

Особенности неврологического статуса девочек, страдающих первичной олигоопсоменореей

И. В. Лаврентьева, А. В. Сулимов, М. В. Налесник, В. В. Розанов

МУ «Клинико-диагностический центр»;
МУ ДГКБ №9; МУ ГКБ №40, г. Екатеринбург

Резюме

Авторами было проведено углубленное неврологическое обследование 42 девочек в возрасте 13-17 лет, страдающих первичной олигоопсоменореей. Проведены оценка перинатально-периода развития, магнитно-резонансная терапия (МРТ) головного мозга и гипофиза, ультразвуковая доплерография сосудов шеи, осмотр неврологом. Патология перинатального периода не проходит бесследно, формируя неврологический дефицит различной степени выраженности, и опосредованно влияет на формирование функции центральных звеньев регуляции полового цикла у девочек. Это является обоснованием совместного ведения таких девочек гинекологом и неврологом, начиная с препубертатного периода.

Ключевые слова: перивентрикулярная лейкомаляция, олигоопсоменорея.

Введение

По данным ряда исследователей критические состояния перинатального периода проявляются в более поздние периоды жизни человека в различных патологических состояниях, в частности, в становлении менструальной функции подростков неврологическая патология играет весьма значимую роль [1, 2, 3]. Выраженные синдромы вегето-висцеральных дисфункций, подтвержденные данными инструментальных исследований, манифестируют у девушек в течение периода формирования и созревания репродуктивной системы и, несомненно, вносят вклад в формирование патологии гипоталамо-гипофизарной системы. Заинтересованность сосудов вертебро-базиллярного бассейна в совокупности с ликвородинамическими нарушениями у большинства пациентов не позволяют исключить микроциркуляторных нарушений в церебральных зонах, отвечающих за секрецию гонадотропных гормонов [4].

Целью нашего исследования стало детализированное исследование неврологического статуса девочек с первичной олигоопсоменореей

(ООМ) с использованием инструментальных методов.

Материалы и методы

В исследование были включены 42 девочки в возрасте 13-17 лет, наблюдавшихся по поводу первичной олигоопсоменореи в городском Клинико-диагностическом центре. Всем пациенткам по данным истории развития ребенка и выписки из родильного дома проведена оценка перинатального периода развития. Для объективизации неврологических нарушений проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга по методике $t1_se, pd+t2_tse$ и гипофиза по методике $t1_tse, t1_se, t1_tse$. Исследование проводилось на томографе SIEMENS Magnetom Symphony 1,5 T, на базе МУ ГКБ №40. Ультразвуковая доплерография сосудов шеи на аппарате Logic 5 Proexpert GE, на базе МУ ДГКБ №9. Все пациентки были консультированы неврологом специализированного приема.

Результаты и обсуждение

При анализе интранатального периода выявлено, что матери обследованных девочек имели разнообразную патологию беременности. Токсикоз первой половины беременности отмечался у 5 (12,2%) матерей пациенток, токсикоз второй половины у 6 (14,6%). Обращает на себя внимание, что угроза прерывания беременности перманентно протекала у трети матерей наблюдаемых девочек — 29,2% (17). Кроме этого, у небольшого количества мате-

И. В. Лаврентьева — детский и подростковый гинеколог МУ «Клинико-диагностический центр «Центр охраны репродуктивного здоровья»;

А. В. Сулимов — к. м. н., гл. внештатный детский невролог Управления здравоохранения Екатеринбурга, врач МУ ДГКБ №9;

М. В. Налесник — зав. отделением лучевой диагностики МУ ГКБ №40;

В. В. Розанов — врач отделения лучевой диагностики МУ ДГКБ №9.

