 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

**ім. П.Л. ШУПИКА**

**КОЗЛОВА ОЛЬГА МИКОЛАЇВНА**

УДК: 616.831 - 005.4 - 073.43/7:616 - 073.432.19] - 08

**НЕЙРОМОТОРНИЙ І НЕЙРОМ'ЯЗОВИЙ СИНДРОМИ В СТРУКТУРІ**

**ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ ТА ЇХ ДИФФЕРЕНЦІЙОВАНА ТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ**

14.01.15 - нервові хвороби

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ – 2009

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Запорізькому державному медичному університеті МОЗ України

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, професор **Шевченко Людмила Олександрівна,** Запорізький державний медичний університет МОЗ України, кафедра нервових хвороб, психіатрії, наркології та медичної психології, професор кафедри.

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Боброва Валентина Іванівна,** Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, кафедра медицини невідкладних станів, професор кафедри.

доктор медичних наук **Кирилова Людмила Григорівна,** ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології» АМН України, відділення психоневрології для дітей перших трьох років життя з перинатальними ураженнями нервової системи, керівник відділення.

Захист відбудеться "\_18\_\_" \_червня\_ 2009 р. об \_11.00\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д. 26.613.01 при Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

Автореферат розісланий "\_16\_" \_\_травня\_\_\_\_\_\_ 2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Т. М. Слободін

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Перинатальна патологія центральної нервової системи (ЦНС) в усьому світі являє собою одну з найбільш актуальних проблем сучасної дитячої неврології через її широке розповсюдження, та посідає перше місце в структурі дитячої інвалідності (Гойда Н. Г., Моїсеєнко Р. О., Мартинюк В. Ю., 2001; Кирилова Л.Г., 2006; Євтушенко С.К., 2007; Студеникин В.М.2008; Volpe J.J.,2000).

Неврологічні синдроми, що виникли як прояв перинатальної патології ЦНС, мають поліетиологічний характер і займають друге місце в структурі дитячої захворюваності (Моїсеєнко Р.О., Мартинюк В.Ю., 2003; Суліма О.Г., 2003; Зедгенизова Е.В., Шабалов Н.П., 2007; Мартинюк В.Ю., 2007). Достатньо глибоко роль пологової травми в розвитку патології периферичної нервової системи вивчалась в наукових працях А.Ю.Ратнера в 90 роки ХХ століття (Ратнер А.Ю.,1995). З нових позицій ми повернулися до цієї проблеми, яка в поєднанні з гіпоксією, здатна викликати ураження нервової системи дитини, та обумовлювати наявність варіабельно представленої неврологічної симптоматики, серед якої велика роль належить моторним розладам. Ці розлади трактуються узагальненим поняттям "синдром рухових порушень" і представлені в літературі як ізольований розлад рухової системи у дітей. Неоднозначна поліморфна синдромологічна структура рухових порушень, у дітей першого року життя, яка обумовлена впливом поліетиологічних факторів, у літературі недостатньо висвітлена, а вона, на наш погляд, є, безперечно, необхідною й глибоко доцільною, тому що може сприяти проведенню диференційованих синдромологічних методів її корекції (Шевченко Л.І., 2005; Барашнєв Ю.И., 2006; Пальчик А.Б., Шабалов Н.П., 2006).

Недостатньо глибоко вивчений патогенез рухової патології у дітей першого року життя, який, на наш погляд, є неоднозначним й, очевидно, носить гетерогенний характер. Також недостатньо вивчені складні патогенетичні фактори, що зумовлені патологією шийного відділу хребта, які і можуть реалізувати розвиток рухових порушень у дітей першого року життя. В літературі не достатньо висвітлені питання взаємозв'язку між ступенем вираженості змін шийного відділу хребта і руховими порушеннями, що виникли внаслідок цих змін. Відсутні роботи, в яких відображені складні кореляційні відносини між змінами шийного відділу хребта і клінічною симптоматикою рухової патології, що формується в гострому та ранньому відновному періодах. Недостатньо досліджена значимість інтракраніальної гемодинаміки й нейросонографічних змін, що об'єктивізують клінічну структуру моторних синдромів у структурі перинатальної патології ЦНС. Не досліджені кореляційні взаємовідносини провідних рухових синдромів перинатальної патології ЦНС із клініко-параклінічними показниками у дітей з моторними синдромами. Таким чином, визначення проблемних питань зумовлює необхідність проведення подальших досліджень, спрямованих на оптимізацію ранньої діагностики та адекватних реабілітаційних заходів у дітей першого року життя з нейромоторними розладами. Необхідність вирішення цих питань обумовлюють актуальність проблеми і визначають мету й завдання проведеного дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота виконана в рамках НДР кафедри нервових хвороб Запорізького державного медичного університету (номер госреєстру 0106U0008117) на тему: «Клініко-патогенетичні аспекти перинатальної патології у дітей першого року життя, розробка їх диференційно-діагностичних критеріїв і принципів терапевтичної корекції» (2006 - 2008р.). Здобувач був відповідальним виконавцем теми.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності діагностики та удосконалення реабілітаційних заходів при перинатальній патології центральної нервової системи у дітей першого року життя з нейромоторним та нейром'язовим синдромами, на основі комплексного клініко-параклінічного обстеження.

**Завдання дослідження:**

1. Визначити основні етиологічні фактори рухових розладів при перинатальних ураженнях ЦНС у дітей в ранньому відновному періоді та їх клінічні особливості.
2. Виявити особливості змін нейросонографічних й ехоенцефалографічних параметрів у дітей з моторними синдромами перинатальної патології ЦНС в ранньому відновному періоді.
3. Провести аналіз стану інтракраніальної гемодинаміки методом ультразвукової допплерографії басейну основної артерії мозку у дітей з моторними синдромами перинатальної патології ЦНС у відновному періоді.
4. Визначити рентгенологічні ознаки змін шийного відділу хребта у дітей з перинатальним ураженням ЦНС в ранньому відновному періоді і розробити шкалу цих змін.
5. Дослідити характер взаємовідносин провідних рухових синдромів перинатальної патології ЦНС із анамнестичними, клінічними та інструментальними даними за допомогою кореляційного аналізу.
6. Оптимізувати схему реабілітаційних заходів у дітей з нейромоторним та нейром'язовим синдромами для зменшення частоти наслідків перинатальної патології ЦНС.

*Об'єкт дослідження* *–* нейромоторний і нейром’язовий синдроми перинатальної патології центральної нервової системи у дітей першого року життя.

*Предмет дослідження* **–**фактори ризику, клінічні особливості й параклінічні характеристики нейромоторного і нейром'язового синдромів, кореляційні зв'язки.

