

В.І. Козявкін, Т.Б. Волошин

Використання системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації у комплексному лікуванні дітей з аутизмом

Міжнародна клініка відновного лікування, м. Трускавець, Україна

Вступ. Останніми роками реабілітація аутизму є особливо актуальною, що пов'язано зі збільшенням кількості діагностованих випадків захворювання. Так, за даними Autism Research Institute (США), у 2013 р. кожна 50-та дитина страждає розладами спектру аутизму. У Міжнародній клініці відновного лікування (МКВЛ, м. Трускавець) пройшли лікування понад 500 пацієнтів з розладами спектру аутизму, у абсолютній більшості з них спостерігалась позитивна динаміка. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР), розроблена для лікування дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП), успішно використовується вже понад 20 років і включає різноманітні лікувальні дії, які взаємодоповнюють і потенціюють одна одну. Активуючи процеси пластичності мозку, система реабілітації створює в організмі новий функціональний стан, у більшості пацієнтів спостерігаються не лише покращання рухових можливостей, але й редукція психоневрологічної симптоматики, зменшення ознак деструктивності, покращання соціальних контактів, рівня інтелектуального розвитку, концентрації уваги, поява нових мовних можливостей.

Метою дослідження було оцінити ефективність застосування реабілітації за методом проф. Козявкіна у дітей з аутизмом на підставі оцінювання рівня виразності проявів аутизму за шкалою CARS (Children Autism Rating Scale).

Пацієнти і методи. Обстежено 31 дитину з аутизмом. Критеріями включення у вибірку при первинній рандомізації були: вік дитини від трьох років, відповідність діагностичним критеріям діагнозу «Дитячий аутизм» за МКХ-10, проходження періодичних курсів лікування в МКВЛ (мінімум два курси). Усі без винятку пацієнти отримували базовий набір процедур: біомеханічну корекцію хребта за методом проф. Козявкіна, лікувальну фізкультуру, воско-парафінову аплікації, спеціальну систему масажу, рефлексотерапію, а також арт-терапію, ерготерапію, ритмічну групову гімнастику, комп'ютерну ігротерапію, проведення групових олімпіад та інші методи для покращання соціальної інтеграції дитини.

Базовим критерієм оцінювання була шкала CARS. Вибір даної шкали обумовлений можливістю оцінювати загальний рівень аутичності в балах і порівнювати кількісні показники протягом певного проміжку часу. Оцінювання дітей проводилось за 15 субшкалами: стосунки із людьми; здатність до наслідування; емоційно-перцептивні процеси; моторна вправність; спроможність до адекватного використання предметів; здатність до адаптаційних змін; порушення зорової перцепції; порушення смакової, нюхової, тактильної перцепції; тривожні реакції та страхи; розвиток вербальної комунікації; розвиток невербальної комунікації; загальний рівень активності дитини; розвиток та послідовність пізнавальної діяльності; загальне враження клініциста.

Результати. При повторному оцінюванні дітей з аутизмом за шкалою CARS (на їх останньому курсі реабілітації у МКВЛ) у 19 (61,3±8%) дітей мало місце «виразне чи істотне покращання» за відсутності ознак аутизму чи наявності легких проявів порушень загального розвитку, у 9 (29±5%) дітей — «незначне покращання» та збереження «легких або помірних проявів», у 3 (9,7±3%) дітей психічний стан залишався без значущих змін, зберігалися «тяжкі прояви аутизму». У жодної дитини динаміка балів за шкалою CARS не свідчила про погіршення клінічного стану. При підсумковій оцінці загальної динаміки клінічного стану за шкалою CARS у 28 (90,3±9%) дітей при періодичній реабілітації за методикою СІНР спостерігались позитивні зміни у вигляді зменшення виразності проявів аутизму.

Висновки. У результаті проведеної реабілітації за системою СІНР при порівняльній оцінці за шкалою CARS була відмічена редукція аутистичної симптоматики у 90,3% дітей з аутизмом, при цьому у жодної дитини не спостерігалось посилення проявів дезінтеграції або ускладнень.

