

Проблемные вопросы ранней восстановительной реабилитации у детей с нарушениями и поражениями нервной системы

Кириллова Л.Г., руководитель
отделения психоневрологии для
детей с перинатальной патологией и
орфанными заболеваниями,
доктор медицинских наук, президент
Ассоциации детских неврологов
Украины

г. Киев, 21 октября 2017 р.





Майбутнє - у сьогодні, але майбутнє - і в минулому. Це ми створюємо його. Якщо воно погане, у цьому наша провина.

Анатоль Франс



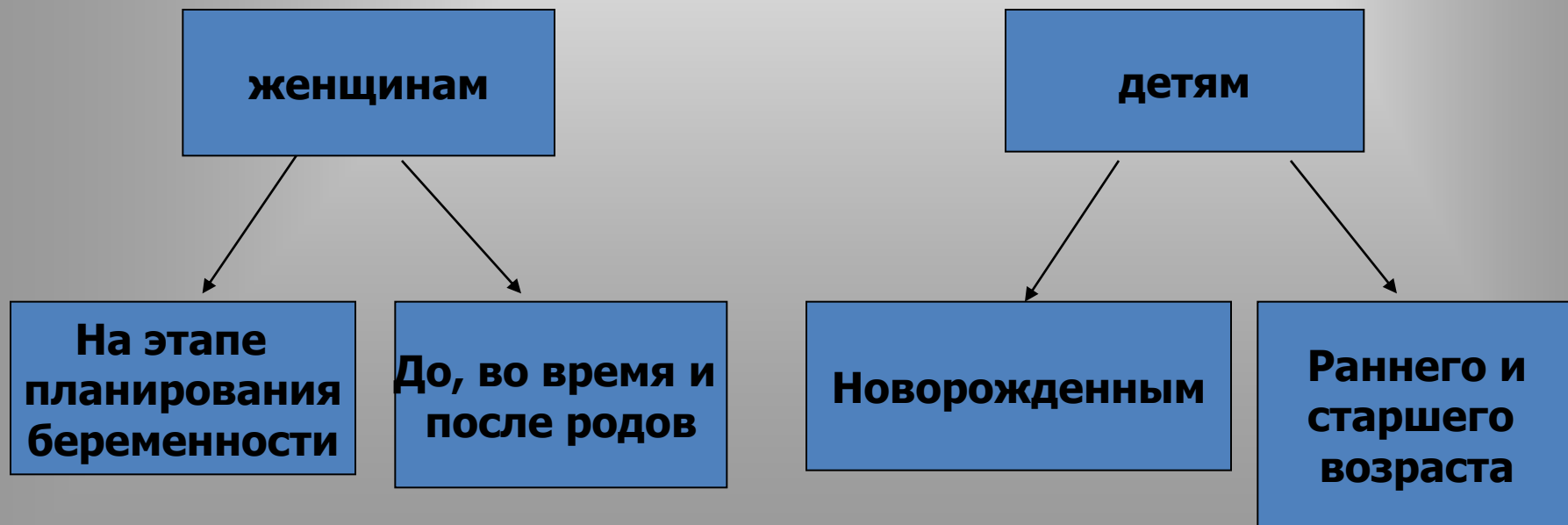
“ В Украине(в Киеве) более 30 лет существует перинатальный центр (в ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»), где женщины группы риска наблюдаются в поликлинике, акушерских клиниках, рожают детей и новорожденные высокого риска рождения с патологией ЦНС находятся под наблюдением высококвалифицированных сотрудников разных профилей и при необходимости получают специализированную помощь»

Е.М. Лукьянова, В.А. Рогожин, Л.Г. Кириллова

**Современные проблемы перинатальной
неврологии в Украине// Перинатология
и педиатрия. - №2 – 2004. – С 3-7.**



**В ГУ "ИПАГ НАМН Украины" с 1979 года
реализуется главный принцип перинатологии -
оказания высокоспециализированной
медицинской помощи женщинам, беременным
женщинам и их детям в условиях единого
многопрофильного учреждения**



