

спортивные
тренировки

Скорбуна С.Д.



16 ноября 2019 года в помещении нашей Организации состоятся консультации нейро-инфекционистом

родителей детей с ДЦП, гиперактивностью, эпилепсией и РАС, а также постинсультных больных.

В последние годы отмечается увеличение частоты врожденных инфекций, причём преимущественно вирусной этиологии. Высокая младенческая смертность, а также детская инвалидизация в результате инфекционной патологии являются серьёзной демографической проблемой. Заражение плода и инфекционный процесс может начаться во внутриутробном периоде, во время родов, либо постнатально. Это так называемые перинатальные или внутриутробные инфекции (ВУИ). Наиболее распространённые ВУИ обозначаются синдромом TORCH.

Аббревиатура TORCH используется для обозначения круга заболеваний, включающих токсоплазмоз (Toxoplasmosis), сифилис (Other), краснуху (Rubella), цитомегаловирусную

инфекцию (Cytomegalovirus) и герпетическую инфекцию (Herpes simplex virus).

Во многих странах эта аббревиатура изменена на STARCH, включив инфекцию, вызванную вирусом иммунодефицита человека (AIDS). Опасность синдрома TORCH и других вирусных инфекций заключается в том, что они вызывают 80% врожденных пороков развития у детей. Среди них ведущее место занимают поражение ЦНС, врожденный порок сердца и почек. Установлено, что инфицирование плода в I триместре беременности приводит к развитию у него микро-, гидроцефалии, пороков сердца, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, скелета, катаракты, глухоты.

Инфицирование во II и III триместрах вызывает у плода гепатоспленомегалию, анемию, желтуху, гипотрофию, пневмонию, менингоэнцефалит, сепсис.

В 2007 году и первой половине 2008 года прошли обследование и лечение 105 детей, с выставленным диагнозом ДЦП, олигофрении, с задержками в психо-речевой и двигательной сферах не уточненного генеза. Возраст детей колебался от 6 месяцев до 14 лет. Всем детям были проведены: КЭЭГ, ВП, МРТ, (по показаниям выполнена ПЭТ) головного мозга, УЗИ внутренних органов, клинические анализы крови и мочи по общепринятым методикам, исследование на инфекции TORCH- комплекса методами полимеразной цепной реакции и иммуноферментного анализа с определением иммуноглобулинов G и M. У всех детей был отягощен пре- и перинатальный анамнез: угроза прерывания беременности была отмечена у 69% матерей, причем у половины из них в 1-м и 2-м семестрах, сильный токсикоз -41%, иммуноконфликт -23%, хроническая внутриутробная гипоксия плода -73%, у 31% матерей выявлено обострение генитального герпеса, 15% матерей лечились от бесплодия, более 30% матерей перенесли ОРВИ и 5% токсоплазмоз во время беременности. Признаки фетоплацентарной недостаточности наблюдались у 65% матерей, а обострение хронического уреоплазмоза, хламидиоза, микоплазмоза наблюдались у 40% матерей.

Наиболее часто у обследованных больных (более 45%) верифицирована хронически-персистирующая цитомегаловирусная и герпетическая инфекция с явлениями вялотекущего лейкоэнцефалита, у 21% - нейроинфекция, обусловленная листериозом, уреоплазмозом, хламидиозом. В 18% случаев дети перенесли внутриутробно токсоплазмоз, кандидоз, микоплазмоз, осложненные уросепсисом, пневмонией с отеком легких, желудочным и кишечным кровотечением, а также менингитом и менингоэнцефалитом. У 6 % пациентов выявлены поствакцинальные поражения головного мозга. У 5% диагностирован острый менингоэнцефалит и у 3% острый радикулоганглионеврит, обусловленный ассоциацией герпетических вирусов (ВПГ, Варицелла -Зостер, Эпштейна-Барра).

У трети детей диагностирована внутриутробная пневмония, гипотрофия, у 40% -

неонатальная желтуха, гепато-спленомегалия, тимомегалия и субклиническая дисфункция щитовидной железы, пороки сердца и соединительной ткани обнаружены у 10% пациентов, у 6% пороки развития мочеполовой системы, у 30% патология органов зрения (глаукома, микрофтальмия, колобома, атрофия зрительных нервов) и др. .

По данным нейровизуализации у 56% обследованных больных обнаружены субкортикальные кисты и кисты в парехиме мозга, у 42% - субатрофия коры больших полушарий, вентрикуломегалия - 46%, очаги глиоза и перивентрикулярной лейкомаляции - 52%, истончение мозолистого тела - 27%, врожденные аномалии мозга -11%, внутрижелудочковые кровоизлияния 65% и окклюзии ликворовыводящих путей - 2%.

