

«ЖЕРТВЫ» ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

Л.В. Кузнецова

Медицинский институт Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск

В работе детские врачи руководствуются принципом: «Проведение скрининга и мониторинга состояния здоровья детей на регулярной основе позволит совершенствовать раннюю диагностику и своевременное оказание медицинской помощи детям и проведение комплекса мероприятий, направленных на формирование, укрепление и сохранение здоровья детей, снижение детской заболеваемости, инвалидности и смертности». Но не всегда профилактические осмотры служат на благо детей. Преимущественно выявляются при сонографии: ЛХ левого желудочка, мелкие кисты в головном мозге, возрастозависимые нарушения ликвородинамики, изменения формы желчного пузыря.

В 2018г. в журнале педиатрии была опубликована статья по поводу ложных хорд в левом желудочке. Авторы провели подробный литобзор по проблеме, а также привели собственные данные. Результаты скринингового обследования 2700 детей (метод случайной выборки). ЛХ являются частым компонентом строения ЛЖ. Возможно, каждый желудочек имеет свой трабекулярный узор, аналогично папиллярным линиям. ЛХ не являются заболеванием. Не существует связи между ЛХ и нарушениями ритма. В отдельных случаях ЛХ могут совпадать с положением аномальных путей, локализация возможна только при электрофизиологическим исследованием. В изучении фатальных аритмий на современном этапе необходимо исследование генетических мутаций

Нами проведён анализ (2017г.) скринингового обследования детей Республики Карелия: осмотр детей педиатром, врачами специалистами и ультразвуковое исследование всех органов и систем, а также лабораторное обследование. Группы здоровья, основные заболевания детей первого года жизни.

Всего осмотрено -17984. До проведения диспансерного наблюдения: здоров –7883; болен - 10101 – 56,2%. После проведения диспансеризации: здоров – 5420, болен – 12564 – 69,9%

Выявляется достаточно большая разница в оценке состояния здоровья детей в различных поликлиниках, районах Карелии, что, вероятно, связано с различным уровнем подготовки специалистов и отсутствием чётких критериев нормы и патологии в состоянии здоровья детей. Ультрасонографический скрининг проводится практически в полном объёме (90-98%)

Доля значимой структурной патологии органов и систем незначительна, но, несомненно, является целью скрининга. Анализ клинически малозначимых УС-изменений в ЛПУ не проводится, но именно эти дети находятся на УС-мониторинге и увеличивают нагрузку на врача УЗИ, врачей специалистов. Происходит невротизация родителей, врачей. Назначение лечения, нередко необоснованного. Запрет заниматься физкультурой и в спортивные секциях. Пожизненный диспансерный учёт. Ухудшение качества жизни семьи.

Особенности морфологии головного мозга. Врождённые арахноидальные кисты. Закладка и формирование нервной и сердечно-сосудистой системы человека идут почти параллельно. Мальформации мозга, как и врождённые пороки сердца, могут быть следствием генетических нарушений, либо формироваться в первом триместре эмбриогенеза. Выявлена очень высокая корреляция между малыми аномалиями развития сердца и наличием малых аномалий развития мозга, что, вероятно, обусловлено синхронным развитием нервной и сердечно-сосудистой системы.

Результаты комплексного обследования детей с врождёнными арахноидальными кистами: вероятно, можно рассматривать врождённые арахноидальные кисты как проявления ДСТ. Но необходимы генетические исследования. Выявлена очень высокая корреляция между малыми аномалиями развития сердца (МАРС) и врождёнными арахноидальными кистами мозга, что, вероятно, обусловлено синхронным развитием нервной и сердечно-сосудистой системы. Можно назвать их (по аналогии с МАРС) малыми аномалиями развития мозга – МАРМ.

Наличие МАРМ не является признаком внутричерепной гипертензии и, соответственно, не требует назначения дегидратационной терапии при отсутствии mass-эффекта и жалоб

Малые аномалии развития мозга могут, в свою очередь, являться маркерами дисплазии магистральных артерий головы, особенностей строения Виллизиева круга. У младенцев: субэпендимальные кисты; кисты сосудистых сплетений; стриарная васкулопатия; расширение периваскулярных пространств; вентрикуломегалия; транзиторное расширение межполушарной щели, наружных ликворных пространств.

