

Т.Л. Костюкова¹, О.В. Баранова¹, Л.А. Лукьянова²

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

¹Кафедра детских болезней

²ГБУЗ «Клиническая больница №6», Тверь, Россия

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАМНЕЗА ДЕТЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ АНТЕНАТАЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ

Ключевые слова: катамнез, антенатальные факторы риска.

Резюме: на основе многолетнего проспективного наблюдения проведена оценка влияния антенатальных факторов на формирование здоровья детей в разные периоды онтогенеза. Показана высокая частота встречаемости перинатальных поражений центральной нервной системы у детей с отягощенным антенатальным анамнезом. Выявленные нарушения в эмоциональной сфере на разных возрастных этапах у детей с задержкой развития и психоневрологическими расстройствами могут лежать в основе нарушения психики у детей на более поздних этапах постнатального развития.

Введение

Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике и лечении перинатальных поражений центральной нервной системы, в структуре заболеваемости и смертности детей первого года жизни сохраняется значительный удельный вес пациентов с данной патологией [1,3]. При этом, значимость проблемы обусловлена не только существенными перинатальными потерями, но и тем, что в дальнейшем у выживших детей развиваются различные нарушения в состоянии здоровья [5].

Влияние различных факторов риска (медико-биологических, социально-гигиенических, медико-организационных) на антенатальном этапе приводит к осложнению беременности, формированию патологии плода и новорожденного. Особое место в проблеме формирования здоровья детей занимают отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, наличие экстрагенитальной патологии, алкоголь и курение родителей, профессиональные вредности в период беременности [1,5].

Ведущая роль в развитии перинатальных поражений центральной нервной системы принадлежит гипоксии, приводящей к изменению церебрального кровотока, отеку и ишемии мозговых структур, гибели особо чувствительных к гипоксии нейронов, что нарушает их дальнейший морфогенез [3,4].

По данным ряда авторов одним из важнейших факторов риска формирования антенатальной патологии является внутриутробное инфицирование плода, исходом которого являются: инфекционные заболевания плода, пороки его развития, невынашивание беременности, плацентарная недостаточность, многоводие, хроническая гипоксия и синдром задержки

внутриутробного роста плода, антен- и интранатальная его гибель, а также различные нарушения адаптационных реакций новорожденных. При этом отдаленными последствиями перенесенных перинатальных инфекций являются психоневрологические, нейросенсорные, соматические, эндокринные и другие нарушения, часто приводящие к инвалидизации детей и значительному снижению качества их жизни [1,2]. Изучение закономерностей формирования патологических состояний позволит определить объем медико-педагогических рекомендаций при наблюдении за детьми.

Цель работы

Изучить катамнез детей с отягощенным антенатальным анамнезом.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 109 детей основной группы с факторами риска антенатального периода (экстрагенитальная патология, акушерско-гинекологические и биологические факторы, внутриутробное инфицирование в анамнезе). Возраст обследуемых от 1 месяца до 7 лет. Контрольную группу составили 62 ребенка аналогичной возрастной группы с благополучным антенатальным анамнезом. Обследование включало выяснение жалоб и анализ медицинских карт. В ходе обследования особое внимание уделяли сбору анамнестических данных (особенности течения беременности, развитие ребенка в первые годы жизни, наличие хронических заболеваний у матери и т.п.). Клинический метод обследования, применяемый нами, включал оценку неврологического и психологического статуса больных. Нервно-психическое развитие оценивали по клинической количественной шкале психомоторного развития детей первых 3-х лет жизни, разработанной Л.Г. Хачатрян и соавт. (2003 г).

Результаты и их обсуждение

Исследование показало, что наиболее частым этиологическим агентом, вызывающим внутриутробное инфицирование, являлись микоплазма, хламидии, герпес, цитомегаловирусная инфекция, а также их сочетание. Частота встречаемости факторов риска в период беременности и осложнений в родах у женщин основной группы, превышала аналогичные показатели в группе сравнения. Патология беременности в виде гестоза, угрозы прерывания, фетоплацентарной недостаточности, патологической прибавки в массе зарегистрирована у 72,5% беременных, соматическая патология – у 87,2%, осложнения в родах (длительный безводный период, слабость и дискоординация родовой деятельности) – у 45,8%. У 26,6% женщин основной группы беременность закончилась преждевременными родами. При осмотре плаценты у 67,0% женщин основной группы выявлялись петрификаты и участки перерождения, что в 5 раз превышает аналогичный показатель в группе сравнения (12,9%, $p < 0,01$).