*Методи дослідження* **-**клініко-неврологічне обстеження за спеціально розробленою схемою в динаміці з катамнезом в один рік життя, інструментальні (нейросонографія, ехоенцефалографія, ультразвукова допплерографія, рентгенографія шийного відділу хребта з функціональними пробами), статистичні.

**Наукова новизна отриманих результатів.**

Вперше, базуючись на комплексному клініко-інструментальному дослідженні дітей з руховими порушеннями в структурі перинатальної патології ЦНС у ранньому відновному періоді, виділені такі синдроми як нейромоторний, нейром’язовий та інтегровані, у структурі яких, поряд з моторними, діагностовані гіпертензійно-гідроцефальний, синдром підвищеної нервової збудливості, пірамідний синдром. Вперше запропонований діагностичний тест, що підтверджує слабкість м'язів верхнього плечового поясу. Доведена значимість проведення електрофізіологічних і рентгенологічного методів дослідження у дітей з моторними синдромами перинатальної патології ЦНС з метою підтвердження діагностики й більш поглибленого аналізу клінічної семіотики. Вперше розроблена шкала рентгенологічних змін шийного відділу хребта у дітей з моторними синдромами. Виявлено вперше прямий кореляційний зв'язок між ступенем рентгенографічних змін і вираженістю клінічних проявів нейром'язового синдрому. Проведений аналіз результатів клініко-параклінічних досліджень із використанням кореляційних зв'язків підтвердив положення про поліморфізм неврологічної семіотики в структурі моторних синдромів перинатальної патології ЦНС і про його гетерогенний характер. Вперше розроблена схема диференційованих терапевтичних заходів з метою корекції нейромоторного та нейром'язового синдромів перинатальної патології ЦНС і доведена їх висока ефективність.

**Практичне значення отриманих результатів.** У результаті проведених клініко-неврологічних, клініко-інструментальних і клініко-рентгенологічних досліджень у дітей з руховими розладами перинатального ґенезу розроблені клініко-діагностичні критерії раннього виявлення нейромоторного, нейром’язового та поєднаних синдромів. На основі зазначених досліджень представлена неврологічна семіотика інтегрованих синдромів перинатального порушення ЦНС, у структурі яких рухові розлади поєднувалися з гіпертензійно-гідроцефальним синдромом, синдромом підвищеної нервової збудливості та змінами пірамідної системи. На підставі поглибленого рентгенологічного дослідження шийного відділу хребта розроблена шкала рентгенологічних змін при даній патології. Запропоновано проведення ранніх диференційованих реабілітаційних заходів дітям, у яких виявлені моторні синдроми перинатальної патології ЦНС. Обгрунтовано доцільність застосування розробленої автором методики електрофорезу розчину аденозинтрифосфорної кислоти на шийний відділ хребта з наступним застосуванням електрофорезу розчину лідази.

Результати дослідження впроваджені в клінічну практику при лікуванні дітей у неврологічних стаціонарах і поліклінічних відділеннях обласної дитячої клінічної лікарні м. Запоріжжя, 5 міської багатопрофільної клінічної дитячої лікарні, 2 дитячої клінічної лікарні м. Запоріжжя, що підтверджується актами впроваджень. Матеріали дисертації використовуються в навчальному процесі у студентів педіатричного факультету на кафедрі нервових хвороб, а також при підготовці лікарів на кафедрі педіатрії Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

**Особистий внесок дисертанта.** Дисертація є самостійною роботою автора. Головна ідея дисертаційної роботи була сформульована науковим керівником, а практичне виконання належить дисертантові. Автором самостійно сформульовані мета, завдання дослідження. Проведено інформаційний пошук, підготовлені до публікації наукові статті. Розроблена спеціальна схема деталізованого обстеження дітей з перинатальною патологією ЦНС. Автор самостійно визначив обсяг і напрямок дослідження, сформував групи спостереження. Дисертант особисто обстежив 110 дітей з перинатальною патологією ЦНС на базі 5 міської багатопрофільної клінічної дитячої лікарні м. Запоріжжя. Самостійно проводила ехоенцефалографічне дослідження в тематичних хворих за допомогою апарата «Ехоенцефалоскоп ЕЕС-12», брала участь у проведенні ультразвукової допплерографії основної артерії мозку за допомогою ультразвукового сканера Aloka Echo Camera SSD - 630 з використанням п'єзодатчиків із частотою 4-8 мгц, нейросонографії й проводила аналіз результатів рентгенографії шийного відділу хребта всім хворим. Аналіз результатів проведених додаткових методів дослідження нервової системи у дітей першого року життя проведений автором самостійно.

Автором особисто проведена статистична обробка отриманого матеріалу, сформульовані висновки та запропоновані практичні рекомендації. Підготовлені до публікації наукові праці здобувачем особисто. Дисертація, автореферат написані самостійно.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення й висновки дисертаційної роботи були представлені на всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених: «Актуальні питання медицини й фармації» (м. Запоріжжя, 2006р.), на 11 всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні питання педіатрії» (м. Київ, 2007р.), на 1 міжнародному науковому симпозіумі «Клінічна медична реабілітація» (м. Полтава, 2008р.), на всеукраїнській науково-практичній конференції «Медична наука - 2008» (м. Полтава, 2008), на засіданнях обласного науково-практичного товариства неврологів (м. Запоріжжя, 2005р., 2006р.).

**Публікації.** Результати дисертації опубліковані в 8 друкованих працях, з них 5 статей у журналах і збірниках наукових праць, затверджених ВАК України, з яких 3 статті одноосібні. За матеріалами дисертації опублікований інформаційний лист №165-2006, від 27.09.2006 МОЗ України: "Рухові порушення в дітей першого року життя в структурі перинатальної патології нервової системи - клініко-діагностичні критерії" / Запорізький державний медичний університет, Шевченко Л.О., Козлова О.М. (Україна).

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація викладена на 149 сторінках машинописного тексту, складається із вступу, огляду літератури, 5 розділів власних досліджень, аналізу й обговорення отриманих результатів, висновків і практичних рекомендацій. Робота ілюстрована 29 таблицями й 16 малюнками. Список використаної літератури нараховує 314 авторів (з них 223 кирилицею, 91 латиницею) на 31 сторінці.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріал і методи дослідження.** Для вирішення поставлених завдань дослідження нами проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження у 110 дітей з руховими порушеннями перинатального генезу (основна група) в відновному періоді (у віці від одного місяця до чотирьох, в шість і дванадцять), що відібрані методом диференційованої вибірки із 300 дітей з зазначеною патологією після виключення вроджених інфекцій, гнійно-септичних захворювань, гемолітичної хвороби немовлят, аномалій розвитку, спадкових нервово-м'язових захворювань, синдрому недиференційованої патології сполучної тканини.

