

Камалова Н.Л.,
Джурабекова А. Т.,
Мавланова З. Ф.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра Неврологии СамГосМИ

Актуальность. Патологический процесс, обусловленный перинатальной гипоксией ЦНС, после рождения ребенка продолжается, проявляясь различной симптоматикой. Отсроченность появления клинических признаков повреждения, волнообразность течения процесса объясняются не только мозаичностью созревания отдельных структур мозга, но и задержкой нейроонтогенеза с нарушением течения пластических структурных перестроек на всех уровнях. Для диагностики задержки неврологического развития важное значение имеет оценка сопутствующих задержке неврологических синдромов, представляющих собой сочетание и повторяемость взаимосвязанных между собой симптомов. Возрастная незрелость нервной системы ребенка первого года жизни определяет фрагментарность и не дифференцированность наблюдаемых у него синдромов. В связи с этим, раннее выявление нарушения деятельности ЦНС и задержки НИР у детей первого года жизни, развивавшихся внутриутробно в условиях недостаточности маточного и фетоплацентарного кровотока вследствие инфицирования матери, имеет важное медико-социальное значение. Это позволяет выявить наиболее ранние нарушения гемо- и ликвородинамики и тем самым способствует профилактике возможного латентного и персистирующего

течения инфекции с прогрессированием неврологических осложнений.

Цель работы: изучить клинко-неврологические особенности новорожденных с внутриутробной инфекцией.

Материал и методы. Нами было обследовано 60 детей первого года жизни: 20 практически здоровых детей (контрольная группа). У всех детей проводили тщательное клинко-неврологическое обследование и тестирование по специальным таблицам количественной оценки возрастного развития ребенка первого года жизни. В качестве возрастных критериев были взяты следующие пять основных периодов: 1-й период - новорожденное™ (с рождения до 1 мес); 2-й -1-3 мес, 3-й - 3-6 мес. 4-й - 6-9 мес, 5-й -9-12 мес.

Результаты исследования. Среди обследованных детей основной группы преобладали жители сельских районов, составляя 62% из общего числа, в то время как в контрольной группе преобладали городские жители - 66,67%. Это мы связали с более широким распространением инфекции среди сельских жителей, свидетельствующее о поздней обращаемости их за специализированной медицинской помощью и развитием среди данного контингента латентных хронических и персистирующих форм заболевания (табл. 1).

Таблица 1

Частота выявления различных форм инфекции у обследованных женщин (%)

Группа Острая стадия Хроническая Реактивация/

обследуемых	стадия	реинфекция
Основная группа	42	2
1 -я группа	42,62	-
2-я группа	41,02	5,13

Изучение акушерского анамнеза среди матерей детей с внутриутробной инфекцией и здоровых новорожденных показало, преобладание в группах наблюдения, как в основной, так и в контрольной, женщин с повторными беременностями и повторнородящих. В основной группе повторная беременность составляла 72%, повторные роды - 62%. В контрольной группе эти показатели были по 73,33% в случае повторных беременностей и родов. Различия показателей повторных родов в основной и контрольной группах наблюдения обусловлены патологическим течением как настоящей, так и предыдущих беременностей у инфицированных женщин. Физиологическое течение настоящей беременности было отмечено в 90% случаях у здоровых детей, в то время как у больных детей преобладало патологическое течение беременное™ и родов - 83%, составляя в первой группе наблюдения 86,89%, а во второй - 76,92%. Изучение частоты осложнений в течение родов у женщин с УГХ показали,

что у них часто развивалась слабость родовой деятельности, преждевременное излитие ОВП, патология плаценты типа плотного прилегания, низкой расположенности, отслойки. Эта данные свидетельствуют о значительном нарушении маточно-плацентарного кровообращения из-за плацентарной недостаточности. В этих условиях развивается гипоксия и асфиксия плода.

Наряду с этим отмечалось отягощенное течение и предыдущих беременностей, составляя 74% в основной группе, и по 80,33% и 64,1% в первой и второй группах обследуемых детей, для сравнения в контрольной группе патологическое течение предыдущих беременностей - 16,67%.

Проанализировав особенности течения и родов у инфицированных женщин, изучены также показатели гестационных сроков у здоровых детей. В контрольной группе все дети рождены в срок, а в группе детей с внутриутробным инфицированием имеет место недоношенная беременность (23%), реже отмечается рождение переносных детей (7%). У детей 2-ой с

