

дискуссионным. В результате сравнения силлеров разных химических групп следует заметить, что согласно выше приведенных критериев максимально приближенным к данным показателям есть силлеры на основе эпоксидных смол. Эта группа силлеров удобна для внесения, имеет гомогенную консистенцию и обеспечивают максимальную адгезию к поверхности дентина корневого канала, при этом снижая риск возникновения вторичного инфицирования корневого канала.

Ключевые слова: силлер, эндодонт, лечение, адгезия, шлиф зуба.

Стаття надійшла 18.11.10 р.

debatable. It is necessary to notice as a result of comparison of sillers of different chemical groups, that concordantly the higher resulted criteria maximally close to these indexes is sillers on the basis of epon. This group of sillers is comfortable for bringing, has homogeneous consistency and provide maximal adhesion to the surface of dentine of root-channel, here reducing the risk of origin of the second infecting of root-channel.

Key words: siller, endodontium, treatment, adhesion, slice of tooth.

УДК: 616-053.31-001.8-085.214.2

В. А. Похотилько
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Львів

МЕДИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТА НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З АСФІКСІЄЮ ПОРІВНЯНО ЗІ СТАНДАРТНИМ КОМПЛЕКСОМ ЛІКУВАННЯ НА ОСНОВІ АНАЛІЗУ ОБСТЕЖЕННЯ НЕМОВЛЯТ ЗА ШКАЛОЮ НЕЙРОПОВЕДІНКОВОГО МОНИТОРИНГУ

У роботі представлені результати клінічної ефективності лікувального комплексу з додатковим введенням Ліпіна з Цереброкуріном® порівняно із стандартним лікуванням у новонароджених після перенесеної асфіксії. Показано, що включення Ліпіна з Цереброкуріном® в стандартний комплекс лікування новонароджених з гіпоксически-ишемическим поразкою ЦНС після перенесеної асфіксії покращує адаптаційно-компенсаторні реакції дитини при дії стресових чинників.

Ключові слова: асфіксія, новонароджені, нейроповеденческий моніторинг, Ліпін, Цереброкурін®.

Стаття є фрагментом науково-дослідної роботи Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України «Розробити технології підвищення ефективності діагностики, профілактики та лікування ЦМВ інфекції та герпесу II типу у новонароджених від інфікованих матерів» (держ. реєстраційний № 0105Y000308).

Гіпоксичні ураження центральної нервової системи (ЦНС) плода та новонародженого в останні роки займають одне з перших місць у структурі захворюваності та смертності дітей [8]. Саме асфіксія під час пологів є причиною 23% смертей новонароджених в усьому світі [9]. За даними Т. М. Кліменко, С. В. Водяницької у 13 % дітей, що перенесли гіпоксію, але мали нормальні показники нейросонографічного дослідження, в подальшому розвинулась клініка інвалідизуючих уражень ЦНС. Вказане диктує необхідність пошуку маркерів структурно-функціональної недостатності ЦНС [4]. В останні роки великий інтерес у вчених та практичних лікарів викликають нові напрямки діагностики та терапії, які б дозволили індивідуалізувати лікування та реабілітацію хворих з органічними ураженнями ЦНС [1, 5]. На жаль, існуючі метааналізи та рандомізовані дослідження не дають чітких рекомендацій щодо лікування та реабілітації дітей, які перенесли асфіксію. Тому актуальними є дослідження щодо застосування нових методик, котрі ґрунтуються на патогенетичних аспектах перинатальної асфіксії [3].

Метою роботи було оцінити клінічну ефективність лікувального комплексу метаболічної та нейропротекторної терапії порівняно зі стандартним лікуванням у новонароджених, які перенесли асфіксію, на основі динамічної оцінки у них неврологічного статусу за шкалою нейроповедінкового моніторингу (ШНПМ).