Всі діти за даними акушерського анамнезу народилися в терміні гестації 38-42 тижня. Віковий склад обстежених дітей основної групи був наступним: у віці одного місяця - 34 дитини (30,9%), у віці від одного місяця до двох - 35 (31,8%), у віці від двох місяців до трьох - 33 (30%) і від трьох до чотирьох місяців - 8 дітей (7,3%). Дівчаток - 47, хлопчиків -63.

Для об'єктивної оцінки результатів, отриманих у дітей основної групи, нами була сформована контрольна група, до якої ввійшли 20 дітей, репрезентативних за віком і статтю. Всі діти контрольної групи народилися без ознак гіпоксії.

Для оцінки ефективності розробленого комплексу реабілітаційної програми нами виділена група дітей (з основної групи), у яких мав місце сполученнй нейром’язовий і нейромоторний синдроми в кількості 38 чоловік, з яких 28 одержували 2 курси реабілітаційного лікування, а 10 - стандартну терапію (друга контрольна група).

Для оцінки катамнезу проводилося активне динамічне клініко-неврологічне обстеження 48 дітей основної групи в 6 місяців і один рік.

Клінічний діагноз у всіх дітей основної групи був верифікований на підставі скарг батьків, анамнезу життя, що включав наступні дані: аналіз відомостей з пологового будинку, що складається з ретельного акушерського анамнезу матері (характеристика перебігу вагітності, допологового періоду й перебігу пологів з переліком застосованих при пологах заходів); стану дитини при народженні з обов'язковою оцінкою виразності гіпоксії по шкалі Апгар, дослідження фізичного стану, даних неодноразових клінічних оглядів за допомогою спеціально розробленої схеми.

Аналіз неврологічної симптоматології, що мала місце у обстежених дітей основної групи дозволив констатувати наявність рухової патології, представленої неоднозначно й різноманітно. У дітей мали місце рухові розлади у вигляді легкого тетрапарезу або парапарезу, у структурі яких м'язовий тонус був виражений різноманітно. Найчастіше спостерігалася м'язова гіпотонія, та мала місце й м'язова гіпертонія, яка була переважно представленою у флексорних м'язових групах кінцівок. Нами виділені наступні моторні синдроми перинатальної патології ЦНС: ізольований нейром’язовий (2,72%), що проявлявся синдромом кривошиї, поєднаної з різноманітними формами верхнього рухового м'язового дефіциту, нейромоторний синдром (3,63%), що проявлявся у дітей переважно легкою слабкістю нижніх кінцівок (у вигляді легкого нижнього (в 84%) парапарезу). Рідше даний синдром проявлявся руховим дефіцитом нижніх і верхніх кінцівок - синдромом легкого тетрапарезу з порушенням рефлексів опори, крокового, повзання й хапального. Нейром’язовий синдром проявлявся фіксованим поворотом голови вправо, що відображало ступінь напруги m. sternocleidomastoideus в 100% випадків. Також у його структурі завжди визначалася на стороні напруженого м'яза збіжна косоокість (100%), слабкість нижньомімічної мускулатури ліворуч (100%), легка слабкість верхніх кінцівок (проксимального рівня) - в 81,2% випадків, яка підтверджувалася диференційно-діагностичним тестом (у положенні на животі верхні кінцівки дитини, що перебувають під тулубом і головою, не витримуючи навантаження, поступово самі переміщаються з вихідного положення, при цьому спостерігається їх екстензія, а іноді поступове їхнє розведення). У структурі інтегрованих синдромів (малюнок 1) діагностовані моторні розлади, що поєднувалися з такими синдромами як гіпертензійно-гідроцефальний (36 дітей - 37,7%), синдром підвищеної нервової збудливості (22 дитини - 20%) і пірамідний синдром (4 дитини - 3,6%), представлені у варіабельних і неоднозначних співвідношеннях.

Мал. 1 Розподіл клінічних синдромів перинатальної патології ЦНС у дітей основної групи

Клінічний діагноз був підтверджений рентгенологічними та інструментальними методами дослідження.

Нейросонографічне дослідження (НСГ) проведене за допомогою апарату ультразвукового сканера Aloka Echo Camera SSD – 630. Це дозволило визначити стан ехогенності церебральних структур. Ехогенність церебральних структур носить гетерогенний характер і відображає ступінь щільності паренхіматозних утворень, стан шлуночкової системи і її судинних сплетінь, дозволяє виявити низьку ехогенність або анехогенні структури, що розвинулися внаслідок виникнення патологічного процесу в мозку дитини.

Методом ехоенцефолографії (Ехо-ЕГ) (апарат Ехоенцефалоскоп переносний ЕЕС-12) визначалася ширина порожнини III шлуночка й вираженість додаткових ехосигналів у його порожнині. Ехо-ЕГ дозволяє досліджувати стан серединних структур (прозорової перегородки, епіфіза), виявити їх зсув, а також підтвердити ознаки гіпертензійно-гідроцефального синдрому.

Ультразвукова допплерографія (УЗДГ) основної артерій проведена за допомогою ультразвукового сканера Aloka Echo Camera SSD - 630 з метою підтвердження значення гемодинамічного фактора в патогенезі моторних синдромів у дітей з перинатальною патологією ЦНС.

Описані поглиблені дослідження ШВХ, які проведені за допомогою рентгентелевізійної установки РУМ 10Т1. Це дозволило провести аналіз клініко-рентгенологічних зіставлень у дітей основної групи та визначити значимість змін ШВХ у дітей з моторними синдромами перинатальної патології ЦНС у вигляді проявів його нестабільності, у тому числі наявності сублюксацій тіл хребців, патологічних змін в атлантоосевому й атлантопотилочному зчленуваннях, наявності симптому «струни».

