

КЛИНИКО - НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И КОГНИТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДЦП

Абдувохидова Д.Н., Маджидова Ё.Н., Азимова Н.М., Ахмедова Д.С.

Ташкентский медицинский педиатрический институт,
кафедра неврологии, детской неврологии с медицинской генетикой, г. Ташкент

Ключевые слова: дети, ДЦП, память, факторы риска.

Резюме: в статье приведены результаты исследования 52 детей с различными формами ДЦП. Проведен анализ факторов риска развития ДЦП. Диагностика когнитивных нарушений, в том числе и нарушения памяти у детей с ДЦП, является одной из наиболее значимых задач, поскольку определяет особенности и прогноз как медицинской, так и социальной реабилитации, при этом исключительное значение имеет дифференциация задержки психического развития и умственной отсталости.

Resume: the article presents the results of a study of 52 children with various forms of cerebral palsy. The analysis of risk factors for the development of cerebral palsy. The diagnosis of cognitive impairment, including memory impairment in children with cerebral palsy, is one of most significant tasks, since it determines the characteristics and prognosis of both medical and social rehabilitation, while the differentiation of retardation of mental retardation and marked retardation is extremely significant.

Актуальность. Мозговой органический дефект, составляющий основу ДЦП, возникает рано, в период незавершенного процесса формирования основных структур и механизмов мозга, что обуславливает сложную сочетанную структуру неврологических и психических расстройств. Степень психических расстройств варьирует от легких нарушений в эмоциональной сфере до тяжелого интеллектуального недоразвития. Особенностью психического развития при ДЦП является не только его замедленный темп, но и неравномерный характер. Могут наблюдаться эпилептические припадки, трудности восприятия и обучения. Иногда отмечаются патологические изменения со стороны зрения, слуха, которые усугубляют степень задержки психо-моторного развития [6] Определение ДЦП исключает прогрессирующие наследственные заболевания нервной системы, в том числе различные метаболические дефекты, поражения спинного мозга и периферических нервов [3, 4, 7].

Вопросы правильной оценки двигательных возможностей детей с церебральным параличом и их динамики на фоне проводимого лечения остаются наиболее актуальными, поскольку нарушения не только определяют клиническую картину, но и значительно влияют на развитие ребенка. Вариабельность нарушений и степень их тяжести определяется формой детского церебрального паралича [1, 2, 5, 8].

Ранними проявлениями ДЦП являются: задержка двигательного и психоречевого развития, отсутствие или задержка редукции врожденных и тонических рефлексов, а также задержка формирования установочных рефлексов, нарушения мышечного тонуса, повышение сухожильных рефлексов, появление патологических установок и синкинезий [1,2]. Нарушение мышечного тонуса является одним из ранних признаков формирующегося ДЦП [8]. Сохраняющийся после 4 месяцев гипертонус мышц, асимметричная поза наблюдаются при последствиях перинатальных поражений центральной нервной системы (ЦНС), угрозе ДЦП (его спастических форм). Поза

«распластанной лягушки» отмечается при диффузной мышечной гипотонии у недоношенных детей, при наследственных заболеваниях, перинатальных поражениях ЦНС, угрозе атонически-астатической формы ДЦП [1, 2, 7].

Цель: определить факторы риска развития, клиничко-неврологическую и когнитивную характеристику детей с различными формами ДЦП.

Задачи: 1. Изучить этиопатогенетические и клинические особенности различных форм ДЦП; 2. Изучить характерное снижение когнитивных функций при различных формах ДЦП.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили данные обследования 52 детей с ДЦП в возрасте от 5 до 10 лет. Группу контроля составили 30 детей аналогичного возраста без неврологических заболеваний.

В работе использовались общепринятые клинические-неврологические и статистические методы исследования. Методика «Заучивание 10 слов» А. Р. Лурия использовалась для изучения объема кратковременной памяти. Методика "Заучивание 10 слов" одна из наиболее часто применяющихся. Предложенная А.Р.Лурия методика используется для оценки состояния памяти испытуемых, утомляемости, активности внимания. Методика позволяет исследовать процессы памяти, запоминания, сохранения и воспроизведения. Перед началом опыта экспериментатор должен записать в одну строчку ряд коротких (односложных и двухсложных) слов. Слова нужно подобрать простые, разнообразные и не имеющие между собой никакой связи. После пятикратного повторения слов экспериментатор переходит к другим экспериментам, а в конце исследования, спустя 50-60 минут, снова спрашивает у исследуемого эти слова (без напоминания). На основании полученных данных составляется "Кривая запоминания", которая может указывать и на ослабление активного внимания и её истощаемость, на выраженную утомляемость испытуемых.