Матеріал та методи дослідження. Було проведено рандомізоване дослідження, що включало 230 немовлят. Розподіл дітей на групи відбувався таким чином. Діти, які мали на 20-й хвилині після народження 7 та менше балів за шкалою Апгар, випадковим методом були рандомізовані та розпочинали отримувати один з трьох варіантів лікування: а) стандартне лікування, б) стандартне лікування з Ліпіном, в) стандартне лікування з Цереброкуріном®. В подальшому в кінці третьої доби життя після оцінки клінічних і параклінічних критеріїв діти були додатково розподілені на групи залежно від тяжкості асфіксії відповідно до наказу № 312 МОЗ України [7]. Таким чином, було сформовано 7 дослідних груп: I групу склали здорові новонароджені (n=70), II групу – новонароджені з помірною асфіксією (n=55) та III групу – новонароджені з тяжкою асфіксією, які отримували стандартне лікування (n=25), IV групу – новонароджені з помірною асфіксією (n=30) та V групу – новонароджені з тяжкою асфіксією (n=10), яким додатково до стандартної терапії призначався Ліпін, VI групу – новонароджені з помірною асфіксією (n=30) та VII групу – новонароджені з тяжкою асфіксією (n=10), яким додатково до стандартної терапії призначався Цереброкурін®. Ліпін новонародженим, які перенесли асфіксію призначався у дозі 10-15 мг/кг внутрішньовенно одноразово, з першої по шосту добу життя, Цереброкурін® – у дозі 0,5 мл внутрішньом'язево на першу, третю та

п'яту добу. Стандартний комплекс лікування новонароджених на етапі пологового стаціонару згідно Наказу №312 МОЗ України [7] включав: дотримання теплового захисту, лікування дихальних розладів, респіраторну підтримку за потребою дитини, корекцію метаболічних розладів (гіпоглікемії, гіпокальціємії, ацидозу), корекцію гіповолемічних розладів, профілактику та лікування бактеріальних інфекцій, організацію оптимального парентерального й ентерального харчування (грудне молоко). Критеріями залучення дітей у дослідження були: згода батьків на дослідження; термін гестації дітей 38-40 тижнів; маса тіла дитини при народженні більше 2800 г.

Наявність вроджених вад розвитку, внутрішньоутробного інфікування, жовтяниці будь-якого генезу в першу добу життя дитини слугували критеріями виключення з дослідної групи. Моніторинг безпеки пацієнтів при призначенні Ліпіну, Цереброкуруину® відбувався за наступними критеріями: зміна неврологічного статусу, артеріального тиску, ЧСС, частоти дихання, засвоєння їжі, зміни характеру випорожнень, діурезу, зміни на шкірі, появу яких можливо було пов'язати з введенням зазначених препаратів, а не пояснити іншими причинами.

Для вивчення клінічної ефективності запропонованого методу лікування у новонароджених було використано ШНПМ, оцінювання за якою проводилось на першу та шосту добу їх життя. На даний спосіб оцінки неврологічного статусу немовлят отримано патент на корисну модель [6]. Шкалу формують три складові: неврологічна, котра дозволяє оцінювати збереженість нервової системи; поведінкова, яка оцінює реактивність дитини при дії сенсорних подразників, тобто наскільки дитина готова до сприйняття інформації навколишнього оточення, та стресова складова, що оцінює реакцію дитини на стресові дії. За допомогою запропонованої шкали оцінювали паттерни: зникання (3 критерії), зосередження (7 критеріїв), заспокоєння (1 критерій), реакції на огляд (7 критеріїв), регуляцію функцій нервової системи та пристосування до змін навколишнього середовища (14 критеріїв), якість рухів (6 критеріїв), рефлекси (13 критеріїв), активний тонус (8 критеріїв) та пасивний тонус (5 критеріїв), а також реакція на стрес за 69 критеріями. Результати обстеження заносились у розроблену уніфіковану анкету, в якій усі можливі відповіді дитини при обстеженні того чи іншого паттерну заздалегідь були градуєвані на атипові, субтипові та типові. Стан дитини при обстеженні кожного критерію оцінювався тільки 1 балом, який заносився у категорію «атипові», «субтипові» або «типові» відповіді, потім отримані бали склалися в межах одного паттерну (наприклад, паттерн «заспокоєння», атипові відповіді – 1 бал) та в цілому (наприклад, «загальна кількість атипових відповідей» – 32 бали). При обстеженні реакцій дитини на стрес виставлявся 1 бал у разі наявності критерію (наприклад, міоклонус) та 2 – бали у разі його відсутності. За допомогою параметричних методів визначалися основні статистичні характеристики, а саме: середнє значення (M), похибка середнього значення (m), довірчі інтервали (ДІ) [2].

