

Худойдодова С.Г.,
Облокулов А.Р.,
Тоиров М.К.,
Арашова Г.А.,
Мирзаева М.Р.

**СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ
ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Бухарский государственный медицинский институт

В структуре детской инвалидности, поражения нервной системы, составляют около 50%, а заболевания нервной системы, приводящие к инвалидизации и дезадаптации детей, в 70-80% случаев обусловлены перинатальными факторами [1]. Несмотря на определенные успехи перинатологии, частота поражений ЦНС у детей снижается незначительно. Основными патогенетическими факторами повреждения мозга являются гипоксия-ишемия, травматическое воздействие и внутриутробное инфицирование [2, 6].

Судорожные состояния - наиболее распространенная патология детского возраста. Судорожные состояния встречаются у 2-3% детей в различном возрасте. Как правило, наличие судорог у ребенка требует от врача решения широкого спектра задач - определение причины возникновения судорог, возможной их взаимосвязи с другими заболеваниями, в том числе генетически детерминированными, определение риска повторных эпизодов судорог, трансформации их в эпилепсию, установление возможных предикторов прогноза, выбора тактики терапии и методов профилактики. Клиническая практика показывает, что при неправильной интерпретации природы судорог, недостаточном учете факторов риска, несвоевременной или неадекватной терапии возможно, развитие резистентных к антиконвульсантам, форм эпилепсии с выраженными нарушениями нервно психических функций и последующим формированием стойких изменений, приводящих к инвалидности [3].

Диагностика и лечение эпилепсии наиболее сложны в детском возрасте, так как спектр клинических проявлений судорог у детей чрезвычайно широк от неонатальных и фебрильных судорог до эпилепсии. Эпилептические синдромы и формы эпилепсии с началом приступов в детском возрасте чрезвычайно разнообразны по этиологии и клиническим проявлениям. В настоящее время их насчитывается более сорока [4]. Среди них имеются доброкачественные с неотяжелым течением, практически полным выздоровлением, а также более злокачественные формы, которые часто сопровождаются умственной отсталостью, двигательными нарушениями и с трудом поддаются терапии.

В современной медицинской практике наметилась тенденция ограничения использования термина «судорожный синдром» как характеристика универсальной реакции организма на разные патогенные воздействия. Этот термин применим у новорожденных и у детей раннего возраста при первых судорожных состояниях неясного генеза. В дальнейшем удастся установить причины, вызывающие припадки [5].

Целью нашего исследования было изучение причин фебрильного судорожного синдрома с перинатально поражением нервной системы у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 60 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет с фебрильным судорожным синдромом, поступившие в отделение интенсивной терапии детской инфекционной больницы. Детей находившиеся под наблюдением распределили на 3 группы: 1-я – детей с судорожным синдромом, перенесшие перинатально церебральную ишемию-гипоксию родившиеся в срок. Во 2-ю группу вошли недоношенные дети, перенесшие перинатально церебральную ишемию-гипоксию, 3-ю группу включили детей без патологии в перинатальном периоде с фебрильным судорожным синдромом. В 1-ю группу включили 24 (40%) детей, во 2-ю 6 (10%) на сроке гестации от 29 до 33, 10 (16,7%) на сроке гестации от 34-37 недель. В 3-ю группу включили 20 (33,3%) детей.

Клинически выделили следующие синдромы, изменения со стороны ЦНС, расстройства вегетативной нервной системы, синдром гипервозбудимости, нарушения моторного развития, сочетанные формы задержки. Расстройства вегетативной нервной системы проявлялись в виде изменения со стороны кожных покровов («мраморность», периорбитальный и периоральный цианоз, гипергидроз общий и ладоней), желудочно-кишечных дискинезий (метеоризм, срыгивания, неустойчивый стул). Синдром гипервозбудимости диагностировали при наличии эмоциональной лабильности, чрезмерной двигательной активности, тремора, неустойчивости концентрации внимания, при трудностях засыпания, дефиците сна в течение суток, нарушениях

сна.