По классификации МКБ-10 (1994) дети были распределены на 3 группы в зависимости от формы ДЦП. В большинстве случаев в нашем исследовании встречалась спастическая диплегия (36; 65,5%, СД), затем дискинетический церебральный паралич (6; 16,4%, ДисЦП), детская гемиплегия (6; 10,9%, ДГ) и спастический церебральный паралич (4; 7,3%, СЦП).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст матерей составил $26,5 \pm 3,1$ года. Анализ акушерского анамнеза показал, что дети рождены от 1-2 беременности (72,7%) и 1-2 родов (77,3%). Многорожавшие женщины составили 22,7%. Матери детей с ДЦП основной группы перенесли такие соматические заболевания, как анемия ($70,5 \pm 4,8\%$), заболевания почек ($31,8 \pm 4,9\%$), заболевания ЖКТ ($22,7 \pm 4,5\%$). Эндокринная патология регистрировалась в $27,3 \pm 4,4\%$ случаев и была представлена тиреоидной патологией ($50 \pm 11,7\%$; 6 матери), сахарным диабетом и преддиабетом ($37,5 \pm 11,4\%$; 3 матерей), ожирением I и II степени ($12,5 \pm 7,4\%$).

Заболевания сердечно-сосудистой системы отмечены у 7 женщин ($15,9 \pm 3,7\%$), у $20,5 \pm 4,3\%$ (9) - артериальная гипертензия.

Несомненно, высокая частота соматической патологии была одна из важных причин снижения резистентности и реактивности организма, способствующей развитию данной патологии.

Анализируя гинекологические заболевания матерей, родившихся новорожденных с данной патологией было замечено, что в структуре гинекологической заболеваемости важное значение имеют неспецифические воспалительные заболевания нижнего отдела половых органов и органов малого таза. Исследования выявили гинекологические заболевания в виде эрозии шейки матки у 4 ($13,3 \pm 3,6$), хронического аднексита у 3 ($10,0 \pm 3,3$), а также TORCH у 35 ($67,3 \pm 3,2$) - инфекции в виде носительства ЦМВ и ВПГ. Эти данные показывают, насколько влияет гинекологическая патология на развитие фетоплацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии плода, формирование геморрагических и ишемических поражений головного мозга у новорожденных в перинатальном периоде.

При исследовании акушерского анамнеза у матерей, обследованных отмечалась неполноценность шейки матки ($29,5 \pm 4,9$), бесплодие до 3 лет (11,4%), предшествующие медицинские аборт ($20,5 \pm 4,3$). Также было выявлено, что у $15,9 \pm 3,9\%$ матерей, были самопроизвольные выкидыши, у $25 \pm 2,9\%$ отслойка плаценты.

Наиболее частым осложнением первой половины беременности была угроза прерывания беременности ($27,3 \pm 4,7$), преэклампсией I-III степени ($34,1 \pm 5,1\%$), ранние токсикозы ($36,4 \pm 5,2\%$). У половины женщин беременность сопровождалась гестозами ($52,3 \pm 5,3\%$), острая инфекция наблюдалась у 16 ($36,4 \pm 5,2\%$) женщин. У $53,8 \pm 5,2\%$ (28) матерей отмечались преждевременные роды, у $9,1 \pm 3,3\%$ (4) – запоздалые. Хроническая внутриутробная гипоксия встречалась у $76,9 \pm 3,8\%$ новорожденных, у $67,3 \pm 3,2$ - нарушение фетоплацентарного кровообращения.

Важную роль в возникновении ДЦП, играют такие интранатальные факторы, как раннее излитие околоплодных вод ($15,34,1 \pm 5,1\%$), загрязненные воды ($57,6 \pm 4,5\%$), обвитие пуповины вокруг шеи - 16 ($30,7 \pm 3,3\%$) детей. Быстрые роды имели место у 15 ($34,1 \pm 5,1\%$), ягодичное предлежание – у 6 ($13,6 \pm 3,7\%$), ножное – у 3 ($6,8 \pm 2,9\%$) женщин. Различные патологические факторы, неблагоприятно влияющие на внутриутробное развитие плода, соматическое состояние матерей, тяжелый акушерский анамнез, отразились на исходах беременности и родов и в последующем способствовали развитию ДЦП.

Клиническая картина больных с ДЦП хорошо освещена во всех литературных источниках, поэтому мы не будем останавливаться на подробном описании неврологического статуса детей, лишь коснемся некоторых особенностей: двигательных, речевых и психических.

Из общего числа наблюдаемых нами детей (52): 2 ребенка не удерживали голову – 3,6%, 3 ребенка не могли ползать – 5,5%, 8 детей не могли сидеть самостоятельно – 14,5%, 18 детей самостоятельно не стояли – 32,7%, 21 ребенок самостоятельно не передвигался – 41,8%.

