

вались внутрижелудочковые кровоизлияния, которые стали причиной смерти. У 37,5 % детей тяжесть состояния была обусловлена реализацией внутриутробного инфекционного процесса с развитием полиорганной недостаточности.

В целях адаптации развития интенсивных технологий был принят ряд методов. За 2013 год проведено 41 760 часов инвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), что на 46 % больше, чем в 2012 году (28 575 часов), в основном за счет длительного проведения ИВЛ глубоко недоношенным детям.

В 2013 году в 32 случаях была использована технология INSURE (интубация → сурфактант → экстубация). В 21 из них в дальнейшем детям не потребовалась инвазивная ИВЛ. Данная технология стала применяться значительно чаще, учитывая наличие 4 систем СРАР-терапии, в том числе для неинвазивной ИВЛ. В плане респираторной терапии на разных этапах оказания помощи 95 детям проводилась неинвазивная ИВЛ системой СРАР InfantFlow; 12 новорожденным проводилась респираторная терапия в режиме ВЧО ИВЛ осциллятором SensorMedics 3100А.

В 2008 году в Донецком региональном центре охраны материнства и детства разработан и внедрен протокол сурфактантной терапии. В отчетном году данный протокол отредактирован соответственно современным международным рекомендациям. Согласно этому протоколу, в 2013 году сурфактантную терапию препаратами курсурф, сурванта получил 151 ребенок. Было израсходовано 166 флаконов. Выживаемость среди детей, получивших сурфактантную терапию, составила 64 %.

В комплексном лечении новорожденных с гипоксически-ишемическими повреждениями в 2013 году 11 детям проводилась лечебная краниocereбральная гипотермия системой COOLCAP; катетеризация центральных вен, пупочной вены — 65; подключичной вены — 3, глубоких венозных линий — 144, периферических вен — 1500.

За 2013 год 163 (!) новорожденным для проведения ИВЛ производилась интубация трахеи (189 — в 2012 г.), что подтверждает тяжесть неонатальной патологии и степень реанимационной нагрузки.

Таким образом, интенсивное внедрение новых перинатальных технологий в последние годы изменило структуру заболеваемости и смертности среди новорожденных всех весовых категорий. Повышение выживаемости среди различных групп новорожденных, как показывает статья, привело к увеличению инвалидизации, особенно у детей с патологией центральной нервной системы. Улучшение качества и преемственность перинатальной помощи на всех этапах с другими медико-социальными факторами — резерв в снижении заболеваемости, смертности и инвалидизации подрастающего поколения Украины.

УДК 614.254.1:612.8(09)(477.62-25)

БОГУСЛАВСКАЯ Е.Н., ОМЕЛЬЯНЕНКО А.А.,
ЕВТУШЕНКО С.К.

Областная детская клиническая больница,
г. Донецк

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького

ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ г. ДОНЕЦКА

Кабинет нейрофизиологических обследований был открыт на базе ОДКБ в 1989 году. С 01.07.2007 работает в составе диагностического отделения на базе поликлиники ОДКБ. Осуществляет диагностическую помощь детям из городов, сел и районов Донецкой области. В кабинете проводятся компьютерная электроэнцефалография (КЭЭГ) и эхоэнцефалография (ЭхоЭГ).

Обследуются дети в возрасте от 5 дней (находящиеся на лечении в неонатологическом отделении) и до 18 лет, находящиеся на лечении в других отделениях ОДКБ и с амбулаторного приема. В среднем за год проводится 1800–2300 обследований, из них КЭЭГ — 1500–1800, а ЭхоЭГ — 250–350 обследований в год.

Показанием к обследованию являются такие диагнозы: эпилепсия — 528 детей в 2013 г. (235 — в 2003 г.); эпилептический синдром — 245 (452 — в 2003 г.); ВСД + синкопальные состояния — 112 (364), аффективные приступы — 48 (109), синдром ликворно-сосудистой дисфункции — 74 (22), фебрильнопровоцируемые приступы — 57 (127), цефалгии — 143 (259), гиперкинетический синдром — 85 (172), нарушение сна, сноговорение — 76 (21), синдром гипервозбудимости — 46 (56), аномалии развития головного мозга — 120 (0), рассеянный склероз — 2 (0), ЦП — 56 (42), ЧМТ, последствия — 32 (29), энурез — 23 (13); F-диагнозы — 368 (27), ВИЧ-инфицированные — 12 (0), последствия гипоксического поражения ЦНС — 48 (83), опухоли мозга, инсульты — 5 (0), прочие — 61.

Анализируя обращаемость в 2013 и 2003 гг. по нозологическим единицам, можно отметить отсутствие ранее таких диагнозов, как аномалия развития головного мозга, ВИЧ, рассеянный склероз и инсульты у детей. Отмечено увеличение случаев эпилепсии (сюда включены все формы эпилепсии) с 235 до 528, это объясняется выявлением новых форм эпилепсии, которые раньше попадали в другую группу заболеваний (гиперкинезы, синкопе, нарушение сна и сноговорение, фебрильно-провоцируемые приступы). На продуктивность работы влияет тесное взаимодействие неврологов и нейрофизиологов, поэтому на базе неврологического

отделения ОДКБ открыт противоэpileптический центр.

