

## **Анализ факторов, определяющих развитие ДЦП у ребёнка**

Статья содержит данные анализа факторов, определяющих развитие детского церебрального паралича у ребёнка.

Ключевые слова:

Факторы риска, дети, детский церебральный паралич.

Проблема снижения репродуктивных потерь и сохранение здоровья детей – приоритетные задачи современного общества. ДЦП – одно из самых грозных неврологических заболеваний детского возраста.

Термин "детский церебральный паралич" (ДЦП) объединяет группу различных по клиническим проявлениям синдромов, которые возникают в результате недоразвития мозга и его повреждения на различных этапах онтогенеза и характеризуются неспособностью сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения. Частота ДЦП составляет 2 – 2,5 на 1000 населения.

Целью нашей работы было выявление и анализ факторов риска, определяющих развитие ДЦП у ребёнка. Для этого были поставлены следующие задачи:

- дать комплексную оценку прегравидарного состояния здоровья матери, осложнений в течение беременности, родов, особенностей развития новорожденного в течение неонатального периода.

Исследование проводилось на базе Минского городского центра медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями. Для анализа использовались индивидуальные карты беременных, истории родов и развития новорожденных детей, которым выставлен диагноз ДЦП (n=100). Для составления контрольной группы проанализированы индивидуальные карты женщин с физиологическим течением беременности, истории родов и развития здоровых новорожденных детей (n=100).

Средний возраст беременных основной группы составил 24,5 года (min-19 max-42). Из них 100% имели повторную беременность. Предыдущая беременность закончилась родами у 29% женщин. Остальные случаи распределились следующим образом: аборт - 47%, НБ - 7%, выкидыши - 13%, внематочные беременности - 3%, мертворождение - 1%.

В контрольной группе первобеременные составили 63%. У остальных 37% предыдущая беременность закончилась: родами - 33%, аборт - 3%, выкидышем - 1%.

Для удобства оценки и наиболее полного анализа выделены 4 периода: -  
прегравидарное состояние женщины;  
-осложнения в течение беременности;  
-осложнения в родах;  
- особенности развития ребёнка в течение раннего неонатального периода.

Результаты и обсуждение:

При изучении прегравидарного состояния у женщин основной группы, по сравнению с контрольной группой достоверно чаще встречались следующие признаки: хронический тонзиллит (10%), миома матки (6%), ПМК (6%), СД (5%),

Rh-(19%), суженый таз(7%), проф. вредности(4%).

В течение беременности у женщин основной группы отмечались следующие признаки: угроза прерывания(92%), в\м гипоксия плода(36%), пиелонефрит беременной(15%), анемия беременности(59%), кольпит во время беременности(51%), многоплодная беременность(16%), преждевременная отслойка плаценты(18%), преждевременное созревание плаценты(15%).

Осложнения в родах: преждевременные роды(71%), ягодичное или тазовое предлежание плода(16%), раннее отхождение вод(18%), слабость родовой деятельности(18%), тугое обвитие пуповины(15%), быстрые роды(7%), асфиксия в родах(7%), длительный период стояния головки в родовых путях(7%), инструментальное родовспоможение(2%), родовая травма черепа(2%).

Средний вес новорождённых составил 3040г, средний вес 48см. Это можно объяснить тем, что недоношенные среди всех новорождённых составили 71%. Средняя оценка новорождённых по шкале Апгар на первой минуте составила 5,9 балла, на пятой минуте – 6,8 балла. 39% новорождённых находились на ИВЛ. 7% новорождённых в течение раннего неонатального периода перенесли воспаление вещества или оболочек мозга.

На основе полученных данных, методом статистической обработки материала была разработана шкала оценки риска возникновения ДЦП у ребёнка. Каждый из вышеперечисленных признаков получил от 1 до 5 баллов по следующим критериям: наиболее значимый признак -5 баллов; признак, встречающийся с частотой 70 -100% - 4 балла; 20 -69% - 3 балла; 10-19% -2 балла; менее 10% - 1 балл.

Будущая мама, в зависимости от количества набранных баллов, на каждом этапе попадает в группу высокого, среднего или низкого риска возникновения ДЦП у ребёнка. Разработаны рекомендации для каждой группы риска на протяжении всех этапов наблюдения.