Перспективи досліджень полягають у подальшій, з урахуванням вимог доказової медицини, апробації та оцінці інтервенційного потенціалу СІНР для реабілітації дітей з аутизмом.

Н.В. Мишина, А.А. Ефанова, И.В. Македонская

Применение препарата Урсофальк в лечении затяжных конъюгационных желтух и синдрома холестаза у детей с пренатальными поражениями ЦНС

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Введение. Проблема затяжных конъюгационных желтух и синдрома холестаза у детей раннего возраста в последнее время привлекает все большее внимания ученых и практиков педиатрии (О.Г. Шадрин, 2013; Е.И. Юлиш, 2014). Отмечается отчетливая тенденция к более длительному, затяжному течению (более 1–1,5 мес.) конъюгационной желтухи у практически здоровых детей. Наиболее частой причиной конъюгационной желтухи у новорожденных являются их анатомо-физиологические особенности, высокая энтерогепатическая циркуляция билирубина (вследствие повышенной активности бета-глюкуронидазы), нарушение конъюги-

рования (желтуха при кормлении грудным молоком, вследствие приема медикаментов, при синдроме Жильбера, Криглера—Найяра, гипотиреозе и др.). Тем более актуальна такая проблема у детей из групп риска (недоношенность, перинатальные поражения ЦНС, внутриутробные инфекции, задержка внутриутробного развития и т.д.). Именно такие дети, имеющие в анамнезе подчас несколько весомых факторов риска, концентрируются в клинике неврологии раннего детского возраста. Безусловно, дети с перинатальным поражением центральной нервной системы более чувствительны к нейротоксическому действию непрямого билирубина.

Известно, что непрямой билирубин является нейротоксическим ядом и при определенных условиях (недоношенность, гипоксия, гипогликемия) поражает мембрану клеток, вызывает токсическое повреждение гематоэнцефалического барьера, поступает к клеткам мозга, нарушает их метаболизм и, таким образом, способствует развитию дегенеративных изменений в нервных клетках. В условиях, когда нервная система ранее подверглась поражению, нельзя допустить, чтобы какие-либо дополнительные факторы (непрямой билирубин) усилили нарушения метаболизма, вызвали развитие дегенеративных изменений в нервных клетках. Необходимо учитывать также особенности детей раннего возраста, особенно находящихся на грудном вскармливании, принимающих различные медикаменты, включая антиконвульсанты и другие, патогенетически обоснованные в лечении перинатальных поражений ЦНС. Кроме того, у детей раннего возраста все чаще встречаются проявления синдрома холестаза, как изолированно, так и на фоне врожденных аномалий билиарной системы.

Учитывая данную ситуацию, в последние годы мы шире стали применять в клинической практике патогенетически оправданное и безопасное средство, являющееся препаратом выбора у детей раннего возраста с затяжными конъюгационными желтухами и синдромом холестаза, которым является Урсофальк в форме суспензии для перорального применения.

Материалы и методы исследования. Мы использовали Урсофальк как единственный гепатопротектор, обладающий необходимыми в случаях затяжных желтух и

синдрома холестаза, сочетающихся с синдромом цитолиза гепатоцитов, эффектами: цитопротективным, холеретическим, антихолестатическим, антиапоптотическим, антиоксидантным и т.д. Применяли стандартные дозы по 15–20 мг/кг массы тела.

Результаты исследования. Клинический эффект от применения суспензии Урсофалька наблюдали на 7–10 день приема препарата в виде уменьшения выраженности желтухи, улучшения общей активности детей; лабораторные показатели ко второй неделе лечения существенно улучшились (нормализация уровней в крови билирубина, АЛТ, АСТ, уменьшение уровня щелочной фосфатазы, ГГТП). Препарат хорошо переносился больными, побочные явления не отмечались даже при длительном применении.

Кроме того, происходили существенные положительные изменения в неврологическом статусе детей. Темпы регресса неврологической симптоматики повышались, увеличивался объем спонтанной двигательной активности, тонус мышц, активность рефлексов, происходило более быстрое становление показателей нервно-психического развития.

В соматическом статусе уменьшались диспептические проявления, такие как срыгивания, метеоризм, склонность к запорам, кишечные колики, улучшался аппетит и общий эмоциональный статус.

