

БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Стренина Светлана Николаевна

студентка

Клестова Елена Олеговна

студентка

Калмыкова Галина Владимировна

канд. мед. наук, преподаватель

НИУ «Белгородский государственный
национальный исследовательский университет»

г. Белгород, Белгородская область

ВЫЖИВАЕМОСТЬ И НАРУШЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ НА РАННИХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

***Аннотация:** в статье рассматриваются основные причины рождения детей с массой тела меньше 1000 г. Описываются основные факторы риска рождения недоношенных детей на примере статистических данных Белгородской области за 2011-2012г. Выделяются основные группы риска матерей с возможностью рождения ребенка с экстремально низкой массой тела, также приводятся рекомендации для предотвращения рождения ребенка с экстремально низкой массой тела.*

***Ключевые слова:** здоровье, детство, недоношенные дети, заболеваемость, экстремально низкая масса тела, гестазия.*

Возникновение, становление и развитие в России перинатальных центров, отделений интенсивной терапии новорожденных, выхаживание новорожденных с экстремально низкой массой тела и пороками развития внутренних органов, значительно увеличивает количество специалистов, интерес которых лежит в сфере неонатальной неврологии [2]. Помимо высокой перинатальной смертности среди недоношенных детей, статистика свидетельствует о высокой вероят-

ности развития неврологических нарушений и хронических заболеваний в отдаленные периоды [7]. Установлено, что популяция детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, имеет высокий риск развития задержек умственного развития, нарушений становления моторных навыков, а также нарушений в эмоциональной сфере [7]. У детей, родившихся на сроке до 28 недель гестации высока вероятность развития ретинопатии недоношенных, что существенно влияет на качество жизни [1]. L.O. Lubchenco, наблюдая развитие недоношенных детей до 10 летнего возраста, установил, что 44% детей имели индекс интеллектуального развития ниже 70, 12% детей были слепыми[8]. Особенно тяжело протекает восстановление маловесных детей, которые подверглись внутриутробному инфицированию[4].

Вследствие улучшения качества помощи недоношенным детям, среди выживших стало больше детей с нормальным психомоторным развитием. Неврологический прогноз глубоконедоношенных детей зависит от степени поражения ЦНС и в силу особенностей развития незрелых структур мозга позволяет полноценно реабилитировать данных пациентов [3].

По данным отечественных исследователей, среди глубоконедоношенных детей, родившихся с массой тела менее 1000 г, 24% детей развивались в дальнейшем нормально[1].

Наличие и распространенность структурных нарушений головного мозга новорожденных, вследствие перенесенных церебральных инсультов, не всегда четко коррелирует со степенью выраженности функциональных расстройств. При клинически и патоморфологически однотипном интракраниальном процессе у детей раннего возраста могут отмечаться диаметрально противоположные ближайшие и отдаленные исходы нервно-психического развития[9]. Только комплексный подход – анализ клинико-anamnestических, нейрофизиологических, лабораторных и данных методов нейровизуализации позволяет корректно оценить степень структурно-функциональных нарушений головного мозга, формулировать неврологический диагноз и прогноз развития ребенка.

Цель исследования: анализ структуры и частоты встречаемости неврологической патологии у детей с экстремально низкой массой тела за период 2011–2012 годы, рожденных в Белгородской области.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 74 историй болезней новорожденных с экстремально низкой массой тела, рожденных в ПЦ ОКБ за 2011–12 гг, а также историй болезней детей в возрасте от 3 месяцев до 2 лет, находившихся на обследовании и лечении в педиатрическом и хирургическом отделениях ГДБ и ОДКБ г. Белгород. Анализ данных детского отделения патологоанатомического бюро с целью выявления причин смертности детей с ЭНМТ. Исследование амбулаторных карт детских поликлиник г. Белгород и районов области.

Результаты и обсуждение, собственные наблюдения:

Общее количество новорожденных до 1000 г в Белгородской области за 2011 и 2012 – 0,62 % (68 родов, 74 ребенка), шестеро детей (две двойни) родились от беременности в результате ЭКО. 86,8% детей с ЭНМТ родились у молодых матерей в возрасте от 25–35 лет, на сроке 26–28 недель (рис.1).

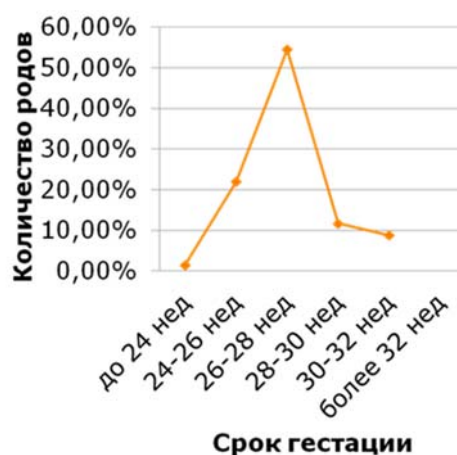


Рис.1 Количество родов в зависимости от срока гестации

Основными причинами преждевременных родов по нашим данным являются прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода на фоне гестоза – 53%, раннее и преждевременное излитие околоплодных вод – 38%, а также кровотечение (отслойка плаценты) – 9%. Большинство детей – 51,40% детей при рождении имели массу тела 900-1000 г (рис 2).