Рисунок 1. Структура патологии, выявленной при МРТ головного мозга и гипофиза

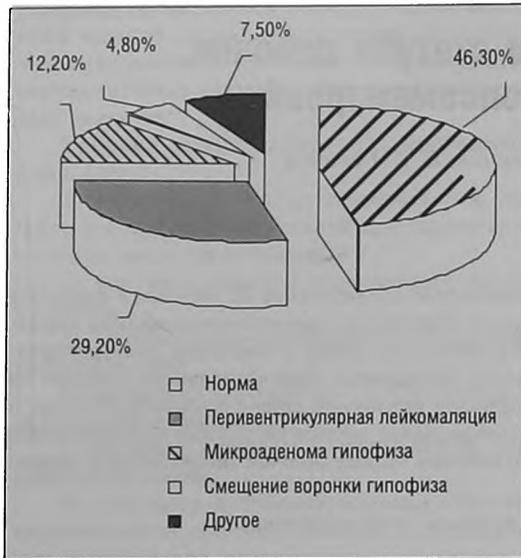


Рисунок 2. Структура сосудистой патологии, выявленной УЗДГ церебральных сосудов



рей пациенток имелось указание на анемию, различной степени выраженности — 3 (7,3%) и резус конфликт у 2(4,8%). Перенашивание беременности встретилось в 1 случае (2,4%), многоводие в 2 (4,8%), крупный плод определялся в 2 случаях (4,8%). В одном случае выявлена патология в период беременности — острый пиелонефрит.

Период родов исследуемых девочек охарактеризован, как осложненный. Патологических особенностей в родах не было отмечено только у матерей двух пациенток (4,8%), стремительные роды произошли в 4 случаях (9,7%), преждевременные роды в 6 (14,6%), обвитие пуповины в 2 случаях (4,8%). Ручное отделение последа применялось в одном случае (2,4%).

Наиболее характерная патология течения родов — слабость родовой деятельности, проявившаяся у 14 матерей пациенток (34,1%): первичная у 9 женщин (21,9%), вторичная у 5 (12,1%). Слабость родовой деятельности у этих пациенток корригировалась внутривенным введением окситоцина. Эффективность стимуляции составила 9,7% (4), когда роды прошли через естественные родовые пути. У 10(90,3%) роды завершились кесаревым сечением в связи с неэффективностью родоусиления. Причем, продолжительность родов составила в среднем $10,2 \pm 0,5$ часов. Оценка новорожденных по шкале Апгар в среднем составила 6/7 баллов, что не отличается от среднепопуляционных показателей. В палате интенсивной терапии находилось всего 6 (14,6%) новорожденных с длительностью пребывания 1-2 дня.

При выписке из родильного дома все дети имели патологические неврологические изменения, с диагнозом «здоров» не выписан ни один новорожденный. Доминировал диагноз перинатального поражения центральной нервной системы. Степень выраженности изменений, клинические проявления и морфологическая картина (по данным нейросонографии) распределились следующим образом: синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости у 14 пациенток (34,1%), пирамидная недостаточность у 16 детей (39,0%), миотонический синдром у 21(51,2%), гипертензионно-гидроцефальный синдром у 9 новорожденных (21,9%), натальная травма шейного отдела позвоночника у 5 (12,2%), субарахноидальное кровоизлияние у 1 пациентки (2,4%). Данные состояния отмечались как ведущий синдром, так и в виде сочетания нескольких синдромов у одного ребенка.

Как этиологический фактор патологических состояний указаны следующие синдромы: сочетанная гипоксия, хроническая внутриутробная гипоксия, переносимость, недоношенность, интранатальное поражение шейного отдела позвоночника.

В процессе наблюдения девочек неврологом на первом году жизни синдромокомплекс менялся, т. к. девочки получали этапное лечение. В возрасте 1 года, а у недоношенных девочек к полутора годам, диагноз перинатального поражения центральной нервной системы был снят. В целом значимых отставаний в психологическом и моторном развитии у пациен-

ток не отмечалось. Две трети подростков обучаются по программе средней общеобразовательной школы, одна треть в лицеях и гимназиях с углубленной программой обучения, что указывает на определенную адаптацию функций нервной системы. За медицинской помощью к неврологу девочки не направлялись, оставаясь под наблюдением участкового педиатра. Впервые неврологическое обследование им было проведено при выполнении диагностического алгоритма по поводу первичной ООМ, проведенного детским гинекологом.

