

Ерембаева А.А.

**СНИЖЕНИЕ РАЗВИТИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ
ВЕРОЯТНОСТИ НАРУШЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ЦНС):
ДЦП ИЛИ ДРУГОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

A.A. Erembaeva

**REDUCING THE LIKELIHOOD OF PRETERM DISORDERS: CEREBRAL
PALSY OR OTHER NEUROLOGICAL DISEASES**

УДК: 616.831-Q36.865-08-039.76-08

Данная статья посвящена сокращению развития у недоношенных детей вероятности нарушения центральной нервной системы. В статье приводится определение церебрального паралича, описываются симптомы, причины и факторы, касающиеся церебрального паралича. Автор указал пути улучшения здоровья у недоношенных детей в нашей стране.

This article is devoted to reducing the development of premature infants due to the probability of the central nervous system. The article provides a definition of cerebral palsy, describes symptoms, causes and factors concerning cerebral palsy, made public the relationship between premature babies and the manifestation of the disease. The author pointed out ways to improve health out comes in preterm infants in our country.

Детский церебральный паралич - гетерогенная группа синдромов, которые являются следствием повреждений мозга, возникающих во внутриутробном, интранатальном (во время родов) и раннем постнатальном периодах. Характерная особенность ДЦП - нарушение моторного развития ребенка, обусловленная, прежде всего аномальным распределением мышечного тонуса и нарушением координации движений (парезы, параличи, атаксия, гиперкинезы). Отмеченные двигательные расстройства могут сочетаться с приступами эпилепсии, задержкой развития речи, психического, интеллектуального развития. Иногда расстройства движений сопровождаются и изменениями чувствительности.

Важной особенностью ДЦП является отсутствие прогрессировать и возможная, хотя и слабо выраженная, тенденция к восстановлению имеющихся признаков патологии нервной системы.

Частота ДЦП в группе детей, родившихся с массой тела менее 1500 г, составила 5-15%. [Aziz K. et al., 1994]. Этиологические факторы разнообразны: заболевания (краснуха, цитомегалия, грипп, токсоплазмоз и др.) и токсикозы у матери во время беременности, аномалия родовой деятельности, акушерские операции и травматические поражения, кровоизлияния в мозг, асфиксия во время родового акта, несовместимость крови матери и плода, травмы и болезни (менингиты, энцефалиты) у ребенка в раннем послеродовом периоде. Возможно сочетание нескольких вредных факторов.

Причинами врожденного ДЦП могут быть генетически детерминированные аномалии формирования мозга (дисгенезии мозга), возникающие на ранних этапах его развития. Они являются причиной

10- 11% всех случаев спастических форм ДЦП. Кроме того причиной ДЦП могут быть сосудисто-мозговые нарушения плода или новорожденного ребенка, в частности гипоксически-ишемическая энцефалопатия, ишемические и геморрагические инсульты, внутричерепные гематомы.

Патогенные факторы, действующие во время эмбриогенеза вызывают аномалии развития мозга. На более поздних этапах внутриутробного развития возможно замедление процессов миелинизации нервной системы, нарушение дифференциации нервных клеток, патология формирования межнейронных связей и сосудистой системы мозга. При несовместимости крови матери и плода по резус-фактору, системе АВО и другим антигенам эритроцитов в организме матери вырабатываются антитела, вызывающие гемолиз эритроцитов плода. Непрямой билирубин, образовавшийся в процессе гемолиза, оказывает токсическое действие на нервную систему, в частности на структуры стриопаллидарной системы.

У плодов, перенесших внутриутробную гипоксию, к моменту рождения защитные и адаптационные механизмы оказываются недостаточно сформированными, что способствует развитию родовой черепно-мозговой травмы и асфиксии. В патогенезе поражений нервной системы, развивающихся во время родов и постнатально, главную роль играют гипоксия плода, ацидоз, гипогликемия и другие метаболические нарушения, ведущие к отеку мозга и вторичным расстройствам мозговой гемодинамики и ликвородинамики.

Согласно рекомендациям ВОЗ, недоношенным считается ребенок, рожденный на сроке до 37 недель беременности и имеющий признаки недоношенности. Прежде всего, степень недоношенности определяют по весу. Ребенок, рожденный преждевременно на сроках беременности от 22 до 27 недель имеет массу до 1 000 г - экстремально низкая масса тела (ЭНМТ), от 28 до 32 недели - масса до 1500 г - очень низкая масса тела (ОНМТ), от 33 до 37 недель - до 2000 г. - низкая масса тела (НМТ). В последнее время часто можно услышать, что много, мол рождается сейчас недоношенных детей, и что недоношенность ребенка является чуть ли не причиной развития у него ДЦП. Это расхожее мнение хочется назвать одним из современных мифов отечественного акушерства.

