

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

ОТДЕЛЕНИЕ ПЕДИАТРИИ



Преподаватель
к.м.н. Е.И.Мазина

2019 г.

Заболевания нервной системы у детей

План лекции:

- Общие данные о заболеваемости патологией нервной системы. Терминология. Особенности становления нервной системы ребёнка.
- Перинатальные поражения нервной системы у детей. Натальная травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга.
- Минимальная мозговая дисфункция. Синдром дефицита внимания и гиперактивности
- Эпилепсия
- Ночной энурез у детей.

Целевая аудитория:
слушатели со средним медицинским образованием

Заболевания нервной системы у детей

Прогнозируемые результаты теоретического занятия

По окончании изучения темы слушатель должен быть способен:

Дать характеристику причин, симптомов, технологий лечения и профилактики болезней нервной системы у детей.

Определить проблемы пациента с патологией нервной системы.

Планировать сестринскую практику в области диагностики, лечения и диспансерного наблюдения при заболеваниях нервной системы у детей.

Планировать мероприятия профилактики нервных болезней.

Оценивать эффективность сестринской практики в области профилактики и лечения патологии нервной системы.

Документировать рабочий процесс в установленном порядке, целесообразно используя профессиональную терминологию.



Заболевания нервной системы у детей

Литература

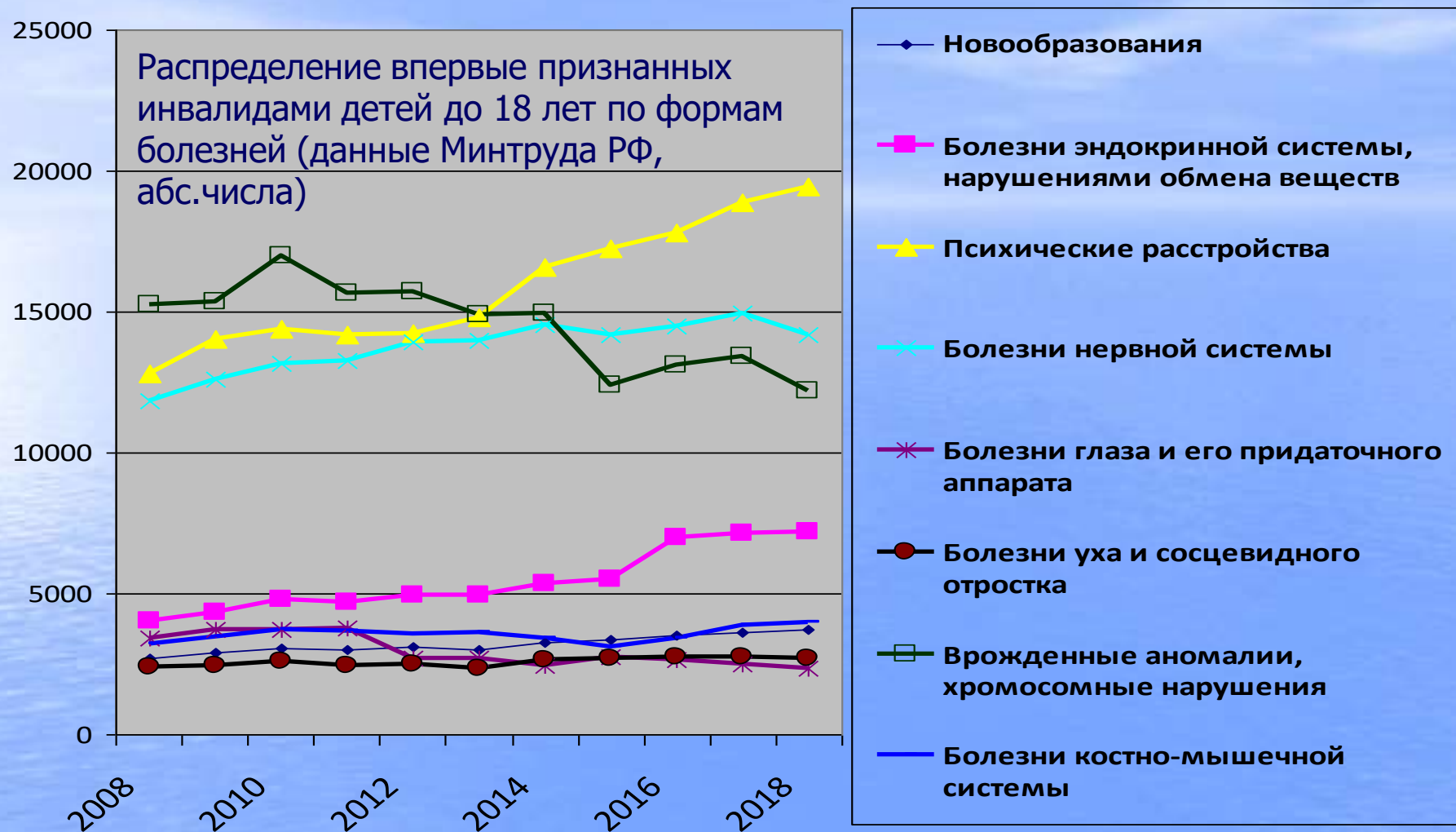
- Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных: Острый период и поздние осложнения. М., 2005.
- Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы с эпилепсией. 2015
- Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы с синдромом мышечного гипертонуса. 2013.
- Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы с синдромом гипервозбудимости и нарушением сна. 2013
- Яровой В.К. Вертеброгенные вегетососудистые синдромы у детей. Патогенез, клиника, диагностика, лечение. Lambert Academic Publishing. 2013
- Педиатрия. Национальное руководство. Т.1, М., 2009.
- Заваденко Н.Н. Школьная дезадаптация в нейропедиатрической практике. Практика педиатра, июнь, 2016.
- Шульга М. А. Особенности терапии при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью. Молодой ученый. 2015. №19.
- Штрыголь Д. В. , Штрыголь С. Ю. Энурез и его лечение. «Провизор», 2007.

