

12. Машин В.В., Машин В.В., Фоякин А.В. Кардиогенная энцефалопатия: клиника поражения головного мозга и церебральная гемодинамика у больных с различной патологией сердца. Труды I Национального Конгресса «Кардионеврология». М.: 2008. С. 60.

13. Benjamins J.A., Smith M.E. — Jn. Myelin. New York, 1977. P. 233.

14. Vassan R.S., Benjamin E.J., Levy D. Prevalence, clinical features and prognosis of diastolic heart failure: an epidemiologic perspectives. J. Am. Coll. Cardiol. 1995; 26: 1565–1574.

15. Zaphiriou A., Robb S., Murray-Thomas T. et al. The diagnostic accuracy of plasma BNP and NTproBNP in patients referred from primary care with suspected heart failure: results of UK natriuretic peptide study. Eur. J. Heart. Fail. 2005; 7: 537–541.

16. Zile M.R., Brutsaert D.L. New concepts in diastolic dysfunction and diastolic heart failure: part 1: diagnosis, prognosis and measurements of diastolic function. Circulation 2002; 105: 1387–1393.

Психоневрологическое здоровье детей раннего возраста с соматической патологией

Т.Л. Полякова¹, Л.М. Кузенкова², В.В. Фадына¹, Н.Д. Чернова¹, Л.М. Шишулина¹
¹ФГБУ «Поликлиника детская» УД Президента РФ, ²ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН

Изучали когнитивные функции детей с хроническими заболеваниями. Обследовано 300 детей от рождения до 3 лет с соматической патологией: 1-я группа – с железодефицитной анемией, 2-я группа – с аллергическими проявлениями, 3-я группа – с инфекцией мочевой системы и 4-я группа – с патологией со стороны сердечно-сосудистой системы (по 75 человек в каждой группе). Показано, что обменные нарушения при хронических соматических заболеваниях приводят к нарушениям психоречевого развития. При анализе ряда характеристик электроэнцефалограмм были установлены признаки, свидетельствующие о задержке формирования биоэлектрической активности головного мозга у детей с соматической патологией.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, хронические заболевания, электроэнцефалография.

The cognitive function of children with chronic diseases has been studied. A group of 300 children has been examined from birth to three years with somatic pathology: I group – with iron deficiency anemia, II group – with allergic symptoms, III group – with urinary tract infection and IV group – with pathology from the side of cardiovascular system (75 persons in each group). It has been shown that the metabolic disturbances in case of chronic somatic diseases lead to the suspension of psychomotor development retardation. In the analysis of individual characteristics of the EEG was set a number of signs, testifying to the delay in the formation of the bioelectric activity of the brain in children with somatic pathology.

Key words: cognitive disorders, chronic diseases, EEG.

Проблемы когнитивных нарушений у детей раннего возраста привлекают к себе все большее внимание в связи с частой встречаемостью задержки в психоречевом развитии [5]. Многие соматические заболевания, как острые, так и хронические, протекают у ребенка с нарушением познавательной и психической сферы. Между тем когнитивные нарушения при хронических соматических заболеваниях в детской неврологии остаются недостаточно изученными. Патогенез поражения нервной системы при заболеваниях внутренних органов обусловлен главным образом сдвигами гомеостаза, возникающими вследствие дисфункции белкового, углеводного, жирового, водно-электролитного, витаминного обмена, гипоксемии и тканевой гипоксии, накоплением различных продуктов, подлежащих выведению из организма. Обменные процессы организма, лежащие в основе гомеостаза и инстинктивных процессов, являются важнейшим источником активации коры, за которую отвечает первый функциональный блок (согласно учению А.Р. Лурия, 1973). Длительно текущее соматическое заболевание может стать причиной дисбаланса активирующих влия-

ний и как следствие нарушения оптимального тонуса коры головного мозга [4].

Цель данной работы – выявить частоту отклонений психоречевого развития у детей раннего возраста с соматической патологией, провести сравнительный анализ характеристик электроэнцефалограмм (ЭЭГ) у детей с соматической патологией и задержкой психоречевого развития (ЗППР), исследовать влияние медикаментозного лечения на речевое развитие детей.

