

13. Miller L., Barrett C., Hampe E. Factor structure of childhood fears. *J Consulting Clin Psychol.* — 1972. — Vol.39. — P.29-37.
14. Mowrer O. H. *Learning theory and behavior.* — New York: Wiley, 1960. — 345 p.
15. Vasa R.A., Roberson-Nay R., Klein R.G., Mannuzza S., Moulton J.L. 3rd, Guardino M., Merikangas A., Carlino A.R., Pine D.S. Memory deficits in children with and at risk for anxiety disorders. — *Depress Anxiety*, 2007. — Vol.24, № 2. — P. 85-94.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И РОЛЬ РАННЕЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ДЦП У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Шаритова К.М.

Республиканская детская психоневрологическая больница им. У.К. Курбанова

Актуальность. В последнее десятилетие в нашей стране наблюдаются стремительные изменения в неонатологической службе: внедрение системы первичной реанимации новорожденных, широкое использование искусственной вентиляции легких, что позволило существенно снизить неонатальную смертность и создает возможность перейти на новые — международные критерии живорождения (1). В связи с этим ежегодно увеличивается число детей, рожденных с низкой и очень низкой массой тела. В целом, по республике большое количество детей выписываются из стационаров после оказания им prolonged реанимационной помощи. Отсутствие обоснованной методологии ведения таких детей приводит к выраженным затруднениям, к вычленению первоочередных задач в коррекции их соматического состояния. Еще большую сложность представляет собой отсутствие данных, как должны развиваться такие дети. [2, 3] Они достаточно часто оцениваются, исходя не из скорректированного возраста, а из фактического, что приводит к утрате тяжести их состояния в районной поликлинике. Совместно с городским перинатальным центром в 2007-2008 году, а с 2008-2012 совместно с Республиканским специализированным научно-практическим медицинским центром педиатрии (РСНПМЦ педиатрии) и Республиканской детской психоневрологической больницей имени Курбанова (ДПНБ им. Курбанова) была создана программа коррекции развития и раннего вмешательства в лечении и профилактики ДЦП у недоношенных детей, родившихся с низкой и очень низкой массой тела. Основной целью этой программы является разработка единой, комплексной программы наблюдения, оценки динамики развития, методов и сроков реабилитационного лечения недоношенного ребенка. Следует отметить, что за последние годы идея необходимости создания таких центров все больше занимает умы неонатологов.

Цель исследования: разработать критерии раннего выявления риска ДЦП у недоношенных детей и оценить их эффективность в принятии решения по внедрению профилактических и комплексных реабилитационных медицинских технологий,

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ДПНБ имени Курбанова и отделения патологии новорожденных (ОПН) городского перинатального центра и РСНПМЦ педиатрии. В исследование были включены 140 детей, находившиеся на стационарном и амбулаторном лечении в отделениях и консультативно-диагностической поликлинике ДПНБ им. Курбанова, отделениях патологии новорожденных городского перинатального центра и РСНПМЦ педиатрии. Исследование носило проспективно-ретроспективный характер и проводилось в течение четырех лет с 2007 года по 2011 год включительно. 100 детей с диагнозом ДЦП составляли основную группу. 40 детей составляли группу сравнения, за время наблюдения у них не сформировались двигательные нарушения. Состояние детей с установленным диагнозом детский церебральный паралич, составляющих основную группу на этапе родильного дома, оценивалось ретроспективно по данным медицинской документации, а дети из группы сравнения наблюдались, начиная с ОПН.

Как видно из таблицы основная и группа сравнения сопоставимы по гестационному возрасту и массе тела при рождении.

Скрининговая программа применялась детям из контрольной группы на 2 этапе выхаживания, что позволило выделить детей группы риска и своевременно назначить адекватную реабилитационную терапию. Мониторинг детей группы риска проводился невропатологом 1 раз в неделю, при необходимости проводилась нейросонография на аппарате MINDRAY DC-7 микроконвексным датчиком. После выписки из ОПН дети осматривались и брались на учет в консультативно-диагностической поликлинике ДПНБ им. Курбанова, где разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации, основанная на результатах междисциплинарной оценки специалистов. Мониторинг детей в первые 2 месяца жизни проводился каждые 10 дней, в дальнейшем до 6 месяцев 1 раз в месяц, после 6 месяцев 1 раз в два месяца. В 3, 6 и 12 месяцев проводилась оценка психомоторного развития по шкале Журбы-Мастерковой (4) и нейросонография. Некоторым детям проводилось видеонаблюдение, позволяющее объективно оценить количественный и качественный анализ активных движений ребенка (5, 6).

