

Применение интенсивных технологий в лечении и реабилитации детей, перенесших апаллический синдром

проф. С.К.Евтушенко

кафедра детской и общей неврологии ГОО ВПО

**Донецкий национальный медицинский университет им. М.
Горького**

2021

Актуальность. Применение интенсивной терапии способствовало (как положительный эффект), увеличению числа детей выживших после мозговых катастроф, но приведших к коматозным состояниям в первые дни заболевания. Одним из тяжёлых исходов продолжительной комы и является апаллический синдром (АС).

Восстановление у подобных больных утраченных моторных, когнитивных и речевых функций является сложной и до конца не решённой проблемой в его терапии и реабилитации (Cerminara С. 2012, И.А.Завалишин 2015, и др).

Цель. Разработка и модификация сочетанного применения современных медикаментозных и немедикаментозных способов и средств в раннем восстановлении речевых, когнитивных и двигательных функций у больных с АС.

Как известно, апаллический синдром - это комплекс тяжёлых неврологических расстройств при сохранности основных функций головного мозга (синоним – вегетативное состояние). При этом преимущественно поражаются медиобазальные отделы лобных и височных областей мозга.

Апаллический синдром развивается **после выхода** больного из тяжёлого коматозного состояния и **восстановлении** «бодрствования». При этом глаза ребёнка открыты! Он вращает глазами, но взор не фиксирует, речь отсутствует, продуктивного контакта нет.

В международной практике для оценки тяжести АС в остром и последующих периодах применяются шкала ком Глазго (2000) или шкала клиники МЭЙО (США, 2005).

Преимущество последней: не всегда стоит добиваться контакта у интубированных или трахеостомированных пациентов! Данную методику автор доклада освоил непосредственно в клинике МЭЙО (США), где проходил стажировку (1999).

Переход из комы в апаллическое состояние, прежде всего, характеризуется восстановлением функции ретикулярной формации и подкорковых структур, включая гипоталамус!

«Бодрствующая кома» - не пропустите момент МРТ!

Материалы и методы. В течение десяти лет (вначале в реанимационном и неврологическом отделениях РДКБ, с последующим переводом больных в Центр нейрореабилитации) пролечено 20 детей в возрасте от 6 до 17 лет. Из них 8 детей с последствиями тяжёлой формы энцефалита, 2 детей после утопления, 7 детей с последствиями тяжёлых автодорожных травм, 1 мальчик с тяжёлыми последствиями анафилактического шока после наркоза перед проведением тонзилэктомии, 1 девочка - после падения с крыши высотного здания (суицид) и 1 девочка после отравления угарным газом.

В реанимационном отделении применялась терапия с учётом этиологических факторов, учитывая тяжёлое поражение мозга у детей (О.Н.Барашнев, 2008, С.К. Евтушенко 2018). Ранняя респираторная поддержка ИВЛ, энтеральное питание через зонд + парентеральное питание (инфезол, хаймикс), адекватная седация и аналгезия (тиопентал 1-1,5 гр). В ряде случаев применялась управляемая гипотензия (пентамин 5 мг/кг в/в), стабилизация мозгового кровотока (актовегин 1 гр x 2 р/с., в/в, дицинон), антибактериальная терапия (цефтриаксон).

Наиболее перспективным направлением коррекции, в подобных случаях, оказалось применение в/в цитофлавина (Скоромец А.П. 2017, Евтушенко С.К. 2019), представляющего комбинацию янтарной кислоты, рибоксина и никотинамида.

Пациенты переводились из реанимационного отделения в неврологическое, имея грубый неврологический дефицит, глубокий тетрапарез, нередко включая судорожный синдром, 5 больных переведены в неврологическое отделение с назогастральным зондом в связи с нарушением глотания.

Всем пациентам, как в реанимации, так и в неврологическом отделении проводилось обязательное ЭЭГ-картирование (по состоянию больного – МРТ головного мозга), транскраниальная доплерография, электромиография, сочетанные Холтер-ЭКГ и ЭЭГ, УЗИ внутренних органов, повторные биохимические анализы.

Особенно ценным оказалось применение гипоксической оксигаротерапии (с совместным пребыванием матери и ребенка).

В дальнейшем, сочетано проводились сеансы синглентно-кислородной терапии на фоне приёма цитофлавина.

Применялся массаж с акцентом на экстензорные мышцы и воздействием на акупунктурные точки.

Проводилась краниопунктура: для восстановления сознания – T14, T20, оптическая зона, психо-моторная зона, вестибуло-кохлеарная зона, рино-фарингеальная зона (включая фармакопунктуру).

Для устранения двигательных нарушений, подавление высокого тонуса и дистонических атак применялась акупунктура с воздействием на зону торможения гиперкинезов, психо-аффективную зону, зону речи (T20, T24), воздействие на **доминантное полушарие** (с уточнением у родителей о ведущей руке); проводилась аурикулотерапия на доминантное ухо. Параллельно проводилась и мануальная терапия (О.С. Евтушенко)

В Центре продолжалось применение ноотропных препаратов (кортексин, церебролизин, пантогам), при возбуждении и болевых синдромах - глицин, габапентин. У 2-х пациентов с амблиопией проводилось парабульбарное введение идринола (мильдония).

По показаниям, проводились сеансы транскраниальной магнитной ритмической стимуляции (с учетом доминантного полушария), что оказало значительный эффект в восстановлении двигательной активности и мышечной силы в паретичных конечностях и возрастание скорости сенсомоторных реакций.

Результаты. Из 20-ти детей, перенесших АС (в пределах от 3-х до 6 месяцев) практически полностью восстановились многие функции у 5 человек. Это были дети, перенесшие АС после наркоза в связи с тонзилэктомией, утоплением, перенесенным тяжёлым энцефалитом.

У 7-ми человек достигнут эффект в двигательной сфере, в меньшей степени рече- и когнитивной функциях, но дети сохранены и себя обслуживают, продолжают учёбу на дому.

На основании проведенных исследований нами сделан вывод о том, что формирование стойких моторных навыков в виде самостоятельной ходьбы, точных движений в кистях - у больных происходит в различное время после мозговой катастрофы (от 6 мес. до 2-х лет), а на восстановление когнитивных и речевых функций требуется более длительный период (от 3-х до 5-ти лет)!

Таким образом, применённые современные медикаментозные и немедикаментозные методы терапии (включая собственные разработки) дают основание говорить, что несмотря на тяжёлое острое органическое поражение мозга (различной этиологии), применение известных и авторских методик интенсивной реабилитации - позволяет достичь положительной динамики.

Этот факт и оптимизирует наш взгляд на восстановление многих функций мозга, пострадавших от различных причин, крайне тяжело повлиявших на мозг.

Но, в тоже время, наши исследования вселяют определенный оптимизм на восстановление мозга не только частичное, но и полное.

Благодарю за внимание!