

*О. Ю. Сухоносова, канд. мед. наук, ассистент кафедры
невропатологии и детской неврологии
Харьковская медицинская академия последипломного образования
(г. Харьков)*

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ЦЕРЕБРАСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ

Травматические повреждения головного мозга и нейроинфекции у детей — одна из важнейших проблем медицины, интерес к которой сохраняется в течение многих лет. Это обусловлено многообразием форм и синдромов отдаленного периода, которые приводят к социально-учебной, а затем и трудовой дезадаптации.

Последствия закрытой черепно-мозговой травмы и нейроинфекций у детей с долей условности можно разделить на две группы: с преобладанием клинических признаков органического поражения головного мозга и обусловленные функциональными нарушениями нервной и психической деятельности, преимущественно характеризующимися астеническим синдромом. В основе его формирования лежит нарушение взаимодействия структур, входящих в энергетическую и регуляторную системы мозга — гипоталамомезэнцефальные структуры, лимбическая система, медиобазальные отделы лобных долей мозга. Литературные данные свидетельствуют о том, что «Энцефабол» (пиритинол) является нейродинамическим препаратом, усиливает биоэнергетический метаболизм нервных клеток и тем самым улучшает их функциональную активность, что и обусловило наш выбор для коррекции церебрастенического синдрома.

Цель данного исследования — изучить характер воздействия препарата «Энцефабол» (пиритинол) на функциональное состояние головного мозга у детей с церебрастеническим синдромом вследствие перенесенной черепно-мозговой травмы и нейроинфекции.

Нами было обследовано 96 пациентов в возрасте от 3 до 14 лет, перенесших закрытую легкую и средней степени тяжести ЧМТ (51 %) и нейроинфекции (49 %). Давность перенесенных заболеваний составила от 0,5 до 11 лет.

Комплекс исследований включал тщательное динамическое клинично-неврологическое исследование, электроэнцефалографическое и нейропсихологическое обследования.

Все дети были разделены по возрасту на идентичные подгруппы:

- первая подгруппа — дети до 6 лет (дошкольный возраст) — 13 человек,
- вторая подгруппа — дети от 7 до 10 лет (младший школьный возраст) — 37 человек,
- третья подгруппа — дети от 11 до 14 лет (ранний подростковый возраст) — 46 человек.

В период нахождения в стационаре больные предъявляли жалобы на головные боли, головокружение, тошноту. На головную боль жаловались 46 % пациентов. У 23 % детей головная боль, в основном, носила периодический, как правило, диффузный

характер, провоцировалась умственным или физическим переутомлением, в 13 % случаях носила периодический характер. Головокружение несистемного характера имело место у 27 % пациентов. Головные боли и головокружение сопровождалась тошнотой в 16 % случаев. Снохождение, сноговорение отмечались в 6 % случаев, ночной энурез — в 3 %. Нарушение сна в виде трудности засыпания, беспокойного, прерывистого, поверхностного сна наблюдалось у 19 % больных.

Жалобы на повышенную утомляемость предъявляли 68 % больных, общую слабость — 21 %, раздражительность — 49 %, обидчивость, плаксивость 26 %, снижение успеваемости — 18 %, снижение памяти, внимания — 31 %, снижение аппетита 22,5 %, изменение поведения — 41 %.

Для детей в возрасте до 10 лет наиболее характерными были общие жалобы: обидчивость, плаксивость, нарушение сна, двигательная расторможенность, снижение аппетита, ночной энурез, носовые кровотечения, в то время как у старших детей наряду с этими жалобами чаще встречались головокружение, тошнота, снижение успеваемости в школе.

В неврологическом статусе имели место ограниченные объемы движений глазами яблоками в стороны у 41 % больных, недостаточность акта конвергенции — у 14 %, положительный симптом Манна — у 33 %, легкая лицевая асимметрия — 7 %, в 23 % случаев был выражен нистагм в крайних отведениях; диссоциация сухожильных рефлексов — у 62,5 % больных, в 26 % случаев определялись патологические рефлексы; вегетативные расстройства — у 35 % пациентов.

У детей младшего возраста (до 10 лет) чаще в неврологическом статусе определялись: неравномерность глазных щелей, ограничение движения глазных яблок в стороны, нистагм в крайних отведениях, патологические рефлексы, асимметрия носогубных складок. У детей старших возрастов — инъекции сосудов склер, слезотечение, пошатывание в позе Ромберга, вегетативные расстройства.