Такой УС-феномен как транзиторная стриарная васкулопатия выявлен у детей с высокой степенью проявления ДСТ и это, вероятно, можно считать вариантом мозгового ангиогенеза: в третьем триместре вокруг стриарных артерий формируется мышечная оболочка. В большинстве случаев у здоровых детей не удаётся доказать наличие ВУИ, не говоря уже об обследовании на генетическую патологию.

При проведении вакцинации: необходимо учитывать аллергическую настроенность таких детей; сосудистые реакции (коллаптоидное состояние, судороги). Необходимо учитывать дисплазию сердца и сосудов. В будущем не исключены сосудистые катастрофы?? При ЧМТ возможно формирование ишемических очагов в зоне кровоснабжения

Нормальная картина МПЩ и наружных ликворных пространств. В возрасте от 2 до 9-12 мес у детей бывает: транзиторное расширение МПЩ и диастаза «кость-мозг» до 4-6 мм с обратным развитием процесса до 3 мм к 6-12 мес. без медикаментозного лечения

По данным литературных источников: транзиторная гипорезорбция, связанная с преобладанием процессов продукции ЦСЖ над резорбцией, ограниченная указанным возрастом [Пурин В.Р., Жукова Т.П., 1976]; нарушение резорбции вследствие дисплазии венозных выпускников, созревающих к 6-9 мес.; нарушение резорбции вследствие изменений пахионовых грануляций (нарушено всасывание у детей после нейроинфекций, диапедезных кровоизлияний). А также хроническая ишемия перивентрикулярных зон белого вещества головного мозга: вариация количества артерий (1-9) в латеральных стриарных группах, морфологическая неполноценность артериального круга, другие виды ангиодисплазий; чаще как транзиторные возрастозависимые изменения ликворных пространств.

Конечно, есть повреждение головного мозга и перинатального генеза (ВЖК, ПВЛ), где всегда прослеживается стадийность структурного повреждения головного мозга.

Таким образом, клинически малозначимые структурные изменения головного мозга влекут за собой: пожизненный диспансерный учёт; проведение курсов «реабилитации», иногда агрессивных; ограничения в занятиях физкультурой и спортом; ограничения в выборе профессии; ухудшение качества жизни ребёнка и родителей; группа здоровья II-III

Также, часто родители и врачи особенности поведения и успеваемость в школе связывают с клинически малозначимыми структурными изменениями головного мозга

Литература

1. Кузнецова Л.В. Врождённые арахноидальные кисты головного мозга в структуре синдрома дисплазии соединительной ткани у детей / Кузнецова Л.В., Труханкина З.В., Шабалина И.М., Апанасик Ю.А. // Ж. Медицинская визуализация (специальный выпуск): Материалы IV Всероссийского Национального Конгресса лучевых диагностов и терапевтов, Москва, 2010. с.240
2. Кузнецова Л.В. К вопросу о вентрикуломегалии у детей / Кузнецова Л.В., Кисель Н.И., и др. / Ж. «Нейрохирургия и неврология детского возраста», №1, 2007г., с. 54-58.
3. Н.С. Каштанова, А.П. Скоромец, Е.Ю. Крюков, А.С. Иова Врождённые арахноидальные кисты – оценка качества жизни, прогноз и выбор тактики ведения в детском возрасте / Ж. Неврология и нейрохирургия детского возраста, 2012 - №1 – с.36-41
4. Скворцов И.А., Ермоленко Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии.- М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 368с.;

5. Корочкин Л.И. , Михайлов А.Т. Введение в нейрогенетику.- М.: Наука,2000 – 344с.
6. R.J.M.Snisders and K.H.Nicolaides Ultrasound markers for fetal hromosomal defects – М.: Видар, 1997г. - стр 20-21.
7. Ватолин К.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга у детей. – М.: Видар, 1995. – 120с.
8. А.С.Шарыкин, В.А.Бадтиева Ложные хорды левого желудочка как источник аритмий: миф или реальность? Педиатрия.2018; 97 (3): 125-132
9. Richardson J.D.,Grant E.G.Scanning Techniques and Normal Anatomy.- In:Neurosonography of the Pre-Term Neonate / Edited by Edward G.Grant. - Springer-Verlage,New York, Berlin, Heidelberg, Tokyo.-1986.-P.1-24. P.
10. Govaert, L.S de Vries An atlas of neonatal brain sonografy, 2002. – 436pp.]