ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.8:616.08

Н.Н.Ильина, В.В.Кочерова, Ю.А.Ширшов

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ НЕВРОЛОГИИ

Читинская государственная медицинская академия (ректор засл.вр. РФ, д.м.н., проф. А.В.Говорин)

Проблемы профилактики последствий перинатальных поражений центральной нервной системы ЦНС - актуальная междисциплинарная проблема в педиатрии (2,11).

Вопросы снижения перинатальной и неонатальной младенческой смертности, обусловленной в т. ч. и неврологическими причинами, решены организационно и методически с внедрением протоколов неотложной интенсивной терапии новорожденных (1). В то же время неврологическая патология детского возраста с отсроченными проявлениями в критические периоды развития ребенка оказывает существенное влияние на показатели здоровья, социальную адаптацию и ограничение жизнедеятельности (3, 5, 8).

Органические последствия перинатального поражения ЦНС обусловливают более 60% причин инвалидности в детском возрасте (9).

Функциональные нарушения, проявляющиеся задержкой статико-моторного, речевого развития, расстройствами психической, эмоционально-поведенческой сферы или сочетанием этих симптомов имеют тенденцию к росту и являются основанием для ранней диагностики (1,6,7).

По классификации перинатальных поражений ЦНС одним из ведущих механизмов повреждений мозга является гипоксия, в силу частоты распространения данного этиологического фактора. По Ю.И. Барашневу (2001) гипоксия всегда оставляет следы в ЦНС в виде "молчаливых инфарктов", проявляющихся при провоцирующих состояниях (гипертермия, инфекция, стресс, умственная нагрузка и т. д.), как "патогенетическая мина замедленного действия" (3).

Отработанный комплекс лечения острого периода гипоксических энцефалопатий у новорожденных включает коррекцию гемостаза, гиповолемии, тонуса и проницаемости сосудов, метаболическую и антиоксидантную, дегидратационную, антиконвульсантную, кардиотрофную терапию, обеспечивающих нормальное функционирование структур ЦНС. Новорожденные дети, перенесшие патологию перинатального периода, подлежат восстановительному лечению в условиях перинатального центра (ПЦ) в течение периода раннего возраста (1,10).

По концепции ассоциации перинатологов (РАСПМ 2000 г.) региональный перинатальный центр - это четко организованная 3-ступенчатая система оказания медицинской помощи каждой беременной женщине и каждому новорожденному ребенку группы высокого риска в пределах курируемого региона (1).

Новорожденные группы риска по патологии ЦНС с компенсированной физиологической адаптацией в перинатальном периоде и отсроченными проявлениями неврологических дисфункций составляют основную группу, нуждающихся в восстановительном лечении в условиях поликлиники.

В контингент для ранней реабилитации включают: 1) новорожденных с перенесенной перинатальной гипоксией и клиническими признаками церебральной ишемии I ст. На 2-й неделе жизни они проявляли признаки повышенной нервно-рефлекторной возбудимости в сочетании с вегетативно-висцеральными симптомами и нервно-мышечной дистонией дистальных групп мышц конечностей (I группа); 2) новорожденных, имевших проявления перинатального поражения ЦНС средней тяжести, т. е. церебральную ишемию II степени без сопутствующей инфекционной и врожденной соматической патологии, выписываемых на амбулаторный этап в компенсированном функциональном состоянии при ограниченных ресурсах неонатологического стационарного этапа ПЦ.

У этих детей отмечено наличие признаков внутричерепной гипертензии, нервно-мышечной дистонии с гипертонусом отдельных групп мышц или сочетанием с гипотонусом, вегето-висцеральных симптомов и церебральной возбудимости.

Для ранней реабилитации новорожденных в поликлинике необходима четкая организация работы неонатолога, диагностическое обеспечение и восстановительное оснащение.

Невролог поликлиники в восстановительном лечении новорожденных этих 2 групп детей выступает в качестве консультанта, определяя объем терапии и ее эффективность ежеквартально по неврологическому статусу ребенка. В качестве ведущего специалиста наблюдает детей, имеющих органические синдромы восстановительного периода перинатального поражения ЦНС.

В медицинской реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС не достаточно четко отработаны базисные средства, длительность курсов лечения, показания для комбинирования различных методов коррекции. Рекомендуемый комплекс является базовым для диспансерного наблюдения больного ребенка, но он недостаточно аргументирован для практического здравоохранения (приказ МЗ РФ от 7.05.98 № 151 приложение 3 и 16 "Отраслевые стандарты объемов медицинской помощи детям") (12).

Базовый комплекс восстановительного лечения детей грудного возраста с перинатальной патологией включает организацию внешней среды для ребенка: благоприятную эмоционально-психологическую атмосферу, близость и любовь матери, обеспечение рациональным питанием, ибо даже транзиторные дисметаболические состояния при длительной экспозиции сопровождаются церебральными нарушениями (4,7,10,14). Дети нуждаются в естественном вскармливании с витамино-минеральной коррекцией рациона кормящей матери до 12-18 месяцев, в более позднем введении фруктовых пюре (не ранее 3-4 месяцев) и прикормов (не ранее 6-7 месяцев).