Для статистичної обробки даних використовувалася програма StatSoft Statistica v6.0. Результати параклінічних даних були представлені у вигляді середньої (М) і стандартного відхилення (m). Визначення достовірної різниці середніх величин проводилося за допомогою параметричного критерію Стьюдента. Для визначення типу й сили взаємозалежності між дослідженими показниками застосовували кореляційний аналіз із визначенням коефіцієнта парної кореляції (r).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Аналіз акушерського анамнезу показав, що патологічний стан вагітності, який характеризувався гестозами практично у всіх жінок основної групи (82 - 74,5%), досить часто поєднувався з екстрагенітальною патологією (35 - 31,8%) у них, а також з погрозою переривання вагітності (38 - 34,5%), анеміями вагітних (25 - 22,7%), що підтверджувало високу значимість даних факторів в ініціюванні перинатальної патології ЦНС у новонароджених. Слід зазначити, що основна частина дітей з перинатальною патологією ЦНС народилися при патологічному перебігу пологів - 85 (77,5%), з них родова слабкість відзначалася в 34 (40,1%) породіль, а в 51 (59,9%) мали місце стрімкі пологи. Шляхом операції кесарського розтину народилися 13 (11,8%) немовлят, обвиття пуповиною навколо шиї плода мало місце в 44 (40,1%), асфіксія зафіксована при пологах у70 ( 63,6%), що на 82,3% більше, ніж у контрольній групі (р<0,05).

Для більш достовірного вивчення впливів патогенних факторів антенатального періоду на розвиток певного моторного синдрому, був проведений кореляційний аналіз анамнестичних даних акушерських карт серед дітей основної групи, який підтвердив провідну роль у формуванні нейромоторного синдрому таких важливих факторів антенатального періоду як хронічна фетоплацентарна недостатність (ХФПН) (66,7%, r=0,20, р<0,05) і гестоз другої половини вагітності (68,7%, r=0,20, р<0,05), що обумовлюють хронічну гіпоксію плода. У виникненні нейром’язового синдрому підтверджена роль травматичних факторів: стрімкі пологи (74,5%, r=0,23, р<0,05), обвиття пуповиною навколо шиї плода при пологах (72,7%, r=0,40, р<0,05) і екстрена операція кесарського розтину (84,6%, r=0,31, р<0,05), що в свою чергу ще раз підкреслює різні патогенетичні механізми формування даних синдромів. Спостерігався зворотній зв'язок з такими факторами як перші пологи у матері [r=-0,24, p<0,05]. При інтегрованому нейромоторному, нейром'язовому синдромах в сполученні із синдромом підвищеної нервової збудливості виявлений певний зв'язок із хронічним захворюванням нирок у матері [r=0,20, р<0,05]; у сполученні з гіпертензійно-гідроцефальним - з таким фактором як пологи шляхом кесарського розтину [r=0,23, р<0,05]; в сполученні з пірамідним синдромом - з таким фактором як обвиття пуповини навколо шиї плода [r=0,23, р<0,05].

Нейросонографічне (НСГ) дослідження, що дозволяє візуалізувати півкулі й підкіркові утворення великого мозку, шлуночкову систему, структури передніх, середніх і задньої черепних ямок, були проведені в 84 дітей основної групи (76,3%). Зміни НСГ параметрів були виявлені тільки в 10,7% дітей з інтегрованими неврологічними симптомокомплексами, з яких у трьох дітей мали місце різко виражені НСГ зміни у вигляді субепендимального крововиливу, перивентрикулярного крововиливу, що сполучалися з анехогенними включеннями, це свідчило про наявність певних і достовірних клініко-нейросонографічних кореляцій. Таким чином, зміни НСГ параметрів носили варіабельний і неоднозначний характер; у більшості обстежених дітей (89,3%) дані зміни були відсутні, або були виражені мінімально.

У 85 дітей основної групи (77,3%) проведене ехоенцефалографічне (Ехо-ЕГ) дослідження. Зміни Ехо-ЕГ параметрів були виявлені нами в 79 дітей основної групи (92,9%). Збільшення поперечного розміру III шлуночка до 4,53±0,06 мм (при нормі 2,5-3 мм) було виявлено в 79 дітей (92,9%), що підтверджувало наявність гідроцефального синдрому. В теперішній час доведено, що даний метод являється малоінформативним в діагностиці перинатальної патології ЦНС, так як більш доцільним є застосування НСГ і магнітно-резонансної томографії (під наркозом). Але метод Ехо-ЕГ внесений до стандартів обстеження дітей раннього віку.

З метою доведення ролі дизгемічних розладів у реалізації ізольованих та інтегрованих моторних синдромів у структурі перинатальної патології ЦНС, нами проведене ультразвукове дослідження (УЗДГ) у вертебрально-базилярному басейні, як більш лабільного й більш вразливого в порівнянні з каротидним. Проведено дослідження лінійної швидкості кровоплину й індексу периферичного опору. У всіх дітей основної групи виявлене збільшення лінійної швидкості кровоплину (45,62 ± 0,44см/с) (р<0,05) по основній артерії мозку, що сполучалося зі збільшенням індексу циркуляторного опору (0,76 ± 0,019см/с) (р<0,05) і підтверджувало помірні дизгемічні розлади в зазначеному судинному басейні й, отже, відображало наявність гіпоксії в субтенторіальних утвореннях. Доказом гемодинамічних змін у вертебрально-базилярному басейні були також і результати порівняльного аналізу стану гемоциркуляції у дітей основної й контрольної груп. Так, у дітей контрольної групи (n = 10) лінійна швидкість кровоплину по основній артерії мозку відповідала віковій нормі (41,10 ± 0,21см/с) і індекс циркуляторного опору - також (0,53 ± 0,024см/с).

З метою підтвердження значимості такого важливого патогенного фактора як зміни хребта, що переважно виникають на стадії інтранатального періоду й ініціюють формування моторних синдромів у немовлят, нами проведена рентгенографія його шийного відділу із застосуванням функціональних проб (дослідження шийного відділу хребта в позі згинання й розгинання) в 103 дітей основної групи. При цьому зміни в шийному відділі хребта були виявлені у всіх обстежених дітей. Разом з тим, їхня представленість була далеко неоднозначною. Ця обставина стала підставою для розробки нами шкали ступеня змін шийного відділу хребта у дітей першого року життя, що страждають моторними синдромами перинатальної патології нервової системи (табл. 1).

Таблиця 1

Шкала ступеня змін шийного відділу хребта у дітей першого року життя з інтранатальним ураженням нервової системи

|  |  |
| --- | --- |
| Ступінь ураження шийного відділу хребта | Характеристика стану хребетних сегментів шийного відділу в дітей першого року життя |
| 1 ступінь  (5,8% хворих) | Сублюксація нарівні 2х-3х хребетних сегментів (вираженість мінімальна) |
| 2 ступінь  (6,8% хворих) | Сублюксація на рівні 2х-4х хребетних сегментів (вираженість помірна) |
| 3 ступінь  (56,3% хворих) | Сублюксація на рівні 2-4 хребетних сегментів (вираженість помірна), обмеження рухливості в атлантоосьовому й атлантопотиличному зчленуваннях |
| 4 ступінь  (31,1% хворих) | Сублюксація на рівні 2-4 хребетних сегментів (вираженість помірна й значна), обмеження рухливості в атлантоосьовому й атлантопотиличному зчленуваннях, наявність симптому "струни" |

Зміни ШВХ у дітей з моторними синдромами в структурі перинатальної патології ЦНС наведені на мал. 2, мал. 3.

