

Грибович К. О., Аляшкевич О. В.
**ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ
НОВОРОЖДЕННОГО: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**
Научный руководитель ассист. Кизан С. В.
2-я кафедра детских болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Клинические последствия перинатальных поражений центральной нервной системы (ЦНС) являются темой острых дискуссий. Их наиболее частой причиной является гипоксически-ишемические повреждения мозга (ГИПМ), последствия которых занимают ведущее место в структуре заболеваемости и смертности у детей неонатального периода. Однако не у всех детей, перенесших тяжелую гипоксию, наблюдаются тяжелые неврологические последствия, благодаря «феноменам самозащиты». По клиническим проявлениям различают 3 степени тяжести энцефалопатии: лёгкая, средняя, тяжёлая. Перинатальное ГИПМ может приводить к серьёзным, в том числе инвалидизирующим осложнениям. Это требует более тщательного исследования методов своевременной диагностики и профилактики такого рода поражений центральной нервной системы у новорожденных детей в пре- и постнатальном периодах.

Цель: описание клинического случая лечения пациента с ранним органическим поражением ЦНС с апаллическим синдромом вследствие ГИПМ.

Материалы и методы. Описание клинического случая пациента, находившегося на лечении в отделении реанимации 3-й Городской детской клинической больницы г. Минска (УЗ 3 ГДКБ).

Результаты и их обсуждение. Пациент А. 5,5 месяцев. Ребенок от матери с отягощенным акушерским анамнезом (1-я беременность завершилась самопроизвольным выкидышем). Роды в сроке 263 дня путем операции экстренного сечения по показаниям плода (асфиксия). Течение настоящей беременности имело следующие осложнения: анемия, кольпит, истмико-цервикальная недостаточность, в 35 недель угроза преждевременных родов. При рождении оценка по шкале Апгар 0. Несмотря на отсутствие признаков живорождения было принято решение о проведении реанимационных мероприятий, т.к. за 20 минут до извлечения плода на кардиоотографии было зафиксировано наличие сердцебиения, а признаки биологической смерти отсутствовали. На фоне проводимых мероприятий восстановление сердечной деятельности произошло на 15-й минуте после рождения. Спонтанная дыхательная активность отсутствовала. Ребенок на аппарате искусственной вентиляции легких (ИВЛ) был переведен в отделение реанимации. На 20-й день был переведен в УЗ 3 ГДКБ в тяжелом состоянии с диагнозом: Энцефалопатия новорожденного гипоксически-ишемического генеза тяжелой степени с отеком головного мозга, комой 2 степени, тетрапарезом, бульбарными нарушениями, судорожным синдромом. В процессе лечения состояние ребенка остается крайне тяжелым, обусловлено поражением ЦНС. Сознание отсутствует. Сохраняется судорожная активность: при прикосновении возникают спонтанные клонические подергивания конечностей, которые в динамике переходят в тоническое напряжение всего тела. Мышечный тонус повышен по типу децеребрационной ригидности. На болевые раздражители не реагирует. Корнеальный, конъюнктивальный рефлекс отсутствуют. Выявлены застойные диски зрительных нервов обоих глаз. Зрачки симметричны, реакция на свет вялая, глазные яблоки несколько отведены вверх. Рефлексы новорожденных не определяются. В динамике лечения ребенок постоянно находится на ИВЛ, в 5 месяцев была проведена попытка перевода на вспомогательный режим вентиляции, однако клиника дыхательной недостаточности нарастала, и ребенок был снова переведен на принудительный режим ИВЛ.

Выводы. Необходимо тщательное исследование методов своевременной диагностики и профилактики ГИПМ у детей в пре- и постнатальном периодах для предупреждения раннего органического поражения ЦНС, имеющего тяжелые, в том числе инвалидизирующие осложнения.