

Введение

Перинатальные поражения центральной нервной системы являются самой частой причиной неврологических заболеваний раннего детского возраста и инвалидности с детства. Цель перинатологии — не просто сохранить жизнь ребенку, а сделать ее социальной и полезной для общества, полноценной, приносящей радость семье и самому ребенку.

Для решения этих задач идет постоянный процесс изучения и наращивания практического опыта в деле снижения частоты и тяжести повреждающих мозг ребенка перинатальных факторов. В мировой медицине существует 4 направления в этой работе:

1. Повышение качества ведения беременности, контроль за состоянием плода и своевременная коррекция нарушений.
2. Оптимизация ведения родов для уменьшения возможной интранатальной асфиксии как основного фактора неблагоприятного влияния на мозг новорожденного.
3. Оказание своевременной неонатальной помощи младенцу любого гестационного возраста; использование «золотого часа»; проведение своевременных реанимационных мероприятий; проведение пролонгированного лечения.
4. Восстановительное лечение в постнеонатальном периоде для уменьшения последствий поражения мозга и снижения риска инвалидности.

До выписки из неонатального стационара ребенок получает терапию, направленную на улучшение мозгового кровообращения, устранение метаболических нарушений, вызванных гипоксией/ишемией. Однако в постнеонатальном периоде врач может столкнуться с последствиями перенесенного состояния. В зависимости от тяжести поражения эти изменения могут быть видны сразу или обнаружиться позднее — это определяет тактику ведения. В случае отсроченных проявлений, согласно мировым данным, лечение следует проводить при появлении или выявлении признаков неблагополучия. Профилактическое лечение в данной ситуации не несет значимой пользы, но может иметь негативные последствия, поскольку любое лекарственное средство, тем более проникающее в центральную нервную систему, может оказать неожиданное влияние на формирование нервной системы в целом.

Алгоритм действий врача в постнеонатальном периоде при ведении ребенка, перенесшего перинатальную гипоксию/ишемию

При первом осмотре ребенка проводится **оценка факторов риска**: анализ анамнеза; ретроспективное определение наличия и степени тяжести перенесенной гипоксии/ишемии по шкале Апгар; наличие кислородной поддержки и ее длительности, самостоятельного сосания и прибавки массы тела; анализ результатов нейровизуализирующих обследований, а также проведенной терапии в остром периоде и ответа на нее ребенка

Методы нейровизуализации, в частности нейросонография (НСГ), являются дополнительными и выполняются, если есть показания к их проведению в постнеонатальном периоде. Такими показаниями является не анамнез ребенка, а появление отклонений в приросте навыков, резкое ухудшение состояния и неврологического статуса. Методы нейровизуализации используются для уточнения диагноза при наличии клинических симптомов неблагополучия. При их отсутствии выявленные особенности картины на НСГ не имеют клинической значимости и не требуют медикаментозного лечения

Определение условного индивидуального фактора риска реализации той или иной степени тяжести перинатального поражения.
Индивидуальное прогностическое значение относительно, особенно у недоношенных детей

Клиническая оценка состояния ребенка, включая совокупность факторов: физическое развитие; вскармливание; соматические параметры; неврологический статус по соответствующей шкале (например, по шкале ИНФАНИБ); прирост психомоторных навыков (обязательно по специализированным шкалам оценки) для количественной оценки статуса и активных умений ребенка в соответствии с возрастом (для недоношенных – скорректированным возрастом)

По параметрам неврологического статуса, приросту психомоторных навыков **ребенок соответствует своему фактическому или скорректированному возрасту**

На данном этапе лечебные мероприятия не требуются. Общий режим и уход

Положительная динамика прироста функций относительно возраста ребенка

Лечебные мероприятия не требуются. Общий уход. Консультирование родителей по занятиям с ребенком дома

По параметрам неврологического статуса отклонений нет, однако при оценке прироста психомоторных навыков отмечается **отставание в приросте** доречевых и когнитивных **функций**

Консультирование родителей по домашним занятиям с ребенком, направленным на развитие тех параметров, которые имеют относительную задержку

Контроль через 1 мес.

Прирост когнитивных и доречевых функций **отсутствует или минимален**

Показано медикаментозное лечение

У ребенка отмечаются нарушения в неврологическом статусе и **задержка прироста** навыков по всем параметрам развития

Комплексная реабилитация: медикаментозное лечение в сочетании с методами физической терапии – массаж общий и специализированный, сенсорная стимуляция, ЛФК, физиопроцедуры

Медикаментозная терапия имеет ограничения в связи с тем, что, несмотря на длительные поиски эффективных средств стимуляции нервной системы на первом году жизни, все еще не существует препаратов, имеющих уровень доказательности А.

Препаратами первого выбора являются наиболее безопасные средства, обладающие наименьшими побочными эффектами и не вызывающие болевых ощущений при введении, т. е. пероральные средства в детских формах выпуска.

Наиболее патогенетически обоснованным и отвечающим вышеуказанным требованиям может считаться препарат на основе гопантеновой кислоты **Пантогам® сироп**, который рассматривается в качестве препарата первого ряда. **Пантогам®** влияет на ГАМК и дофаминовый обмен и стимулирует анаболические процессы в нейрональных клетках. Эффект достигается при длительном применении – не менее 60 дней. Первые симптомы улучшения наблюдаются через 14 дней от начала терапии. Контроль эффективности по скорости прироста психомоторных навыков рекомендуется проводить через 30, 60 и 90 дней.

