

циентов, что объясняется улучшением нарушенной церебральной гемодинамики у детей с РЦОН. В целом, современные представления о патогенетических механизмах резидуальной цереброорганической недостаточности дают основания для использования кавинтона и пирacetama, как препаратов выбора, при лечении церебрастенического синдрома, успешно решая серьезную социальную задачу — улучшение качества жизни детей с цереброорганической недостаточностью.

Литература

1. Гордеев В. И., Александрович Ю. С. Качество жизни (QOL)-новый инструмент оценки разв. детей. СПб., 2001.
2. Ковтун О. П., Бабина Р. Т., Лукин О. В. Состояние здо-

3. ровья детей Свердловской области по результатам всероссийской диспансеризации детей. Вестник Уральской мед. академической науки. Екб., 2003; 2: 15-19.
4. Ковтун О. П., Львова О. А., Сулимов А. В. Минимальная мозговая дисфункция у детей; Мет. рек. Екб., 2003; 6-7.
5. Пальчик А. Б., Шабалов Н. П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных: Руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000; 11-24.
6. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт прим. их в клинике. М., 1970; 34-29.
7. Скоромец А. А., Бурцев Е. М., Андреев А. В., Громова О. А. Применение кавинтона при лечении ранних форм цереброваскулярной патологии у молодых. Эффективность при различных патогенетических вариантах. Гедеон Рихтер в СНГ. 2000; 4: 29-34.
8. Шабалов Н. П., Скоромец А. А., Шумилина А. П. и др. Ноотропные и нейропротекторные препараты в детской неврологической практике. Вестн. Росс. Воен.-мед. Академ. 2001; 1: 24-29.

Показатели нервно-психического развития детей трехлетнего возраста, перенесших церебральную ишемию в периоде новорожденности

С. Ю. Захарова, Ю. А. Веденина
ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий» г. Екатеринбург

Резюме

Проведен ретроспективный анализ анамнестических данных детей, перенесших церебральную ишемию различной степени тяжести в антен- и интра- и неонатальном периоде. Выявлено отставание в сенсорном развитии, крупной и мелкой моторике, нарушения эмоционально-поведенческой сферы. Частота выявления этих расстройств прогрессивно увеличивается параллельно тяжести перенесенной ишемии. Выявлены нарушения речевого развития от легких форм у детей, перенесших ишемию первой степени, до тяжелых, сочетанных форм у детей, перенесших ишемию мозга второй и третьей степени. Помимо указанного, у наблюдаемых детей регистрировались расстройства сна, отставание в формировании навыков опрятности. Согласно современным представлениям, данные нарушения свидетельствуют о наличии психических нарушений и расстройстве психологической адаптации.

Ключевые слова: церебральная ишемия, дети трехлетнего возраста, нервно-психическое развитие.

Введение

В структуре причин перинатального поражения ЦНС первое место принадлежит перинатальной асфиксии [1]. Итогом перенесенной перинатальной асфиксии является развитие церебральной ишемии различной степени выраженности с реализацией в гипоксически-ишемическую энцефалопатию, оказывающую негативное влияние на качество жизни детей [6]. В настоящее время наиболее изученными являются последствия перинатального поражения

нервной системы у детей до года [4, 5]. В связи с этим дети до года активно наблюдаются и получают лечение у всех специалистов, включая невролога, но в последующем большая часть детей снимается с диспансерного учета и в дальнейшем не наблюдается. Однако, резидуальные явления перинатального поражения нервной системы у детей после снятия с учета у невролога, продолжают существовать в латентной или субкомпенсированной форме

С. Ю. Захарова — д. м. н., профессор, ведущий научный сотрудник ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»;
Ю. А. Веденина — врач-невролог, заочный аспирант.

[3]. Под влиянием провоцирующих факторов (соматические заболевания, изменение социальной среды и др.) возможен срыв механизмов адаптации и развитие пограничной нервно-психической и психосоматической патологии [2].

Материалы и методы исследования

Нами обследовано 109 доношенных детей трехлетнего возраста. Основную группу, составили 82 ребенка, перенесших церебральную ишемию. Дети основной группы распределены на три группы. Первая группа включала 35 детей (42,7%), перенесших церебральную ишемию I степени. Вторую группу составили 35 детей (42,7%), перенесших ишемию мозга II степени. Третья группа состоит из 12 детей (14,6%), перенесших церебральную ишемию III степени. Группа сравнения — 27 детей трехлетнего возраста, выписанных из роддома с диагнозом «здоров».