Прежде всего, напомним: причиной ДЦП является острая гипоксия плода во время родов, приводящая к гипоксически ишемическим поражениям и (или) кровоизлияниям в головном мозге

ребёнка. О некоторой связи ДЦП и недоношенности можно говорить только в том плане, что срыв саморегуляции мозгового кровообращения у недоношенных в условиях острой гипоксии и при родовой травме во время стимулированных родов происходит гораздо чаще и быстрее. А вот и официальные данные: "В России в 2005г. родились живыми 1415799 новорожденных, недоношенных из них - 76662 (5,4%). Из доношенных больными оказались 575943 ребёнка (40,7%), из них около 80% - это дети с нарушениями развития ЦНС (ДЦП и др.)"- "Число преждевременных родов и число детей рождённых недоношенными, за последние 30 лет заметно не меняется, в развитых странах 4-8%, в России в 2005г. - 5,4%. Еще один современный миф гласит: "Врачи сейчас стали очень много выхаживать недоношенных детей, которые вместо того чтобы умереть, выживают и становятся инвалидами с детства - в основном ДЦП".

Снова обратимся к статистике за 2005 г.: - При массе недоношенного ребёнка до 1000 г в России 80% детей умирают в раннем неонатальном периоде, т.е. в первую неделю жизни после рождения.

- При массе до 1500г в развитых странах выхаживают до 93%, у нас около 25% детей. При массе 1500- 1900г в развитых странах выхаживают до 96%, у нас - 40-45%. При массе 2000-2500 г в развитых странах - 98%, у нас - 60-70% (данные озвучены на Конгрессе неонатологов РФ, 2007 г.).

Однако в развитых странах нет никакого роста заболеваемости ДЦП, она остается на порядок ниже, чем в России (да и большинстве стран СНГ). А связано это в частности с тем, что в развитых странах уважают и принимают как руководство к действию рекомендации Всемирной организации здравоохранения. Ведь еще в 1994г. ВОЗ предложила работу реанимационных отделений для новорожденных оценивать не только по смертности в ранний неонатальный период, но и по показателю здоровья ребёнка к 1 году жизни - прежде всего по ДЦП и нарушениям развития ЦНС. В США и Европе детская инвалидность по выхоженным недоношенным детям составляет от 20 до 30%, причем в основном это за счет выхаживания детей с ОНМТ и*ЭНМТ. Причем в Европе (прежде всего в Англии) эти цифры за последние 10 лет неуклонно снижаются. В России соответствующий показатель заболеваемости - 98,6% или 75106 больных детей из 76662, родившихся недоношенными.

Большинство проблем недоношенных детей связаны с физиологической незрелостью их организма. Чем меньше масса новорожденного и ниже срок гестации (беременности), тем меньше шансов у медиков выхаживать такого ребёнка. Как можно повысить показатель здоровья у недоношенных детей в нашей стране? Другими словами - как снизить у недоношенных вероятность нарушения развития ЦНС: ДЦП и другую неврологическую патологию?

Можно выделить три основных группы задач для решения этого вопроса.

Первая группа задач связана с "предотвращением" преждевременных родов.

Женщины, относящиеся к группе риска по преждевременным родам:

- возраст менее 18 и более 38 лет, низкая масса тела роженицы, эндокринные нарушения, не леченная мочевиная инфекция;
- отягощенный акушерский анамнез (аборты, предыдущие преждевременные роды, ЭКО);
- хроническая плацентарная недостаточность;
- нежелательная беременность (курение, алкоголизм, наркомания у матери);
- тяжёлый труд - физически и эмоционально нагрузочный, стрессовые ситуации - особенно частые.

Таким образом, первая группа задач по профилактике преждевременных родов связана с отношением женщины и её близких к беременности (в т.ч. планирование беременности, сознательное родительство), с организацией работы женских консультаций, от государственной материальной, социальной и психологической помощи и поддержки беременных, выделение средств учёным и лабораториям, занятием изучением факторов могущих вызывать или предупреждать преждевременные роды.

Вторая группа задач, по которому можно повысить показатель здоровья недоношенных - это принимать преждевременные роды без вреда для здоровья недоношенного ребёнка.

Решение этих групп задач считаем основной для предупреждения заболеваемости ЦНС недоношенных детей и потом вернёмся к их рассмотрению.

Третья группа задач - это как выходить недоношенного новорожденного, в связи с физиологической незрелостью его организма для жизни в обычных условиях.

Решение задач третьей группы упирается прежде всего в безопасности пациентов - в технологическую оснащённость реанимационных отделений для новорожденных, профессионализм и подготовленность медицинского персонала и его достаточное количество. Например, в США для выхаживания новорожденных с очень низкой массой тела (до 1500г) расходуется в среднем 150 тыс. долларов, на каждого такого новорождённого, минимум одна медсестра. Активно, по согласию, обучается и привлекается в процесс выхаживания мать недоношенного ребёнка. В России за последние 8 лет финансирование из госбюджета этих отделений увеличилось в 8 раз, но цифры о результатах выхаживания в разы хуже, чем в развитых странах. Считаем, что это связано в первую очередь с нерешённостью второй задачи - правильной организации родовспоможения как в России, так и в Казахстане. Процесс родов - первое важнейшее испытание для организма недоношенного. Именно поэтому акушеру важно правильно выбрать тактику ведения преждевременных родов. Способ родов с помोजения должен быть максимально щадящим для недоношенного ребёнка. Ни в коем случае не рекомендуется стимуляция родовой деятельности.