Материалы и методы

В исследование было включено 300 детей с соматической патологией и 75 соматически здоровых детей (группа сравнения).

Дети с соматической патологией были разделены на 4 группы (по 75 детей в каждой). В 1-ю группу вошли дети с железодефицитной анемией, во 2-ю группу – с аллергическими проявлениями (атопический дерматит, аллергический ринит и риноконъюнктивит), в 3-ю группу – дети с инфекцией мочевыводящей системы, в 4-ю группу – дети с отклонениями в сердечно-сосудистой системе – с малыми аномалиями развития сердца.

Критериями включения были: доношенность, отсутствие признаков повреждения ЦНС во время беременности и родов, отсутствие кровоизлияний, ишемий, опухолей, эндокринной патологии, нарушения обмена веществ, отсутствие генетической патологии, выявление соматической патологии при рождении или в первом полугодии жизни.

Критерии исключения: недоношенность, внутриутробная гипотрофия, наличие структурных изменений ЦНС, оценка по шкале Апгар ниже 7 баллов при рождении, наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ.

Оценку соматического статуса ребенка проводили ежемесячно на первом году жизни, 1 раз в 3 мес на втором и третьем году. Не менее 5 раз дети осматривались неврологом до года и ежеквартально – от 1 до 3 лет. Изучали влияние неврологического медикаментозного лечения на психоневрологическое развитие в каждой группе детей. При этом дети получали лечение и по основному соматическому заболеванию. Подбор препаратов и доз осуществлялся индивидуально в зависимости от состояния ребенка и его индивидуальных особенностей по общепринятым методикам. Лекарственные препараты в зависимости от клинической ситуации назначали короткими или продолжительными курсами. Для оценки уровня психоречевого развития до года использовали балльную шкалу Л.Т. Журбы и Е.М. Мастюковой [3]. Также применяли тест Г.В. Пантюхиной и соавт. для 2-го и 3-го года жизни [6], использовали показатели задержки развития речи [7, 8]. Консультация психолога проводилась по показаниям. Для верификации диагноза часть детей была проконсультирована психиатром. Оценивали психоречевое развитие в динамике до года, в 1, 2 и 3 года. Изучали частоту встречаемости психоречевой патологии в каждой подгруппе в указанные сроки. Электроэнцефалографию проводили на аппарате Nicolet One и Galileo sirius в среднем в 1, 2 и 3 года. Визуальную оценку ЭЭГ проводили по общепринятым схемам [1, 2].

Результаты и обсуждение

Были обследованы 300 детей от рождения до трех лет с соматической патологией: железодефицитной анемией, аллергическими проявлениями, инфекцией мочевой системы и патологией со стороны сердечно-сосудистой системы (4 группы по 75 человек в каждой). 5-ю группу – сравнения – составили соматически здоровые дети (75 человек), сопоставимые по полу, возрасту, анамнезу. В каждой группе обследовали и выявляли детей с наличием ЗППР.

Во всех обследованных группах преобладали мальчики, тогда как в группе сравнения (соматически здоровые) и в группе с патологией сердечно-сосудистой системы девочек было больше (58,5 и 53,8% соответственно). Средний возраст матерей в