Прегавидарное состояние женщины: низкий риск: 0-1 балла; средний риск: 2-4 балла; высокий риск: 5баллов и выше.

Рекомендации для женщин всех групп риска:

Обязательное планирование беременности: полное врачебное обследование, выдерживание интервала между родами, психоэмоциональная подготовка женщины, отказ от вредных привычек, рациональное питание, тёплый «климат» в семье.

Течение беременности: низкий риск: 0-4 балла; средний риск: 5-9 балла; высокий риск: 10баллов и выше.

Рекомендации по ведению беременности:

Высокий риск: оценка биофизического профиля плода, антенатальная КТГ, УЗ плацентография и плацентометрия ,доплерометрическое исследование маточно-плацентарного кровотока с интервалом 2-3 дня, оценка состояния тромбоцитарного звена, определение активности щелочной фосфатазы, определение уровня АФП, оценка гормонального статуса: ХГ, ПЛ, прогестерон, эстрогены

Средний риск: оценка биофизического профиля плода, антенатальная КТГ, доплерометрическое исследование маточно-плацентарного кровотока с интервалом 5-8 дня, определение уровня АФП

Низкий риск: оценка биофизического профиля плода, антенатальная КТГ, доплерометрическое исследование маточно-плацентарного кровотока в обычных сроках.

Течение родов: низкий риск: 0-9 балла; средний риск: 10-14 балла; высокий риск: 15 баллов и выше.

Рекомендации по родоразрешению:

! Для высокого и среднего риска обязательна интранатальная КТГ в режиме мониторинга для оценки акушерской ситуации

Высокий риск: бережное родоразрешение без родостимуляции и инструментального родовспоможения. При ухудшении акушерской ситуации – выбор в пользу КС + полная, 100% готовность реанимационной врачебной бригады и оборудования для оказания первичной реанимационной помощи ребенку

Средний риск и низкий риск: тактика в зависимости от акушерской ситуации.

#### **Выводы:**

1. У подавляющего числа матерей в течение беременности и родов имело место сочетание нескольких неблагоприятных факторов, которые, усугубляя друг друга, влияли на развитие ДЦП у ребенка.

2. Главные прогностические перинатальные факторы риска развития ДЦП у ребенка – угроза прерывания беременности (особенно повторяющаяся), В\м гипоксия плода, асфиксия в родах.

3. Прогнозирование риска развития ДЦП у ребенка при помощи предложенной шкалы позволит проводить раннюю диагностику и коррекцию данной патологии

4. Улучшение прегравидарного состояния здоровья женщины, планирование беременности, уменьшение воздействия неблагоприятных анте- и интранатальных факторов – главное направление в профилактике ДЦП у ребенка

#### **Литература**

1. Цукер, М. Б. Клиническая невропатология детского возраста / М. Б. Цукер. М., 1978.

2. Бадалян, Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба. Киев, 1988.

3. Володин, Н. Н. Перинатальная энцефалопатия и её последствия – дискуссионные вопросы семиотики, ранней диагностики, терапии / Н. Н. Володин // Российский педиатрический журнал. 2001 № 1. С 4–8.

4. Кирющенко, А. П. Влияние вредных факторов на плод / А. П. Кирющенко. М., 1978.

5. Колгушкина, Т. Н. Основы перинатологии / Т. Н. Колгушкина. М., 2007.

6. Кулаков, В. И. Руководство по охране репродуктивного здоровья / В. И. Кулаков. [и др.]. М., 2001.

7. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. М., 1999.

8. Персианинов, Л. С. Асфиксия плода и новорожденного / Л. С. Персианинов. М.: Медицина, 1967.

9. Шишко, Г. А. Инструкция по интенсивной терапии гипоксических состояний у новорожденных / Г. А. Шишко. М., 2002.

10. Bayley, N. Bayley scales of infant development / N. Bayley; N.2end Manual. NY: The Psychological corporation, 1993.
11. Dubowitz, L. The neurological assessment of the preterm and full-term newborn infant / L. Dubowitz // Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal Edition, 2001. Vol. 85. P. 78.