 

|  |  |
| --- | --- |
| Мал. 2 Зміни шийного відділу хребта у дітей з моторними синдромами | Мал. 3 Зміни шийного відділу хребта у дітей з моторними синдромами |

В 97,3% дітей основної групи спостерігалася кореляція між ступенем вираженості змін шийного відділу хребта і наявністю неврологічних синдромів. Так, у дітей, що страждали нейром'язовим синдромом (ізольованим або інтегрованим ), завжди мали місце значно виражені зміни шийного відділу хребта (III або IV ступінь по шкалі).

Вважаємо доречним відзначити, що у дітей з поєднаними нейромоторним і нейром'язовим синдромами виявлені зміни УЗДГ сполучалися зі значно вираженими рентгенографічними змінами шийного відділу хребта. По розробленій нами шкалі у дітей з даним синдромом рентгенографічні зміни відповідали III ступеню шкали. Отже, виявлений нами зв'язок між зміною церебрального кровообігу у вертебрально-базилярному басейні й значно вираженими рентгенографічними змінами шийного відділу хребта у дітей основної групи дозволяє цілком обґрунтовано стверджувати про певну значимість останніх у реалізації церебральної дизгемії в вертебрально-базилярному басейні у дітей з нейромоторним і нейром'язовим синдромами, що обумовлено, на наш погляд, впливом таких факторів як патологічні зміни шийного відділу хребта, які реалізують свої негативні впливи за реперкусивно-рефлекторним механізмом і сполучаються з певними церебральними дисфункціями субтенторіальних утворень мозку, опосередковано здатних обумовлювати гемодинамічні порушення. Таким чином, на наш погляд, гемодинамічні розлади у вертебрально-базилярному басейні у дітей з ізольованими нейроморним і нейром'язовим й інтегрованими синдромами носять гетерогенний характер й ініційовані як вертеброгенним фактором, так і гіпоксією, що мала місце, як на стадії антенатального, так й інтранатального періодів.

Аналіз результатів досліджень, проведений за допомогою методів математичної статистики, дозволив констатувати, що такі фактори, як загроза переривання вагітності, гестози корелювали з неврологічними синдромами перинатальної патології (p<0,05), підтверджуючи значимість даних факторів у виникненні церебральних дисфункцій і, відповідно, в реалізації клінічних проявів перинатального порушення ЦНС. Середньої сили кореляційний взаємозв'язок спостерігався між нейромоторним, нейром'язовим синдромами і вираженістю синдрому кривошиї (r = 0,33, р<0,05), легким м'язовим дефіцитом верхніх кінцівок (r = 0,29, р<0,05) і таким рентгенологічним критерієм як сублюксація CIII, IV, V (r = 0,23, p<0,05). Вважаємо доречним підкреслити, що сублюксація на зазначеному рівні є високо значимою в реалізації нейром’язового синдрому, і, можливо, опосередковано впливає на формування нейромоторного синдрому.

Виявлений кореляційний зв'язок між поєднаним нейромоторним, нейром’язовим й гіпертензійно-гідроцефальним синдромом і таким патогенним чинником як ХФПН, довів безсумнівну участь останнього в його реалізації (r = 0,22, p<0,05). Сильний кореляційний зв'язок був виявлений з такими критеріями як приріст розмірів голови більше норми (r = 0,43, p<0,001), симптом Грефе (r = 0,81, p<0,001), розширені розміри великого тім'ячка (r = 0,43, p<0,001) і наступними параклінічними критеріями: наявністю додаткових ехо-сигналів у порожнині III шлуночка (r = 0,85, p<0,001) та збільшенням його поперечного розміру (r = 0.61, p<0,05).

Характеристика кореляційних взаємозвязків між нейромоторним, нейром'язовим і синдромом підвищеної нервової збудливості свідчить про певний зв'язок з такими патогенними факторами як патологічний перебіг пологів (r = 0,21, p<0,05) і гіпоксія (r = 0,28, p<0,05). Виявлено середню силу зв'язку між даними інтегрованими синдромами і такими клінічними критеріями як тремор підборіддя, кінцівок (r = 0,61, p<0,05) і гіперрефлексією кінцівок (r = 0,20, р<0,05). У той же час, даний інтегрованний симптомокомплекс мав й досить неоднозначні кореляції: так, був виявлений зворотній зв'язок з такими поєднаними синдромами як нейромоторний, нейром’язовий і гіпертензійно-гідроцефальний (r = -0,32, р<0,05) і таким критерієм як наявність додаткових ехо-сигналів у порожнині III шлуночка (r = -0,27, p<0,05).

Вивчення кореляційних взаємовідносин у структурі поєднаних нейром’язового й гіпертензійно-гідроцефального синдромів виявило їхню певну неоднозначність. Мав місце кореляційний зв'язок між наступними клінічними ознаками гіпертензійно-гідроцефального синдрому: розширенням великого тім'ячка (r = 0,21, p<0,05), позитивним симптомом Грефе (r = 0,29, p<0,05), а також таким параклінічним критерієм, як поява додаткових ехо-сигналів (r=0,20, p<0,05). Звертала на себе увагу наявність негативного зв'язку з наступною клінічною семіотикою: низький м'язовий тонус у нижніх кінцівках (r = -0,20, р<0,05) і слабкість крокового рефлексу (r = -0,21, р<0,05) . Неоднозначність кореляційних взаємовідносин у структурі даного інтегрованого синдрому, безсумнівно, свідчить про його поліпатогенетичний характер.

Наявність виявлених різноманітних моторних неврологічних синдромів, що відображають їх полісиндромологічну структуру, обумовлює доцільність проведення диференційованих патогенетичних і синдромологічних реабілітаційних заходів. Підтвердженням ефективності запропонованих диференційованих терапевтичних впливів являються результати проведеного порівняльного аналізу лікування двох груп дітей, повністю репрезентативних за статтю й віком, у яких був виявлений нейромоторний синдром в поєднанні з нейром’язовим. У всіх 28 дітей основної й 10 дітей другої контрольної групи мав місце низький м'язовий тонус.

Дітям основної групи (n = 28) проводилося лікування розробленим комплексом диференційованої терапії; дітям другої контрольної групи (n = 10) лікування було проведене за традиційною методикою, розробленою А.Ю.Ратнером.