Проведен ретроспективный анализ историй родов и новорожденных, историй болезни в отделении ранней реабилитации новорожденных ФГУ ГУ НИИ ОММ, детей, перенесших перинатальную гипоксию, особенности развития этих детей до трех лет (ф. 112).

Нервно-психическое развитие оценивалось с использованием стандартных таблиц показателей нервно-психического развития детей младенческого, раннего и дошкольного возраста (Пантюхина Г. В., Печора К. Л., Фрухт Э. Л. 1996 г.), которые включали в себя показатели состояния сенсорной и двигательной активности, речевое развитие, эмоциональную сферу, владение навыками, психологическую и социальную адаптацию детей.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ анамнестических данных детей, перенесших церебральную ишемию, показал что, как правило, они рождались у женщин, имеющих отклонения в состоянии здоровья. Так среди матерей, родивших больных детей, здоровыми оказалось лишь 9,9%. В группе сравнения 33,3% матерей оказались практически здоровыми ($p < 0,05$).

В структуре экстрагенитальной патологии у матерей детей основной группы ведущее место занимали болезни органов пищеварения, мочеполовой и эндокринной системы.

Аналогичная ситуация просматривается и в отношении частоты гинекологических заболеваний и неблагоприятных исходов предыдущих беременностей. Плотность неблагоприятных факторов акушерско-гинекологического анамнеза возрастала параллельно тяжести перенесенной церебральной ишемии.

Анализ клинического течения беременности обследуемых нами матерей показал, что

ни у одной матери, родившей ребенка с церебральной ишемией, она не имела физиологического течения.

Наиболее частым осложнением настоящей беременности являлись угроза прерывания беременности (62,2%), гестозы (28%), частота и тяжесть осложнений беременности увеличивались параллельно тяжести церебральной ишемии у детей.

Заслуживает внимания и высокая частота TORCH-ассоциированных (56,1%) и респираторных инфекций (69,5%) у матерей в период беременности. Частота последних также была очень высокой у матерей, родивших детей с церебральной ишемией II и III степени.

Все перечисленные неблагоприятные факторы приводили к нарушению плацентарного кровообращения и развитию хронической внутриутробной гипоксии плода (13,4%). Частота регистрации плацентарной недостаточности во время беременности также возрастала параллельно тяжести перенесенной церебральной ишемии, достигая 66,7% в группе детей, перенесших церебральную ишемию III степени.

Характер течения родов тоже имел определенные особенности. В результате физиологического течения родов родилось только 28,6% детей с церебральной ишемией I степени и 11,4% детей с церебральной ишемией II степени. Все дети с церебральной ишемией III степени родились в результате осложненного течения родов. В группе сравнения физиологическое течение родов регистрировалось в 55,5% случаев ($p < 0,05$). Ведущим осложнением родов женщин основной группы явилась слабость родовой деятельности — 30%, что в 10 раз превышает показатели группы сравнения — 3,7% ($p < 0,05$). У 19,5% женщин наблюдались быстрые и стремительные роды, у 7,3% — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Нами проанализированы сроки диспансерного наблюдения неврологом наблюдаемых больных, перенесших церебральную ишемию в амбулаторно-поликлинических условиях. Установлено, что среди детей, перенесших церебральную ишемию I и II степени, на первом году жизни наблюдались 94,3% детей и 100% детей, перенесших церебральную ишемию III степени. На втором году жизни среди детей, перенесших церебральную ишемию I степени, неврологом наблюдались 68,6% детей, на третьем году — 30%. Среди детей, перенесших церебральную ишемию II степени, на втором году жизни наблюдалось у невролога 74,3%, на третьем году — 65,7% детей. Таким образом, после первого года жизни часть детей снимались с диспансерного учета и неврологом не осматривались.