Соблюдение режима дня, стимуляция зрительно-слуховых реакций, движений и гимнастики с участием матери являются компонентами педагогической реабилитации, "абилитации младенцев" (7).

Психотерапевтические воздействия для матери и ребенка назначаются для профилактики психических нарушений, адаптации к лечебным мероприятиям, стимуляции психической саморегуляции.

Для нейрореабилитации в педиатрии и неонатологии в частности, используются медикаментозные и немедикаментозные методы (10,14,13,7).

Комплекс лекарственных средств обширен и направлен на патогенетические воздействия по восстановлению мозгового кровотока, метаболизма нейронов, регенерацию поврежденных структур нейроглии и белого вещества мозга, нервно-мышечной синаптической проводимости и стимуляцию механизмов нейропластических процессов (3, 16).

Немедикаментозный компонент включает весь арсенал физиотерапии, в т. ч. массаж, лечебную гимнастику, водо-бальнеопроцедуры, стимуляцию познания и развития (7,10,14).

Широко апробированы в лечении новорожденных и детей раннего возраста электрофорез, переменное магнитное поле, лазеротерапия. В НИИ педиатрии РАМН разработан метод сухой иммерсии, оказывающий дегидратационное, седативное действие и способствующий угасанию патологической рефлекторной активности (10).

Физические факторы оказывают специфическое действие в зависимости от вида энергии, локализации действия, дозы и глубины проникновения физической энергии, структуры и функциональной активности ткани.

При коррекции перинатальных гипоксических поражений ЦНС нежелательна полипрагмазия и инъекционная терапия, в то же время возникает необходимость систематического лечения минимум до 1,5-3 лет. При этом используемые лекарства наряду с высокой эффективностью должны быть безвредны при длительном приеме и с минимальными побочными действиями, либо лишенными их. Этим требованиям соответствуют средства метаболитной терапии, субстраты и кофакторы обмена, нормализующие энергетические, регенераторные процессы в структурах нервной ткани (10,15,14,13).

По определению экспертов ВОЗ, ноотропные препараты - средства, оказывающие прямое активирующее влияние на обучение, улучшающие память, умственную деятельность, повышающие устойчивость мозга к неблагоприятным воздействиям. Ноотропы представляют гетерогенную группу лекарственных средств, их подразделяют на следующие классы: 1- производные пирролидона (пирацетам), 2-производные гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), фенибут, пантогам; 3- нейропептиды, их аналоги (церебролизин, семакс); производные пиридоксина (энцефабол), 5-цереброваскулярные средства (ницерголин, винпоцетин); 6- многокомпонентные (инстенон, актовегин) (17).

Скворцов И.А., Ермоленко Н.А. (2003) у детей с органической патологией ЦНС различного генеза рекомендуют для амбулаторной коррекционной терапии следующие группы препаратов:

1)сосудистые;

2)биологически активные препараты и психостимуляторы ноотропного, церебропротективного действия;

3) средства седативного и ноотропного действия при повышенной нервнорефлекторной возбудимости и двигательной гиперактивности - сонапакс, фенибут, глицин, фитосборы;

4)трофотропные препараты репаративного, мембраностабилизирующего и нормализующего клеточный метаболизм (актовегин, солкосерил, даларгин и др.).

5)витамины группы В, пищевые ноотропные добавки, гомеопатические препараты комплексного действия;

6)при судорогах - индивидуально подобранная антиконвульсантная терапия;

7)при гипертензионно-гидроцефальном синдроме - диуретики с аспаркамом по общепринятой схеме, седативно-дегидратирующие микстуры;

8)при контрактурах - средства рассасывающего действия (лидаза, алоэ, стекловидное тело и др.), тепловые процедуры (14).

Полиорганность поражений, свойственных детям, перенесшим гипоксию в перинатальном периоде, определяла объем и длительность восстановительного лечения. Средства ноотропного действия назначаются при всех синдромах гипоксических поражений ЦНС, длительность курса приема их колебалась от 1 до 6 мес. по динамике клинических и функциональных признаков. Широко применяют корректоры микроциркуляции и сосудистых нарушений в головном и спинном мозге (актовегин, инстенон, винпоцетин, кавинтон, сермион, стугерон и др.), поскольку сосудистые расстройства являются доминирующими в генезе перивентрикулярной лейкомаляции (4, 14).

Длительность приема сосудистых средств зависит от тяжести клинических проявлений ППЦНС и колеблется от 2 недель до 3-6 месяцев поддерживающими дозами.

Высокая эффективность ноотропных препаратов, хорошая переносимость их детьми подтверждена во многих работах последних лет (1,3,13,14,16).

Выбор препарата, уточнение его дозы, продолжительность приема осуществляется врачом с учетом клинических признаков индивидуально (8).