Дітям основної групи до терапевтичного комплексу включали препарати нейрометаболічної дії. У нашому дослідженні ми застосовували енцефабол , який зарекомендував себе як високо результативний препарат, що покращує мікроциркуляцію головного мозку, активізує метаболізм глюкози в тканинах мозку, стабілізує мембрани між нейронних зв'язків, збільшує пластичність еритроцитів, знижує їх агрегацію та збільшує рівень АТФ в них і в якого майже відсутні побічні ефекти, про що свідчать роботи С.К.Евтушенко (2006). Препарат був застосований нами в віковій дозі 2,5 мл розчину на добу, протягом 4-6 тижнів. Також у комплексну терапію включали фізіотерапевтичне лікування: сегментарний масаж і електрофорез 1% розчину аденозинтрифосфорної кислоти на шийний відділ хребта. Беручи до уваги досвід провідних неврологів України, які свідчать про те, що для відновлення нормального функціонування нервової системи дитини життєво необхідні вітаміни групи В, у медикаментозний комплекс лікування нами був включений збалансований по вітамінах групи В препарат нейровітан. Дітям, що знаходились на грудному вигодовуванні препарат надходив в організм з молоком матері.

Наступний курс лікування дітей основної групи проводився в 6 місячному віці й містив у собі повторне застосування енцефаболу у віковій дозі в першій половині дня у поєднанні з нейромідином в дозі 5 мг один раз на добу, протягом 4 тижнів. Нейромідин, як відомо, має поєднаний нейрометаболічний та холінергічний ефект і забезпечує свої позитивні впливи переважно на синаптичні утворення в ЦНС (аксоно-аксональні, аксоно-дендритичні синапси і на нервово-м'язові синапси). Проводили сегментарний масаж, а також електрофорез лідази (16-32 ОД. відповідно віку) на буферному розчині на m. sternocleidomastoideus. Тривалість сеансу10 хв., сила струму 0,1-0,2 мА (6 - 10 процедур в залежності від вираженості «кривошиї»).

Основними критеріями ефективності терапії у дітей основної групи була позитивна динаміка клінічних симптомів і даних допплерографічного дослідження у порівнянні з періодом до лікування, що представлено на мал.4 і мал.5.

Мал.4 Зміни інтенсивності нейромоторного та нейром’язового синдромів у дітей першого року життя основної групи (до і після терапії)

Після терапії

До терапії

Мал.5 Зміни інтенсивності нейромоторного та нейром’язового синдромів у дітей першого року життя контрольної групи (до і після терапії)

Після терапії

До терапії

Як видно із представлених мал. 4 і 5, у дітей основної групи після проведених двох курсів комплексного лікування спостерігався практично повний регрес клінічних проявів нейромоторного (89,3%) і нейром’язового (82,2%) синдромів. У дітей контрольної групи (n=10) поліпшення стану рухової функції було виражено мінімально: клінічна структура нейром’язового синдрому була представлена стабільно (29%), а клінічні прояви нейромоторного синдрому набули легкого регресу симптоматики (37,8%).

Наші дані підтверджують значимість використання нейропротективного препарату енцефаболу у відповідній дозі і за певною схемою. Препарат може бути використаний з метою лікування як нейромоторного, так і нейром’язового синдромів. Використання нейромідину на другому курсі лікування у дітей після 6 місяців , також сприяло значному регресу моторної патології у дітей першого року життя.

В результаті проведеної терапії рухових розладів у хворих основної групи відзначалося покращення показників ЛШК і RI відповідно 45,62 ± 0,44 см/с до 41, 10 ± 0,21 см/с; з 0,76 ± 0,019 см/с до 0,71 ± 0,013 см/с ( р<0,05).

Вважаємо доречним відзначити високу доцільність використання вперше описаної нами методики електрофорезу аденозинтрифосфорної кислоти і лідази, що обумовлювало значний регрес нейром’язового синдрому. На наш погляд, застосування 1% розчину аденозинтрифосфорної кислоти (у вигляді електрофорезу на шийний відділ хребта), що обумовлено його холінергічним ефектом (підвищення функціональної активності нервово-м'язових й аксоноаксональних синапсів) з наступним використанням електрофорезу розчину лідази на m. sternocleidomastoideus, що нормалізує метаболізм мукополісахаридних комплексів у зазначених м'язових структурах (внаслідок того, що в її склад входить гіалуронідаза), призводило до зменшення спастичності й нормалізації м’язової функції. Результати наших досліджень із використанням описаної методики підтверджували практично повний регрес нейром’язового синдрому (82,2%). Порівняльна оцінка результатів терапевтичної ефективності в відновному періоді у дітей основної й контрольної групи підтверджувало практично повний регрес неврологічної симптоматики в основній групі і свідчив про високий лікувальний ефект запропонованої терапії.

На нашу думку, використання енцефаболу, з його інтенсивним нейропротективним ефектом на рівні синапсів і антиоксидантною активністю сприяло значному зменшенню клінічних проявів моторної патології у дітей першого року й побічно сприяло нормалізації церебрального кровообігу. Разом з тим регрес проявів кривошиї, внаслідок проведення зазначених терапевтичних заходів сприяв нормалізації проявів шийних тонічних впливів на гемодинаміку у вертебрально-базилярному басейні.

Таким чином, в дисертаційній роботі багаточисельні рухові порушення у хворих з перинатальною патологією ЦНС розглянуті в клініко-синдромологічному аспекті та систематизовані в ізольовані нейромоторний, нейром'язовий і поєднанні синдроми. Катамнестичне спостереження за 48 дітьми основної клінічної групи показало, що активне виявлення дитячим неврологом нейромоторного і нейром'язового синдромів перинатального ґенезу в ранньому відновному періоді та призначення ранньої медикаментозної терапії з реабілітаційними впливами призвело до того, що лише в 4,2% дітей в один рік, мали місце незначні рухові розлади.

ВИСНОВКИ

У дисертації представлено теоретичне обґрунтування та нове вирішення наукового завдання з оптимізації діагностики і лікувальної тактики у дітей першого року життя з нейромоторним та нейром'язовим синдромами перинатальної патології ЦНС, що дозволило розробити схему диференційованих терапевтичних заходів з метою зменшення частоти наслідків перинатальної патології центральної нервової системи.

