

# ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Е.В. ЛОИК, В.А. ГОЛИК, Е.Н. МОРОЗ, А.В. РУСИНА, Л.В. ГРЕБЕНКИНА

Днепропетровская медицинская академия, кафедра медико-социальной экспертизы, УкрГосНИИМСПИ

Органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС) уже давно перестало быть лишь медицинской проблемой и стало в большей мере проблемой социальной, требующей для своего решения денежных ресурсов как государства, так и семьи. Поэтому к реабилитационным технологиям для максимальной адаптации больных в обществе предъявляются самые высокие требования.

Детским церебральным параличом (ДЦП) называют совокупность синдромов, являющихся следствием повреждения головного мозга на разных этапах его развития. Это непрогрессирующее заболевание, связанное со структурными изменениями вещества головного мозга, характерной особенностью которого является преимущественное нарушение моторного развития ребенка. Двигательные расстройства в 10 % случаев сочетаются с нарушением речи, у 25–30 % детей наблюдаются нарушения слуха, у 20–30 % имеет место умственная отсталость, часто выявляются расстройства речи, особенно звукопроизношения (65–85 %). Эпилептический синдром очень часто сопровождает течение ДЦП (до 65 %), причем синдром эпилептической энцефалопатии без явных судорог намного чаще встречается у детей до 9-летнего возраста. Именно это состояние порой не позволяет провести активную реабилитационную терапию, повышая судорожный порог ЦНС; с другой стороны, наличие судорог или эпилептических паттернов на ЭЭГ в функционально значимых зонах мозга мешает его правильному функционированию.

Нами были обследованы и пролечены 46 детей с ДЦП в возрасте от 6 мес. до 9 лет с эпилептическими пароксизмами.

10 % детей наблюдались с тяжелым течением эпилепсии с ежедневными приступами, у 42 % детей отмечалось течение эпилептического процесса средней степени тяжести с ежемесячными приступами, и 48 % больных имели редкие приступы.

Всем больным были проведены нейровизуализация (МРТ, МРТ-ангиография или МРТ-спектроско-

пия), ЭЭГ, а по возможности — ЭЭГ-мониторирование, доплерограмма, логопедическое и нейропсихологическое обследование.

При проведении анализа данных объективного обследования была выявлена корреляция выраженности поражения нервной системы со степенью тяжести симптоматической эпилепсии. У детей с тяжелыми приступами преобладали значительные структурные изменения в виде атрофического процесса, гидроцефалии или объемных образований (кисты). У детей со среднетяжелой и особенно легкой эпилепсией грубых структурных изменений не выявлялось — чаще наблюдался умеренный атрофический процесс или расширение желудочков и субарахноидальных пространств.

Особенно важно подчеркнуть тот факт, что когда на МРТ не выявлялось грубых структурных изменений, при спектроскопии четко обнаруживались участки мозга со значительным нарушением процессов энергообмена в виде гиперинтенсивных сигналов лактата, миоинозитола, а также липидов, что связано с нарушением структуры клеточных мембран в результате гипоксического поражения мозговой ткани. В свою очередь, у всех обследованных детей с ДЦП было отмечено снижение содержания в мозговой ткани основных нейрометаболитов (N-ацетиласпартата, креатина и холина) в среднем до 20–30 %, коррелировавшее с тяжестью ДЦП и эпилепсии.

Картина ЭЭГ характеризовалась задержкой биоэлектрического созревания мозга, снижением функциональной активности нейронов и наличием эпилептиформных паттернов, максимально — в месте патологического процесса.

В клинике у всех детей с ДЦП превалировали генерализованные судорожные припадки, парциальные, абсансы и их сочетание. 89 % детей принимали антиконвульсанты (как монотерапию — 54 %, комбинацию — 35 %). Отобранные нами дети имели различные формы ДЦП.

Реабилитационное лечение включало применение гидролизатов мозга (Цереброкурин®), проведение

транскраниальной и транвертебральной магнитостимуляции (ТКМС, ТВМС) с форсированной сенсорной стимуляцией основных анализаторных систем.

Известно, что гидролизаты мозга повышают в нервной клетке синтез белка, ДНК, а также оказывают ростостимулирующее действие, инициируя образование новых дендритов и новых межнейронных связей. Благодаря этим свойствам они вызывают у детей с ДЦП перестройку функциональных систем, запуск или восполнение незавершенной нейронной миграции. В зависимости от возраста и физического развития ребенка Цереброкурин вводили в дозе от 0,5 до 2 мл в/м в первой половине дня. Количество инъекций варьировало от 10 до 20.

ТКМС обладает глубиной проникновения 2 см, влияя преимущественно на верхние слои коры головного мозга, и способна усиливать мозговую кровоток, а применение высокочастотной ритмической стимуляции приводит к повышению в мозге общего метаболизма глюкозы. Нами применялась лечебная ТКМС детям с ДЦП, у которых была симптоматическая эпилепсия или наличие на ЭЭГ эпилептиформных паттернов, свидетельствующих об дезинтегративном состоянии мозга. Кроме того, учитывая множественное и многоуровневое поражение ЦНС при ДЦП, мы применяли транвертебральную магнитостимуляцию. Для ТКМС использовали магнитостимулятор «Нейро-МС» (Иваново) с диаметром катушки 10 см. Стимуляцию проводили с частотой от 1 до 10 Гц, максимальная индукция — 2 тесла, длительность процедуры 10–15 мин. Курс состоял из 10–15 сеансов. Расположение катушек при ТКМС соответствовало корковой локализации стимулируемой функции и на эпилептический очаг. При

ТВМС акцент был сделан на шейное и поясничное утолщение.

Дети получили от 1 до 5 курсов реабилитационной терапии.

После проведенного лечения у всех детей была отмечена позитивная динамика в развитии двигательных, психоречевых и интеллектуально-конструктивных навыков. При повторной ЭЭГ менее чем у половины больных запись существенно не изменилась, у 37 % отмечались положительные сдвиги в сторону увеличения индекса альфа-активности, улучшения реакции на ритмическую стимуляцию, уменьшения эпилептиформных паттернов. У 16 % пролеченных детей (прежде всего у детей с редкими приступами и невыраженными органическими нарушениями) отмечалась резко положительная динамика: эпилептическая активность на ЭЭГ купирована. Влияние данной реабилитационной тактики на течение эпилептического процесса также выявило положительную динамику: только у 4 детей (8,7 %) были отмечены учащение приступов, головные боли и гипервозбудимость, у 27 детей (58,7 %) существенных изменений частоты приступов не было отмечено, а у 15 детей (32,6 %) приступы были купированы.

Таким образом, применение пептидного модулятора Цереброкурина® в сочетании с транскраниальной и транвертебральной магнитной стимуляцией при лечении детского церебрального паралича, сочетающегося с симптоматической эпилепсией, является наиболее эффективным, поскольку инициирует и активизирует структурное и функциональное созревание ЦНС и одновременно позволяет купировать эпилептические приступы.

*Список литературы находится в редакции* □