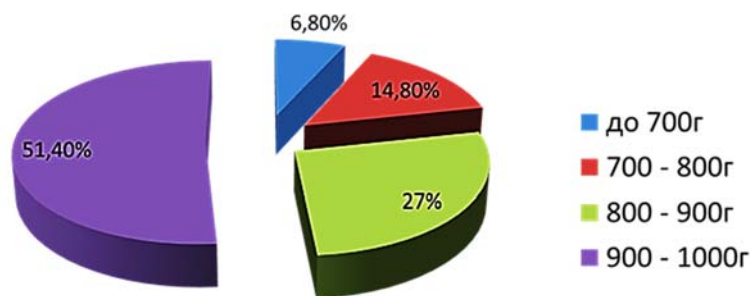


Рис. 2 Масса тела детей, родившихся с ЭНМТ в Белгородской области за 2011–2012 годы

Нами проведена оценка неврологического статуса выживших детей в возрасте от 3 месяцев до 2 лет.

Установлено, что у двоих детей из выживших имела место выраженная задержка регрессии физиологических рефлексов новорожденных. Оба ребенка при рождении по оценке по шкале Апгар на 1-ой минуте имели 3 балла, на 5-ой минуте – 5 баллов. Те дети, у которых не отмечалось задержки регрессии физиологических рефлексов новорожденных (86,60%), при рождении имели оценку по шкале Апгар на 1-ой минуте – 4 баллов, на 5-ой минуте – 6 баллов.

При исследовании мышечного тонуса у 13,40% детей наблюдалась поза «лягушки», что свидетельствует об общей мышечной гипотонии. У 70% детей наблюдалась поза неполной флексии, у 16,60 % детей нарушение мышечного тонуса не отмечалось. У двоих из этих детей спастический тетрапарез. У 40% детей от общего числа выживших, на момент исследования отмечались гиперкинезы. У 26,7% детей отмечено нарушение психоречевого развития.

При проведении ЭЭГ-мониторинга у 40% детей наблюдалось наличие патологических быстрых ритмов альфа и бета диапазона в высоком проценте, что явилось неблагоприятным прогностическим признаком.

По данным ультразвукового исследования головного мозга (НСГ) 33,30% детей имеются признаки гипоксического повреждения. У этих детей не отмечено грубых изменений в неврологическом статусе и задержки развития более, чем на

3 месяца. У тех пациентов, у которых при проведении НСГ отмечены субэпендимальные кисты с обеих сторон, перивентрикулярная лейкомаляция, последствия внутричерепного кровоизлияния, в том числе – внутрижелудочкового, имел место выраженный неврологический дефицит и задержка развития.

Выводы:

1. Основной процент детей с ЭНМТ родились у молодых матерей в возрасте от 25–30 лет, на сроке 26–28 нед.
2. Значительный риск для рождения ребенка с ЭНМТ представляет неблагоприятное течение беременности на фоне гестоза. Следует отметить, что способ зачатия, в частности ЭКО, не влияет на риск рождения ребёнка с ЭНМТ.
3. На первое место среди причин, вызвавших преждевременные роды и рождение детей с ЭНМТ, выходит прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода.
4. Все выжившие дети, родившиеся с массой тела ниже 1000 г на ранних сроках гестации, имеют пренатальное поражение ЦНС. Это подтвердилось в ходе оценки неврологического статуса этих детей (наличие патологических рефлексов, тремора, нарушение мышечного тонуса, и т. д), а также на основании данных ЭЭГ и НСГ.
5. Анализ смертности за данный период показал: около 80% от общего числа родившихся детей с ЭНМТ погибли, причем 57% из них умерли в возрасте более 3 мес.

Рекомендации:

1. Тщательный патронаж беременных женщин, входящих в группу риска.
2. Всем детям, родившимся с ЭНМТ, проводить обязательный осмотр неврологом, а также исследования ЭЭГ, НСГ, ЭМГ, при необходимости МРТ.
3. Обязательное медикаментозное лечение: назначение препаратов из группы ноотропов, нейротрофиков, при наличии судорог-антиконвульсантов.

Список литературы

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я., Менделевич В.Д. Недоношенные дети в детстве и отрочестве (медико-психосоциальное исследование) к IX съезду педиатров России. М., 2001. – 184.
2. Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишин А.Е. Неврология недоношенных детей. М.: МЕД пресс-информ, 2010. 23–27 с.
3. Федорова Л.А. Интенсивная терапия и выхаживание недоношенных новорожденных детей с малой и экстремально низкой массой тела. М., 2013.
4. Ширалиева Р.К., Гурбанова Г.М., Рагимова Н.Д. Особенности перинатального поражения центральной нервной системы у недоношенных детей с внутриутробными вирусными инфекциями. Б., 2013.
5. Hack M. Consideration on the use of health status, functional outcome, and quality-of-life to monitor neonatal intensive care practice // Pediatrics.-1999.-Vol. 103, № 1. – P. 319–328.
6. Kitchen W.N., Bowman E., Callanan C. et al. the cost improving the outcome for infants of birth weight 500-999 g in Victoria. The Victorian Infant collaborative Study group // J. Pediatr. Child. Health. – 1993. – Vol.29, №1. – P. 56–62.
7. Hack M., Klein N.K., Taylor H.G. Long-term Developmental Outcome of Low Birth Weight Infants // Future Child / 1995. – Vol.5, №1. – P. 176–179.
8. Lubchenko L.O. Horner F.A., Reed L.H. et al. Sequale of premature birth: Evaluation of prematory infants of low birth weights at ten years of age // Amer. J. of Diseases of Children. – 1963. – Vol.106.-P. 101–115.
9. Bhushan V., Paneth N., Kiely J.L., Impact of improved survival of very low birth weight infants on recent secular trends in the prevalence of cerebral palsy // Pediatrics.-1993. – Vol. 91. – P. 1094–1100.