Заболевания нервной системы у детей

Динамика **первичной** заболеваемости детей 0-14 лет болезнями нервной системы в Российской Федерации в 2000-2017 г.г.
(зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни на 100 000 соответствующего населения)



Ведущие причины детской инвалидности в РФ 2008-2018 г.г.



В структуре инвалидности детей в России первые 3 места стабильно принадлежат психическим расстройствам, болезням нервной системы, врожденным аномалиям развития.

Классификация заболеваний нервной системы у детей (Бадалян Л.О., 1984)



- Перинатальная патология нервной системы
- Аномалии развития нервной системы
- Наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы
- Инфекционные болезни нервной системы
- Травмы головного и спинного мозга
- Новообразования головного и спинного мозга
- Эпилепсия и эпилептиформные синдромы
- Нарушения мозгового кровообращения
- Функциональные нарушения ЦНС (неврозы)
- Поражение нервной системы при соматических заболеваниях

Терминология

Перинатальный период включает:

Аntenатальный период (начинается с 22 недель внутриутробного развития и оканчивается началом родового акта).

Интранатальный период (непосредственно сам акт родов от начала родовой деятельности до рождения ребенка).

Ранний неонатальный период (первая неделя жизни ребенка, характеризуется процессами адаптации новорожденного к условиям внешней среды).

Ишемия (от греч. ischo — останавливаю и haima — кровь) — это резкое ослабление кровообращения в участке органа или во всем органе вследствие уменьшения притока крови.



Парез (от греч. páresis — ослабление) — частичная утрата произвольных движений; полную их утрату обозначают термином «паралич».

Контрактура (лат. contractura — стягивание, сужение) — ограничение подвижности (и активных, и пассивных), обусловленное патологическими изменениями в мягких тканях сустава, мышцах, сухожилиях (фиброз мышцы или соединительной ткани, вызывающий ее сжатие и укорочение).

При неврологических заболеваниях группа мышц с сохраненной иннервацией приводит к фиксированию сустава в определенном, вызванном их действием, положении.

Наружная кефалогематома — кровоизлияние под надкостницу.

Может проявиться лишь через несколько часов после родов (чаще в области одной или обеих теменных и реже в области затылочной кости).



Опухоль:

- вначале имеет упругую консистенцию,
- никогда не переходит на соседнюю кость,
- не пульсирует,
- безболезненна,
- при осторожной пальпации обнаруживается флюктуация.

Кефалогематомы различной степени выраженности имеют около 10 % новорожденных.

Прогностическое значение кефалогематомы

Наличие кефалогематомы **не влияет на психомоторное развитие, не описаны также какие-либо неврологические последствия этого состояния.**

При большом размере гематомы резорбция вызывает повышение содержания непрямого билирубина, что может потребовать проведения фототерапии.