Напомним основные механизмы губительного воздействия на плод препаратов, применяемых для родостимуляции:

- Окситоцин, простагландины и антипрогестогены вызывают нарушение маточно-плацентарного кровообращения и снижают поступление крови к плоду. В первую очередь от воздействия этих препаратов нарушается питание и снабжение кислородом головного мозга плода, нарушается механизм регуляции мозгового кровообращения, и в результате происходят гипоксически-ишемические поражения головного мозга рождающегося ребёнка. У недоношенных в условиях острой гипоксии часто происходят кровоизлияния в желудочки и вещество головного мозга.

- Срыв саморегуляции мозгового кровообращения у недоношенных может вызвать и введение токолитических препаратов, рекомендуемых для снятия и торможения начавшейся родовой деятельности (обычно применяются для того, чтобы успеть провести гормональную профилактику респираторного дистресс синдрома у недоношенного новорожденного). Токолитики (партусистен и др.) - лекарства из группы андреномиметиков - повышают артериальное давление и частоту сердцебиения у матери, и у плода. Но если АД и пульс у матери можно контролировать и быстро нормализовать, то у ребёнка это делать невозможно. В результате - нарушение регуляции мозгового кровообращения и ишемически-гипоксические поражения головного мозга и (или) кровоизлияния.

- Кроме того доказано, что окситоцин и другие лекарства, вводимые во время родов, вызывают усиление токсического действия желтухи новорожденного на головной мозг недоношенного ребёнка (даже при цифрах свободного билирубина, не превышающих верхнего критического порога).

Именно поэтому, в большинстве развитых стран в целях безопасности, отдается предпочтение оперативному родоразрешению недоношенных (КС). Отсюда и несравнимо более высокие показатели выживаемости и здоровья недоношенных в США и Европе по сравнению с нашей страной.

Таким образом, при преждевременном излитии плодных вод 41 преждевременных родах наши акушеры официально могут выбрать тактику активного медикаментозного вмешательства в родовой процесс. Для недоношенных детей это резко увеличивает риск поражения головного мозга в родах (ишемические, кровоизлияния), что после рождения ещё больше затруднит выхаживание недоношенного,

тем более его шанс остаться без нарушений развития нервной системы к году и далее по жизни.

Таким образом, количество больных ДЦП и другими нарушениями ЦНС среди недоношенных за последние 30 лет в нашей стране остаётся стабильно высоким. Успехи отечественных неонатологов в выхаживании недоношенных детей, тем более в сохранении им здоровья, резко ограничиваются высоким риском повреждения ЦНС ребенка в преждевременных родах, проведенных акушером с использованием средств для стимуляции.

Кесарево сечение, проведенное под наиболее безопасными методиками общей анестезии, даёт недоношенному ребёнку значительно больше шансов не получить повреждение головного мозга в родах. Об этом акушеры обязаны предупредить женщину и выбрать способ родоразрешения наиболее безопасный для здоровья ребёнка.

Для того, чтобы улучшить, наконец состояние здоровья детей в нашей стране, следует собрать вместе акушеров, неонатологов, анестезиологов и детских неврологов. Совместно им необходимо срочно пересмотреть показания к применению родостимулирующих средств в акушерской практике с точки зрения безопасности для рождающегося и доношенного и недоношенного ребёнка. Необходимо отменить устаревшие приказы и принять новые безопасные стандарты акушерской помощи в родах. Необходимо разработать рекомендации по безопасной анестезии при оперативном родоразрешении. Если решения будут правильные, то результат почувствует каждая семья, чьи дети будут рождаться в наших роддомах.

Здоровые с самого рождения дети - основа, радующая и укрепляющая любую семью, а значит и наше государство в целом.

Литература:

1. "Нервные болезни" В.В. Михеев, П.В. Мельничук. Москва, 1981 г., стр. 370-374.
2. "Педиатрия" Р.Е.Берман, В.К. Воган. Москва, "Медицина", 1989 г., стр. 329-334.
3. Богданов Ф.Р. "Лечение спастических параличей, атетозов и гиперкинезов" Свердловск, 1951г., стр. 81-95.
4. Лист Е.В. Лечение спастических параличей у детей раннего возраста. Ортопедия и травматология, 1940 г., стр. 69-71.
5. Р. Беркоу, Э. Флетчер Руководство по медицине "Диагностика и терапия". Москва, 1997г., стр. 319,776.
6. В.А. Абрамченко "Простагландины и антигестагены в акушерстве и гинекологии", Петрозаводск, 2003, с. 91.

Рецензент: д.м.н., профессор Игсинов Н.С.