обследованных группах был $30,1 \pm 5,8$ года, возраст в группе сравнения – $30,0 \pm 5,2$ года, минимальный возраст матерей отмечался в группе детей с аллергическими проявлениями ($29,1 \pm 5,1$ года), максимальный – в группе с железодефицитной анемией ($31,2 \pm 4,6$ года). Средняя масса тела при рождении в обследованных группах составляла 3390 ± 519 г, в группе сравнения – 3275 ± 348 г. При динамическом наблюдении за детьми наиболее интенсивная прибавка массы тела в группе детей с железодефицитной анемией (в два раза) отмечалась к $3,5 \pm 0,5$ мес, при этом в группах соматически здоровых детей и детей с патологией сердечно-сосудистой системы – к $4,5 \pm 0,5$ мес (в среднем увеличение массы тела в 2 раза в обследованных группах отмечалось к $4,1 \pm 0,5$ мес). Самый ранний срок введения первого прикорма отмечался в группе детей с патологией сердечно-сосудистой системы ($5,8 \pm 1,0$ мес), позже прикорм был введен в группах детей с железодефицитной анемией и аллергическими проявлениями – $6,6 \pm 1,0$ и $6,6 \pm 1,1$ мес соответственно. В группе соматически здоровых детей срок введения первого прикорма составил $5,5 \pm 0,8$ мес. В обследованных группах более чем в трети семей (37,4%) имелись старшие дети. Около трети пациентов из общей выборки (300 детей) получали медикаментозное лечение (31,9%), что сопоставимо с аналогичным показателем группы сравнения (29,3%). Гендерное отношение, возраст матерей, масса тела детей при рождении, наличие старших детей и доля получавших неврологическое медикаментозное лечение во всех группах были сопоставимы, в то время как срок увеличения массы тела в 2 раза и срок введения первого прикорма различались более существенно. НСГ у всех обследуемых детей первого года жизни отклонений от нормы не имела (критерий включения).

Как видно из табл. 1, в группе сравнения в возрасте от года до двух лет происходило уменьшение доли детей с ЗППР как в подгруппе детей, получавших лечение, так и в подгруппе детей, не получавших медикаментозного лечения. Не получено статистически достоверных корреляций между наличием медикаментозного лечения и ЗППР в группе соматически здоровых детей ($r = -0,391$). К трехлетнему возрасту количество детей, не получавших неврологического медикаментозного лечения, и детей, получавших его, становится примерно одинаковым – 8,3 и 6,9% соответственно ($p < 0,05$).

У всех детей 1-й группы (с железодефицитной анемией) в возрасте одного года отмечалась ЗППР, как среди детей, получавших неврологическое медикаментозное лечение, так и среди детей, не получавших лечение, – 26 (100%) и 49 (100%) соответственно. Для детей 1-й группы была обнаружена положительная статистически значимая корреляция ($r = 0,459$) между наличием неврологического медикаментозного лечения и проявлением ЗППР в воз-

Динамика развития детей с патологией речи

Возраст, годы	Группа сравнения (n=75)		1-я группа (n=75)		2-я группа (n=75)		3-я группа (n=75)		4-я группа (n=75)		Всего (n=375)	
	ЗПРР	здоровы	ЗПРР	здоровы	ЗПРР	здоровы	ЗПРР	здоровы	ЗПРР	здоровы	ЗПРР	здоровы
1	48 (8*+40)	27	75 (26*+49)	-	63 (12*+51)	12	64 (14*+50)	11	57 (5*+52)	18	307 (65*+242)	68
2	36 (5*+31)	39	66 (21*+45)	9	66 (15*+51)	9	40 (9*+31)	35	31 (5*+26)	44	239 (55*+184)	136
3	6 (2*+4)	69	19 (2*+17)	56	22 (5*+17)	53	18 (5*+13)	57	6 (0*+6)	69	71 (14*+57)	304

* Проводилось неврологическое медикаментозное лечение.

расте от двух до трех лет. Количество детей с ЗПРР, не получавших неврологического медикаментозного лечения, к трем годам было существенно больше, чем количество детей, получавших медикаментозное лечение, — 34,8 и 9,1% соответственно.

Во 2-й группе детей (с аллергическими проявлениями) получена положительная статистически значимая корреляция ($r=0,630$) между наличием неврологической медикаментозной терапии и проявлением ЗПРР в возрасте одного года. К двухлетнему возрасту во 2-й группе общее количество детей с ЗПРР, которые получали неврологическое медикаментозное лечение, увеличилось по сравнению с годовалым возрастом (15 по сравнению с 12). Возможно, это объясняется применением сопутствующего лечения и преморбидным фоном (психическая и физическая астенизация). Количество детей с ЗПРР, не получавших неврологическое медикаментозное лечение, во 2-й группе к трем годам было немного больше, чем количество детей, получавших медикаментозное лечение, — 33,3 и 21,4% соответственно ($r=0,332$).