Детям, находившимся под наблюдением, проводили комплексное обследование, которое включало динамическое клиническое наблюдение. Клинические, биохимические лабораторные анализы и ИФА. Иммуноферментный анализ сыворотки крови на наличие маркеров цитомегаловируса и вируса простого герпеса I-типа (JgM, JgG) Инструментальные исследования электроэнцефалографию, ультразвуковое исследование мозга.

Результаты и их обсуждение. У больных детей, 1-й группы на момент обследования по данным субъективной оценки и клинического наблюдения. Были выявлены нарушение моторного развития, в виде мышечной дистонии или гипотонии у 34,5% больных детей, у 35% детей в клиническом статусе отмечался синдром гипервозбудимости, у 41% больных детей регистрировались расстройства вегетативной нервной системы (эмоциональная неустойчивость, капризность, расстройства сна). Лишь у 3% больных в исходах болезни на фоне перинатального поражения ЦНС отмечены очаговые нарушения. У 22,5% больных детей этой группы в психоневрологическом статусе отмечена задержка психомоторного развития. У детей 2-й группы выявлены повышенную частоту очаговых поражений ЦНС, по сравнению с таковой у больных 1-й группы (33 %), что указывает на тяжесть перенесенной гипоксии-ишемии. У 64,5% больных детей были установлены нарушение моторного развития, а у 65% - расстройства вегетативной нервной системы такие как эмоциональная неустойчивость, капризность, расстройства сна, адинамия, апатия, повышенная раздражительность, плаксивость, тремор век подбородка, пальцев рук, похолодание конечностей, снижение аппетита, диспептическое нарушение, повышенная потливость. Подавляющее большинство детей наблюдалось ЗПМР (58%) по сравнению с 1-й группы. Ведущим фактором поражений нервной системы у 22% детей 1-й группы, 48% детей 2-й группы стала цитомегаловирусная инфекция, у 8% 1-й группы, 12% 2-й группы – инфицирование вирусом простого герпеса 1-го типа, 41% детей 2-й группы выявили микст-инфекцию цитомегаловирусная и вирус простого герпеса 1-го типа.

На фоне гипоксически-ишемических поражений ЦНС у детей 2-й группы фебрильный судорожный синдром имел рецидивирующий характер, а у детей 1-й и 3-й судорожный синдром имел эпизодический характер.

Выводы:

1. К группе риска по возникновению тяжелых поражений ЦНС относятся недоношенные дети, дети с внутриутробной гипотрофией, внутриутробным инфицированием, дети рожденные женщинами с отягощенным течением беременности и родов.
2. Стрессорное действие на организм инфекционных агентов, усугубляет ишемическо-гипоксические поражение центральной нервной системы.
3. Все дети с перинатальным поражением центральной нервной системы должны находиться под наблюдением районного невропатолога и участкового врача.
4. С целью предотвращения и снижения перинатального поражения ЦНС у детей раннего возраста обязательно исследовать беременных женщин на I-м и III-м триместре беременности на наличии TORCH -инфекции (ЦМВ, ВПГ и др.). Только своевременная диспансеризация, наблюдение и соответствующая терапия в большинстве случаев способствуют обратному развитию патологических симптомов и восстановлению нарушенных функций, а также предотвратить отягощения и осложнения различных патологий у детей раннего возраста.

Использованная литература:

1. Барашнев Ю.И. // Рос. вестн. перинатол. и педит.-2002.- №1. – С. 6-8.
2. Володин Н.Н., Медведев М.И., Рогаткин С.О. // Рос. педиатр. журн. -2001.- №1 - С. 4-8.
3. Гусев Б.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга М., 2001.
4. Пальчик А.Б., Шабалова Н.П. Гипоксически- ишемическая энцефалопатия новорожденных. - М., 2009.
5. Петрухин А.С. Неврология детского возраста.—М., 2001.
6. Чехонин В.П., Лебедев С.В., Блинов Д.В. и др. // Вопр. гин., акуш., перинатол.-2004.- Т. 3, №2 – С.50-61.