Результаты и их обсуждение. Дети, наблюдавшиеся с рождения, в основном городские жители. В основной группе, где у детей сформировались двигательные нарушения и, где отмечается поздняя обращаемость к специалистам в основном жители сельской местности. По роду занятий матери всех групп не отличаются. У 43% матерей из основной группы во время беременности перенесли ОРВИ, а в группе сравнения у 55%, анемия была у 76% женщин из основной группы, 32% в группе сравнения. У 21% матерей был диагностирован гестоз 2 половины беременности в основной и у 58% в группе сравнения.

Роды были первыми у 39 (39%) матерей в основной группе и у 18 (45%) — в группе сравнения. Повторные роды (от 2 до 4) наблюдались у матерей в обеих группах (61% в группе с ДЦП и 55% — в груп-

пе сравнения). Самостоятельные роды были более чем у половины матерей основной (82%) и группе сравнения (72,5%). В группе детей с ДЦП экстренное кесарево сечение проводилось в 18% (18) случаев, в 2 случаях кесарево сечение было плановым. В группе сравнения экстренное кесарево сечение проводилось в 27,5% случаев и во всех случаях носило экстренный характер. У большинства детей было головное предлежание — 64 (92%) в группе детей с ДЦП и 20 (83% >) в группе сравнения. Тазовое предлежание наблюдалось в 3 (4,3%) случаях в основной и в 2 (8,3%) случаях в группе сравнения, косое или поперечное предлежание наблюдалось в 2 (2,8%) случаях в основной и 2 (8,3%) случаях в группе сравнения.

Таблица 1

Основные характеристики включенных в исследование детей

Показатели	ДЦП (n=100)				Группа сравнения (n=40)
	Тетраплегия (n=2)	Диплегия (n=76)	Гемиплегия (n=8)	Дискинетическая форма (n=14)	
Распределение по полу					
Мальчики	1	48	4	6	18
Девочки	1	28	4	8	22
Распределение по сроку гестации					
22-27 недель	—	5	1	—	5
28-32	2	41	5	5	28
33-37	—	30	2	9	7
38-42	—	—	—	—	—
Свыше 42	—	—	—	—	—
Распределение по массе тела при рождении					
Менее 1000	—	9	1	—	6
1000-1500	1	24	2	4	7
1501-2000	1	43	5	10	27

Осложнения в родах: родовое излитие околоплодных вод 60% в группе сравнения и 66% в основной, Стремительные роды 15% основной и 12,5% группе сравнения, ПОНРП 17% основной и 25% группе сравнения, преэклампсия 7% основной и 12,5% группе сравнения.

Дети из группы сравнения наблюдались в ОПН 1 раз в неделю и сразу после выписки брались на учет в поликлиническое отделение ДПНБ им. Курбанова и согласно принципам раннего вмешательства для них разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации. Контроль динамики состояния и развития каждого ребенка оценивался на основании регресса неврологических синдромов, шкалы психомоторного развития Журбы-Мастерковой и нейросонографического исследования. В ранний восстановительный период у детей в группе сравнения были установлены следующие диагнозы: ППНС (перинатальное поражение нервной системы): синдром церебрального возбуждения 8 (20%), с-м ликворо-сосудистой дистензии 12 (30%), гидроцефально-гипертензионный с-м 10 (25%), с-м нарушения тонуса и моторики у 6 (15%) и с-м вегето-висцеральных нарушений у 4 детей (10%).

Результаты показали, что схема раннего выявления двигательных нарушений у детей, родившихся с низкой и очень низкой массой тела имеет большой потенциал в профилактике инвалидности у этих детей (7).

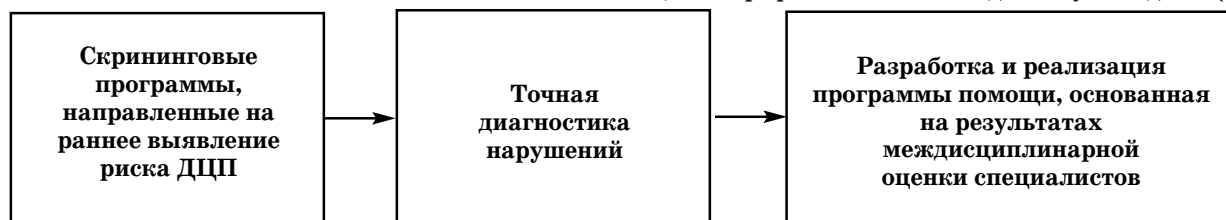


Рис. 1. Схема организации выявления и оказания помощи недоношенным детям с низкой массой тела и очень низкой массой тела