Пре- и перинатальные поражения нервной системы у детей являются одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной неврологии и педиатрии, что обусловлено как высокой смертностью детей раннего возраста с пре- и перинатальным поражением ЦНС, так и значительным удельным весом этой патологии в структуре детской инвалидности

Наиболее весомыми причинами пре- и перинатальной патологии нервной системы у детей являются гипоксически-ишемические повреждения и нарушения ЦНС (гипоксически-ишемические-энцефалопатии) и врожденные пороки развития ЦНС

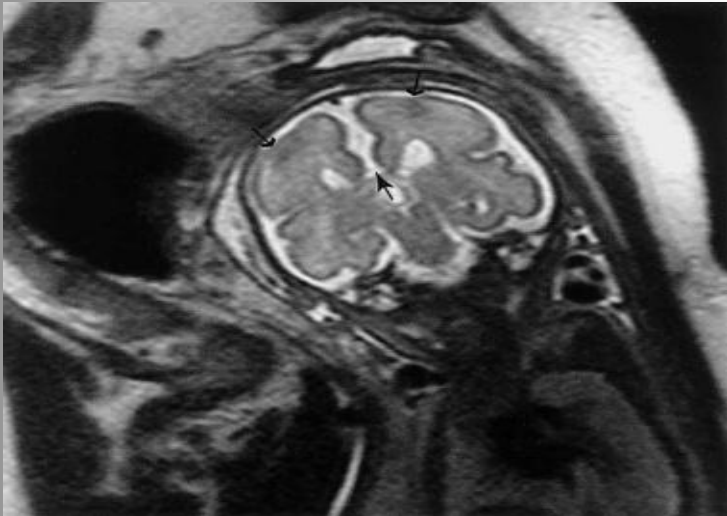




Причины роста детской инвалидности

увеличение заболеваемости ВПР в т. ч. ЦНС. По данным ВОЗ (2014) в мире ежегодно рождается до 5% детей с врожденными пороками развития (ВПР), среди которых до 30% - с пороками развития ЦНС, которые являются одной из ведущих причин смертности детей первого года жизни и основной причиной первичной детской инвалидности

Пренатальная диагностика



Агенезия мозолистого тела



Вентрикуломегалия



Миеломенингоцеле



Арахноидальная киста задней
черепной ямки

Множественные кисты головного мозга: порок или последствия постнатальной гипоксии?



Причины роста детской инвалидности

Ранняя выписка из роддома, увеличивает риск неонатальной заболеваемости и смертности как у доношенных так и недоношенных младенцев.

Это связано с тем, что после 3-х суток могут проявляться такие состояния как желтуха, судороги, кишечная непроходимость, инфекции и т.д.

(Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health, Maternal and Infant Health Branch, Atlanta, USA)

[Semin Perinatol](#), 2006 Apr;30(2):61-8.

Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal morbidity.

[Tomashek KM¹](#), [Shapiro-Mendoza CK](#), [Weiss J](#), [Kotelchuck M](#), [Barfield W](#), [Evans S](#), [Naninni A](#), [Declercq E](#).

Author information

Abstract

Understanding how late preterm infants (34-36 completed weeks' gestation) are affected by discharge policies created for term infants (37-41 completed weeks' gestation) is essential for preventing postdischarge neonatal morbidity among late preterm infants. We analyzed linked birth certificate and hospital discharge data for Massachusetts between 1998 and 2002 to evaluate the risk of neonatal morbidity (defined as hospital readmission, observational stay, or both) between all vaginally delivered, live-born singleton late preterm and term infants. All infants were born at a Massachusetts hospital to a state resident and were discharged home early (<2-night hospital stay). We calculated crude and adjusted risk ratios using a modified Poisson regression and compared the timing and principal discharge diagnoses for those neonates who needed hospital readmission. Of the 1004 late preterm and 24,320 term infants in our study, 4.3% and 2.7% of infants, respectively, were either readmitted or had an observational stay. Late preterm infants were 1.5 times more likely to require hospital-related care and 1.8 times more likely to be readmitted than term infants. Among infants who were breastfed, late preterm infants were 1.8 times more likely than term infants to require hospital-related care and 2.2 times more likely to be readmitted. In contrast, no differences were found between late preterm and term infants who were not breastfed. Jaundice and infection accounted for the majority of readmissions. Our findings suggest that late preterm infants discharged early experience significantly more neonatal morbidity than term infants discharged early; however, this may be true only for breastfed infants. Evidence-based recommendations for appropriate discharge timing and postdischarge follow-up for these late preterm infants are needed to prevent neonatal morbidity.