При анализе ЭЭГ-данных отмечено, что у детей с отдаленными последствиями ЗЧМТ и нейроинфекций развивается сложный, многоступенчатый механизм ответных реакций со стороны структур головного мозга.

При визуальной оценке электроэнцефалографических данных общемозговые изменения проявлялись в виде дезорганизации ритмов, регрессии альфа-ритма, преобладании медленных тета- и бета-волн, у большинства детей отмечалась ареактивность при проведении функциональной пробы с фотостимуляцией и парадоксальная реакция при проведении пробы с гипервентиляцией. Выявленные особенности

активности в разных возрастных группах, по-видимому, можно объяснить особенностями созревания различных структур головного мозга.

Таким образом, при отдаленных последствиях ЧМТ и нейроинфекций на ЭЭГ отмечались: в 57 % случаев — нарушения основной корковой ритмики, в 32,3 % — корково-подкорковые нарушения. В младшей возрастной группе выявлены признаки отставания в формировании корковых структур, нарушения в формировании корково-подкорковых связей, появление патологической пароксизмальной активности. Подобные нарушения объясняются воздействием патогенного фактора на функционально незрелый головной мозг. В старшей возрастной группе чаще отмечались парадоксальные реакции при проведении функциональных проб, что указывает на низкие адаптивные возможности нервной системы.

В качестве критерия диагностики психопатологических нарушений для детей школьного возраста мы использовали стандарты, разработанные Американской психиатрической ассоциацией DSM-IV 1994 г., по двум измерениям: нарушения внимания и гиперактивность [1—4]. В качестве критерия диаг-

ности церебрастении для детей младшего возраста мы использовали анкету Коннерса [1]. Анкета заполняется родителями. Если сумма составляет 15 баллов, это обуславливает наличие у ребенка астенического гиперкинетического синдрома.

66 (69 %) пациентов получали энцефабол в качестве базисной терапии в возрастных дозировках, разделенных на 2 приема — утром и днем в течение 5 недель. 30 (31 %) пациентов составили контрольную группу, идентичную по возрасту, перенесенной патологии, жалобам и данным обследования, и получали традиционную терапию.

Динамическое наблюдение за пациентами обеих клинических групп позволило отметить в основной группе положительный эффект в 67 % случаев, в 33 % — без значительного эффекта, в контрольной группе — положительный эффект — в 30 % случаев, без значительного эффекта — 70 % случаев (таблица).

Положительный эффект отмечался по положительной динамике жалоб, данным неврологического осмотра, характеру энцефалографических и нейропсихологических изменений.

Оценка результатов лечения церебрастенического синдрома у детей

	Группы детей							
	Основная группа, лечение энцефаболом				Контрольная группа			
	До 10 лет		10—14 лет		До 10 лет		10—14 лет	
	ЧМТ	нейроинфекции	ЧМТ	нейроинфекции	ЧМТ	нейроинфекции	ЧМТ	нейроинфекции
С положительным эффектом	10	14	12	8	3	2	2	2
Без значительного эффекта	6	5	6	5	5	5	5	6

Таким образом, можно сделать вывод о том, что препарат энцефабол является достаточно эффективным при лечении церебрастенического синдрома у детей, перенесших черепно-мозговую травму и нейроинфекции, причем более выражен эффект у детей младшей возрастной группы, перенесших нейроинфекции.

Список литературы

1. Альтхерр П., Берг Л., Вельфль А. и др. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития / Под ред. Пассольта М.; пер. с нем. В. Т. Алтухова; науч. ред. Н. М. Назарова. — М.: Академия, 2004. — 160 с.
2. Брязкунов И. П., Касатикова Е. В. Непоседливый ребёнок, или всё о гиперактивных детях. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. — 96 с.
3. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей / Грибанов А. В., Волокитна Т. В., Гусева Е. А., Подоплекин Д. Н. — М.: Академический проект, 2004. — 176 с.
4. Политика О. И. Дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. — СПб.: Речь, 2005. — 208 с.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4-th ed. — Washington, 1994.

Надійшла до редакції 29.09.2006 р.

О. Ю. Сухоносова

Особливості корекції церебрастеничного синдрому органічного генезу у дітей

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

У даному дослідженні був вивчений вплив препарату «Енцефабол» на стан дітей з церебрастеничним синдромом, які перенесли черепно-мозгову травму та нейроінфекції. Показана ефективність застосування цього препарату.

O. Yu. Sukhonosova

Correction peculiarities of organic asthenia syndrome in children

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

The experience of correction of asthenia in children with organic central nervous system pathology by using of complex treatment including encephabol is presented in this article. The positive effect of encephabol is shown.