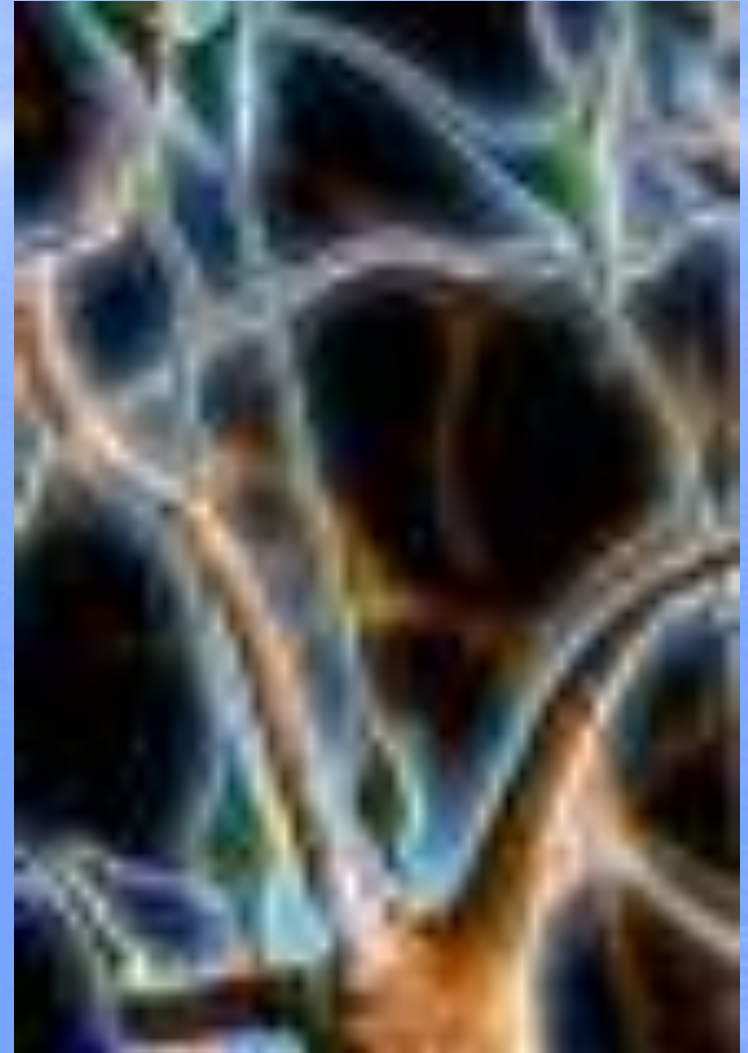
Не показана пункция и аспирация гематом - возрастает риск тяжелых инфекционных осложнений.



Структурно-функциональные особенности процесса созревания мозга младенца

Количество зрелых нейроцитов, которые потом войдут в состав коры головного мозга составляет:

- к рождению – 25% от общего имеющегося количества клеток;
- к 6 месяцам – 66%;
- к годовалому возрасту – 90-95%;
- к полутора годам 100% нейроцитов аналогичны нейроцитам взрослого человека.





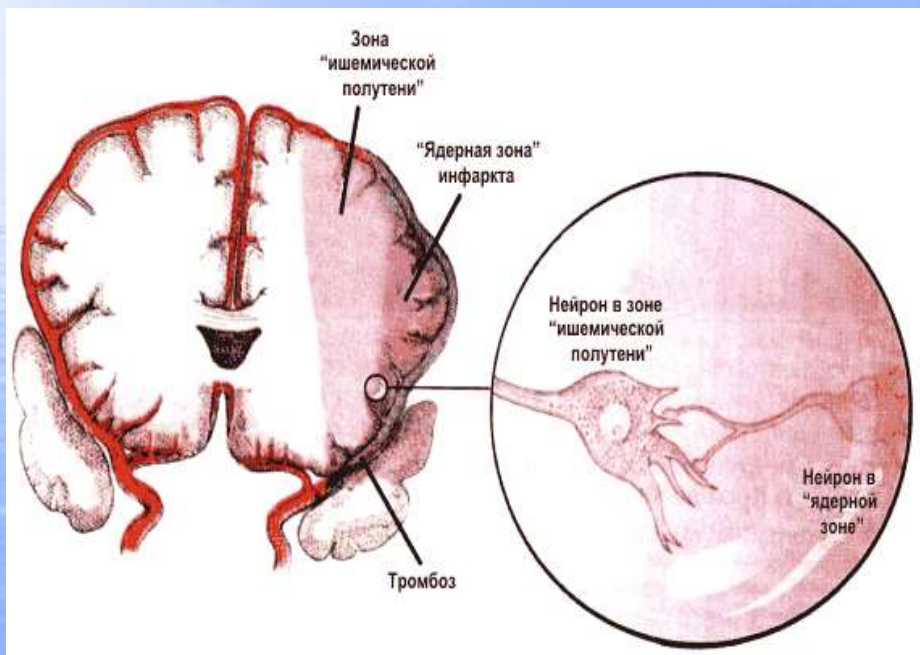
Ранняя диагностика детского церебрального паралича и **раннее начало систематического лечения – не позднее 4-6-месячного** возраста обеспечивает практическое **выздоровление к 2-3-летнему возрасту в 60-70%.**

При начале лечения с **12-18-месячного** возраста практического выздоровления даже при применении самых активных и современных методов можно добиться лишь у **15-20%** больных.