В 3-й группе детей с инфекцией мочевой системы получена положительная статистически значимая корреляция ($r=0,549$) между неврологическим медикаментозным лечением и проявлением ЗПРР в возрасте одного года. Количество детей с ЗПРР, не получавших неврологическое медикаментозное лечение, к трем годам было больше, чем количество детей, получавших лечение (25,2 и 18,2%; $r=0,292$).

В 4-й группе детей (с патологией сердечно-сосудистой системы) получена положительная статистически значимая корреляция ($r=0,429$) между наличием медикаментозного лечения и проявлением ЗПРР в возрасте одного года. У этой группы в возрасте одного года отмечалось наименьшее количество детей с ЗПРР в подгруппе, получавших неврологическое медикаментозное лечение по сравнению с детьми в аналогичных подгруппах с соматической патологией в возрасте одного года (22,2%). К двухлетнему возрасту в 4-й группе количество детей, получавших лечение с проявлением ЗПРР, оставалось прежним по сравнению с та-

ковым в возрасте одного года. При этом отмечалось уменьшение доли детей с ЗПРР, не получавших неврологического медикаментозного лечения, в 2 раза (50%). Для этого возрастного периода получена отрицательная статистически значимая корреляция ($r=-0,227$). К трем годам в 4-й группе, в подгруппе, получавшей неврологическое медикаментозное лечение, не было детей с ЗПРР. В подгруппе, не получавшей лечения, было 11,1% детей с ЗПРР. Не обнаружено статистически достоверных корреляций между наличием неврологического медикаментозного лечения и ЗПРР в этом возрастном периоде ($r=-0,391$).

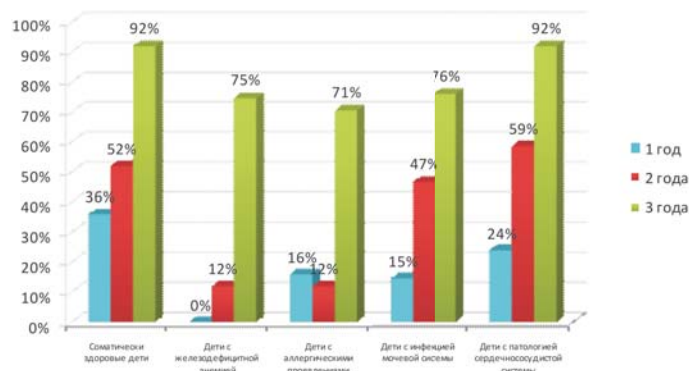


Рисунок. Возрастная структура обследованных детей без ЗПРР при соматической патологии.

В группе соматически здоровых детей к году было более трети здоровых (36%) ($p<0,05$), к 2 годам — более половины (52%), а к 3 годам — подавляющее большинство (92%). У остальных детей отмечалась легкая ЗПРР (табл. 2).

В 1-й группе детей к году не было ни одного ребенка без ЗПРР: у большинства детей (78,7%) имелась умеренная ЗПРР, у 5,3% — выраженная ЗПРР, у 16% — легкая. К трем годам только три четверти (74,6%) всех детей этой группы считались неврологически здоровыми, у остальных имелась легкая (18,7%) и умеренная (6,7%) ЗПРР.