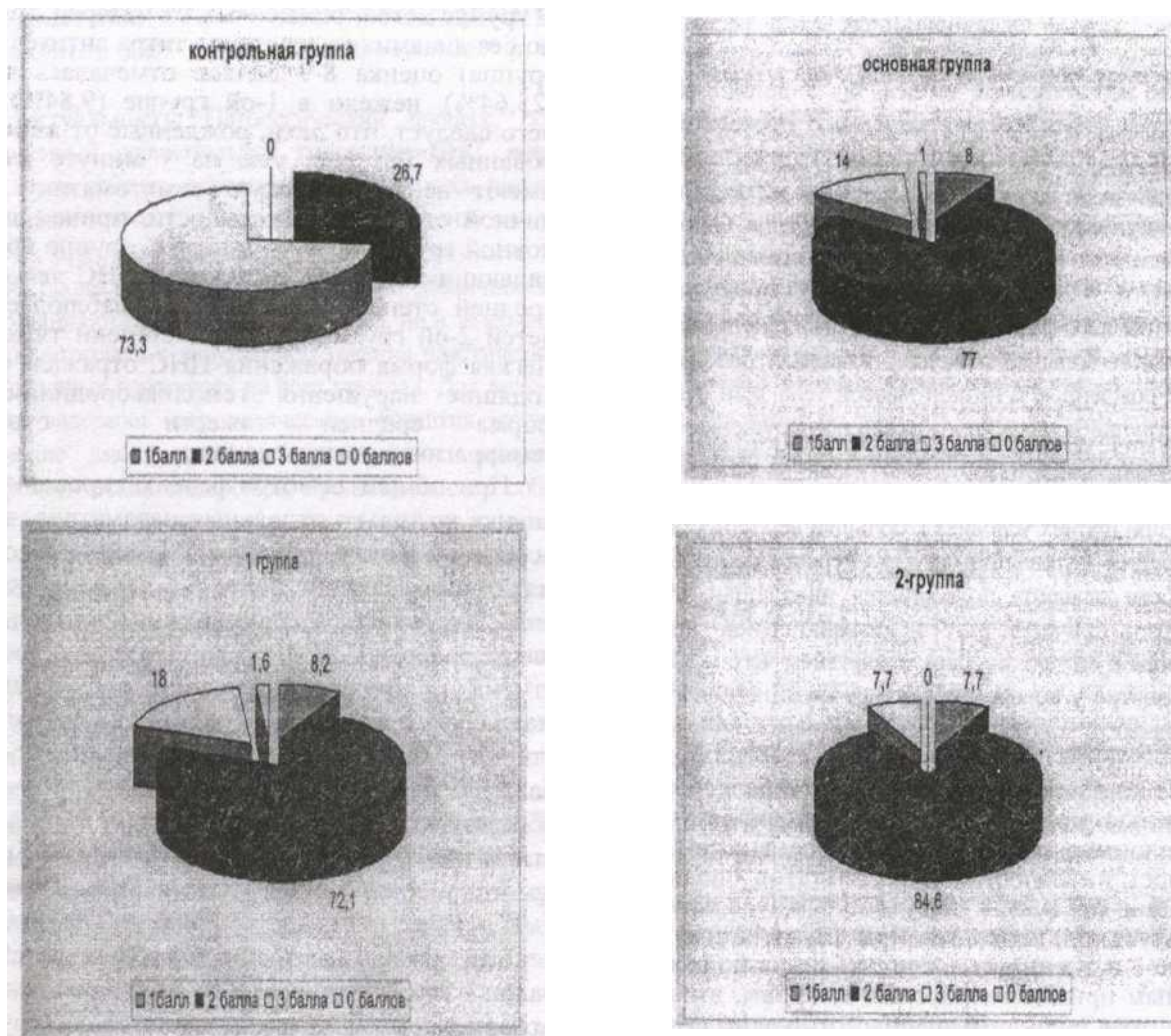
отсутствием активного инфекционного процесса недоношенная (10.26%) беременность встречается несколько реже, чем у детей 1-ой группы с нарастанием титра иммуноглобулинов в динамике - 31,1%. Снижение показателей физического развития, помимо недоношенности, может быть обусловлено нарушением внутриутробного развития. Диагностика такого нарушения имеет большое значение, поскольку доношенные, но рожденные с низкой массой тела дети относятся к группе повышенного риска по нарушению Н_i IF. С другой стороны, крупный плод может быть причиной затяжных и затрудненных родов и, следовательно, при прочих условиях с большей вероятностью травмируется интранатально. При перенесенной беременности плацента подвергается инволюции, что может быть причиной ante- и интранатальной гипоксии плода и его гипотрофии, следствием чего может быть развитие у новорожденного ребенка неврологических проявлений различной степени выраженности.