При проведении клинического осмотра неврологом, выявлены следующие состояния: церебрастенический синдром неуточненной этиологии у 12 девочек (29,2%), церебрастенический синдром на фоне вегетососудистой дистонии (ВСД) у 18 пациенток (43,9%), выраженные клинические проявления ВСД по ваготоническому типу у 8 девочек (19,5%); по смешанному типу у 12 (29,2%), по гипертоническому типу 2 (4,8%). Обращает на себя внимание выраженный цефалгический синдром у 6 пациенток (14,6%). Отдельно неврологом выделен синдром астено-вегетативных дисфункций у 6 девушек (14,6%), учитывая специфический полиморфизм жалоб при минимуме клинических проявлений. Пароксизмальные состояния (синкопальные состояния) установлены у 7 пациенток (17,0%). Из всей группы наблюдения у одной девочки установлен диагноз церебрального арахноидита с синдромом ликвородинамических нарушений и у одной диагностирован синдром экстрапирамидных нарушений (гиперкинезы по типу хорей). Полученные данные свидетельствуют о многообразии клинических форм неврологической патологии у данной группы гинекологических пациенток.

На рис. 1, где отражены результаты проведения МРТ головного мозга и гипофиза видно, что норма описана в 46,3% случаев. Из патологических изменений преобладает перивентрикулярные лейкомаляции (29,2%), микроаденома гипофиза (12,2%) и смещение воронки гипофиза (4,8%). Среди прочих по 1 случаю составили: умеренная вентрикуломегалия, «пустое» турецкое седло и гипофизит (всего 7,5%). Таким образом, имеющиеся клинические расстройства, вероятно, обусловлены изменениями ткани мозга, возникшими вследствие гипоксии, перенесенной в перинатальном периоде.

При проведении ультразвуковой доплерографии сосудов шеи (рис. 2) нормальный кровоток выявлен только у 6 пациенток, что составляет 14,6%. У 18 (43,9%) выявлено затруднение венозного оттока, а 17 (41,4%) обследованным девочкам дано заключение об

экстравазальной компрессии позвоночных артерий поровну слева и справа, двухсторонняя экстравазальная компрессия обнаружена у одной (2,4%). Еще у одной пациентки выявлена гипоплазия позвоночной артерии (2,4%). Показатели доплерометрии свидетельствуют о том, что наряду со структурными проявлениями (по данным МРТ) имеется и сосудистый компонент, патогенетически определяющий неврологическую патологию.

Анатомических нарушений в костной структуре шейного отдела позвоночника у этих пациенток выявлено не было, что указывает на отсутствие травматического генеза выявленных расстройств.

Выводы

1. Перинатальный период жизни, осложненный плацентарной недостаточностью, слабостью родовой деятельности у матери и, как следствие, внутриутробной гипоксией явился этиологическим фактором формирования неврологической патологии.

2. Патология нервной системы, лежит в основе нарушения становления репродуктивной функции девушек.

3. Выявление большой частоты изменений мозгового вещества по данным МРТ, как исход перенесенного перинатального неблагополучия, объясняет стойкость сформированных неврологических и гормональных нарушений.

4. Несмотря на высокую частоту выявленных при УЗДГ сосудистых нарушений, гемодинамика мозгового вещества компенсирована, о чем говорит отсутствие в анамнезе пациенток сосудистых церебральных катастроф и нормальное умственное развитие. Но риск возникновения острых сосудистых нарушений сохраняется на всем протяжении жизни женщины, что является обоснованием длительного диспансерного наблюдения и совместного лечения таких девочек, начиная с препубертатного периода развития, гинекологом и неврологом.

Литература

1. Акинина З. Ф. Отдаленные последствия перинатального поражения центральной нервной системы у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.09, Барнаул, 2005; 23с.
2. Барашнев Ю. И. Перинатальная неврология; Ю. И. Барашнев. М.: Триада-Х, 2005; 670с.
3. Хачатрян Л. Г. Ранние и отдаленные проявления перинатального поражения нервной системы у детей раннего возраста: Автореф. дис. ... доктора. мед. наук: спец. 14.00. 09, спец: 14.00.13, М., 2003; 22с.
4. Intrauterine Asphyxia: Clinical Implications for Providers of Intrapartum Care. J Midwifery Womens Health. 2005; 50(6): 498-506.