



Н.Н. МАЛЫШЕВА, Е.В. САЛОМЫКОВА, В.Ф. ПРУСАКОВ, Е.А. МОРОЗОВА

УДК 616.8:616-053.2

Казанская государственная медицинская академия

Пароксизмальные расстройства у детей, рожденных юными и возрастными первородящими

Малышева Наталья Нургалиевна

врач-невролог Центра восстановительного лечения для детей-инвалидов с психо-неврологическими заболеваниями, заочный аспирант кафедры детской неврологии КГМА

420061, г. Казань, ул. Галеева, д. 11, тел. (843) 273-49-09, e-mail: lama_lama@mail.ru

Приведены результаты наблюдений за 2 группами (50 человек) детей с пароксизмальными расстройствами, рожденных юными и возрастными первородящими. Проведен сравнительный анализ данных по течению беременности и родов, раннему неонатальному периоду, а также по структуре и течению пароксизмальных расстройств, данных функциональной диагностики.

Ключевые слова: эпилепсия, дети, юные первородящие, возрастные первородящие.

N.N. MALYSHEVA, E.V. SALOMYKOVA, V.F. PRUSAKOV, E.A. MOROZOVA

Kazan State Medical Academy

Paroxysmal disorders in children born to young and age primiparous

The results of observations of the two groups (50) of children with paroxysmal disorders born to young and age primiparous are given. A comparative analysis of the data stream of pregnancy and birth, early neonatal period, as well as on the structure and course of paroxysmal disorders, functional diagnostic data were conducted.

Keywords: epilepsy, children, young nulliparous, old primiparous.

По данным ВОЗ, 20% детей страдают нервно-психическими расстройствами. Органическая патология ЦНС имеется у 3% новорожденных детей, при этом перинатальные поражения мозга лежат в основе 60-70% заболеваний у детей старшего возраста. Гипоксически-ишемические поражения головного мозга у новорожденных детей наблюдаются в 15-30%, а у недоношенных — до 40% [1]. Занимая ведущее место в структуре неврологической патологии, перинатальные повреждения центральной нервной системы нередко способствует развитию пароксизмальных расстройств сознания у детей как эпилептического, так и неэпилептического характера [2].

Состояние здоровья ребенка во многом определяется состоянием здоровья матери, ее возрастом и социально-психологическим статусом. По мнению многих авторов, наиболее благоприятный для зачатия и рождения детей является

возраст от 19 до 29 лет [3]. Возраст роженицы до 18 лет и старше 35 лет рассматривается как фактор риска высокой частоты осложнений как для матери, так и для ребенка [4].

Цель работы: выявить особенности течения пароксизмальных расстройств у детей, корреляции между частотой пароксизмальных состояний и динамикой неврологического дефицита в исследуемых группах, изучить варианты ЭЭГ-изменений при видео-ЭЭГ-мониторировании у детей с пароксизмальными расстройствами, рожденных юными и возрастными матерями.

Обследовано 50 детей с пароксизмальными расстройствами (девочек — 27 и мальчиков — 23), находившихся на стационарном лечении в МУЗ «ДГКБ № 8», рожденных от юных и возрастных первородящих матерей. Группы были сформированы

в зависимости от возраста матери. В первую группу включены 15 детей, рожденных юными матерями, чей возраст на момент рождения ребенка был до 18 лет: средний возраст составил 16,6 лет (10 — 17-летние матери, 4 — 16-летние и одна — 15 лет). Во вторую группу включено 35 детей от возрастных первородящих (возраст матерей от 30 до 45 лет, средний возраст — 34 года). В контрольную группу вошли 30 детей с пароксизмальными расстройствами, находившиеся на стационарном лечении в МУЗ «ДГКБ № 8», рожденные матерями в возрасте 20-25 лет (средний возраст матерей — 22 года).