Результати дослідження та їх обговорення. Результати дослідження показали, що сформовані групи вірогідно не відрізнялись за поширеністю факторів ризику перинатального анамнезу (табл. 1, 2, 3, 4).

Таблиця 1

Особливості перебігу вагітності у матерів дітей дослідних груп, які отримували стандартне лікування та комплекс стандартного лікування з Ліпіном

Показники	Дослідні групи			
	II група n=55	IV група n=30	III група n=25	V група n=10
	M (ДІ)	M (ДІ)	M (ДІ)	M (ДІ)
Паритет вагітності	2,02 1,53:2,50	1,64 1,16:2,18	1,7 31,35:2,12	1,8 1,1:2,50
Загальна кількість ускладнень на одну жінку	1,40 1,10:1,70	1,0 0,64:1,37	1,56 1,09:2,03	1,1 0,48:1,72
Ускладнення вагітності:	Абс.%	Абс.%	Абс.%	Абс.%
токсикоз	2 3,63±2,52	1 3,33±3,28	2 8,0±5,43	0 0±7,82
загроза переривання вагітності	20 36,36±6,49	6 20,0±7,30	10 40,0±9,80	4 40,0±15,5
анемія	15 27,27±6,01	7 23,33±7,72	1 4,0±3,92	0 0±7,82
фетоплацентарна недостатність	16 29,01±6,12	8 26,67±4,95	9 36,0±9,6	5 50,0±15,8
багатоводдя	7 12,73±4,50	2 6,67±2,56	1 4,0±3,92	0 0±7,82
маловоддя	3 5,45±3,06	2 6,67±2,56	2 8,0±5,43	0 0±7,82
стаціонарне лікування	2 3,63±2,52	0 0±3,04	2 8,0±5,43	1 10,0±9,49
кольпіт	9 16,36±3,86	2* 6,67±2,56	2 8,0±5,43	0 0±7,82

Примітка: * – $p < 0,05$ відносно показників II групи.

Аналіз результатів клінічної ефективності запропонованого нами комплексу лікування із застосуванням Ліпіну та обстеження новонароджених за шкалою нейро-поведінкового моніторингу показало, що новонароджені з помірною асфіксією, як на тлі застосування стандартного комплексу з Ліпіном, так і без нього на шосту добу показують однакову загальну кількість атипових відповідей, відповідно 24,21 % та 25,5 %

($p > 0,05$). Більш детальний аналіз результатів оцінювання новонароджених за ШНПМ показав, що вже на шосту добу після застосування Ліпіну кількість атипівих відповідей, які показують новонароджені IV групи з паттерну звикання, є достовірно нижчою, ніж кількість атипівих відповідей, які показують діти на тлі застосування стандартного лікування. За всіма іншим паттернами нами констатовано тенденцію до меншої кількості атипівих відповідей, які показують новонароджені діти IV групи порівняно з дітьми II групи, але ці зміни не мають статистичного значення (рис. 1). Що стосується клінічної ефективності Ліпіну у новонароджених із тяжкою асфіксією, то нами не отримано достовірної різниці у загальній кількості атипівих відповідей, які показують новонароджені III та V груп. Зокрема, при тяжкій асфіксії на тлі застосування стандартного лікування новонароджені на шосту добу показують 39,16 (95 % ДІ 31,4:46,0) %, а на тлі застосування стандартного комплексу з Ліпіном – 52,74 (95 % ДІ 39,4:66,1) %.