Согласно приведенным данным видно, что дети из группы сравнения имели изначально те же факторы риска развития ДЦП, что и дети из основной группы, где развились двигательные нарушения. У 25 детей из контрольной группы в 1 год имелась задержка моторного развития в легкой степени, 4 детей развивалась соответственно возрасту и 11 детей была задержка моторного развития, связанная с рахитической несостоятельностью связочного аппарата, дисплазией тазобедренного сустава, снижением мышечного тонуса без параличей и парезов. Этим детям к базисной терапии: дегидратационное лечение, ноотропное, препараты для улучшения мозгового кровообращения, витамин Д (вигантол, аква Д3) и кальций содержащие препараты был применен препарат нейромидин (ипикадрин) блокатор калиевой проницаемости мембраны + ингибитор холинэстеразы. Препарат восстанавливает и стимулирует нервно-мышечную передачу, восстанавливает проведение импульса в периферической нервной системе, нарушенного вследствие различной травмы, умеренно стимулирует ЦНС, улучшает память и способность к обучению.

Для лечения детей с двигательными нарушениями нейромидин применялся по следующей схеме:

1 этап — 0,5% раствор детям с 8-месячного возраста по схеме 0,5-0,6-0,7-0,8-0,9-1,0-1,0-1,0-1,0 мл через день № 10 или методом инъекционной фармакоакупунктуры в биологически активные точки, чередуя с введением раствора Витамина В12 по 200 ед внутримышечно № 10 через день. 2 этап применение нейромедина per os по 0,005 мг x 2 раза в день, курс лечения 1 месяц. Применение нейромидина необходимо сочетать с лечебной физкультурой, общим массажем и физиотерапевтическим лечением. После проведенного лечения у детей укрепились все группы мышц, нормализовался мышечный тонус, что подтверждается электромиографией. К 2 годам все дети из контрольной группы самостоятельно ходили, интелектуальное развитие соответствовало возрастной норме.

Анализ совместной работы Республиканской психоневрологической больницы и Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии за 3 года показал, что предлагаемая нами структура вполне действенна. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют что, применяя критерии раннего выявления детей группы риска, нейровизуализацию и количественные методы оценки неврологического статуса позволяют более точно и объективно оценить степень и характер формирующихся с возрастом нарушений и выделить группу риска по формированию тяжелых форм ДЦП на ранних этапах.

Выводы:

1. Факторами риска по развитию ДЦП у детей, родившихся с низкой и очень низкой массой тела, являются отягощенный акушерский анамнез и рождение путем операции кесарево сечение по экстренным показаниям

2. Одним из путей профилактики и предупреждения развития ДЦП у детей, родившихся с низкой и очень низкой массой тела являются непрерывный мониторинг психо-моторного развития.

Литература

1. Салихова К.Ш., Джубатова Р.С., Умарова З.С., Ишниязова Н.Д., Шарипова К.М. Оценка здоровья детей раннего возраста перенесших критическое состояние в периоде новорожденности. // Журнал теоретической и клинической медицины № 3 2010 г., с. 141-143.
2. Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишин А.Е. Неврология недоношенных детей. — МЕДпресс: Москва, 2010 г. — 219 с.
3. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. — СПб: Питер, 2006 г. — 219 с.
4. Журба Л.Т., Мастюкова Е.А. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. — М.: Медицина, 1981 г. — 271 с.
5. Prechtl H. F. R., Einspieler C., Cioni G., Bos A.F., Ferrari F., Sontheimer D. An early marker for neurological deficits after perinatal brain lesions. //The Lancet, 10 May 1997, V. — 349, Is. — 9062, p. 1361-1363.
6. Prechtl H. F. R. State of the art of a new functional assessment of the young nervous system. An early predictor of cerebral palsy-V/ Early Human Developm., 24 November 1997, V. — 50, Is.-1, p. 1-11.
7. Баранова Н.Б., Бёресон Б., Васильева Т.П., Гарбарук Е.С., Довбня С.В., Клочкова Е.В., Кожевникова Е.В., Морозова Т.Ю., Пасторова А.Ю., Рыскина В.Л., Чистович И.А. Нет необучаемых детей! Книга о раннем вмешательстве. — Каро: СПб, 2007 г. — с. 71.