

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Заволишин И.А., Бойко А.Н. // Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. – М., 2004.
2. Гусев Е.И., Заволишин И.А., Бойко А.Н. // Неврология и психиатрия, спец. выпуск: Рассеянный склероз, 2002. – С. 3-6.

ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕТЕЙ С РАННИМ ВРОЖДЕННЫМ СИФИЛИСОМ

Н.А. Яковлев, Т.А. Слюсарь, Т.Л. Костюкова

Тверская государственная медицинская академия

Сифилис, как широко распространенная инфекция, характеризующаяся клиническим многообразием и частым поражением нервной системы, является одной из актуальных проблем современного здравоохранения [3, 4, 5]. В России заболеваемость сифилисом за период с 1989 по 1997 г. увеличилась более чем в 60 раз и составила 277,3 случая на 100 тыс. населения [2]. На этом фоне естественным и закономерным является рост заболеваемости сифилисом беременных женщин и, как следствие, определенное увеличение частоты врожденного сифилиса. В связи с этим влияние сифилитической инфекции матери на мозг плода, изучение особенностей течения раннего неонатального периода у детей, рожденных от больных сифилисом матерей, являются в настоящее время предметом интенсивных научных исследований [1,6].

На базе отделения недоношенных и патологии новорожденных детей городской детской больницы № 2 г. Твери за период с 1998 по 2005 гг. обследовано 109 новорожденных с диагнозом раннего врожденного сифилиса (девочек – 61, мальчиков – 48). Группу сравнения составили 62 ребенка (девочек – 33, мальчиков – 29), родившихся от матерей, не болевших сифилисом.

Большая часть (77,9%) матерей, родивших детей с ранним врожденным сифилисом, страдали ранним скрытым и вторичным рецидивным сифилисом. Специфическое противосифилитическое лечение получили лишь 44,0% женщин, большинство из них (60,6%) начали специфическую терапию во II-III триместрах беременности. Профилактическое лечение сифилитической инфекции во время беременности проведено 14,7% женщин. Несвоевременное начало лечения было связано с поздней обращаемостью женщин в женские консультации.

Частота встречаемости факторов риска в период беременности и осложнений в родах у женщин, больных сифилисом, превышала аналогичные показатели в группе сравнения. Патология беременности в виде гестоза, угрозы прерывания, фетоплацентарной недостаточности, патологической прибавки в массе тела зарегистрирована у 72,5% беременных, соматическая патология – у 87,2%, осложнения в родах (длительный безводный период, слабость и дискоординация родовой деятельности) – у 45,8%. У 26,6% женщин, имевших сифилис в анамнезе, беременность закончилась преждевременными родами. При осмотре плаценты у 67,0% женщин основной группы выявлялись петрификаты и участки перерождения, что в 5 раз превышает аналогичный показатель в группе сравнения (12,9%; $p < 0,01$).

Изучение раннего неонатального периода показало значительную частоту нарушения адаптации у новорожденных с ранним врожденным сифилисом. Более четверти детей основной группы (26,6%) родились с гестационным сроком 24-37 недель (в группе сравнения – 14,5%), причем более половины из них (66,1%) имели низкую массу тела – до 3000 граммов (в группе сравнения 25,8% детей). В основной группе в 1,7 раза чаще регистрировалась хроническая внут-

риутробная гипоксия плода (62,3% и 37,1% соответственно, $p < 0,05$). Задержка внутриутробного развития плода регистрировалась у 35,8% новорожденных основной группы (в группе сравнения – у 3,2%; $p < 0,01$), при этом доминировал гипотрофический вариант. В основной группе новорожденных в 4 раза чаще регистрировалась церебральная ишемия II-III степени. Синдром дыхательных расстройств у детей основной группы выявлялся в 1,7 раза чаще, чем в контроле ($p < 0,05$). У детей с врожденным сифилисом наблюдалось более тяжелое течение периода ранней адаптации, что подтверждалось большим числом новорожденных, общее состояние которых расценивалось как средней тяжести и тяжелое в течение всей первой недели жизни.

Поражение нервной системы диагностировано у всех новорожденных основной группы (в группе сравнения у 64,5%; $p < 0,05$). При этом у 95,4% детей основной группы поражение ЦНС было гипоксически-ишемического генеза. Ведущим синдромом у детей основной группы (72,5%) был синдром общего угнетения функций ЦНС, который являлся показателем тяжести состояния ребенка (в группе сравнения данный синдром диагностирован у 17,7% детей; $p < 0,05$). Синдром двигательных нарушений выявлялся у 56,8% детей основной группы и у 17,7% новорожденных в группе сравнения ($p < 0,05$) и объединял различные состояния, проявляющиеся патологией двигательной сферы. При динамическом наблюдении установлено, что восстановление двигательных функций у детей с ранним врожденным сифилисом происходило медленней, у них чаще отмечалась задержка психомоторного развития, которая была более грубой, чем в группе сравнения. Гипертензионно-гидроцефальный синдром у новорожденных основной группы регистрировался в 2 раза чаще, чем в группе сравнения (34,9 и 16,1%, соответственно; $p < 0,05$); он чаще проявлялся к окончанию острого периода перинатальной энцефалопатии у недоношенных новорожденных с тяжелым поражением головного мозга. Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (ПНРВ) отмечался у 27,5% детей основной группы и у 22,6% новорожденных в группе сравнения, часто сопутствовал синдрому внутричерепной гипертензии и наблюдался у детей с тяжелой энцефалопатией. Судорожный синдром регистрировался только у детей с ранним врожденным сифилисом (1,8%) и в большинстве случаев сочетался с синдромом угнетения ЦНС при тяжелом течении перинатальной энцефалопатии. У 4,6% новорожденных основной группы выявлено специфическое поражение ЦНС в виде сифилитического менингита или менингоэнцефалита.