Во 2-й группе детей к первому году у большинства (60%) имелась легкая ЗПРР, у четверти (24%) — умеренная ЗПРР, без ЗПРР было 16%. К трем годам более чем у четверти всех детей (22,6%) 2-й группы

Оценка психоречевого развития детей с соматической патологией по группам

Возраст, годы	1-я группа (n=75)				2-я группа (n=75)				3-я группа (n=75)				4-я группа (n=75)				Группа сравнения (n=75)			
	здоровы	легкая задержка	умеренная задержка	выраженная задержка	здоровы	легкая задержка	умеренная задержка	выраженная задержка	здоровы	легкая задержка	умеренная задержка	выраженная задержка	здоровы	легкая задержка	умеренная задержка	выраженная задержка	здоровы	легкая задержка	умеренная задержка	выраженная задержка
1	-	12	59	4	12	45	18	-	11	47	17	-	18	42	15	-	27	48	-	-
2	9	16	50	-	9	47	14	-	35	28	12	-	44	31	-	-	39	36	-	-
3	56	14	5	-	53	17	5	-	57	11	7	-	69	6	-	-	69	6	-	-

имелась легкая и у 6,7% – умеренная ЗПРР. Отсутствие ЗПРР констатировано у 70,7% детей.

В 3-й группе детей к первому году у большинства (62,6%) имелась легкая ЗПРР, детей с умеренной ЗПРР было 22,6%, здоровых в этой группе к году было 14,8%.

К трем годам около трех четвертей (76%) всех детей группы были без ЗПРР, у остальных имелась легкая (14,8%) и умеренная (9,2%) ЗПРР.

В 4-й группе детей к первому году у большинства (56%) имелась легкая ЗПРР, у 20% – умеренная ЗПРР, без ЗПРР в этой группе было около четверти детей (24%). К трем годам в 4-й группе детей психоневрологически здоровых было 92%, детей с легкой ЗПРР – 8%.

Во всех исследуемых декретированных возрастах наибольшее количество детей с соматической патологией без ЗПРР было в 4-й группе (в возрасте одного года – 24%, в два года – 58,6%, в три года – 92%). В годовалом возрасте в 1-й группе детей без ЗПРР не было, а во 2-й и в 3-й группах количество детей без ЗПРР было примерно одинаковым (16 и 14,6 соответственно). К трем годам незначительно меньшее количество детей без ЗПРР (70,6%) выявлено во 2-й группе. В 1-й и 3-й группах к трем годам количество психоневрологически здоровых детей было примерно одинаковым (76 и 74,6% соответственно).

В группе сравнения в возрасте одного года более трети (36%) были психоневрологически здоровы (по сравнению с детьми с соматической патологией их было почти в 3 раза больше). В два года в группе соматически здоровых детей было более половины (52%) психоневрологически здоровых детей. В группе детей с соматической патологией психоневрологически здоровых детей было около трети (32,3%). К трем годам в группе соматически здоровых детей было подавляющее большинство детей без ЗПРР (92%; $p < 0,05$). Из 300 детей с соматической патологией детей без ЗПРР было более трех четвертей (78,3%); см. рисунок.

При электроэнцефалографическом обследовании детей второй и пятый типы ЭЭГ (считающиеся патологическими) нами не обнаружены.

В возрасте одного года как в группе соматически здоровых детей, так и в группе детей с соматической патологией преобладал IV тип ЭЭГ – 42,7 и 60,3% соответственно. I тип ЭЭГ преобладал в группе соматически здоровых детей по сравнению с группой детей с соматической патологией (24 и 3,3% соответственно), причем в 1-й и во 2-й группах детей I тип ЭЭГ не встречался. III тип ЭЭГ встречался примерно с одинаковой частотой как в группе соматически здоровых детей, так и в группе детей с соматической патологией (33,3 и 36,3% соответственно).

В возрасте двух лет отмечалось увеличение доли I типа ЭЭГ как в группе соматически здоровых детей (34,7%), так и в группе детей с соматической патологией (13,3%) по сравнению с годовалым возрастом, за счет уменьшения доли IV типа ЭЭГ в этих группах (32 и 50,3% по сравнению с 42,7 и 60,3% соответственно). Наибольшее количество детей с I типом ЭЭГ встречалось в 4-й группе (21,3%), наименьшее – в 1-й группе (8%). В обследованных группах III тип ЭЭГ встречался с одинаковой частотой как среди здоровых детей, так и среди детей с соматической патологией.