Отсутствие диспансерного наблюдения младенцев

- не оценивается состояние здоровья, питание ребенка;
- социально-экономические условия проживания семьи и уровень ухода за ребенком;
- соматическое и психологическое состояние матери



Рост инвалидности связан с увеличением количества детей, рожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). С 2006 в Украине введены европейские стандарты определения критериев живорожденности (Приказ МЗ Украины № 179 от 29.03.2006) согласно которым

живорожденным считается ребенок, родившийся после полной 22-й недели беременности (срок гестации который в норме соответствует массе плода 500 г.)

Удельный вес детей, рожденных с экстремально низкой массой тела, в нашем государстве составляет 0,2 - 0,25% всех новорожденных



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Н А К А З

29.03.2006 N 179

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
12 квітня 2006 р.
за N 427/12301

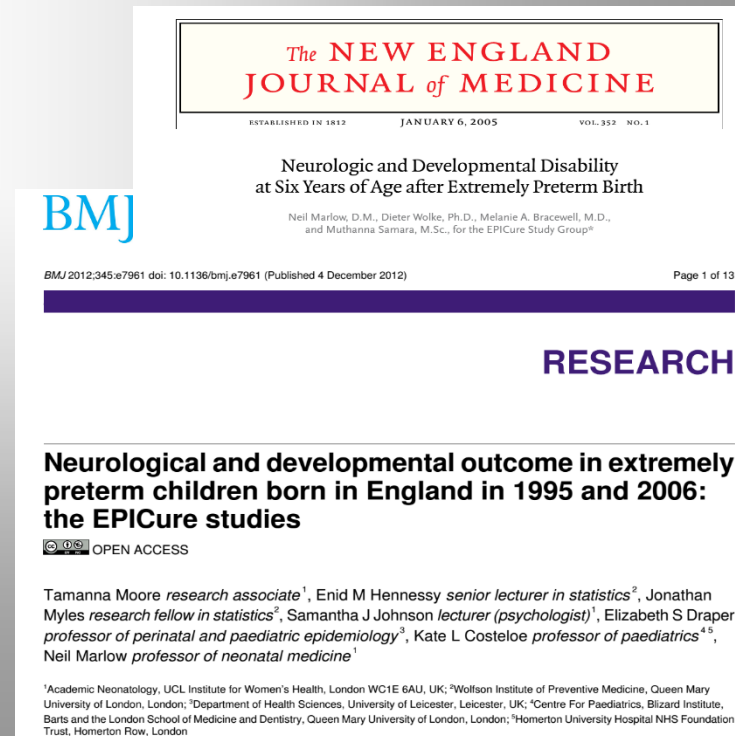
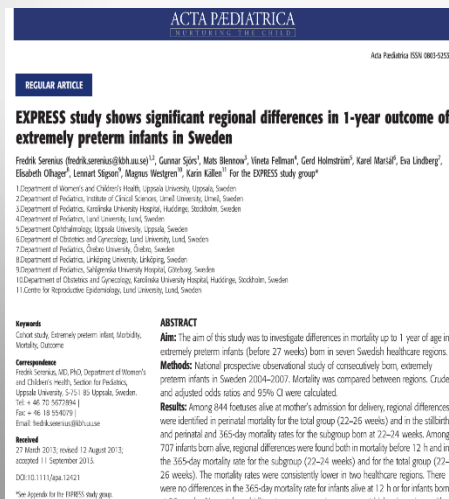
Про затвердження Інструкції з визначення
критеріїв перинатального періоду, живонародженості
та мертвонародженості, Порядку реєстрації
живонароджених і мертвонароджених