На наш взгляд показана патогенетическая восстановительная терапия детям с ППЦНС в течение первого года жизни с повторными курсами до 3 лет по клиническим показаниям при полном восстановлении неврологического статуса и наличие возрастных показателей развития.

По Ю.Е.Вельтищеву (1994) восстановительная патогенетическая терапия показана детям с перинатальной энцефалопатией до 7 лет для профилактики хронической патологии (6).

Клиническими показаниями для проведения восстановительного лечения являются состояния, сопровождающиеся трудностями в развитии, обучении и поведении детей. К таковым относятся: 1) астенический синдром, связанный с нарушениями физического развития, вследствие широкого круга соматических болезней; 2) церебрастенический синдром, обусловленный отклонениями нейроонтогенеза в связи с нарушениями внутриутробного и постнатального развития мозга. Пусковым механизмом являются различные варианты гипоксии (анемическая, циркуляторная, гистотоксическая), травмы, инфекции с токсическим или непосредственным поражением мозга; 3) гиперактивность с дефицитом внимания как самостоятельная нозологическая форма по МКБ-X (1994) и как признак, сходных нервно-психических состояний; 4)нарушение развития устной речи (алалия, дисфазия); 5) нарушения развития письменной речи (дислексия, дисграфия) (8).

Для эффективной помощи ребенку с нарушениями социальной адаптации необходим комплексный подход, включающий согласованную работу педиатров, неврологов, психологов, логопедов, педагогов. Планирование и проведение коррекционных мероприятий должно проводиться с учетом индивидуальных особенностей семьи и ребенка и является задачей учреждений первичной медицинской службы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы неонатологии / Под ред. Н.Н.Володина. - М.:Гэотармед,2004. - 448 с.
2. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. Фундаментальные и прикладные проблемы педиатрии // Росс. Педиатрический журнал. 2005. - №3. - С.4-7.
3. Барашнев, Ю.И. Гипоксическая энцефалопатия: гипотезы патогенеза церебральных расстройств и поиск методов лекарственной терапии / Ю.И. Барашнев. // Рос. Вес. перинатологии и педиатрии. - 2002. - №1. - С.6-13.
4. Перинатальная неврология / Ю.И. Барашнев. - М., "Триада - Х". - 2001. - 638 с.
5. Вельтищев Ю.Е. Проблемы охраны здоровья детей России // Рос. Вес. перинатологии и педиатрии. - 2000. - №1. - С.5-9.
6. Вельтищев Ю.Е Концепция риска болезни и безопасности здоровья ребенка // Рос. Вес. перинатологии и педиатрии. Приложение к журналу. Лекция № 2. - М.1994. - 85с.
7. Доскин В.А. Основы ранней реабилитации детей с отклонениями в развитии // Рос. Вес. перинатологии и педиатрии. - 1998. - №4. - С.54-57.
8. Заваденко Н. Ноотропные препараты в практике педиатра и детского невролога. Метод.рекомендации. РГМУ. Кафедра нервных болезней педиатрического факультета // Справочник педиатра. - 2005, №3. - С.97-108.

9.Зелинская Д.И. Реабилитация как комплексная проблема восстановления нарушенных функций организма ребенка // Рос. Вес. перинатологии и педиатрии. - 1996. - №2. - С.13-16.
10. Лечение и комплексная реабилитация новорожденных детей с перинатальными поражениями ЦНС / Яцык Г.В., Бомбардирова Е.П., Моисеева Т.Ю., [и др.] - Руководство по неонатологии / Под ред. Г.В.Яцык. - М.:Мед информационное агентство, 1998. - С.24-59.
11. Министерство здравоохранения и социального развития Рос.Федерации. Служба охраны матери и ребенка в 2003г. Материалы совещания 5-6.10.04 г. М.2004, - 92с.
12. Отраслевые стандарты объемов медицинской помощи детям. Приказ Минздрава РФ № 151 от 7.05.1998 - М.: АПП Джангар, 2001. - С.33-61, С.385-397.
13. Платонов Т.Н., Скоромец А.П., Шабалов Н.П. Кортексин - многолетнее применение в педиатрической практике // Кортексин - пятилетний опыт отечественной неврологии / под ред. А.А.Скоромца, М.М.Дьяконова. - Сиб.:Наука, 2005. - №1. - С.1-9.
14. Рымарев О.Н. Ранняя реабилитация детей с перинатальными повреждениями нервной системы . - Автореф.канд. дис. - М., 2000 г.
15. Садчиков Д.В., Куликова Т.Н., Лопатин И.В., Жильцов А.Д. Мексидол в терапии критических состоянии. Пособие для врачей. - Саратов, 2004, 13 с.
16. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. / И.А.Скворцов, Н.А.Ермоленко. - М.: "Медпресс-информ", 2003. - 366 с.
17. Windisch J.C. Cerebrovascular abnormalities in pediatric. / J.C. Windisch // Archives of disease in childhood fetal and neonatal edition. - 2004. - 89. - F399-F407