Таблиця 2

Особливості перебігу вагітності у матерів дітей дослідних груп, які отримували стандартне лікування та комплекс стандартного лікування з Цереброкурином®

Показники	Дослідні групи			
	II група n=55	VI група n=30	III група n=25	VII група n=10
	М (ДІ)	М (ДІ)	М (ДІ)	М (ДІ)
Паритет вагітності	2,02 1,53:2,50	1,9 1,37:2,43	1,73 1,35:2,12	2,0 1,23:2,77
Загальна кількість ускладнень на одну жінку	1,40	0,82	1,56	0,7
	1,10:1,70	1,09:1,46	1,09:2,03	0,28:1,12
Ускладнення вагітності:	Абс.%	Абс.%	Абс.%	Абс.%
токсикоз	2 3,63±2,52	2 6,67±4,56	2 8,0±5,43	0 0±7,82
загроза переривання вагітності	20 36,36±6,49	11 36,67±8,80	10 40,0±9,80	2 20,0±12,65
анемія	15 27,27±6,01	3* 10,0±5,48	1 4,0±3,92	1 10,0±9,49
фетоплацентарна недостатність	16 29,01±6,12	3* 10,0±5,48	9 36,0±9,6	0** 0±7,82
багатоводдя	7 12,73±4,50	3 10,0±5,48	1 4,0±3,92	1 10,0±9,49
маловоддя	3 5,45±3,06	1 3,33±8,61	2 8,0±5,43	0 0±7,82
стаціонарне лікування	2 3,63±2,52	0 0±3,04	2 8,0±5,43	0 0±7,82
кольпіт	9 16,36±3,86	1 3,33±8,61	2 8,0±5,43	2 20,0±9,49

Примітки: * – $p < 0,05$ відносно показників II групи; ** – $p < 0,05$ відносно показників III групи.

Таблиця 3

Особливості перебігу пологів у матерів дітей дослідних груп, які отримували стандартне лікування та комплекс стандартного лікування з Ліпіном

Показники	Дослідні групи			
	II група n=55	IV група n=30	III група n=25	V група n=10
	М (ДІ)	М (ДІ)	М (ДІ)	М (ДІ)
Паритет пологів	1,35 1,17:1,52	1,16 1,01:1,31	1,4 1,14:1,66	1,4 0,97:1,83
Загальна кількість ускладнень на одну жінку	0,87	0,93	1,04	0,4
	0,65:1,09	0,67:1,20	0,71:1,37	0,08:0,72
Оцінка за шкалою Апгар на 1-й хвилині (бали)	5,07	4,93	2,44	2,45
Оцінка за шкалою Апгар на 5-й хвилині (бали)	4,74:5,41	4,50:5,36	2,08:2,80	1,87:3,04
Маса при народженні (г)	6,71 6,45:6,97	6,76 6,49:7,04	4,33 3,72:4,94	3,0 2,26:3,74
Маса при народженні (г)	3523,76	3440,86	3482,04	3449,36
	3393,0:3654,5	3271,6:3610,6	3331,3:3632,8	3030,6:3868,2
Ускладнення пологів:	Абс.%	Абс.%	Абс.%	Абс.%
слабкість пологової діяльності	6	6	5	1
стимуляція пологової діяльності	10,91±4,2	20,0±7,3	20±8,0	10,0±9,49
відшарування плаценти	2	1	0	0
передчасне відходження навколоплідних вод	3,64±2,53	3,33±3,28	0±3,59	0±7,82
Кесарів розтин	1 1,82±1,80	2 6,67±4,56	2 8,0±5,43	0 0±7,82
порожнинні щипці	4	2	2	1
амніотомія	7,27±3,50	6,67±4,56	8,0±5,43	10,0±9,49
епізіотомія	11 20,0±5,39	5 16,67±6,8	4 16,0±7,33	1 10,0±9,49
прееклампсія	1 1,82±1,80	1 3,33±3,28	1 4,0±1,99	0 0±7,82
обвиття пуповини	3 5,45±3,06	3 10,0±5,48	2 8,0±5,43	0 0±7,82
аспірація	9	2	2	0
аспірація	16,36±4,99	6,67±4,56	8,0±5,43	0±7,82
	10	1	1	0
аспірація	16,36±4,99	3,33±3,28	4,0±1,99	0±7,82
	18,18±5,20	6* 20,0±7,30	24,0±8,54	0±7,82
аспірація	18,18±5,20	11	9	2**
	18,18±5,20	36,67±8,8	38,0±5,72	20,0±4,43