Згідно з Державною програмою переходу України на міжнародну систему обліку і статистики, затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 4 травня 1993 року N 326 ([326-93-п](#)) "Про Концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики", з метою дотримання Конвенції ООН про права дитини ([995_021](#)) і рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, а також для забезпечення можливості співставлення міжнародних і вітчизняних статистичних даних

Н А К А З У Ю:

На сегодня в странах Европы и США при изучении исходов у детей, рожденных с экстремально низкой массой тела, получены пессимистические результаты:

- ДЦП - 9-37% (до 80% у детей с ВЖК 4 ст.)
- нарушение психомоторного развития - 17 - 72%;
- нарушения умственного развития - 23 - 60%;
- нарушение зрения - 9 - 24%;
- нарушение слуха - 1 - 6%





Показатели рождаемости и летальности детей, родившихся с ЭНМТ в Херсонской области (2007 – 2014 гг)

<i>Рік</i>	<i>Кількість новонароджених дітей, n</i>	<i>Кількість недоноше-них дітей, n</i>	<i>Кількість дітей, які народилися з ЕНМТ, n</i>	<i>Питома вага дітей з ЕНМТ, серед усіх новонародже-них, %</i>	<i>Кількість дітей, які померли в неонатальному періоді, n</i>	<i>Питома вага дітей, які померли в неонатальному періоді, %</i>
2007	11570	545	23	0,2	19	82,6
2008	12292	524	30	0,2	20	66,7
2009	12323	525	24	0,2	19	79,2
2010	12206	492	25	0,2	18	72
2011	12085	414	27	0,2	17	63
2012	12643	464	30	0,2	22	73,3
2013	12055	510	24	0,2	14	58,3
2014	12308	517	26	0,2	10	38,5
Усього	97482	3991	209	0,2	138	66

Проведенный анализ показал, что такие факторы, как возраст матери 20 лет и старше 35 лет, в равной степени могут быть факторами риска рождения детей с ЭНМТ. Женщины, которые родили детей до 20 лет почти все были нетрудоустроены, имели неполное среднее образование и незарегистрированный брак (Кириллова, Мартыненко, 2013)

К сожалению, до настоящего времени в Украине отсутствует Государственный реестр и мониторинг детей, рожденных с ЭНМТ, в частности отсутствуют четкие данные о результатах их выхаживания (летальность, частота органических поражений ЦНС, инвалидизация), поэтому отсутствует преемственность между перинатальным центром и амбулаторной службой дружественного катамнестического наблюдения

Согласно исследованиям National Institute of Child Health and Human Development 83% детей, родившихся в сроке 22-25 недель, требовали проведения интенсивной терапии с использованием ИВЛ. По данным катамнеза в 18-22 месяца всех младенцев включенных в исследование, 49% умерли, 61% умерли или имели тяжелые нарушения состояния здоровья

Дети с ЭНМТ рожденные в медицинских учреждениях III уровня имеют более низкий уровень летальности. Кроме того, у детей рожденных не в учреждениях III уровня увеличен риск развития массивного внутрижелудочкового кровоизлияния и перивентрикулярной лейкомаляции



Extremely Low Birth Weight Infant
KN Siva Subramanian, MD;
Ted Rosenkrantz, MD , 2012

Программа индивидуального развивающего наблюдения и оценки новорожденных (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program — NIDCAP)

NIDCAP improves brain function and structure in preterm infants with severe intrauterine growth restriction

[H Als](#),^{1,*} [F H Duffy](#),² [G McAnulty](#),¹ [S C Butler](#),¹ [L Lightbody](#),¹ [S Kosta](#),¹ [N I Weisenfeld](#),³ [R Robertson](#),³ [R B Parad](#),⁴ [S A Ringer](#),⁴ [J G Blickman](#),⁵ [D Zurakowski](#),⁶ and [S K Warfield](#)³

The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants

[Heidelise Als](#)^{*} and [Gloria B. McAnulty](#)