1. Дослідження моторних синдромів, обумовлених перинатальною патологією ЦНС, дозволило оцінити й систематизувати їх клінічний поліморфізм, описати наявність додатково представлених неврологічних синдромів у дітей з руховими розладами (гіпертензійно-гідроцефального синдрому, синдрому підвищеної нервової збудливості й пірамідного синдрому), обґрунтувати формування інтегрованих моторних синдромів (які спостерігалися в 93,7%, порівняно з кількістю ізольованих моторних синдромів, виявлених в 6,3% обстежених дітей).
2. До найбільш значущих етиологічних факторів розвитку нейромоторного синдрому у дітей з перинатальною патологією ЦНС відносяться хронічна фетоплацентарна недостатність (66,7% r=0,20 , р<0,05), гестоз другої половини вагітності (68,7%, r=0,20, р<0,05). У виникненні нейром’язового синдрому виявлена роль таких патогенних факторів як стрімкі пологи (74,5% r=0,23, р<0,05), екстрена операція кесарського розтину (84,6% r=0,31,p<0,05), обвиття пуповиною навколо шиї плода при пологах (72,7% r=0,40, р<0,05). Таким чином, виявлена провідна роль тих факторів, які обумовили хронічну гіпоксію плода й механічний вплив на центральну нервову систему (пологова травма).
3. Отримані результати нейросонографічних й ехоенцефалографічних досліджень у дітей першого року життя (що підтвердили субэпендимальний крововилив і перивентрикулярні кісти, локалізовані переважно на рівні таламокаудатної вирізки і сполучалися з анехогеними включеннями супратенторіальної локалізації, а також збільшення поперечного розміру III шлуночка й наявність додаткових ехосигналів у його порожнині), обумовили можливість обґрунтування інтегрованих моторних синдромів.
4. Підтверджено значимість дизгемічних порушень у вертебрально-базилярному басейні за даними УЗДГ дослідження у дітей з моторними синдромами перинатальної патології ЦНС. Гемодинамічні порушення, що носили достовірний характер (р<0,05), були виявлені в основній артерії мозку у вигляді збільшення лінійної швидкості кровоплину й індексу циркуляторного опору (45,62 ± 0,44 см/с; 0,76 ± 0,019см/с відповідно).
5. Рентгенологічні дослідження шийного відділу хребта, у дітей з моторними синдромами перинатальної патології ЦНС, виявили його зміни у вигляді обмеження рухливості в атлантоосьовому й атлантопотиличному зчленуваннях, наявності сублюксації на рівні 2-4 хребетних сегментів, та симптому «струни» (у 87,4%), що підтверджує його ураження в інтранатальному періоді. Виявлений кореляційний зв'язок між нейром'язовим синдромом (ізольованим або інтегрованим) (r=0,51, p<0,001) свідчить про високу значимість патологічних змін шийного відділу хребта у реалізації даного синдрому. Останнє було відображене при проведенні аналізу клініко-рентгенологічних зпівставлень (з використанням спеціально розробленої автором шкали змін шийного відділу хребта).
6. Методом кореляційного аналізу доведена значимість зв'язку нейромоторного синдрому зі слабкістю крокового рефлексу, м'язовою гіпотонією нижніх кінцівок (r=0,38, р<0,001), а нейром’язового синдрому з синдромом кривошиї і слабкістю нижньомімічної мускулатури (r=0,68 р<0,001). Виявлено високий тісний зв'язок між рентгенологічними змінами ШВХ (r = 0,51, р<0,001) і вираженістю нейром’язового синдрому.
7. Отриманий позитивний ефект при проведенні раннього комплексного лікування з реабілітаційним втручанням у дітей з нейромоторним та нейром'язовим синдромами дозволяє пропонувати застосування розробленої схеми лікування, що  сприятиме зменшенню частоти наслідків перинатальної патології ЦНС.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Рекомендовано дітям з інтранатальною патологією ЦНС (з ураженями шийного відділу хребта), активний нагляд невролога в першому півріччі життя для виявлення нейромоторних і нейром'язових порушень. Дітям, у яких має місце підозра на наявність нейром’язового синдрому, рекомендовано проведення діагностичного тесту, з метою виявлення слабкості м'язів верхнього плечового поясу.
2. Запропоновано проводити рентгенографію шийного відділу хребта з функціональними пробами дітям з наявністю кривошиї з метою діагностики нейром’язового синдрому та уточнення ступеня ураження шийного відділу хребта.
3. Рекомендовано у разі виявлення у дітей моторних неврологічних синдромів проведення ранньої диференційованої патогенетичої терапії. Необхідне застосування медикаментозної терапії (енцефабол, нейровітан, нейромідин після 6 місячного віку) та немедикаментозної терапії (електрофорезу на шийний відділ хребта і m. sternocleidomastoideus з розчинами аденозинтрифосфорної кислоти і лідази та сегментарного масажу).

**СПИСОК ПРАЦЬ, ПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Козлова О.М. Особливості патології шийного відділу хребту в дітей з нейром'язовими та нейромоторними синдромами в ранньому постнатальному періоді / О.М. Козлова // Запорізький медичний журнал. - 2005. - № 5. - С. 60-62.
2. Козлова О.М. Клініко-нейросонографічні зпівставлення у дітей раннього постнатального дитячого віку та деякі їх патогенні аспекти / О.М. Козлова // Запорізький медичний журнал. - 2005. - № 6. - С. 122-124.
3. Козлова О.М. Про терапевтичну ефективність при використанні комплексних лікувальних впливів дітям з моторними синдромами перинатальної патології ЦНС / О.М. Козлова // Запорізький медичний журнал. - 2009. - № 1. - С. 21-24.
4. Шевченко Л.О. Результати кореляційного аналізу в оцінці рухових розладів у структурі перинатальної патології в дітей раннього віку / Л.О. Шевченко, О.М. Козлова // Український вісник психоневрології. - 2007. - Т. 15, № 3(52). - С. 25-27. (Дисертант особисто провела клініко-неврологічне обстеження хворих, статистичну обробку матеріалу, підготовку статті до друку)
5. Шевченко Л.О. До питання про своєрідність клінічної структури нейромоторного та нейром'язового синдромів у дітей / Л.О. Шевченко, О.М. Козлова // Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики: Збірник наукових статей, випуск ХІІІ. - Запоріжжя: видавництво ЗДМУ, 2004. - С. 179 - 185. (Здобувачем особисто складено план статті, проведене клініко-неврологічне обстеження хворих, аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовлено статтю до друку)
6. Козлова О.М. Клініко-патогенетичні аспекти нейромоторного та нейром'язового синдромів у структурі перинатальної патології в дітей у ранньому постнатальному періоді / О.М. Козлова // Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики: Збірник наукових статей, випуск ХVII. - Запоріжжя, видавництво ЗДМУ, 2006. - С. 37.
7. Козлова О.М. Про своєрідність клініко-рентгенологічних зіставлень у дітей у ранньому постнатальному періоді із ускладненнями в шийному відділі хребта / О.М. Козлова // «ХИСТ» Всеукраїнський медичний журнал молодих вчених. - 2006. - № 8. - С. 97.
8. Козлова О.М. Діагностичні критерії нейромоторного та нейром'язового синдромів у структурі перинатальної патології центральної нервової системи за даними клініко-доплерографічних зіставлень / О.М. Козлова // Актуальні проблеми сучасної медицини. - 2008 - Т. 8, № 4(24). - С. 172-173.