Примітки: * – $p < 0,05$ відносно показників II групи; ** – $p < 0,05$ відносно показників III групи.

Таблиця 4

Особливості перебігу пологів у матерів дітей дослідних груп, які отримували стандартне лікування та комплекс стандартного лікування з Цереброкурином®

Показники	Дослідні групи			
	II група n=55	VI група n=30	III група n=25	VII група n=10
	M (ДІ)	M (ДІ)	M (ДІ)	M (ДІ)
Паритет пологів	1,35 1,17:1,52	1,27 1,08:1,45	1,4 1,14:1,66	1,4 1,08:1,72
Загальна кількість ускладнень на одну жінку	0,87 0,65:1,09	1,03 0,76:1,31	1,04 0,71:1,37	0,8 0,31:1,29
Оцінка за шкалою Апгар на першій хвилині (бали)	5,07 4,74:5,41	5,76 5,31:6,20	2,44 2,08:2,80	2,0 1,49:2,51
Оцінка за шкалою Апгар на п'ятій хвилині (бали)	6,71 6,45:6,97	6,31 6,06:6,57	4,33 3,72:4,94	3,4 2,37:4,52
Маса при народженні (г)	3523,76 3393,01:36,54,52	3394,41 3268,35:3520,48	3482,04 3331,30:3632,78	3750,0 3413,56:4086,45
Ускладнення пологів:	Абс. %	Абс. %	Абс. %	Абс. %
слабкість пологової діяльності	6 10,91±4,2	2 ,67±4,56	5 20±8,0	0 0±7,82
стрімкі пологи	0 0±1,72	11* 36,67±8,8	0 0±3,59	0 0±7,82
стимуляція пологової діяльності	2 3,64±2,53	3 10,0±5,48	0 0±3,59	0 0±7,82
відшарування плаценти	1 1,82±1,80	3 10,0±5,48	2 8,0±5,43	0 0±7,82
Передчасне відходження навколоплідних вод	4 7,27±3,50	0 0±3,04	2 8,0±5,43	2 20,0±12,65
Кесарів розтин	11 20,0±5,39	3 10,0±5,48	16 4,0±7,33	2 20,0±12,65
Порожнинні щипці	1 1,82±1,80	1 33,33±8,61	1 4,0±1,99	0 0±7,82
амніотомія	3 5,45±3,06	0 0±3,04	2 8,0±5,43	0 0±7,82
епізiotомія	9 16,36±4,99	0* 0±3,04	2 8,0±5,43	0 0±7,82
пreeклампсія	2 3,64±2,53	0 0±3,04	1 4,0±1,99	1 10,0±9,49
обвиття пуповини	9 16,36±4,99	1 3,33±8,61	6 24,0±8,54	3 30,0±14,49
аспірація	10 18,18±5,20	3 10,0±5,48	9 38,0±5,72	2 20,0±12,65

Примітка: * – p<0,05 відносно показників II групи.



Рис. 1. Результати нейроповедінкового моніторингу обстежених немовлят із помірною асфіксією за окремими паттернами (бали) на шосту добу життя. Примітка: * – p<0,05 порівняно з новонародженими дітьми, які отримували стандартне лікування.