Структура неврологической патологии у детей трехлетнего возраста, перенесших различные формы церебральной ишемии, выглядела следующим образом. У детей, перенесших церебральную ишемию I степени, преобладало гипердинамическое расстройство детства (34,3%), резидуальная церебро-органическая недостаточность регистрировалась в 14,3% случаев. В этой группе к трем годам отмечены единичные случаи неврологически здоровых детей (8,6%). В группе детей с перенесенной церебральной ишемией II степени, превалировала резидуальная церебро-органическая недостаточность (РЦОН), достигая 40%, двигательные расстройства диагностированы у трети детей. В структуре неврологической патологии группы детей, перенесших церебральную ишемию III степени, ведущее место занимала РЦОН, которая регистрировалась практически у каждого ребенка (91,7%). Более чем у половины детей этой группы выявлены двигательные нарушения, четверть детей имеют инвалидизирующую патологию (ДЦП, микроцефалия), осложнившуюся симптоматической эпилепсией у 16,7% детей. В сравнительной группе к трем годам неврологически здоровыми оказалось 40,7% детей. В остальных случаях отмечена незначительная неврологическая симптоматика. Диагноз РЦОН не поставлен ни в одном из наблюдаемых случаев.

Показатели нервно-психического развития детей трех лет, перенесших церебральную ишемию, представлены в таблице.

Из таблицы видно, что состояние нервно-психического развития у детей, перенесших церебральную ишемию, как правило, нарушены.

По мере нарастания тяжести перенесенной перинатальной асфиксии частота отставания в сенсорном развитии детей трехлетнего возраста основной группы увеличивается. Среди детей, перенесших церебральную ишемию I степени, имеются нарушения сенсорного раз-

вития менее чем у половины детей (48,6%). У детей, перенесших церебральную ишемию II степени, этот показатель составляет 54,3%, а у детей с перенесенной церебральной ишемией III степени значение показателя достигает 91,7% ($p < 0,05$). У детей сравнительной группы отставание в сенсорном развитии выявлено в 30% наблюдений.

Возрастные навыки, связанные с крупной моторикой у детей сравнительной группы и детей, перенесших ишемию I и II степени, соответствовали норме. У детей, перенесших церебральную ишемию III степени, крупная моторика соответствовала норме лишь в половине наблюдений ($p < 0,05$).

Показатели мелкой моторики у детей сравнительной группы и детей, перенесших церебральную ишемию I степени, достоверно по частоте не различались. У детей, перенесших церебральную ишемию II степени, соотношение возрастных навыков и их запаздывания было примерно одинаковым. У детей, перенесших церебральную ишемию III степени, нормального состояния мелкой моторики не регистрировалось вообще.

Расстройства эмоционально-поведенческой сферы у детей сравнительной группы найдены у небольшого количества детей. У детей, перенесших церебральную ишемию, расстройства эмоционально-поведенческой сферы прогрессивно нарастают параллельно тяжести перенесенной церебральной ишемии и достоверно различаются с детьми сравнительной группы ($p < 0,05$).

При анализе речевого развития обследуемых детей, частота выявления фонетико-фонематического нарушения речи (ФФНР) у детей сравнительной группы и перенесших церебральную ишемию I степени, достоверно не различались. У детей, перенесших церебральную ишемию II степени, оно выявлялось в две трети случаев (62,9%). У детей, перенесших церебральную ишемию III степени, ФФНР

Таблица Частота нарушений нервно-психического развития детей трех лет, перенесших церебральную ишемию (% , Q+q)

Показатели нервно-психического развития	Ишемия I, N=35	Ишемия II, N=35	Ишемия III, N=12	Группа сравнения, N=27
Сенсорное	48,6* ± 5,1	54,3* ± 4,2	41,7* ± 3,6	30,0 ± 7,2
Моторика: крупная мелкая	0+ 4,9	0+ 4,9	41,7* ± 7,2	0+ 6,7
	42,9 ± 5,6	54,3* ± 4,2	100* - 8,2	30,0 ± 6,5
Речь: пассивная активная	0+ 4,9	0+ 4,9	25,0* ± 8,9	0+ 4,9
	42,9* ± 5,6	62,9* ± 3,3	91,7* ± 3,6	27 ± 7,5
Навыки, умения	14,3 ± 7,2	20,0 ± 7,2	41,7* ± 7,2	11,0 ± 9,0
Эмоционально-поведенческая сфера	22,9 ± 7,1	34,3* ± 5,9	83,3* ± 3,6	11,0 ± 9,0
Социальная адаптация и ролевые игры	8,6 ± 8,6	14,3 ± 7,8	41,7* ± 7,2	7,4 ± 7,4

Примечание. * — достоверные различия основных групп с группой сравнения $p < 0,05$.