Таблица 1.
Краткая клиническая характеристика
обследованных детей

Показатель	Группы		
	Группа 1 n=15	Группа 2 n=35	Контрольная группа n=30
Пол М	10 (66,7%)	13 (37,1%)	19 (63,3%)
Ж	5 (33,3%)	22 (62,9%)	11 (36,7%)
Гестационный возраст, недели	37,1±0,4	36,4±0,7	36,7±0,6

Клиническое обследование включало анализ течения беременности, родов, оценку неврологического статуса, а также инструментальные методы исследования (электроэнцефалография, электроэнцефалография сна, видео-ЭЭГ-мониторинг, УЗИ, ЭХО-ЭГ, по показаниям — магнитно-резонансная томография).

Анализируя анамнестические данные по течению беременности, выявлен ряд особенностей. Для обеих групп было характерно осложненное течение беременности (рисунок 1). Так, в первой группе лишь в 13,3% случаев беременность протекала без патологии. Стоит отметить, что, несмотря на юный возраст матерей этой группы, беременность уже была повторной у 13,3% (исход предыдущих беременностей — медицинский аборт). Среди осложнений преобладают ранние токсикозы (53,8%), у 23,1% возникала угроза прерывания беременности и с такой же частотой беременности осложнялась гестозом тяжелой степени, требующих стационарного наблюдения и медикаментозного лечения. В 38,4% беременность протекала на фоне обострения хронического пиелонефрита и гинекологической патологии.

Во второй группе беременность была первой в 63%, второй — в 17,1%, третьей — в 2,8%, четвертой и более — в 17,1% случаев. Предыдущие беременности закончились самопроизвольным выкидышем в 14,3%, медицинскими абортами — в 25,7% случаев. Кроме того, 11,4% матерей данной группы лечились по поводу бесплодия, в 1 случае была проведена операция экстракорпорального оплодотворения. В структуре осложнений беременности преобладали угроза прерывания беременности (51,4%), железодефицитная анемия (45,7%), токсикоз (40%). Кроме того, вредные условия работы имели 8,5% женщин данной группы. Заболевания желудочно-кишечного тракта отмечались у 22,9% женщин, патология со стороны мочеполовой системы — у 14,3% женщин, сердечно-сосудистые заболевания — у 8,6%. Достаточно часто выявлялись при обследовании возбудители заболеваний, передаваемых половым путем (вирус простого герпеса человека, цитомегаловирус, микоплазмы, уреаплазмы).

Рисунок 1.
Осложнения беременности

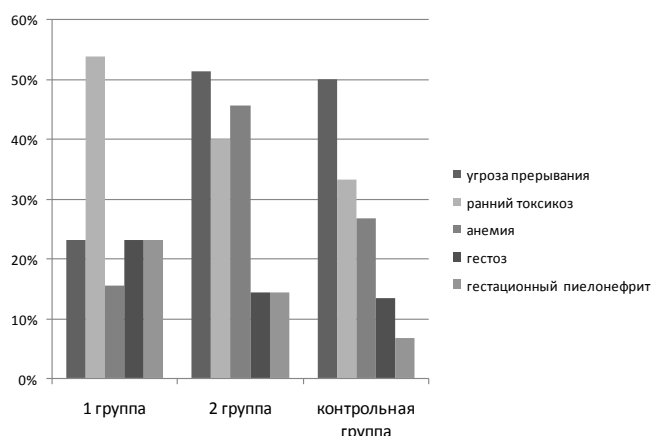
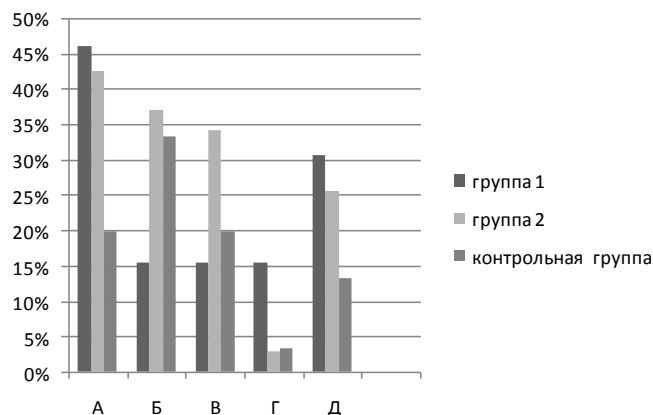


