



CLINICAL AND NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS IN CHILDREN WITH POST-TRAUMATIC ENCEPHALOPATHY

Y.N. Madjidova¹, D.Sh. Nasirova²

¹Tashkent Pediatric Medical Institute

²Tashkent Pediatric Medical Institute

ABSTRACT

The article presents the results of examination of 34 children aged 7 to 18 years old, diagnosed with post-traumatic encephalopathy. Of these, 21 (62%) are boys and 13 (38%) are girls. The majority were children from 12 to 18 years old 70%, children 7-11 years old 30%. In all children, regardless of the severity of TBI, in the period of long-term consequences, the main complaints are: headaches, asthenovegetative disorders leading to a rather long-term decrease in performance and cognitive impairment. Children of both study groups with both mild and moderate TBI had a history of disseminated microorganic symptoms, symptoms of autonomic dysfunction and asthenization of the nervous system, which was more pronounced in children of the second group.

KEYWORDS: *children, post-traumatic encephalopathy, autonomic dysfunction, asthenization of the nervous system.*

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Я.Н. Маджидова,

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Д.Ш. Насирова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Аннотация: в статье приводятся результаты обследования 34 детей в возрасте от 7 до 18 лет, с диагнозом посттравматической энцефалопатии. Из них 21 (62%) мальчики и 13 (38%) девочек. Большую часть составили дети от 12 до 18 лет 70%, дети 7-11 лет 30%. У всех детей независимо от степени тяжести ЧМТ, в период отдалённых последствий основными жалобами являются: головные боли, астеновегетативные расстройства приводящие к довольно длительному снижению работоспособности и к когнитивным нарушениям. У детей обеих групп исследования как с легкой степенью так и со среднетяжелой степенью ЧМТ в анамнезе отмечалась рассеянная микроорганическая симптоматика, симптомы вегетативной дисфункции и астенизация нервной системы, более выраженная у детей второй группы.

Ключевые слова: дети, посттравматическая энцефалопатия, вегетативная дисфункция, астенизация нервной системы.



Актуальность: Черепно-мозговая травма это повреждение механической энергии черепа и внутричерепного содержимого [2]. Это одна из самых распространённых видов травматических патологий, составляющих до 30-40% в общей группе травматизма. В структуре закрытых ЧМТ у детей и подростков 76-89% случаев, приходится на легкие и средне - тяжёлые формы, который по сравнению с тяжёлыми и крайне тяжёлыми формами имеют относительно благоприятный исход. Но, однако, несмотря на это, оказывают существенное влияние на дальнейшее гармоничное развитие детей.

В течение ЧМТ выделяют три основных периода: острый, промежуточный и отдалённый [2]. Острый период – это промежуток времени от момента повреждающего воздействия на головной мозг с расстройством его регуляторных и очаговых функций до стабилизации на том или ином уровне нарушенной общемозговой деятельности и функции организма в целом. Промежуточный период – это время от начала относительной стабилизации общей мозговых и очаговых функции до их полного или частичного восстановления. Отдалённый период – это период полного выздоровления, либо максимально достижимой реабилитации нарушенных функции, однако в то же время в этом периоде возможно прогрессирования новых патологических признаков обусловленных полученной травмой [1].

Выраженность психо - неврологических последствий травм головного мозга в отдалённом периоде, напрямую зависит от степени её тяжести в остром периоде. Также следует учитывать и то, что в детском возрасте головной мозг более пластичен чем у взрослых, это часто не даёт полноценного представления о последствиях перенесённых травм и возможных отсроченных патологических проявлений, не выявленных в момент осмотра.

В связи с этим совершенствование методов своевременной диагностики и терапии последствий травмы мозга в детском возрасте, является актуальной проблемой не только медицины, но и любой общественной системы в целом [3].

Целью нашего исследования, является изучение клинико-неврологических особенностей посттравматической энцефалопатии у детей.

Материалы и методы исследования:

Нами было обследовано 34 ребёнка в возрасте от 7 до 18 лет, с диагнозом посттравматической энцефалопатии. Из них 21 (62%) мальчики и 13 (38%) девочек. Большую часть составили дети от 12 до 18 лет 70%, дети 7-11 лет 30%. Срок давности перенесённой ЧМТ к моменту нашего исследования, составлял от 2 до 6 лет в среднем ($5,3 \pm 2,6$ лет).

Для решения поставленных задач исследования были сформированы две клинические группы. В первую клиническую группу с последствиями ЧМТ лёгкой степени были включены 24 ребёнка, из них 15 (62.5%) мальчиков и 9 (37,5%) девочек. Во вторую группу с последствиями ЧМТ средне - тяжёлой степени вошли 10 детей, из которых 6 (60%) мальчики, 4 (40%) девочки.

В обследованные группы не вошли дети с указанием в анамнезе перинатальной патологии ЦНС, с задержкой моторного и психического развития, перенесшие нейроинфекции, страдающие хроническими соматическими заболеваниями.

В исследуемых группах проводился тщательный сбор анамнеза, путём расспроса пациентов и их родственников, исследование неврологического статуса, проводили ЭЭГ головного мозга, нейровизуализационные методы исследования (МРТ и МСКТ головного мозга), проводили оценку соматического статуса ребенка.

Результаты и обсуждение: результаты проведенного исследования показали, что у детей с последствиями ЧМТ, независимо от степени тяжести травмы, основными предъявляемыми жалобами были головная боль в первой группе с легкой степенью ЧМТ встречалась у 88%, тогда как в группе детей со средней тяжестью- у 90%, представленная преимущественно головной болью напряжения (88%), реже мигренозной головной болью (12%), часто провоцирующаяся сменой погоды, эмоциональным и физическим напряжениями. Пациенты жаловались на периодические головокружения, имеющие несистемный характер, в большей части связанные с метеолабильностью, усталостью, отмечались на пике головной боли, соответственно 54% в первой и 70% во второй группе.



