

обмена в тканях головного мозга может предотвратить дальнейшее повреждение его структур и усугубление дезинтегративных процессов. В качестве средства, улучшающего кровообращение и энергетический обмен в тканях головного мозга нами применялся кавинтон. Экспериментальную группу составили 15 детей с ЗВУР, получавших кавинтон с периода новорожденности по 1,25 мг два раза в день, курсом 2 месяца. В дальнейшем проводилась посиндромная терапия неврологических нарушений. Основная группа включала 80 детей с ЗВУР, которым не проводилась ранняя профилактика кавинтоном.

Оценка эффективности профилактики показала, что дети, получавшие кавинтон, имели меньшую частоту и выраженность неврологических нарушений во втором и третьем полугодиях жизни.

(табл.). В структуре неврологических нарушений снижалась доля синдрома двигательных нарушений, гипертензивно-гидроцефального синдрома и выраженность внутричерепной гипертензии. Раннее применение кавинтона уменьшало выраженность вегето-висцерального синдрома на первом году жизни. Меньший процент этих детей экспериментальной группы имели отклонения в физическом развитии в первом и третьем полугодиях жизни, нарушения речевой функции на втором году жизни.

Таким образом, раннее профилактическое применение кавинтона у детей с ЗВУР уменьшает у них частоту и тяжесть неврологических нарушений не только на фоне применения препарата, но и в течение длительного времени после проведенного профилактического курса.

Таблица. Частота встречаемости невропатологических синдромов у детей с ЗВУР основной и экспериментальной групп на протяжении первых двух лет жизни (%)

Возраст	Гипертензивный синдром		Гипертензивно-гидроцефальный синдром		Синдром двигательных нарушений		Синдром вегето-висцеральных дисфункций	
	Осн. группа	Экспер. группа	Осн. группа	Экспер. группа	Осн. группа	Экспер. группа	Осн. группа	Экспер. группа
С рождения до 1 месяца	33*	12,82*	44,12	39	70,59	46,15	68,18	64,67
1–6 месяцев	8	18	57,78	39,39	46,67	54,55	30	30,3
6 месяцев – 1 год	12*	32,14*	50,71*	27,27*	42,86*	21,21*	18,52	8,33
1–1,5 года	9*	26,31*	28,57*	13,33*	27,7	15,79	11,76	–
1,5–2 года	4,76	12,5	23,81*	–	9,52	6,67	–	–

* Достоверность различий ($p < 0,05$).

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Русов И.А.*

Кафедра поликлинической педиатрии с курсом здорового ребенка и общего ухода за детьми ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

В подростковой популяции высока распространенность сочетания соматической патологии с заболеваниями нервной системы. В результате сравнительного анализа частоты и структуры неврологических расстройств у детей младшего (10–14 лет) и старшего (15–17 лет) подросткового возраста, страдающих соматической патологией, были установлены следующие возрастные различия.

Этиологическим фактором поражения нервной системы у половины подростков 10–14 лет были последствия перинатальных поражений цент-

ральной нервной системы, у трети детей – резидуальная энцефалопатия смешанного генеза и лишь у 15% – сосудистые поражения. В отличие от описанной выше группы, у подростков 15–17 лет в 3 раза чаще наблюдались сосудистые поражения и в 1,5 раза – резидуальная энцефалопатия смешанного генеза, что свидетельствует об увеличении с возрастом числа детей с сочетанной этиологией поражений нервной системы. Достоверно реже наблюдались последствия перинатальных поражений центральной нервной системы. Полученные результаты свидетельствуют о значительном различии ведущих причин па-

тологии нервной системы в младшем и старшем подростковом возрасте.

Сравнительный анализ частоты встречаемости неврологических синдромов позволил установить увеличение в возрастной период 15–17 лет числа подростков с синдромом вегетативной дисфункции – на 11%, мышечно-тоническим синдромом – в 2,4 раза, синдромом церебральной ангиодистонии – в 11 раз, первичной головной болью в 1,6 раза, эписиндромом – в 5 раз, и напротив, уменьшение – с гипертензивно-гидроцефальным синдромом, пирамидной недостаточностью, периферической цервикальной недостаточностью, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, энурезом, логоневрозом. Причиной увеличения частоты мышечно-тонического синдрома у подростков 15–17 лет, по-видимому, являлся

установленный нами рост патологии шейного отдела позвоночника в этом возрасте. Увеличение частоты первичной головной боли наблюдалось на фоне возрастающих интеллектуальных и физических нагрузок. Значительная распространенность синдрома вегетативной дисфункции и синдрома церебральной ангиодистонии у подростков 15–17 лет отражает возрастающую нестабильность вегетативной нервной системы у детей в периоде от 10 до 17 лет – с одной стороны, а с другой – увеличение частоты хронических соматических заболеваний и, как следствие, – формирование вторичного синдрома вегетативной дисфункции. Представленные данные указывают на высокую частоту различных неврологических расстройств у детей с соматическими заболеваниями и необходимость комплексного нейросоматического подхода к их реабилитации.