Целью анализа ЭЭГ является клиническое заключение, при формировании которого решаются разные вопросы диагностики.

В прошлые годы могли выявлять только генерализованные формы эpileпсии (абсансные формы и миоклонические эpileпсии), отсюда было большое количество недифференцированных форм эpileпсии и пароксизмальных состояний. Заключение по топике и выявление патологических паттернов отсутствовало. Благодаря работе кафедры детской и общей неврологии ДонНМУ стали диагностироваться новые формы эpileпсии, такие как эpileпсии раннего детского возраста (синдром Веста, Отахары, Айкарди), что стало актуально при исследовании детей, находящихся на лечении в неонатологическом отделении. Все перечисленные формы имеют свой характерный паттерн. Так, для синдромов Айкарди и Отахары характерен паттерн «выпешка — подавление», а для синдрома Веста — паттерн «гипсаритмия», что позволяет вовремя дифференцировать доброкачественные судороги новорожденных от тяжелых форм энцефалопатий.

В старшем возрасте диагностируется доброкачественная парциальная эpileпсия детского возраста Нейрака — Биссара — Гасто с характерными для нее центрально-темпоральными (роландическими) спайками, частота которых увеличивается в фазу медленного сна.

При проведении рутинной КЭЭГ применялись основные функциональные нагрузки, такие как гипервентиляция и ФС.

С 2006 г., используя методические рекомендации кафедры, стали проводить новые функциональные нагрузки, например депривацию сна с последующей записью БЭА мозга в состоянии бодрствования и физиологического сна (стадии дремы, быстрого и медленного сна, а также пробуждения). Запись сна на разных его этапах позволяет выявлять патологическую активность, которая отсутствует в состоянии бодрствования. Например, такие состояния, как электрический эpileптический статус во время медленного сна (ESES), при котором эpileптических приступов может и не быть — только ЭЭГ-паттерн, а ЭЭГ-бодрствования, несмотря на наличие эpileптических приступов в анамнезе, — в пределах нормы. Обследуя детей с задержкой речи при записи сна, мы получили на ЭЭГ электрический эpileптический статус сна, что позволило обнаружить синдром Ландау — Клеффнера. У детей с доброкачественной миоклонической эpileпсией раннего возраста (синдромом Драве) был зарегистрирован электрический эpileптический статус сна. Неясные ночные пароксизмы благодаря записи сна были дифференцированы. Стало также возможным выделение топика очага, что послужило диагностике таких эpileпсий, как

лобная, височная и затылочная, для которых характерны пики и ритмичные волны частотой 1–3 Гц в соответствующих участках мозга.

Выявление разных форм эpileпсии на ранних стадиях заболевания и вовремя поставленный диагноз определяют тактику лечения и дальнейший прогноз течения заболевания и жизни.

УДК 616.831.39-07

БРАГІНА Н.В.

ДУ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України», м. Київ

ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ МОЗОЛЯСТОГО ТІЛА І ЙОГО ДІАГНОСТИКА

Порушення розвитку мозолястого тіла відіграє дуже важливу роль не стільки через його безпосередню функцію, скільки через проміжок часу, коли вони виникають, а саме з 7-го по 20-й тиждень внутрішньоутробного розвитку. У цей час відбуваються найважливіші етапи диференціації мозку. Якщо порушується закладка мозолястого тіла, завжди слід подумати про інші асоційовані порушення закладок. Таким чином, мозолясте тіло є маркером порушень розвитку мозку.

Мозолясте тіло починає будуватись, коли аксони починають перетинати середню лінію, утворюючи місток між гемісферами, у першу чергу в задній частині, потім у коліні, а потім у ділянці тіла і дзьоба. При порушенні закладки має місце повна відсутність мозолястого тіла (агенезія) або його частини (гіпогенезія). При гіпогенезії відсутня задня частина, а передня є. Якщо задня частина є, а відсутні інші частини, ці зміни практично завжди вторинні. Винятком із цього правила є тільки голопрозенцефалія.

Якщо мозолясте тіло відсутнє, аксони починають повертатися раніше, ніж досягають середньої лінії. Мозолясте тіло відіграє вирішальну роль у підтримці стабільності форми бокових шлуночків. Щільно розташовані аксони з медіальної сторони бокових шлуночків у нормі дозволяють їм підтримувати звичайну форму. При агенезії мозолястого тіла може виникати своєрідна форма бокових шлуночків у вигляді півмісяця на коронарних зрізах. Тіла шлуночків можуть виглядати прямими і паралельно розташованими, виникає так звана форма рогів бика.

У ділянці передніх рогів бокових шлуночків стабільність їх форми забезпечується також хвостатими ядрами і при агенезії мозолястого тіла передні роги розширюються незначно. У ділянці ж задніх рогів стабільність форми підтримується тільки за рахунок волокон мозолястого тіла. При агенезії задні роги можуть значно розширюватись. Виникає так звана кольпоцефалія.