В последние годы отмечается увеличение количества детей с нарушением речи. Объяснить данный факт можно отсутствием логопедической помощи в регионах и тяжестью основной патологии. Нужно отметить также, что на местах все речевые нарушения ограничиваются диагнозом «дизартрия» и не диагностировались другие речевые расстройства такие, как анартрия, общее недоразвитие речи или алалия, дислалия.

Из 55 детей у 78,2% нами были выявлены различные речевые нарушения, что соответствует литературным данным, указывающим о 80% патологических изменений речи в структуре нарушений у больных с ДЦП [31].

У 70,9% наблюдаемых нами больных выявлена разной степени выраженности задержка психического развития (ЗПР) и умственная отсталость: 1) легкая степень ЗПР 1 уровня зарегистрирована у 30,9%; 2) ЗПР 2-3 уровня – средней степени наблюдалась у 20,0% детей; 3) грубая ЗПР - III-IV уровня была у 12,7%; 4) умственная отсталость отмечалась у 7,3% больных. Итак, в 29,1% случаях психическое развитие детей соответствовало возрасту.

У наблюдаемых нами больных в 69,1% случаях отмечалась, характерная им, замедленность мышления, инертность, а также низкий уровень наглядно-действенного мышления. Психическое развитие детей характеризовалось нарушением формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Отмечались проблемы эмоционального контакта детей с родителями.

У больных исследовалась как кратковременная, так и долговременная память по тесту «Запоминание 10 слов». Полученные данные указывают на то, что чаще всего легкие и умеренные нарушения кратковременной памяти (36,1% и 55,4% соответственно) были выявлены у больных с СЦП и ДисСП.

Выраженные нарушения отмечались у детей с ДГ и СД формами ДЦП. Легкие нарушения долговременной памяти преобладали у детей с СЦП формой ДЦП, умеренные – с СД, выраженные – с ДГ. Среди многообразия когнитивных нарушений у детей дошкольного возраста с ДЦП, ведущими являются нарушение памяти и речевые нарушения.

Диагностика когнитивных нарушений, в том числе и нарушения памяти у детей с ДЦП, является одной из наиболее значимых задач, поскольку определяет особенности и прогноз как медицинской, так и социальной реабилитации, при этом исключительное значение имеет дифференциация задержки психического развития и умственной отсталости.

Выводы: 1. Изучение этиопатогенетических и клинических особенностей ДЦП позволило установить, что основными вредными факторами явились анемии у матерей, угрозы выкидыша и гестозы, а также сочетание различных вредностей в пре- и перинатальном периодах; 2. Установлено характерное снижение когнитивных функций (кратковременная и долговременная память) у детей с различными вариантами ДЦП, зависящие от формы заболевания. Легкие и умеренные нарушения кратковременной памяти (36,1% и 55,4% соответственно) были выявлены у больных с СЦП и ДисСП. Легкие нарушения долговременной памяти преобладали у детей с СЦП формой ДЦП, умеренные – с СД, выраженные – с ДГ.

Литература

1. Кожевникова В. Т. Современные технологии физической реабилитации больных с последствиями перинатального поражения нервной системы и детским церебральным параличом. М., 2013. 567 с
2. Немкова С. А., Заваденко Н. Н., Медведев М. И. Современные принципы ранней диагностики и комплексного лечения перинатальных поражений центральной нервной системы и детского церебрального паралича. Методическое пособие. М., 2013. 76 с.

3. Немкова С. А. Детский церебральный паралич: Современные технологии в комплексной диагностике и реабилитации когнитивных расстройств. М.: Медпрактика - М, 2013. 442 с.
4. Немкова С. А., Маслова О. И., Каркашадзе Г. А., Курбатов Ю. Н., Подкорытова И.В. Использование полипептидного стимулятора в комплексном лечении когнитивных нарушений у детей с заболеваниями центральной нервной системы //Педиатрическая фармакология, 2012. №5.
5. Немкова С. А., Заваденко Н. Н., Суворинова Н. Ю. Применение кортексина в комплексной нейрореабилитации у детей //Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2015, 2: 37–44.
6. Сальков В. Н. Нарушения зрения при детском церебральном параличе. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2011; 111 (4): 8-11.
7. Студеникин В. М., Пак Л. А., Шелковский В. И. и др. Применение кортексина в детской неврологии: опыт и перспективы //Фарматека. 2008; 14: 23–29.
8. Уханова Т. А., Горбунов Ф. Е., Иванова В. В. Лечение речевых расстройств при детском церебральном параличе сочетанием рефлексотерапии с кортексином //Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2011; 8: 19–22.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