Изучение раннего неонатального периода показало значительную частоту нарушения адаптации у новорожденных с отягощенным антенатальным анамнезом (таблица 1). Более $\frac{1}{4}$ детей

основной группы (26,6%) родились с гестационным сроком 24-37 недель (в группе сравнения – 14,5%), причем более половины из них (66,1%) имели низкую массу тела - до 3000 граммов (в группе сравнения 25,8% детей). В основной группе в 1,7 раза чаще регистрировалась хроническая внутриутробная гипоксия плода (62,3% и 37,1% соответственно, $p<0,05$), что по-видимому, связано с высокой частотой гестозов среди беременных и возникновением фетоплацентарной недостаточности. 35,8% новорожденных основной группы (в группе сравнения – у 3,2%, $p<0,01$) имели недостаточную массу тела при рождении по отношению к их гестационному возрасту. В основной группе новорожденных в 4 раза чаще регистрировалась церебральная ишемия II-III степени, проявляющаяся угнетением нервно-рефлекторных реакций и нарушением тонуса скелетной мускулатуры. Синдром дыхательных расстройств у детей основной группы выявлялся в 1,7 раза чаще, чем в контроле ($p<0,05$). У детей с отягощенным антенатальным анамнезом наблюдалось более тяжелое течение периода ранней адаптации, что подтверждалось большим числом новорожденных, общее состояние которых расценивалось как средней тяжести и тяжелое в течение всей первой недели жизни.

Таблица 1. Характеристика новорожденных обследованных групп в раннем неонатальном периоде (абс., %)

| Показатели | Группы обследованных | | | |
|--|----------------------------|--------|----------------------------|------|
| | основная группа (n=109) | | группа сравнения (n=62) | |
| | абс. | % | абс. | % |
| Гестационный возраст (недели): | 9 | 8,3* | 2 | 3,2 |
| - до 32-х | 20 | 18,3 | 7 | 11,3 |
| - 33-37 | 80 | 73,4 | 53 | 85,5 |
| - 38 и более | | | | |
| Масса тела при рождении (в граммах) | 32 | 29,4 | - | - |
| - до 2500 | 40 | 36,7* | 16 | 25,8 |
| - от 2500 до 3000 | 37 | 33,9* | 46 | 74,2 |
| - 3000 и более | 68 | 62,3 | 23 | 37,1 |
| Наличие асфиксии | | | | |
| Маловесный для гестационного возраста плод | 39 | 35,8** | 2 | 3,2 |
| Церебральная ишемия II-III степени | | | | |
| Синдром дыхательных расстройств | 79 | 72,5** | 11 | 17,7 |
| | 9 | 8,3* | 3 | 4,8 |

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Поражение нервной системы диагностировано у всех новорожденных основной группы (в группе сравнения у 64,5%, $p < 0,05$). При этом, у 95,4% детей основной группы поражение ЦНС было гипоксически-ишемического генеза. Ведущим синдромом у детей основной группы (72,5%) был синдром общего угнетения функций центральной нервной системы, который являлся показателем тяжести состояния ребенка (в группе сравнения данный синдром диагностирован у 17,7% детей; $p < 0,05$). Синдром двигательных нарушений выявлялся у 56,8% детей основной группы и у 17,7% новорожденных в группе сравнения ($p < 0,05$) и объединял различные состояния, проявляющиеся патологией двигательной сферы. При динамическом наблюдении установлено, что восстановление двигательных функций у детей с отягощенным антенатальным анамнезом происходило медленней, у них чаще отмечалась задержка психомоторного развития, которая была более грубой, чем в группе сравнения.

Нарушения гемоликвородинамики у новорожденных основной группы регистрировались в 2 раза чаще, чем в группе сравнения (34,9% и 16,1% соответственно; $p < 0,05$); чаще проявлялись к окончанию острого периода перинатальной энцефалопатии у недоношенных новорожденных с тяжелым поражением головного мозга. Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (ПНРВ) отмечался у 27,5% детей основной группы и у 22,6% новорожденных в группе сравнения, часто сопутствовал синдрому внутричерепной гипертензии и наблюдался у детей с тяжелой энцефалопатией. Судорожный синдром регистрировался только у детей с отягощенным антенатальным анамнезом (1,8%) и в большинстве случаев сочетался с синдромом угнетения ЦНС при тяжелом течении перинатальной энцефалопатии. У 4,6% новорожденных основной группы выявлено специфическое поражение ЦНС в виде менингита или менингоэнцефалита.

При катамнестическом обследовании 39 детей (мальчиков – 18, девочек – 21) основной группы (длительность катамнеза 7 лет), изменения со стороны нервной системы выявлены у 89,7% детей (в контрольной группе – у 18,9%; $p < 0,05$). В позднем восстановительном периоде в течение 1-го года жизни у обследуемых основной группы наиболее часто выявлялись диффузная мышечная гипотония (33,3% против 11,8% в контроле), гипертензионно-гидроцефальный синдром (30,8% и 11,8% соответственно), пирамидная недостаточность (20,5% против 8,8% в контроле).