Рисунок 2.
Неврологический статус обследованных детей

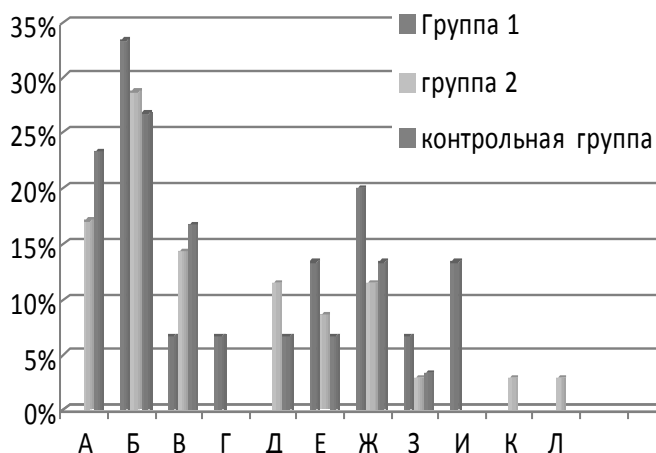


А — спастический тетрапарез
Б — спастический тетрапарез+дубль-атетоз
В — диффузная мышечная гипотония
Г — пирамидная недостаточность
Д — нарушения со стороны черепно-мозговых нервов

В контрольной группе первобеременными были 63,4% женщин. Предыдущие беременности закончились самопроизвольным выкидышем в 3,3%, медицинскими абортами — в 16,7% случаев. В 3,3% в анамнезе неразвивающаяся беременность. Среди осложнений беременности встречались: угроза прерывания беременности в 50% случаев, ранние токсикозы (33,3%), железодефицитная анемия (26,7%), гестозы (13,3%). Соматическая патология встречалась у 13,3% женщин контрольной группы (заболевания сердечно-сосудистой системы — 6,7%, патология со стороны мочеполовой системы — 6,7%). В 36,6% случаев при лабораторном обследовании обнаружены возбудители заболеваний, передаваемых половым путем.

При изучении интранатального анамнеза мы получили следующие данные. В первой группе 61,5% детей родились в срок. Среди недоношенных — 85,7%, на сроке 27-32 недели. В 93,2% роды были самостоятельными, и лишь в одном случае оперативные — путем экстренного кесарева сечения. Во второй группе недоношенными родились 42,9% детей. Кроме

Рисунок 3.
Структура пароксизмальных расстройств
обследованных детей



А — Синдром Веста
Б — Симптоматическая фокальная эпилепсия
В — Симптоматическая мультифокальная эпилепсия
Г — Идиопатическая генерализованная эпилепсия
Е — Однократный генерализованный припадок
Ж — Аффективно-респираторные пароксизмы
З — Криптогенная фокальная эпилепсия
И — Ситуационно обусловленная эпилепсия
К — Симптоматическая генерализованная эпилепсия
Л — Детская абсанс-эпилепсия

того, в этой группе отмечался высокий процент оперативных родов (37%), из них в экстренном порядке 22,9%, в плановом — 14,1%. В контрольной группе недоношенными родились 46,7%. В 76,7% роды завершились через естественные родовые пути и в 23,3% путем кесарева сечения.

В первой группе 61,5% детей родились в состоянии асфиксии, из них в состоянии тяжелой асфиксии — 62,5%, в связи с чем 53,8% детей были переведены в отделения реанимации новорожденных.

В контрольной группе 16,7% детей родились в состоянии асфиксии средней и тяжелой степени, 50% детей было переведено в отделение патологии новорожденных.

У 40% детей первой группы и 42,9% детей второй группы неврологическая симптоматика (рисунок 2) была выявлена уже в роддоме. В структуре неврологических расстройств следует отметить: судорожный синдром, синдром вегето-висцеральных расстройств, синдром нейрорефлекторной возбудимости, синдром общего угнетения, гипертензинно-гидроцефальный синдром, синдром пирамидной недостаточности. При проведении нейросонографии головного мозга в отделении патологии новорожденных были выявлены отеочность мозговых структур, внутрижелудочковые кровоизлияния, интраперивентрикулярные кровоизлияния, перивентрикулярная лейкомаляция.