Реабилитационная система NIDCAP работает во многих зарубежных перинатальных центрах и ориентирована на раннюю профилактику нарушений нервной системы. Система включает охранительный режим, защиту от боли, шума, света, лишних манипуляций, обеспечение нейросенсорной стимуляции, **профилактику неврологических и ортопедических осложнений**, ранний контакт с родителями

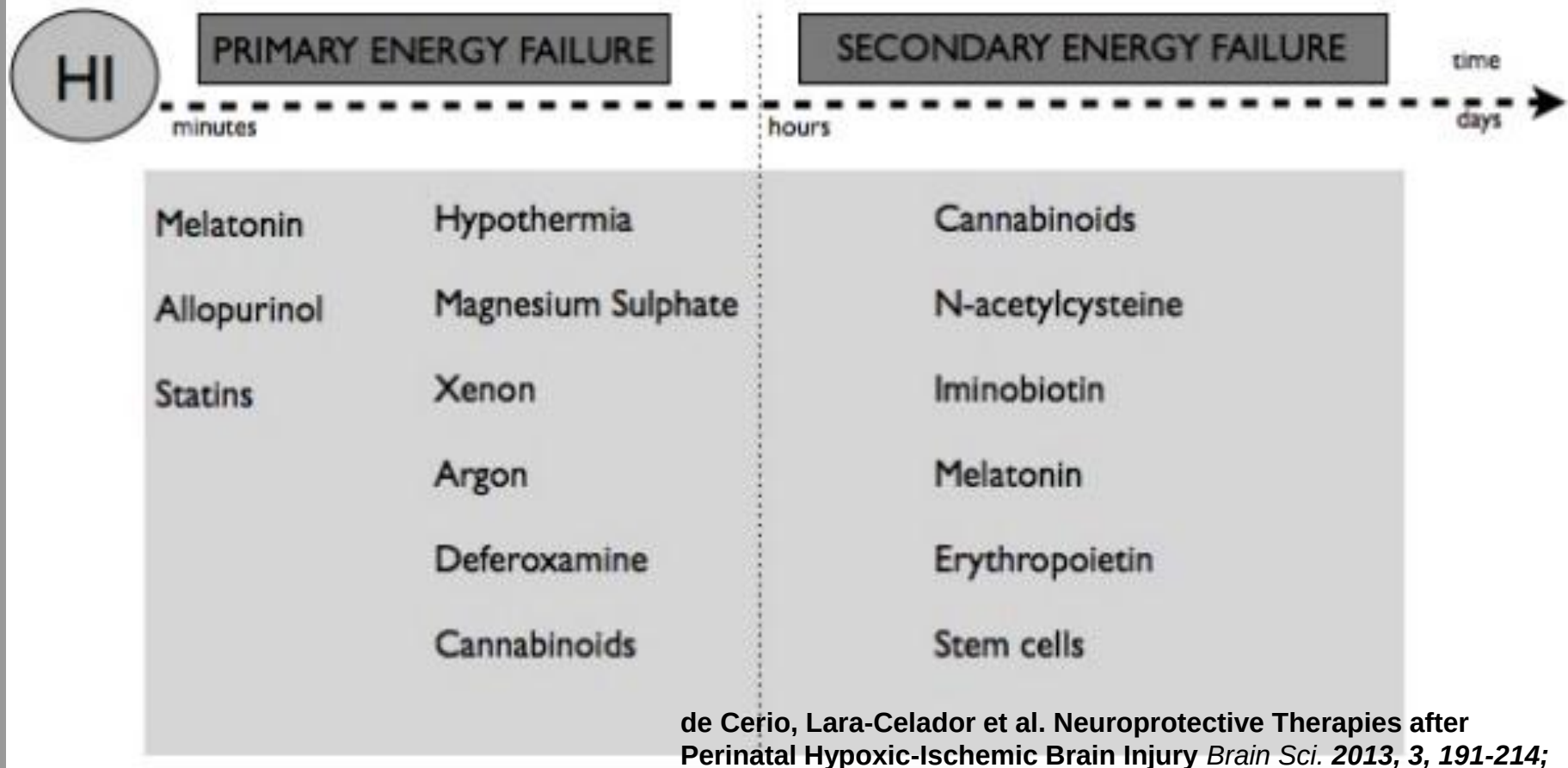
В настоящее время во всём мире остаются нерешенными вопросы раннего восстановительного лечения новорожденных и детей первых лет жизни с пре- и перинатальной патологией ЦНС.