В трехлетнем возрасте происходило дальнейшее увеличение доли детей с I типом ЭЭГ и уменьшение доли детей с IV типом ЭЭГ как в группе соматически здоровых детей, так и в группе детей с соматической патологией, по сравнению с двухлетним возрастом (50,6% по сравнению с 34,7% и 29,3% по сравнению с 13,3% соответственно). Наибольшее количество детей с I типом ЭЭГ среди детей с соматической патологией наблюдалось в 4-й группе (48%), наименьшее – в 1-й и 2-й группах (по 18,7%). В обследованных группах III тип ЭЭГ встречался в равной мере как среди здоровых детей, так и среди детей с соматической патологией (33,3 и 36,3% со-

ответственно), причем с возрастом не наблюдалось изменений во всех обследованных группах.

Нами изучалась зависимость частоты α -ритма от степени ЗППР.

В группе сравнения отмечалось увеличение частоты α -ритма как среди психоневрологически здоровых детей, так и среди детей с легкой ЗППР (от $7,0 \pm 0,5$ до $9,0 \pm 0,5$ Гц у здоровых и от $6,5 \pm 0,5$ до $8,5 \pm 0,5$ Гц у детей с легкой ЗППР).

В 1-й группе детей отмечалось снижение частоты α -ритма по сравнению с группой соматически здоровых детей в обследуемых возрастах ($7,5 \pm 0,5$ Гц по сравнению с $8,0 \pm 0,5$ Гц в два года и $8,5 \pm 0,5$ Гц по сравнению с $9,0 \pm 0,5$ Гц в три года у детей без нарушения когнитивных функций). Такая же тенденция прослеживалась и у детей с легкой ЗППР в возрасте двух и трех лет. В возрасте двух и трех лет у детей с легкой и умеренной ЗППР имелось снижение частоты α -ритма на $0,5-1,0$ Гц по сравнению с аналогичным показателем у психоневрологически здоровых детей с железодефицитной анемией.

Во 2-й группе детей частота α -ритма была ниже, чем в группе сравнения ($6,5 \pm 0,5$ Гц по сравнению с $7,0 \pm 0,5$ Гц в один год, $7,0 \pm 0,5$ Гц по сравнению с $8,0 \pm 0,5$ Гц в два года, $8,0 \pm 0,5$ Гц по сравнению с $9,0 \pm 0,5$ Гц в три года). Это отмечено и у детей с легкой ЗППР в возрасте двух и трех лет. В двух- и трехлетнем возрасте у детей с легкой и умеренной ЗППР отмечалось снижение частоты α -ритма на $0,5-1,0$ Гц по сравнению с психоневрологически здоровыми детьми с аллергическими проявлениями.

В 3-й группе детей нами также обнаружено снижение частоты α -ритма по сравнению с группой соматически здоровых детей в возрасте двух и трех лет ($7,5 \pm 0,5$ Гц по сравнению с $8,0 \pm 0,5$ Гц в два года и $8,5 \pm 0,5$ Гц по сравнению с $9,0 \pm 0,5$ Гц в три года). У годовалых детей 3-й группы частота α -ритма не отличалась от таковой у соматически здоровых детей и составляла $7,0 \pm 0,5$ Гц. У детей в годовалом возрасте с легкой ЗППР частота α -ритма как в группе сравнения, так и в III группе составляла $6,5 \pm 0,5$ Гц, а в два и три года частота α -ритма в 3-й группе детей была на $0,5-1,0$ Гц меньше, чем в группе соматически здоровых детей ($7,0 \pm 0,5$ Гц по сравнению с $7,5 \pm 0,5$ Гц и $7,5 \pm 0,5$ Гц по сравнению с $8,5 \pm 0,5$ Гц). В возрасте двух и трех лет у детей с легкой и умеренной ЗППР имелось снижение частоты α -ритма на $0,5-2,0$ Гц по сравнению с таковой у психоневрологически здоровых детей с инфекцией мочевой системы.