Рис. 2. Кількість балів, які показують новонароджені обстежених груп, на шосту добу життя за окремими паттернами. Примітка: * – p<0,05 порівняно з новонародженими дітьми, які отримували стандартне лікування.

Аналіз обстеження новонароджених за ШНПІМ виявив, що немовлята з помірною асфіксією на тлі застосування Цереброкурину® на шосту добу життя показують достовірно нижчий показник загальної кількості атипичних відповідей, ніж діти, які отримували стандартне лікування, відповідно 20,39 (95 % ДІ 18,09:22,68) %

проти 25,5 (95 % ДІ 22,3:28,71 %), $p < 0,05$. Зокрема, нами констатовано достовірну різницю у кількості балів, які показують новонароджені, з наступних паттернів: реакція на огляд, регуляція, якість рухів та рефлексії (рис. 2).

Обстеження новонароджених із тяжкою асфіксією за ШНПМ на тлі застосування Цереброкуруину® виявило відсутність достовірної різниці у кількості атипових відповідей загалом 51,04 (95 % ДІ 38,38:63,69) % та 39,16 (95 % ДІ 31,4:46,91) % і за окремими паттернами, які показують діти III та VII груп, що свідчить про відсутність клінічного ефекту застосування Цереброкуруину® на шосту добу життя і обумовлено, на нашу думку, коротким терміном застосування вказаного препарату. Побічних реакцій на введення Ліпіну або Цереброкуруину® у новонароджених дослідних груп не спостерігалось.

Висновки

1. Новонароджені з помірною асфіксією на шосту добу життя на тлі застосування стандартного комплексу лікування з Ліпіном показують достовірно нижчу кількість атипових відповідей, ніж діти, які отримували стандартне лікування. Достовірної різниці у загальній кількості атипових відповідей у немовлят із тяжкою асфіксією при застосуванні Ліпіну в порівняно зі стандартним комплексом лікування не було отримано.
2. Як свідчать результати ШНПМ, новонароджені з помірною асфіксією, які лікувалися Цереброкуруином®, на шосту добу показують достовірно менший відсоток атипових відповідей, ніж немовлята, які отримували стандартне лікування. Тобто застосування Цереброкуруину® в комплексному лікуванні дітей із помірною асфіксією сприяє кращому відновленню у них функцій нервової системи.
3. Таким чином, включення в стандартний комплекс лікування в неонатальному періоді новонароджених, які перенесли асфіксію, препаратів вітчизняного виробництва Ліпіну та Цереброкуруину® покращує адаптаційно-компенсаторну здатність дитини справлятися зі стресовими факторами.

Література

1. Барашнев Ю. И. Перинатальная неврология / Ю. И. Барашнев. – М. : Триада-Х, 2001. – 640 с.
2. Гублер Е. В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии / Е. В. Гублер. – Л., 1990. – 180 с.
3. Дильмурадова К. Р. Новые возможности ноотропной терапии в неонатологии / К. Р. Дильмурадова // Педиатрия, анестезиология и интенсивная терапия : V Российский конгресс : Мат. конгресса. – М., 2009. – С. 100.
4. Клименко Т. М. К вопросу о стратегии сурфактантной терапии у недоношенных новорожденных с респираторным дистрессом / Т. М. Клименко, С. В. Водяницкая // Актуальні проблеми неонатології : науковий симпозиум : Мат. симпозиуму. – Судак, 2006. – С. 75–80.
5. Цераксон как эффективный нейропротектор в лечении и реабилитации детей первого года жизни с органическими поражениями ЦНС / С. К. Евтушенко, Н. В. Яновская, О. С. Евтушенко [та ін.] // Международный неврологический журнал. – 2007. – № 3 (13). – С. 21–25.
6. Пат. 27622 Україна, МПК А61В10/00 Спосіб оцінювання неврологічного статусу немовлят, які перенесли перинатальну гіпоксію / Знаменська Т. К., Похилько В. І., Костюкова К. О., Ковальова О. М., Шевченко Л. І., Розова К. В. ; заявник та патентовласник ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України» – № 200706885 ; заявл. 19.06.2007 ; опубл. 12.11.2007, бюл. № 18.
7. Про затвердження клінічного Протоколу з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим. [Наказ № 312 МОЗ України від 8.06.2007 року]. – К., 2007. – 54 с. – (Нормативні директивні правові документи).
8. Современные биохимические критерии диагностики перинатальных гипоксических поражений ЦНС у новорожденных детей / О. В. Гончарова, М. И. Баканова, А. Г. Муталов [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2007. – № 4. – С.13–18.
9. Zanelli S. A. Stanley D.P. Hypoxic-ischemic encephalopathy. 2009. [http: / emedicine. medscape. com/article/973501](http://emedicine.medscape.com/article/973501)