В неврологическом статусе при поступлении в стационар у части детей были выявлены тяжелые двигательные нарушения в виде спастического тетрапареза (46,2% в первой группе, 42,8% — во второй, 20% — в контрольной) в сочетании с гиперкинетическим синдромом (15,4; 37,1 и 33,3% соответственно), нарушениями со стороны черепно-мозговых нервов (30,8; 25,7 и 13,3%). У части детей изменения в неврологическом статусе проявлялись в виде диффузной мышечной гипотонии (15,4;

34,3 и 20% соответственно), пирамидной недостаточности (15,4; 2,9 и 3,3% соответственно).

Пароксизмальные состояния отмечались с первых дней жизни — у 4% детей, дебютировали в первые шесть месяцев — у 22%, до года — у 26%, до 5 лет — 24%, до 10 — у 16%, до 18 лет — у 4%. В контрольной группе пароксизмальные состояния у детей отмечались с первых дней жизни у 3,3% детей, дебютировали в первые шесть месяцев — у 30%, до года — у 26,7%, до 5 лет — у 36,7%, до 10 лет — у 3,3%. Структура пароксизмальных расстройств обследованных детей представлена на графике 3.

Нарушения со стороны высших корковых функций были выявлены у 30,8% детей первой группы, 48,8% детей второй группы, у 60% детей контрольной группы. Эти нарушения у большинства пациентов были грубого характера. У 58,8% детей была проведена ЭЭГ (в 68,1% случаев была выявлена эпилептиформная активность), ЭЭГ сна проведено 65% детей. При проведении ЭЭГ сна в 84,6% выявлена эпилептиформная активность — пик-полипик волна (11,5%), вспышка-угнетение (6,25%), острая — медленная волна (37,5%), сочетание эпилептиформных паттернов (21,25%). ЭЭГ-видеомониторинг проводился в 3,75% случаев. Изменения, выявленные при ЭЭГ сна исследовании, представлены в таблице 2.

Таблица 2.
Результаты ЭЭГ сна в группах исследования

Изменения ЭЭГ во время сна	Первая группа n=15	Вторая группа n=35	Контрольная группа n=30
Генерализованные эпилептиформные изменения	-	2 (5,7%)	-
Эпилептиформные очаговые изменения с вторичной генерализацией	-	2 (5,7%)	-
Гипсаритмия	-	4 (11,4%)	5 (16,7%)
Эпилептиформные диффузные и мультифокальные изменения (3 и более очагов)	5 (33,3%)	4 (11,4%)	9 (30%)
Эпилептиформные очаговые изменения	4 (26,7%)	2 (5,7%)	7 (23,3%)
Диффузная медленноволновая активность, функциональная незрелость	3 (20%)	-	1 (3,3%)
Периодическое регион. замедление тета-ритма	-	-	1 (3,3%)
Возрастная норма	-	1 (2,9%)	1 (3,3%)
Всего проведено	12 (80%)	15 (42,9%)	25 (83,3%)

При анализе локализации эпилептиформных фокусов получены следующие данные: у 33,3% пациентов первой группы эпилептиформная активность регистрировалась в лобных областях, у 26,7% пациентов зарегистрированы мультифокаль-

ные изменения. У пациентов второй группы в 2,9% случаев эпилептиформная активность регистрировалась в височных областях, в 5,7% — в лобных областях, в 48,7% — мультифокальные изменения. В контрольной группе мультифокальная эпилептиформная активность регистрировалась в 46,7%, в височных областях в 23,3%, в лобных областях — 13,3%.

Таким образом, электроэнцефалографическое обследование показало, что для пациентов первой группы более характерна локализация эпилептиформных паттернов в лобных отделах полушарий головного мозга, тогда как во второй и контрольных группах большой процент больных с мультирегиональными эпилептиформными изменениями. Анализ латерализации фокуса эпилептиформной активности показал, что у 40% пациентов первой группы отмечалась левосторонняя локализация очага, у 33,3% пациентов первой группы — правосторонняя. Во второй группе у 34,3% отмечалась правосторонняя локализация и у 20% левосторонняя.