Восстановление двигательных функций у детей с отягощенным антенатальным анамнезом происходило медленно. Так, синдром пирамидной недостаточности у детей основной группы сохранялся до 3-х лет жизни (2,6%), мышечная гипотония наблюдалась до 7 лет (7,7%), что обуславливало задержку статико-моторного развития. У детей основной группы значительнее страдала мелкая моторика. Так, к 3 годам показатели мелкой моторики у детей основной группы оставались на уровне 38-71%. В контрольной группе изменений двигательных функций после 1-го года жизни не выявлено.

Регресс гипертензионно-гидроцефальных изменений у детей с отягощенным антенатальным анамнезом также происходил медленнее, чем в контрольной группе. Так, в возрасте 6 месяцев, гипертензионно-гидроцефальный синдром регистрировался у 30,8% детей основной группы с последующим снижением его частоты до 23,1% в 3 года жизни и 17,9% в 7 лет, что значительно превышало частоту этого синдрома в контрольной группе.

Динамика судорожного синдрома у детей с отягощенным антенатальным анамнезом была отрицательной. Так, в возрасте 6 месяцев, судорожные приступы в виде фебрильных судорог отмечались у 5,1% детей. В возрасте 1 года частота этого показателя увеличилась до 7,7%, а в 3 года и 7 лет – до 10,3%. У 7 детей (17,9%) зарегистрированы аффекторно-респираторные пароксизмы. 4 ребенка (10,3%) наблюдаются неврологом по поводу симптоматической генерализованной эпилепсии. В группе контроля частота судорожного синдрома составила 2,9% в виде фебрильных судорог.

Частота задержки нервно-психического развития (ЗНПР) также имела отрицательную динамику. Так, в 6 месяцев задержка нервно-психического развития наблюдалась у 7,7% детей основной группы с последующим нарастанием до 23,1% в 7 лет, что в 2 раза превышает аналогичный показатель в группе контроля.

Среди показателей психо-речевой сферы задержкой развития у детей основной группы чаще страдали “активная речь” – на протяжении всего периода исследования, особенно в 1,5 года (72,7%); “понимаемая речь” – заметнее на 2 году жизни (в 2 года – у 41,1%); “сенсорное развитие” – особенно у детей 2-3 лет (51-59%); “конструктивная” – у 25-37% и “изобразительная деятельность” – у 69%.

При проведении количественной (балльной) оценки установлено, что у детей с отягощенным антенатальным анамнезом наблюдалась умеренная ЗНПР. Грубая ЗНПР до 1 года жизни выявлялась редко, и в основном только по 1 показателю, а на 2-3 годах жизни она регистрировалась по 2 и более показателям, чаще (у 62%) – “активная речь” в сочетании с “сенсорным развитием”.

У 30,7% детей основной группы, с 3-х лет жизни наблюдались проявления минимальной мозговой дисфункции в виде синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, что способствовало проявлениям социальной дезадаптации, нарушениям поведения и обучения. Данный показатель в 1,7 раз выше аналогичного показателя в группе контроля.

Неврозоподобные расстройства регистрировались с 3-х лет жизни в 25,6% случаев. Ночной энурез выявлен у 46,2% детей основной группы (в контроле – у 20,6% детей). 15,4% обследованных проходили курс лечения по поводу тикозных гиперкинезов.

Выводы

Таким образом, проведенное исследование показывает высокую частоту встречаемости неврологической патологии у детей с отягощенным антенатальным анамнезом (89,7%). Анализ нервно-психического развития показал, что у детей основной группы его становление происходило неравномерно по большому числу показателей, что свидетельствует о диффузном поражении центральной нервной системы и необходимости выбора тактики обследования новорожденного, её своевременности и проведения адекватного лечения. Выявленные нарушения в эмоциональной сфере на ранних возрастных этапах у детей с задержками развития и психоневрологическими расстройствами могут лежать в основе нарушения психики у детей на более поздних этапах постнатального онтогенеза, поэтому правильная и своевременная медикаментозная и педагогическая коррекция такого рода нарушений имеет важное профилактическое значение.

Список литературы

1. Выговская, Л. Е. Медико-статистический анализ влияния неблагоприятных факторов перинатального периода на рождение недоношенных детей / Л. Е. Выговская, А. В. Шулаев, И. К. Закиров // *Фундаментальные исследования*. – 2021. – № 9 – С. 223–227.
2. Косенкова, Е. Г. Клинико-диагностические критерии реализации внутриутробного инфицирования у новорожденных и детей первого года жизни: монография / Косенкова Е. Г., И. М. Лысенко. – Витебск, ВГМУ. – 2014. – 201с.
3. Скрипченко Н.В., Скоромец А.П., Сорокина М.Н. Поражение нервной системы при врожденных инфекциях.- СПб., 2003.-48 с.
4. Степанов А.А. Бальная оценка степени тяжести перинатальной энцефалопатии // *Российский педиатрический журнал*.- 1998.- №6.- С.46-48.
5. Чепель Т. В. Акушерская и перинатальная патология как фактор риска формирования инвалидности в детском возрасте / Т. В. Чепель // *Тихоокеанский мед. журн.* – 2012. – № 4. – С. 84–87.