Таблица 1
Характеристика жалоб у детей, перенесших черепно-мозговые травмы.

Основные жалобы	I группа (n=24)		II группа (n=10)	
	Абс	%	Абс	%
Головная боль	21	88 %	9	90 %
Головокружение	13	54 %	7	70 %
Тошнота	11	46 %	4	40 %
Повышенная утомляемость	20	85 %	9	90 %
Раздражительность	14	58%	7	70%
Нарушение сна	13	54 %	6	60 %
Снижение памяти	12	50 %	7	70 %
Снижение внимания	13	54 %	6	60 %

На фоне головной боли и головокружения возникала очень часто тошнота 46% и 40%, соответственно, более выраженная у детей с легкой степенью ЧМТ, которая часто возникала при езде в транспорте. Такие жалобы как нарушение сна (54% и 60 %), снижение памяти (50% и 70%) и внимания (54% и 60%) были более выражены в группе детей со среднетяжелой ЧМТ.

При исследовании неврологического статуса отмечался синдром рассеянной церебральной микросимптоматики, куда входили мелкокоразмашистый горизонтальный нистагм у 54% детей первой группы, у 80% детей второй группы со среднетяжелой формой ЧМТ в анамнезе.

Таблица 2
Данные объективного неврологического обследования у детей с последствиями ЧМТ.

Основные жалобы	I группа (n=24)		II группа (n=10)	
	Абс	%	Абс	%
Нистагм (горизонтальный мелкокоразмашистый)	13	54 %	8	80 %
Точки Валле болезнены	4	16 %	4	40 %
Центральный парез 7 пары	14	58 %	8	80 %
Легкая девиация языка	5	21 %	8	80 %
Гипотония мышц	8	33 %	7	70 %
Оживление сухожильных рефлексов	18	75 %	9	90 %
Интенция (легкая) при ПНП	6	25%	8	80%
Неустойчивость в позе Ромберга	5	21%	7	70%

Такие симптомы как болезненность точек Валле- у 16% и 40% детей соответственно, центральный парез 7 пары более выражен во второй группе-80%, в первой группе составил 58%, легкая девиация языка у 80% детей второй группы и 21% детей первой группы с легкой степенью ЧМТ. Также у детей обследуемых групп отмечались незначительные координаторные нарушения в виде неустойчивости в позе Ромберга у 70% детей, интенции при выполнении пальценосовой пробы у 80 %детей со среднетяжелой формой ЧМТ в анамнезе. Тогда как в группе детей с легкой степенью ЧМТ отмечалось у 21% детей неустойчивость в позе Ромберга и у 25% детей легкая интенция при проведении пальценосовой пробы. Такие нарушения в двигательной сфере как оживление сухожильных рефлексов у 75%

детей первой группы и 90% второй группы, гипотония мышц у 33% первой группы и 70% второй группы. Необходимо отметить, что более выраженные симптомы неврологической микросимптоматики отмечались в группе детей со среднетяжелой формой ЧМТ в анамнезе. При этом синдром очаговой симптоматики отмечался у детей старшей возрастной группы и практически не был выявлен у детей младшего возраста, что может объясняться высокими компенсаторными возможностями головного мозга у детей более младшего возраста.

Почти у всех детей обследуемых групп отмечались признаки вегетативной дисфункции в виде в виде мраморности кожных покровов(у 33%первой группы и 60% второй группы), гипергидроза ладоней и стоп (у 70% первой группы и 80% второй группы%),



метеолабильности (у 75% первой и 90% второй групп), признаки астенизации нервной системы в виде повышенной утомляемости (у 83% первой и 90% второй группы), раздражительности (у 54% первой и 70% второй группы), нарушения сна - у 54 % первой и 60% второй групп соответственно, выражающиеся в позднем засыпании и частых пробуждениях среди ночи, с трудностью засыпания, тревожности в поведении (у 41% в первой группе и 30% детей во второй), эмоциональной лабильности у всех пациентов обеих групп . Таким образом сравнительный анализ результатов исследования показал как симптомы астенизации так и вегетативную дисфункцию более выраженную во второй группе со среднетяжелой формой ЧМТ в анамнезе.

Не менее значимые были результаты ЭЭГ, МРТ показателей. Так по данным ЭЭГ исследования у детей с последствиями ЧМТ независимо от степени тяжести отмечались изменения альфа ритма и диффузное усиление медленно - волновой активности более выраженные у детей второй группы старшего возраста.

На МРТ наблюдалась легкая кортикальная атрофия и гипертензионный синдром, также более выраженные во второй клинической группе.

Выводы

У всех детей независимо от степени тяжести ЧМТ, в период отдалённых последствий основными жалобами являются: головные боли, астеновегетативные расстройства приводящие довольно длительно к снижению работоспособности и когнитивным нарушениям. У детей обеих групп исследования как с легкой степенью так и со среднетяжелой степенью ЧМТ в анамнезе отмечалась рассеянная микроорганическая симптоматика, симптомы вегетативной дисфункции и астенизация нервной системы более выраженная у детей второй группы .

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Немкова С.А., Заваденко Н.Н., Маслова О.И., Каркашадзе Г.А., Диагностика и коррекция когнитивных нарушений у детей с последствиями черепно-мозговой травмы. Москва, Педиатрическая фармакология/2014/том 11/№3.
2. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. и др. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. М., 1998.-Т. 1.-549 с.
3. Немкова С.А., Заваденко Н.Н., Нестеревский Ю.Е., Москва/Вопросы практической педиатрии, 2015, №3, с 48-57