Резюме

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ И НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С АСФИКСИЕЙ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ ПО ШКАЛЕ НЕЙРОПОВЕДЕНЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА

Похилько В. И.

В работе представлены результаты клинической эффективности лечебного комплекса с дополнительным введением Липина с Цереброкуруином® в сравнении со стандартным лечением у новорожденных после перенесенной асфиксии. Показано, что включение Липина с Цереброкуруином® в стандартный комплекс лечения новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС после перенесенной асфиксии

EFFECTIVENESS OF METABOLIC AND NEUROPROTECTIVE FOR NEWBORNS WITH BIRTH ASPHYXIA DETERMINED BY ANALYZING FINDINGS OF CHILDREN EXAMINATION ACCORDING TO NEUROBEHAVIORAL MONITORING SCALE

Pokhyl'ko V.I.

This paper presents the results of randomized study of clinical effectiveness of a therapy approach including the administration of both Lipin and Cerebrocurin® as compared to standard therapy for newborns with birth asphyxia. It has been established the introduction of both Lipin and Cerebrocurin® in standard therapy for newborns with hypoxic-ischemic CNS disturbances caused by perinatal asphyxia promotes adaptive and compensatory responses in children under

улучшает адаптационно-компенсаторные реакции ребенка при действии стрессовых факторов.

Ключевые слова: асфиксия, новорожденные, нейроповеденческий мониторинг, Липин, Цереброкурин®.
Стаття надійшла 20.10.10 р.

the influence of stress factors and facilitates more rapid recovery of their active and passive tonus.

Key words: asphyxia, newborns, neurobehavioral monitoring, Lipin, Cerebrocurin®.

УДК: 616.379-008.64-053.2-06+618.8-053.2

Н.С. Пилигоровська
Національна медична академія дослідженням обстеження ім. П. Д. Шуплика, м. Київ

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ДІТЕЙ ЩО ХВОРОТЬ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Під нашим спостереженням знаходилося 100 дітей, які перебували на лікуванні у відділенні ендокринології НДСЛ “ОХМАТДИТ” з діагнозом ЦД. У віці 10 – 15 років було – 74 (74%) дитини, у віці 16 – 18 було 26 (26%) дітей. Серед обстежених дівчат було 54 (54%), а хлопчиків 46 (46%). Клінічне, електронейроміографічне та реовазографічне співставлення дозволяє виявити діабетичну полінейропатію в дебюті захворювання. Клінічне, електронейроміографічне та реовазографічне співставлення доцільно впровадити як скринінгове щодо групи ризику з діабетичної полінейропатії серед хворих на інсулін залежний ЦД.

Ключові слова: Цукровий діабет, діабетична полінейропатія, електронейроміографія, реовазографія.

