убывала, $P < 0,05$,

К возрасту 1 года количество детей с диффузной мышечной гипотонией возросло, $P < 0,05$. Миатонический синдром сохранялся в единичных случаях. Повышение тонуса по пирамидному типу возросло в возрасте 1 месяца и отмечалось у половины детей, $P < 0,05$. К 1 году количество детей с данными изменениями в группах снизилось лишь в I группе до 43,5 %, возросло до 44,8 % во II группе и до 40,0 % в III группе, $P < 0,05$. Симптоматика спастических парезов возросла в возрасте 1 месяца до 50,0 % в I группе, до 31,1 % во II группе и 62,5 % в III группе.

При динамическом наблюдении было выявлено отставание в развитии у части детей. Позже сидеть, вследствие нарушения туловищных выпрямляющих реакций, после 7-8 месячного возраста, начали 50 % детей из I исследуемой группы, 11,4 % из II группы, 22,7 % детей из III группы исследования. Ходить позже 14 месяцев стали 7,6 % детей I группы, 4,5 % детей II группы, 9,1 % – III группы.

На протяжении всего периода наблюдения поражение центральной нервной системы преобладает в I и III исследуемых группах, $P < 0,05$ (т. 2). В целом, при динамическом наблюдении за группами исследования отмечается регресс неврологической симптоматики, $P < 0,05$.

Таблица 2

Поражение ЦНС среди детей исследуемых групп в период новорожденности, в возрасте 1 месяца, 1 года (в %)

Группа	В род. доме	В 1 месяц	В 1 год
I группа	45,5	65,5	39,1
II группа	22,7	52,0	27,6
III группа	63,6	70,0	70,0
IV группа	4,2	11,0	9,1

Полученные результаты позволяют отнести женщин, страдающих сколиозом, деформацией таза к категории высокого риска осложнений развития неврологической симптоматики у рожденных ими детей.

Выводы. Поражение ЦНС было выявлено чаще у детей, рожденных женщинами со сколиозом (75,7 %), с сочетанием сколиоза и деформации таза (68,2 %). Среди поражений ЦНС, у детей отмечались церебральные симптомы поражения нервной системы (74,2 %), симптомы поражения спинного мозга – (19,7 %), симптомы сочетанного поражения головного и спинного мозга (6,1 %), преобладающие у детей, от матерей с I-II степенью сколиоза ($48,1 \pm 4,1$ %), рожденных естественным путем ($43,2 \pm 3,1$ %).

Дети, рожденные от матерей со сколиозом и деформацией таза, нуждаются в этапном наблюдении невролога. Для предупреждения развития неврологической патологии, целесообразно динамическое наблюдение неврологом с первых дней жизни, непрерывность и комплексное использование профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий амбулаторно и на уровне стационара.

Список литературы:

1. Соколовская Т.А. Вклад перинатальных причин в формирование инвалидности / Т.А. Соколовская // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – № 4. – С. 4-14.
2. Barkley R.A. Global issues related to the impact of untreated attention deficit / hyperactivity disorder from childhood to young adulthood / R.A. Barkley // Postgrad Med. – 2008. – Sep; 120 (3). – P. 48-59.

3. Прусаков В.Ф. Клиника и коррекция поведенческих нарушений у детей с минимальной мозговой дисфункцией / В.Ф. Прусаков, М.В. Белоусова, М.А. Уткузова // Неврологический вестник. – 2009. – Вып. 1. – С. 99.

4. Белов Е.В. Специфичность диагностики, течения беременности, родов и исхода родов у юных женщин с поперечно суженным тазом / Е.В. Белов, В.И. Бычков // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2008. – № 4. – С. 952-958.

5. Брынза Н.С. Течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с патологией позвоночника: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Н.С. Брынза. – Барнаул, 2000. – 24 с.

6. Скрыбин Е.Г. Фетоплацентарный кровоток у беременных, страдающих сколиозом / Е.Г. Скрыбин, Н.В. Иванова, Н.С. Брынза // Казанский медицинский журнал. – 2003. – Т. 84, № 1. – С. 48-50.