наблюдалось у подавляющего большинства детей (91,7%) ($p < 0,05$).

Общее недоразвитие речи (ОНР) только третьего уровня выявлено у единичных детей сравнительной группы. Среди детей, перенесших церебральную ишемию I степени, определялось общее недоразвитие речи третьего и второго уровня в 14,2% наблюдений. У детей, перенесших церебральную ишемию II степени, преобладало ОНР третьего уровня (22,9%), однако, у 14,2% детей найдено недоразвитие речи второго и первого уровня. Среди детей, перенесших церебральную ишемию III степени, преобладали дети с недоразвитием речи второго и первого уровня (58,3%) ($p < 0,05$).

Помимо нарушения средств общения, у наблюдаемых нами детей выявлены нарушения в применении средств общения (заикание). Среди детей сравнительной группы оно не регистрировалось. Среди детей, перенесших церебральную ишемию I и II степени, оно выявлялось у 5,7% и 8,6% детей соответственно ($p < 0,05$). У детей, перенесших церебральную ишемию III степени, заикание невозможно было выявить, так как речь этих детей была практически непонятной.

Помимо выявленных нами расстройств речи, двигательной, сенсорной, эмоционально-поведенческой сферы, у детей, перенесших церебральную ишемию, выявлено расстройство сна: у детей сравнительной группы 29,6%, перенесших церебральную ишемию I степени — 37,1%, II степени — 41,7%, III степени — 51,4% ($p < 0,05$). Так же отмечено нарушение навыков опрятности: у детей сравнительной группы 11%, перенесших церебральную ишемию I степени — 25%, II степени — 34,3%, III степени — 41,7%.

Все вышеперечисленные нарушения у детей, перенесших церебральную ишемию, согласно современным представлениям, свидетельствуют о возможном наличии психических нарушений и расстройстве психологической адаптации, что требует коррекции, начиная с первых лет жизни детей.

Выводы

1. Дети раннего возраста, перенесшие церебральную ишемию различной степени тяжести в период новорожденности, как правило, имели нарушения нервно-психического развития, выраженность которых напрямую коррелирует с тяжестью перенесенной церебральной ишемии.

2. Наиболее значимыми нарушениями нервно-психического развития являются отставание в сенсорном развитии, крупной и мелкой моторики, расстройства эмоционально-поведенческой сферы, нарушение темпов речевого развития, расстройства сна, нарушения формирования навыков опрятности.

3. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что дети, перенесшие церебральную ишемию в периоде новорожденности, не должны сниматься с диспансерного учета невролога после первого года жизни. К наблюдению за данной категорией детей должны привлекаться психолог и детский психиатр.

Литература

1. Барашнев Ю. А. Клинико-морфологическая характеристика и исходы церебральных расстройств при гипоксически-ишемических энцефалопатиях. [Текст]; Ю. А. Барашнев. Акушерство и гинекология. 2001; 5: 39-43.
2. Бочарова Е. А. Проблемы ранней диагностики и профилактики отдаленных последствий перинатального поражения ЦНС. [Текст]; Е. А. Бочарова, Н. Г. Корытова, Л. В. Труфанова. Рос. пед. журнал. 2003; 3: 52-55.
3. Великанова Л. П. Клинико-эпидемиологический мониторинг состояния нервно-психического здоровья детей и подростков. [Текст]; Л. П. Великанова. Педиатрия. 2004; 1: 67-70.
4. Володин Н. Н. Формализованные подходы к оценке нервно-психического развития детей раннего возраста с перинатальной патологией. [Текст]; Н. Н. Володин, С. О. Рогаткин, В. М. Шкловский. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2003; 6: 38-41.
5. Пантюхина Г. В. Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни. [Текст]; Г. В. Пантюхина, К. Л. Печора, Э. Л. Фрухт. М., 1996; 96с.
6. Шниткова Е. В. Нервно-психическое здоровье детей, перенесших перинатальное поражение нервной системы. [Текст]; Е. В. Шниткова, Е. М. Бурцев, А. Е. Новиков. Журнал неврологии и психиатрии. 2000; 3: 57-59.