Цукровий діабет (ЦД) є однією із визначальних медико-соціальних проблем. Це зумовлюється з одного боку, значним зростанням захворюваності за останні десятиріччя, а з другого боку тим, що специфічна цукрознижуюча терапія сприяє збільшенню тривалості життя хворих [14,15]. Неухильне зростання кількості хворих на ЦД – 1 типу, особливо дітей та підлітків, важкі судинні ускладнення, рання інвалідизація пацієнтів змушують розглядати цукровий діабет як одну з найбільш важливих медико-соціальних проблем. У зв'язку з чим є актуальною рання діагностика одного із найбільш частих ускладнень цукрового діабету - діабетичної полінейропатії (ДП), яка призводить до зниження якості життя, інвалідизації та смерті хворих. Значне зростання частоти діабетичних полінейропатій дає підставу вважати, що ураження центральної та периферичної нервової системи є характерною патофізіологічною особливістю цукрового діабету [8].

Існує багато факторів, що мають схильність до появи даного ускладнення, серед них: стан декомпенсації цукрового діабету, наявність діабетичної ретинопатії, мікроальбумінурії, куріння, зниження змісту ліпопротеїдів високої платності, збільшення рівню тригліцеридів, перенесення діабетичної (кетоацидотичної) коми в анамнезі, підвищення діастолічного тиску [1,10,11,16]. Діабетична полінейропатія відноситься до одних з самих ранніх та найпоширеніших ускладнень ЦД [3,4]. Вона суттєво погіршує якість життя хворого та перебіг захворювання. Патогенез ДП складний та включає численні етіологічні фактори: метаболічні, судинні, гіпоксичні, генетичні, аутоімунні, оксидативний стрес тощо [2,6,9]. Вище згадані чинники призводять до порушення трофіки та гіпоксії в нервових волокнах [8,12]. В більшості хворих ДП має характер дистальної симетричної сенсомоторної полінейропатії [4,7].

Полінейропатію при цукровому діабеті лише умовно можна вважати його ускладненням, у зв'язку з тим, що функціональні порушення периферичної нервової системи спостерігаються уже в дебюті захворювання, тому інколи при неврологічному обстеженні пацієнта неврологу першому вдається встановити діагноз ЦД у хворого, який раніше не знав про нього [13,15]. Початок ДП часто непомітний і діагностується лише при маніфестації захворювання та наявності виражених клінічних проявів. Ми вважаємо, що вчасна діагностика (із врахуванням сучасної класифікації) та ранній початок лікування ДП має для України надзвичайно велике значення як метод запобігання інвалідизації людей. В залежності від методів обстеження ДП виявляється у 60% хворих [5,8]. Зважаючи на те, що судинна теорія патогенезу ДП не втратила своєї актуальності, в зв'язку з тим, що вона постійно доповнюється результатами біохімічних та нейрофізіологічних досліджень, використання у діагностичному комплексі методів електронейроміографії (ЕНМГ) та реовазографії судин нижніх кінцівок (РВГ) є досить перспективним поєднанням для якомога ранньої діагностики функціональних змін у волокнах периферичної нервової системи та розробки адекватних методів лікування, які б забезпечили стійкі віддалені результати відносно запобігання появи клінічної симптоматики ДП та поліпрагмазії ЦД. Численні дослідження (DCST, UKPDS) показали, що інтенсивна терапія цукрового діабету з підтриманням рівня цукру, який близький до нормоглікемії, значно знижує вірогідність розвитку ДП [15]. Удосконалення діагностичних заходів при ДП залишається актуальною задачею. Зважаючи на те, що дані щодо клініко-параклінічних кореляцій при ДП у дітей передпубертатного та пубертатного віку фрагментарні, співставлення даних дослідження особливостей клінічного перебігу з даними електронейроміографічного обстеження та реовазографічного дослідження судин нижніх кінцівок є вкрай актуальними.

Метою роботи було удосконалення діагностичної тактики при діабетичних полінейропатіях, у дітей перед пубертатного та пубертатного віку, базуючись на даних клініко-нейрофізіологічного (ЕНМГ, РВГ) співставлення.

Матеріал та методи дослідження. Нами було проведене комплексне клініко-нейрофізіологічне обстеження 100 хворих, у віці 10-18 років, які перебували на лікуванні у відділенні ендокринології НДСЛ