**АНОТАЦІЯ**

**Козлова О.Н. Нейромоторний і нейром’язовий синдроми в структурі перинатальної патології у дітей першого року життя та їх диференційована терапевтична корекція.** - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.15 - нервові хвороби. - Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, Київ, 2009 р.

Дисертація присвячена вдосконаленню діагностики рухових синдромів у структурі перинатальної патології ЦНС, а також оптимізації лікувальної тактики.

На підставі проведеного комплексного клініко-паракліничного обстеження 110 дітей з руховими розладами у відновному періоді виділені нейромоторний, нейром’язовий та інтегровані синдроми.

За допомогою проведеного кореляційного аналізу уточнені провідні фактори ризику виникнення даних синдромів. Рекомендовано тест для раннього підтвердження наявності нейром’язового синдрому. Розроблено шкалу рентгенологічних змін ШВХ для уточнення ступеня його ураження. Доведено роль травматичного й гіпоксичного факторів у патогенезі виділених моторних синдромів.

Розроблено комплекс реабілітаційної схеми лікування дітей першого року життя з нейромоторним і нейром'язовим синдромами.

*Ключові слова:* нервова система, перинатальна патологія, нейромоторний, нейром’язовий синдроми, нейросонографія, ультразвукова допплерографія, рентгенографія, ШВХ, Енцефабол, Нейромідин, Лідаза, АТФ.

**АННОТАЦИЯ**

**Козлова О.Н. Нейромоторный и нейромышечный синдромы в структуре перинатальной патологии у детей первого года жизни и их дифференцированная терапевтическая коррекция.** – Рукопись.

Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.15 – нервные болезни. – Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика МОЗ Украины, Киев, 2009 г.

Диссертация посвящена усовершенствованию диагностики двигательных синдромов в структуре перинатальной патологии ЦНС, а также оптимизации лечебной тактики.

На основании проведенного углублённого комплексного клинико-параклинического обследования у 110 детей с двигательными расстройствами в раннем восстановительном периоде выделены нейромоторный, нейромышечный и интегрированные синдромы (сочетание моторных синдромов с гипертензионно-гидроцефальным, синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, пирамидным синдромом).

С помощью проведенного корреляционного анализа уточнены ведущие факторы риска возникновения данных синдромов. К наиболее значимым патогенным факторам в развитии нейромоторного синдрома у детей с перинатальным поражением ЦНС относится хроническая фетоплацентарная недостаточность (66,7% r=0,20, р<0,05), гестоз второй половины беременности (68,7%, r=0,20, р<0,05). В возникновении нейромышечного синдрома ведущая роль принадлежит таким факторам, как стремительные роды (74,5% r=0,23, р<0,05), экстренная операция кесарево сечение (84,6% r=0,31, p<0,05), обвитие пуповиной вокруг шеи плода в родах (72,7% r=0,40, р<0,05). Таким образом, обнаружена роль факторов, обусловливающих хроническую гипоксию плода и механическое воздействие на центральную нервную систему.

Рекомендован тест для подтверждения нейромышечного синдрома. Разработана шкала рентгенологических изменений ШОП для уточнения степени его поражения. Доказана роль травматического и гипоксического факторов в патогенезе выделенных моторных синдромов.

Разработан комплекс реабилитационной схемы лечения детей первого года жизни с нейромоторным и нейромышечным синдромами.

Получен высокий терапевтический эффект при проведении лечения комплексными реабилитационными воздействиями детей с нейромоторным и нейромышечным синдромами позволяет считать, что данные лечебные воздействия (сочетанное использование Энцефабола, с 6 месяцев жизни – Нейромидина, электрофореза растворов АТФ и Лидазы), проводимые неоднократными курсами, значительно активизируют церебральный метаболизм на этапах дальнейшего созревания нервной системы ребёнка. Использование предложенных терапевтических воздействий у детей с моторными синдромами перинатальной патологии ЦНС и раннее применение реабилитационных мероприятий позволяет добиться более благоприятных исходов перинатальной патологии центральной нервной системы и избежать поздних её поражений.

*Ключевые слова:* нервная система, перинатальная патология, нейромоторный, нейромышечный синдромы, нейросонография, ультразвуковая допплерография, рентгенография, ШОП, Энцефабол, Нейромидин, Лидаза, АТФ.

**SUMMARY**

**Kozlova O.N.Neuromotor and neuromuscular syndromes in the structure of perinatal pathology in children of first year of life and their differentiated therapeutic correction.** - Manuscript

Thesis for Candidate’s scientific degree receipt in Medicine in speciality 14.01.15 – nervous diseases. - National Medical Academy of Post-Graduate Education named after P.L.Shupik, Ministry of Public Health of Ukraine, Kyiv, 2009.

Thesis is devoted to the improvement of diagnostics of motor syndromes in the structure of perinatal pathology of CNS as well as to optimization of therapeutic approach.

Neuromotor, neuromuscular and integrated syndromes were signed out on the basis of performed deep complex clinico-paraclinical examination of 110 children with motor disorders in early recovery period.

By performed correlation analysis the leading risk factors of these syndromes development are specified. A test is recommended for confirmation of neuromuscular syndrome.

The scale of roentgenologic changes of central spine is developed for specification of degree of its involvement. The role of traumatic and hypoxic factors in pathogenesis of singled out motor syndromes is proved.

Complex of rehabilitation treatment regimen for children of first year of life with neuromotor and neuromuscular syndromes is developed.

Key words: nervous system, perinatal pathology, neuromotor, neuromuscular syndromes, neurosonography, Doppler ultrasund, roentgenography, cervical spine, Encephabolum, Neuromidin, Lydasum, ATP.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

|  |  |
| --- | --- |
| ЛШК | – лінійна швидкість кровоплину |
| НСГ | – нейросонографія |
| ОА | – основна артерія |
| ПВК | – перивентрикулярний крововилив |
| СЕК | – субепендімальний крововилив |
| УЗДГ  ЦНС | – ультразвукова допплерографія  –центральна нервова система |
| ШВХ | – шийний відділ хребта |
| Ехо-ЕГ | –ехоенцефалографія |
| RI | – індекс циркуляторного опору |

 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>