Фармакотерапия детей с перенесенным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС: результаты исследования¹

Пациенты и методы:

- 90 детей обоего пола в возрасте 6–12 мес., рожденных недоношенными (гестационный возраст – 32–36 нед.), с задержкой психомоторного развития вследствие перенесенного гипоксически-ишемического поражения ЦНС, имеющие показания к применению ноотропных препаратов и находящиеся на амбулаторном или стационарном лечении.
- Рандомизация в 2 группы по 45 пациентов: группа Пантогам® (стандартная терапия + Пантогам®), группа плацебо (стандартная терапия + плацебо).
- Обследование в 0-й и 67-й дни по Шкале психомоторного развития Гриффитс (Griffiths Mental Development Scales) для детей от рождения до 2 лет с оценкой двигательной активности, лично-социальной сферы, слуха и речи, зрительно-моторной координации, действий с предметами.
- Продолжительность терапии – 67 дней, суточная доза препарата Пантогам® сироп – 30–50 мг/кг, разделенная на 2 приема.

Результаты:

- Изменение общего показателя психомоторного развития GQ по Шкале Гриффитс в группе Пантогам® (у 63,6% пациентов) значимо превысило аналогичный показатель в группе плацебо (36,4%, $p=0,021$) (рис. 1).
- Значимое сокращение отставания в развитии в двух сферах («Личностно-социальная» и «Манипуляции с предметами»), а также тенденция к уменьшению отставания в трех остальных сферах («Двигательная активность», «Слух и речь», «Зрительно-моторная координация») в группе Пантогам® (рис. 2).

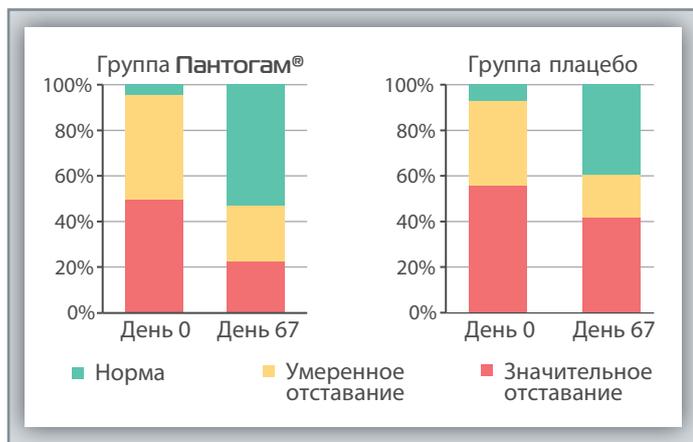


Рис. 1. Общий показатель возрастного развития (по Шкале Гриффитс): сумма баллов по всем 5 показателям психомоторного развития

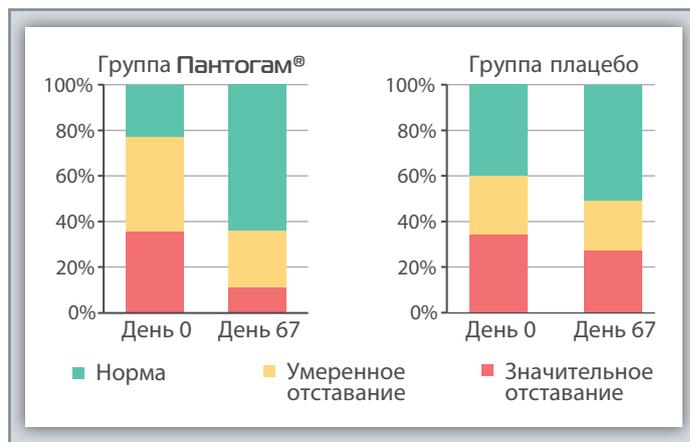


Рис. 2. Показатель возрастного развития (по Шкале Гриффитс) по шкале «Слух и речь»: оцениваются слух и речь, т. е. когнитивное и предречевое развитие ребенка

- При градации общего показателя психомоторного развития (значительное, умеренное отставание, диапазон нормы) до и после проведенного лечения в группе Пантогам® число пациентов со значительным отставанием в развитии существенно уменьшилось (29,5%) по сравнению с группой плацебо (41,9%).
- В группе плацебо ни в одной из сфер не было обнаружено значимого уменьшения в отставании в развитии, хотя в двух сферах имело место тенденция к нему.
- Подтверждено, что Пантогам® имеет благоприятный профиль безопасности, сопоставимый с плацебо (рис. 3).

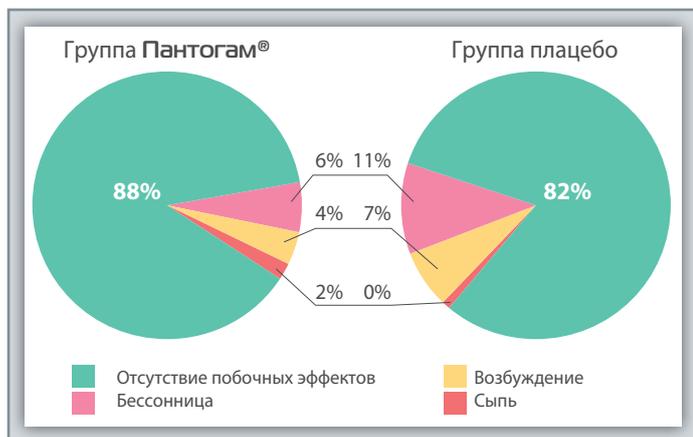


Рис. 3. Переносимость препарата Пантогам® сироп в суточной дозе 30–50 мг/кг массы тела в сутки



www.pantogam.ru



¹ Заваденко Н.Н., Гузева В.И., Гайнетдинова Д.Д. и др. Фармакотерапия задержки психомоторного развития у детей 6–12 мес., рожденных недоношенными и перенесших гипоксически-ишемическое поражение головного мозга (двойное слепое сравнительное многоцентровое плацебо-контролируемое исследование). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(10):1–20. DOI: 10.17116/jnevro20191191011.