В 4-й группе детей отмечалось увеличение частоты α -ритма на $0,5-1$ Гц с возрастом, как среди психоневрологически здоровых детей, так и среди детей с легкой ЗППР. В возрасте двух и трех лет у детей с легкой ЗППР частота α -ритма была на $0,5-2,0$ Гц ниже, чем у неврологически здоровых детей с патологией сердечно-сосудистой системы. Частота α -ритма по возрастам в этой группе не отличалась от частоты α -ритма в группе сравнения.

Заключение

В результате исследования показано, что лечебные соматически здоровым детям (группа сравнения) незначительно влияет на психоречевое развитие. К трем годам у $8,3\%$ детей, не получавших лечение, и $6,9\%$ детей, получавших лечение, имелась ЗППР, в отличие от детей с железодефицитной анемией ($34,8$ и $9,1\%$, соответственно) и аллергическими проявлениями ($33,3$ и $21,4\%$ соответственно).

Из 300 обследованных детей с соматической патологией ЗППР была выявлена на первом году у $86,3\%$ детей, на втором году у $67,7\%$ детей, на третьем году у $21,7\%$ детей. В результате проведенного неврологического лечения (одновременно с коррекцией соматического статуса) в 1-й группе ЗППР к году выявлена у 100% детей, во 2-й группе — у 84% детей, в 3-й группе — у $85,3\%$, в 4-й группе — у 76% детей. К двум годам ЗППР в 1-й и 2-й группах выявлена у 88% детей, в 3-й группе — у $53,3\%$ детей, в 4-й группе — у $41,3\%$ детей. К трехлетнему возрасту в 1-й группе ЗППР выявлена у $25,3\%$ детей, во 2-й группе — у $29,3\%$ детей, в 3-й группе — у 24% детей, в 4-й группе — у 8% детей.

Количество детей с ЗППР в группах с соматической патологией было наибольшим в возрасте одного года и двух лет. К трехлетнему возрасту этот показатель значительно снижался во всех исследуемых группах.

При анализе отдельных характеристик ЭЭГ был установлен ряд признаков, свидетельствующих о существовании некоторой задержки формирования биоэлектрической активности головного мозга у детей с нарушением психоречевого развития. Так, средняя частота α -ритма на ЭЭГ детей с железодефицитной анемией и аллергическими проявлениями, с задержкой психоречевого развития, начиная с возраста двух-трех лет, была на $0,5-2$ Гц ниже, чем в группе соматически здоровых детей. Уровень медленноволновой активности был увеличен; не наблюдалось уменьшения количества медленных колебаний с возрастом, в связи с чем общий вид ЭЭГ у этих детей соответствовал более младшему возрасту [1].

Соматические и нервно-психические процессы взаимодифференциальны, являются разными формами проявления жизнедеятельности организма ребенка. Течение основного заболевания (анемия, аллергические заболевания, отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы, патология мочевыводящей системы и т.д.) взаимосвязано с нервно-психическим здоровьем и нередко приводит к вторичным расстройствам в психоневрологической сфере [4, 7].

Обменные нарушения и связанные с ними токсические и гипоксические воздействия при соматических заболеваниях в сочетании с дисрегуляцией гомеостаза, особенно в раннем возрасте, могут

приводить к нарушению нервной системы и поддержке психоречевого развития детей [5].

Литература

1. Благосклонова Н.К. Детская клиническая электроэнцефалография /Благосклонова Н.К., Новикова Л.А. — М.: Медицина, 1994. - 206 с.

2. Жирмунская Е.А., Лосев В.С., Электроэнцефалография в клинической практике. — М.: Медицина, 1997. - 118 с.

3. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М.: Медицина, 1981. - 272 с.

4. Каркашадзе Г.А., Маслова О.И., Намазова-Баранова Л.С. Педиатрическая фармакология, 2011. - Т. 8. - № 5 - С. 37-41.

5. Кузенкова Л.М., Маслова О.И., Намазова Л.С., Тимофеева А.Г. и др. Ноотропы в когнитивной неврологии детского возраста. // Пособие для врачей. М.: 2008. - 54 с.