В Украине до сих пор еще не сформировалась единая методологическая система раннего восстановительного лечения. Почти отсутствуют объективные критерии оценки эффективности раннего медикаментозного лечения и реабилитации.

На сегодня поиск наиболее совершенных путей и методов восстановления нервной системы является актуальным вопросом научной и практической медицины

СТРАТЕГИЯ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НАШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

- Первый этап включает выхаживание и проведение медикаментозной терапии у новорожденных группы риска в отделении неонатологии родильного дома до 7-10 дня после рождения (перинатальный центр)
- Второй – проведение восстановительной терапии ЦНС в отделении реабилитации нервной системы новорожденных
- Третий – активное динамическое наблюдение с систематическим осмотром детей в возрасте 2, 5, 8 месяцев; 1, 1,5 и 2 года и проведение лечебно-реабилитационных мероприятий согласно показаниям



Поиск оптимальной стратегии нейропротекции у новорожденных и детей с перинатальными поражениями ЦНС ведется во всем мире

При пре- и перинатальных поражениях ЦНС у новорожденных и детей раннего возраста, мы считаем использование симптоматических и нейропротекторных препаратов одной из наиболее обоснованных терапевтических стратегий

Опыт применения нейропротекторных препаратов (Кортексин, цитиколин) для лечения детей с перинатальными поражениями ЦНС в отделении детской психоневрологии ГУ «ИПАГ АМН Украины» насчитывает более 20 лет

«Любой метод должен пройти испытание временем»

Использование разработанной комплексной терапии, которая включает назначение кортексина, цитиколина, глициседа наряду с базовой терапией, привело к снижению риска формирования тяжелых органических поражений ЦНС при данной патологии

Динамическое наблюдение за развитием детей с перинатальной патологией с периода новорожденности до 3-х летнего возраста с проведением необходимых методов диагностики и поэтапной комплексной медикаментозной и немедикаментозной терапии (по показаниям) показало, что несмотря на тяжелое пре-перинатальное, преимущественно гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, среди обследованных детей только у **9,6%** сформировалось поражение ЦНС, которое привело их к ограничению жизнедеятельности

В основе возникновения органического поражения ЦНС почти 60% составляла родовая травма

Выводы

Наиболее важным направлением современной перинатологии является профилактическое:

- 1) снижение частоты детской инвалидности за счет развития и внедрения современных методов пре- и постнатальной диагностики, прежде всего МРТ головного мозга;
- 2) профилактика социальных факторов риска развития детей с ЕНМТ и ВПР ЦНС (ранняя беременность, вредные привычки и соматическая патология матери, безработица, низкий уровень жизни матерей) и другие.....

Существующие на сегодня современные методы медикаментозной терапии и реабилитации перинатальных поражений ЦНС не исключают друг друга, а свидетельствуют о необходимости их сочетания с первых месяцев жизни

Целесообразность использования нейропротекторной терапии обосновывается знаниями о патогенезе и биохимических механизмах повреждения мозга при пре- и перинатальных поражениях ЦНС

Раннее сочетанное использование медикаментозных и не медикаментозных методов лечения, позволяет использовать компенсаторные способности мозга ребенка, а также стимулировать явления синаптической пластичности с целью дальнейшей минимизации неврологического дефицита

Асоціація Дитячих Неврологів України



Головна

Новини

Асоціація

Публікації

Партнери

Пацієнтам

Галерея

Архів

Контакти

**АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ
ПЕРИНАТАЛЬНОЙ
НЕВРОЛОГИИ**



**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ
НЕВРОЛОГИИ**

Уважаемые коллеги! Приглашаем Вас принять участие в работе научно-практической конференции с международным участием

Форма входа

Логин

Пароль

Запомнить меня

☐

Войти

[Забыли пароль?](#)

[Забыли логин?](#)

[Регистрация](#)