Выводы. Наш 4-летний опыт применения препарата «Урсофальк» в форме суспензии для перорального применения при лечении каждого нового больного ребенка еще и еще раз подтверждает его высокую эффективность, комплексность воздействия и безопасность.

В.Б. Швейкіна

Роль мозкового нейротрофічного фактору на етапі діагностики гіпоксично-ішемічного ушкодження головного мозку у недоношених новонароджених у гострому періоді

Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ

Мета дослідження: вивчити зв'язок між рівнем сироваткової концентрації мозкового нейротрофічного фактору (МНТФ) та формуванням структурних змін головного мозку (різних за характером та ступенем тяжкості) у недоношених дітей з гіпоксично-ішемічним ушкодженням (ГІУ) головного мозку в гострому періоді.

Матеріал дослідження. Проведено суцільне комплексне міждисциплінарне обстеження 81 недоношеної дитини (41 (50,61%) дівчинка та 40 (49,38%) хлопчиків).

Виконано трансекційне дослідження недоношених новонароджених, що включало три поперечні зрізи: I — у пологовому залі (початок гострого періоду), II — на 3–5-ту добу та III — на 26–28-му добу життя (наприкінці гострого періоду).

Критеріями включення недоношених новонароджених у дослідження були: 1) гестаційний вік 26–36 тижнів; 2) гіпоксія в анамнезі; 3) реєстрація функціональних та структурних змін, різних за характером та ступенем тяжкості ГІУ головного мозку, за даними нейросонографії.

За нейросонографічними ознаками було виділено 4 підгрупи (IA, IB, IB, IG). До підгрупи IA увійшли 15 недоношених новонароджених з тяжким ГІУ ЦНС — набряк головного мозку з вірогідним формуванням у подальшому перивентрикулярної лейкомаляції (ПВЛ); підгрупу IB становили 18 недоношених дітей з гіпоксично-геморагічним ураженням ЦНС — внутрішньошлункочковий крововилив (ВШК) I–IV ступеня; підгрупу IB — 19 немовлят з перивентрикулярною гіперехогенністю; підгрупу IG — 21 недоношений новонароджений без структурних змін головного мозку.

Методи дослідження: клінічний моніторинг неврологічних симптомів, інструментальний (НСГ), імунофер-

ментний (визначення рівня МНТФ у сироватці крові). Для визначення у сироватці крові рівня МНТФ застосовано твердофазний імуноферментний метод з використанням реактивів фірми R&D (Велика Британія).

Результати дослідження. При дослідженні сироваткової концентрації МНТФ у недоношених новонароджених з ГІУ ЦНС, а також морфофункціонально незрілих дітей, протягом гострого періоду нами були отримані наступні результати. Сироваткова концентрація МНТФ у пуповинній крові була вірогідно вищою ($p < 0,01$) у недоношених новонароджених підгруп IA, IB та IB, окрім недоношених дітей, які не мали структурних змін за даними нейросонографії (підгрупа IG), порівняно з морфофункціонально незрілими дітьми.

На 3–5-ту добу життя рівень сироваткової концентрації МНТФ знижувався в усіх недоношених новонароджених при порівнянні з вмістом МНТФ у крові пуповини.

При зіставленні рівня змін сироваткової концентрації МНТФ на 3–5-ту добу життя було виявлено, що в підгрупах IB, IB та IG кількісний рівень цього білка з високим ступенем вірогідності ($p < 0,01$) залишався вищим порівняно з морфофункціонально незрілими дітьми. У підгрупі IB середнє значення МНТФ було найвищим.

У недоношених новонароджених з тяжким ГІУ ЦНС (набряк головного мозку та вірогідність формуванням в подальшому ПВЛ) середнє значення МНТФ на 26–28-му добу життя було найнижчим — $5,51 \pm 1,37$ нг/мл, що відрізняло їх від інших немовлят з ГІУ ЦНС ($p < 0,05$).

Висновки. Кількісний рівень МНТФ у сироватці крові та динаміка його змін протягом гострого періоду свідчать про ушкодження головного мозку у недоношених дітей відповідно до характеру та ступеня його тяжкості.