У большинства детей с перенесёнными ВУИ наблюдалось формирование грубого неврологического дефекта - до 77% от общего числа пациентов, в виде: тетрапареза, парапареза, гемипареза, спастической диплегии, гемиплегии, статомоторной и сенситивной атаксии. У 45 % наблюдались интеллектуальные и поведенческие нарушения, эписиндром - у 55%. При более "лёгком" исходе перенесённых ВУИ в 33 % случаев выявлен синдром ММД (минимальных мозговых дисфункций) в виде гиперактивности с дефицитом внимания. Данные нарушения отличались стойкостью проявлений и резистентностью к медикаментозному лечению, а также в 15% переходящих в "неправильное поведение". Таким образом, ВУИ имеют наибольший процент в этиологии развития ДЦП, умственной отсталости и эпилепсии у детей.

Поэтому очень важно проводить диагностику по выявлению ВУИ у беременных женщин и новорожденных детей.

Но, что же происходит на самом деле?

При рождении, в роддомах у 70 % детей берут кровь на TORCH-синдром. Затем детей выписывают домой без результатов, но с диагнозом: либо ВУИ, либо последствие ВУИ - если ребёнок тяжёлый. Результаты исследований по TORCH-синдрому делаются в течении от 5 до 14 дней, плюс время на доставку в детскую поликлинику по месту рождения ребёнка. Кроме этого, являясь "золотым стандартом" вирусологический метод недоступен большинству медицинских учреждений, так как культивирование с использованием клеточных культур является процессом трудоёмким, дорогостоящим, требующим высокой квалификации персонала. Достоверность и чувствительность метода зависит: от времени, прошедшего с момента забора материала до посева; качества забора материала и условий транспортировки; качества используемых сред и

реагентов.

К сожалению, не все медицинские учреждения соблюдают эти правила и требования, что отражается на точности результатов.

Итак, результаты доставлены и прикреплены в карточку, но только в 10 % бывают оценены педиатрами или детскими неврологами! Ситуация по "детству" в стране такова: если острых клинических проявлений ВУИ нет, то про неё просто забывают. А в случае выставленного в роддоме диагноза ВУИ, чаще всего он не учитывается, при дальнейшем появлении у ребёнка эпи-припадков и другой неврологической симптоматики - выставляется уже другой диагноз (детский церебральный паралич, эпилепсия, олигофрения и т.д.).

Другой вариант. Если у ребёнка изначально было тяжёлое состояние при рождении, а затем он плохо развивается и выявляются пороки развития других органов, то выставляется диагноз; последствие перенесённой ВУИ, а детей предлагают сдать в специальный интернат, как бесперспективных.

Как при первом, так и втором варианте, применяемое "стандартное" лечение детей сосудистыми, противосудорожными, ноотропными и т.д. препаратами оказывается неэффективным! Это происходит потому, что вирусы эволюционировали вместе со своими хозяевами и приобрели гены, позволяющие им адаптироваться к изменяющейся иммунной системе человека. Они научились модулировать (изменять) свою активность или скрываться от основных компонентов иммунной системы человека, которые должны бороться с вирусами. Всё это даёт вирусам "нелегально" персистировать (находиться) в организме и жить, либо в ганглиях (нервных узлах) черепно-мозговых нервов в случае герпеса, либо в слюнных железах при цитомегавирусе и т.д. Затаившиеся вирусы при удобном случае (переохлаждение и гиперинсоляция организма, стресс, ОРЗ и т.д.) начинают активизироваться, размножаться и проникать в мозг гематогенно (через кровь), либо ретроаксонально. Это приводит к развитию хронической вялотекущей нейроинфекции с развитием, так называемого "Порочного круга". Для которого характерно медленное диффузное поражение всего вещества мозга, угнетение работы гематоэнцефалического барьера, разрушение миелиновых оболочек аксонов, снижение общего иммунитета. А так же угнетение клеток хореоидального сплетения желудочков мозга, что приводит к нарушению обратной абсорбции (всасыванию) лишнего ликвора и нарушению процессов микроциркуляции с развитием гемоликворной дистензии. Эти изменения сохраняют уже имеющуюся гидроцефалию, или приводят к ней. Увеличенные внутримозговые желудочки постоянно сдавливают проводящие пути, тем самым поддерживая парезы или параличи на прежнем уровне.

ГЛАВНАЯ ОПАСНОСТЬ "порочного круга" при нейро-инфекции заключается в том, что со временем незрелая иммунная система ребенка начинает воспринимать свой мозг, как ЧУЖОЙ ОРГАН?! И... начинает вырабатывать против него антитела, разрушающие не только проводящие пути (нервы), но и само мозговое вещество.

Таким образом хронические ВУИ не только поддерживает выраженность имеющихся неврологических и психических дефектов у ребёнка, но и в дальнейшем утяжеляет их степень, или в случае их отсутствия вызывает их развитие.

Василенко Федор Иванович, академик РАЕН, д.м.н., профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, врач-невролог высшей категории.