По данным количественной оценки степени выраженности поражения ЦНС [7], среднетяжелое ($k = 0,7 \pm 0,1$) и тяжелое ($k = 1,2 \pm 0,1$) течение перинатальной энцефалопатии отмечено у 92,7% детей с ранним врожденным сифилисом, тогда как в группе сравнения у 61,3% детей выявлена легкая степень ПЭП ($k = 0,4 \pm 0,1$).

В структуре вегетативных нарушений в период новорожденности ведущими были желудочно-кишечные дисфункции в виде срыгивания (93,6% в основной группе и 22,6% в группе сравнения; $p < 0,01$), рвоты (24,8% и 11,3% соответственно; $p < 0,01$) и диспепсического синдрома (91,7% и 12,9%; $p < 0,01$). На втором месте по частоте были признаки дисрегуляции сердечно-сосудистой системы. У детей с ранним врожденным сифилисом достоверно чаще ($p < 0,05$) определялись повышение артериального давления (73,4% при 11,3% в группе сравнения) и лабильность АД (соответственно 49,5% и 8,1%). При оценке исходного вегетативного тонуса у 89,9% детей основной группы выявлено преобладание активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (в группе сравнения у 17,7%; $p < 0,05$). При проведении глазосердечной пробы в основной группе только треть детей имела нормальную вегетативную реактивность, а остальные (65,1%) – симпатикотоническую, что обуславливалось тяжестью поражения ЦНС, и в значительной степени коррелировало с характером, динамикой синдромов поражения ЦНС, а также сопутствующей патологией неонатального периода.

Проведенные в динамике нейросонографические исследования выявили ряд структурных изменений головного мозга новорожденных. Ведущими структурными изменениями головного мозга были субэпендимальные псевдокисты и деформация сосудистых сплетений. Перивентрикулярная лейкомаляция, кистозная дегенерация и внутрижелудочковые кровоизлияния мозга выявлены только у новорожденных с ранним врожденным сифилисом.

В восстановительном периоде достоверное увеличение размеров желудочковой системы отмечено у 34,9% детей основной группы, что могло быть следствием нарушения резистентности гематоэнцефалического барьера. В группе сравнения признаки вентрикуломегалии выявлялись у 16,1% детей, что в 2 раза ниже аналогичного показателя основной группы ($p < 0,05$).

При оценке состояния мозговой гемодинамики новорожденных основной группы выявлены достоверно более низкие параметры средней скорости кровотока в первые 2 недели жизни ($V_c 27,9 \pm 2,2$ см/с; $V_d 9,6 \pm 0,7$ см/с), что расценивалось как фактор риска развития гипоксически-ишемической энцефалопатии. К 4-й неделе зафиксировано нарастание индекса резистентности ($IP 0,70 \pm 0,02$), обусловленное медленным ростом конечной диастолической скорости кровотока по сравнению с максимальной систолической и увеличением разности между ними, что свидетельствует о повышении тонуса мозговых сосудов, ухудшении церебрального кровотока и предшествует формированию морфологического дефекта головного мозга.

Таким образом, проведенные исследования показывают, что в раннем неонатальном периоде для детей с ранним врожденным сифилисом характерен отягощенный акушерский анамнез, высокий процент рождения недоношенных детей в состоянии асфиксии средней и тяжелой степени с задержкой внутриутробного развития по гипотрофическому типу, наличие специфических поражений кожи и внутренних органов, тяжелое течение перинатальной энцефалопатии с выраженным клиническим полиморфизмом, преобладанием двигательных расстройств и гипертензионно-гидроцефального синдрома, структурных изменений головного мозга на фоне нарушения церебрального кровотока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буркова А.С., Володин Н.Н., Журба Л.Т. и др. Классификация перинатальных поражений нервной системы у новорожденных / Метод. реком. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. – 40с.
2. Короткий Н.Г., Чиненова Е.Г. // Рос. журн. кожн. и венерич. болезней. – 1998. – № 6. – С. 44-47.
3. Лосева О.К., Остроухова Т.Н., Никулин Н.К. и др. Эпидемиология и профилактика врожденного сифилиса в России / Пособ. для врачей. – М., 2002. – 25 с.
4. Мазур Л.И. // Вопр. соврем. педиатр. – 2005. – № 4. – С. 317.
5. Мара К. // ИППП. – 2004. – № 4. – С. 7-11.
6. Скрипченко Н.В., Скоромец А.П., Сорокина М.Н. Поражение нервной системы при врожденных инфекциях. – С.-Пб., 2003. – 48 с.
7. Степанов А.А. // Рос. педиатр. журн. – 1998. – № 6. – С. 46-48.