6. Пантюхина Г.В., Печора К.Л., Фрухт Э.Л. Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста. Москва, 1996. - 71 с.

7. Скворцов И.А., Ермоленко Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. Москва, 2003. - 368 с.

8. Johnson C.P., Blasco P.A. Infant growth and development // Pediatrics in Review. — 1997. — Vol. 18. — P. 224-242.

Новые возможности терапии нейропсихологических нарушений у пациентов на ранней стадии болезни паркинсона

И.А. Вереютина¹, Е.Ю. Журавлева¹, С.Н. Иллариошкин², Н.Ф. Мясоедов³

¹ФГБУ «Поликлиника №4» УД Президента РФ,

²ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН, ³ФГБУН «Институт молекулярной генетики» РАН

Целью исследования являлась сравнительная оценка клинических особенностей немоторных нарушений на ранней стадии развития болезни Паркинсона на фоне курсового применения пептидного препарата «Селанк 0,15% раствор капли назальные». На фоне использования препарата отмечается улучшение в первую очередь показателей эмоционально-личностного характера, в меньшей степени – когнитивных. В группе пациентов с дрожательной формой болезни Паркинсона позитивный эффект наступал быстрее и был более отчетлив, чем у пациентов с акинетико-ригидной формой заболевания. «Селанк 0,15% раствор капли назальные» при использовании у пациентов на 1 и 1,5 стадиях заболевания по функциональной шкале Хен-Яра оказался более эффективным, чем у пациентов со стадией 2 по Хен-Яру, что свидетельствует о более высоких пластических возможностях ЦНС на наиболее ранних этапах болезни Паркинсона. Применение препарата «Селанк 0,15% раствор капли назальные» у пациентов с нейропсихологическими нарушениями на ранних стадиях болезни Паркинсона улучшает показатели качества жизни и, возможно, способствует предупреждению прогрессирования заболевания, что требует дальнейших исследований. Представляется важным отсутствие у данного препарата таких побочных эффектов, как седация, сонливость, миорелаксация, эйфория, свойственных другим анксиолитикам.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, ранние стадии, диагностика, немоторные нарушения при болезни Паркинсона, пептидный анксиолитик.

The objective of the research was the comparative estimation of the clinical features of non-motor disorders at early stages of Parkinson's disease while using a course of peptide drug «Selank – 0,15 % a nasal drop solution». While using the drug, first of all we noticed the improvement of all indicators of emotional-personal characteristic, to a lesser degree – cognitive characteristic. In the group of patients with the trembling form of Parkinsonism, the positive effect came faster and was more distinct, than in patients with the akinetic-rigid form of the disease. «Selank 0,15 % the nasal drop solution» in use with patients at 1 and 1,5 stages of the disease on a functional scale of Hen-Yara has appeared to be more effective in comparison with a stage 2 on Hen-Yaru, which testifies the higher plastic possibilities of CNS at the earliest stages of Parkinson's disease. The use of the drug «Selank of 0,15 % a nasal drop solution» in patients with diagnosed neuropsychological disorders at early stages of Parkinson's disease, improves the indicators of quality of life and, probably, prevents the progression of the disease, but that demands further researches. The absence in this given drug of such side-effects as sedation, sleepiness, myorelaxing effect and euphoria which are inherent to other anxiolytic drugs.

Key words: Parkinson's disease, early stages, diagnosis, non-motor disorders in Parkinsonism, peptide anxiolytic.

В настоящее время актуальность изучения различных аспектов терапии болезни Паркинсона не вызывает сомнения. Поскольку данная патология характеризуется широким спектром не только двигательных, но и нервно-психических нарушений, последние оказывают значительное

негативное влияние на повседневную активность пациентов [4, 6, 7, 9, 10, 15, 16, 21]. В некоторых случаях депрессия и мнестическое снижение опережают манифестацию двигательных расстройств. Эмоционально-аффективные нарушения сопровождают все стадии болезни Паркинсона, их ча-