В 22% случаев проводилась магнитно-резонансная томография головного мозга. На МРТ были выявлены: атрофия вещества головного мозга, внутренняя гидроцефалия, множественные аномалии развития головного мозга, пахикирия лобных долей в сочетании с внутренней и наружной гидроцефалией, темная лейкоплакия с субатрофией гиппокампа, арахноидальные кисты. В контрольной группе магнитно-резонансная томография головного мозга проводилась 20% детей. При обследованиях выявлены: атрофия вещества головного мозга, внутренняя гидроцефалия, арахноидальные кисты.

45 детям (90%) в 1-й и 2-й группах исследования была назначена противозепилептическая терапия в рекомендуемых дозах, в контрольной группе — 25 детям (83,3%).

Таблица 3.

Лечение противозепилептическими препаратами пациентов с эпилепсией

Препарат	Первая группа n=15 (%)	Вторая группа n=35 (%)	Контрольная группа n=30 (%)
Вальпроаты	14 (93,3%)	20 (57,1%)	17 (56,7%)
Не получали лечения	1 (2,9%)	4 (11,4%)	5 (16,7%)
Ламотриджин (в составе политерапии)	-	2 (5,7%)	-
Сабрил (в составе политерапии)	-	1(2,9%)	-
Суксилнимиды	-	3 (8,6%)	-
Топирамат (в составе политерапии)	-	2 (5,7%)	3 (10%)
Левитирацетам	-	-	3 (10%)
Карбамазепины (в составе политерапии)	-	-	2 (6,7%)

Таким образом, во второй и контрольной группах преобладала комбинированная терапия. 76,3% пациентов получали вальпроаты (депакин, конвулекс) в качестве монотерапии, еще у 15,8% больных вальпроаты входили в состав политерапии.

Обсуждение

В результате исследования определены преимущественно эпилептические нарушения у обследованных детей обеих групп и контрольной группы. Оценивая перинатальный анамнез обследованных детей, нужно отметить его отягощенный характер — осложненное течение беременности и родов. Роды у подростков протекают, как правило, благоприятно. Течение родов у «возрастных» первородящих имеет достоверную прямую связь с наличием гинекологических заболеваний и осложненным течением беременности. У юных и возрастных первородящих, по сравнению с контрольной группой, отмечается возрастание частоты экстрагенитальной патологии (38,4 и 45,8% соответственно), что приводит к увеличению частоты рождаемости детей с неврологическим дефицитом. У новорожденных отмечается высокая частота перинатальной патологии, в частности поражение ЦНС.

В структуре эпилепсии и эпилептических синдромов преобладают фокальные формы — 56,25%, генерализованные формы отмечены у 22,5% пациентов.

Выводы

1. Дети, рожденные юными и возрастными первородящими матерями, относятся к группе высокого риска по развитию перинатальной патологии центральной нервной системы.

2. Беременность у юных матерей часто протекает на фоне железодефицитной анемии и ранних токсикозов, беременность у возрастных первородящих — на фоне многочисленной соматической патологии, осложняется угрозой прерывания беременности, что приводит к высокому проценту преждевременных родов.

3. В структуре пароксизмальных состояний в группах исследуемых детей преобладают расстройства эпилептического генеза, преимущественно симптоматического характера.

4. В неврологическом статусе в обеих группах наблюдаются преимущественно тяжелые двигательные нарушения в виде спастического тетрапареза в сочетании с гиперкинетическим синдромом, пирамидной недостаточности, диффузной мышечной гипотонии часто в сочетании с задержкой развития высших корковых функций.

5. Данные ЭЭГ свидетельствуют о том, что генерализованные эпилептиформные изменения, гипсаритмия обнаружены у пациентов второй группы, тогда как очаговые эпилептиформные изменения чаще встречались у пациентов первой и контрольной групп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. — М.: Триада-Х, 2001. — 640 с.
2. Володин Н.Н. Неонатология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 848 с.
3. Гузева В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. — М.: МИА, 2007. — 568 с.
4. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. — М.: Династия, 2003. — 512 с.
5. Черняева В.И., Зотова О.А., Бикметова Е.С. Научно-практический журнал «Мать и дитя» в Кузбассе. — Спецвыпуск, 2010. — № 1. — С. 189-192.