С момента рождения проводилось тщательное клиничко-неврологическое обследование, целью которого было прогнозирование последующего НИР детей. Особое внимание уделялось интерпретации результатов оценки адаптации ребенка к внеутробным условиям существования, проводимой по шкале Апгар в течение 1 и 5 минут после рождения по пяти основным признакам (кожные покровы, дыхание, частота пульса, мышечный тонус, рефлексорная реакция на катетер в носу). Шкала Апгар применяется для определения степени тяжести и выраженности НМК у новорожденных. Оценка 7 баллов и выше по шкале Апгар указывала на хороший прогноз, как в отношении жизнеспособности новорожденного, так и его НИР. Низкие оценки, особенно ниже 5 баллов, относили к факторам риска развития неврологических нарушений. У детей, рожденных от инфицированных матерей, средний балл по шкале Апгар составил 6,34 и 7 баллов на 1-ой и 5-ой минутах обследования соответственно. При этом оценка во второй группе была несколько выше (6,79 и 7,41 баллов), нежели в группе детей с нарастающими в динамике титрами антител (6,05 и 6,74 баллов на 1 и 5 минутах). В группе здоровых детей 7,97 и 8,33 балла. Преобладающей оценкой в основной группе была оценка в 6-7 баллов (63% на 1-ой минуте и 62% на 5-ой минуте), свидетельствующая о легком поражении ЦНС, а в контрольной группе 8-9 баллов (90%). При сопоставлении оценок в первой и второй группах наблюдений выявлено, что в первой группе оценка в 4-5 баллов встречается чаще (22,95%), нежели во второй (2,56%), свидетельствуя о поражении ЦНС средней тяжести. В группе детей, рожденных от матерей с УГХ, но без динамики нарастания титра антител (2-я группа) оценка 8-9 баллов отмечалась чаще (25,64%), нежели в 1-ой группе (9,84%). Из чего следует, что дети, рожденные от инфицированных матерей, уже на 1 минуте жизни имеют неврологическую симптоматику различной степени выраженности, причем в основной группе детей и в первой группе преобладающим является поражение ЦНС легкой и средней степени тяжести, а у наблюдаемых детей 2-ой группы - легкой степени тяжести. Легкая форма поражения ЦНС отражала проходящие нарушения

гемоликвородинамики, форма средней тяжести - отечно-геморрагические изменения.

При общем осмотре ребенка проводилась оценка не только отдельных параметров, но и, особое внимание уделялось уровню его стигматизации. Наличие более 5-6 дизэмбриогенетических стигм - показатель повышенного риска задержки ПМР. При изучении уровня стигматизации проводилась его оценка, выражающаяся в баллах: 3 балла - стигмы отсутствуют; 2 балла - их число не превышает 5-6: 1 балл - более 6 стигм и расположены главным образом на лице; 0 баллов - наличие более 8 стигм или грубых пороков развития. Отмечено, что у детей с ВУИ уровень стигматизации был достоверно выше (2 балла в 77% наблюдений), нежели в группе здоровых детей (2 балла - 26,67% случаев). У детей, рожденных от матерей с УГХ имели место также случаи наличия более 6 стигм, расположенных главным образом на лице - 8%, оцененные нами в 1 балл.

Поскольку в оценке сенсорных реакций важным антропометрическим критерием нормального ПМР ребенка грудного возраста является окружность головы и её прирост нами, была проведена сравнительная оценка данного показателя у здоровых детей и детей с внутриутробной инфекцией. При оценке показателей окружности головы новорожденных детей от матерей с УГХ и сопоставлении полученных данных с должностными показателями (сигмальное отклонение 2σ), выявлено, что в контрольной группе показатели окружности головы не отличались от нормативных. В основной группе низкие минимальные и средние значения окружности головы (36 см и 33,86 см соответственно) связаны с малым гестационным возрастом обследуемых детей и не могут свидетельствовать о наличии у данного контингента детей микроцефалии.



Сравнительная характеристика уровня стигматизации у обследованных детей

Выводы. У инфицированных детей, отмечалось неблагоприятное течение ante- и ин-транатального периодов в виде патологического течения беременности и родов (83%), следствием чего явилось рождение детей раньше срока (23%) или переносенных (7%) с оценкой по шкале Апгар в 6-7 баллов (63% на 1 минуте и 62% на 5 минуте), реже 4-5 баллов

следования), свидетельствующие о поражении ЦНС легкой и средней степени тяжести. У детей с признаками ВУИ достоверно чаще (77%), нежели в контрольной группе (26,67%) отмечался уровень стигматизации, оцениваемый в 2 балла (5-6 стигм), как известно говорящий о высокой степени риска развития задержки НИР. (15% и 6% соответственно на 1 и 5 минуте ис-

Литература

1. Беременность и TORCH-инфекции // Ж. Беременность. 2004. № 10. С. 19-21.
2. Буркова А.С., Володин И.Н., Медведев М.И., Рогаткин С.О. Новые подходы к диагностике перинатальных поражений нервной системы у детей первого года жизни и их классификация // Ж. Педиатрия. 2004. № 1. С. 5-9.
3. Макаров О.В., Бахарева И.В., Таранец А.Н. Современные представления о внутриутробной инфекции // Ж. Акушерство и гинекология. - 2004. - № 1. - С. 10-12.
4. Реджабоева М.З. Диагностика и лечение задержки психомоторного и предречевого развития у детей раннего возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, 2005. - 20 с.
5. Manzeniuk I.N., Vorobiova M.S., Losev M.V., Fedosov S.A. // Proceedings Fourth Meeting of the European Society for Chlamydia Research / Ed. Pekka Saikku. - Helsinki, Finland. August 20-23. 2000. - Helsinki, 2000.
6. Volpe J.J. Neurology of the newborn. 4-th ed. Philadelphia: WB Saunders 2000.