Перинатальные поражения нервной системы у детей

Перинатальное поражение нервной системы – нарушение функции или структуры мозга различного происхождения, возникающее в перинатальный период.

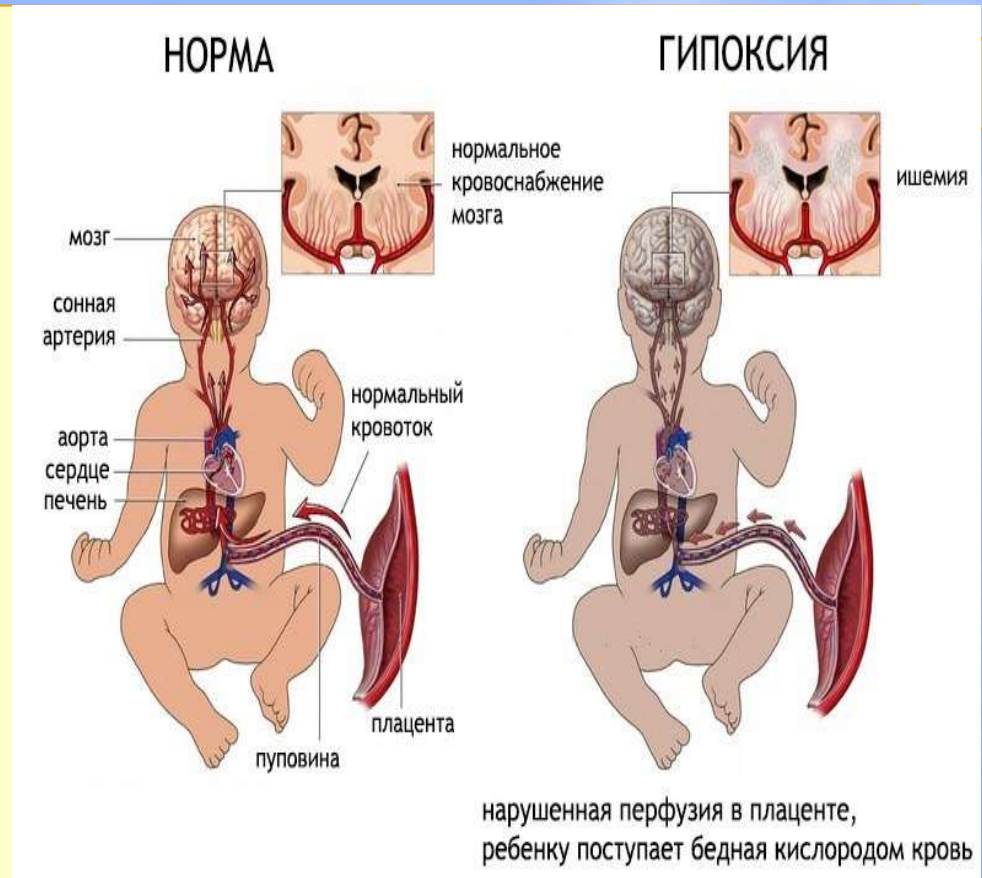


Частота постановки диагноза «перинатальное поражение центральной нервной системы» составляет **715:1000 детей** 1-го года жизни, в качестве основного и сопутствующего заболевания данный диагноз выставляется более чем **у 90% детей в неонатологических стационарах.**

Важнейшие причины перинатальных поражений ЦНС:

- ишемия;
- кровоизлияние;
- родовая травма (головного мозга, спинного мозга, периферических нервов);
- нарушения метаболизма;
- токсическое влияние на нервную систему;
- инфекционные и паразитарные заболевания (вирусные, бактериальный сепсис, паразитарные);
- **ГИПОКСИЯ.**

По данным зарубежных авторов, частота гипоксических поражений у доношенных новорожденных $\leq 6:1000$, у **недоношенных колеблется от 33% до 70%.**



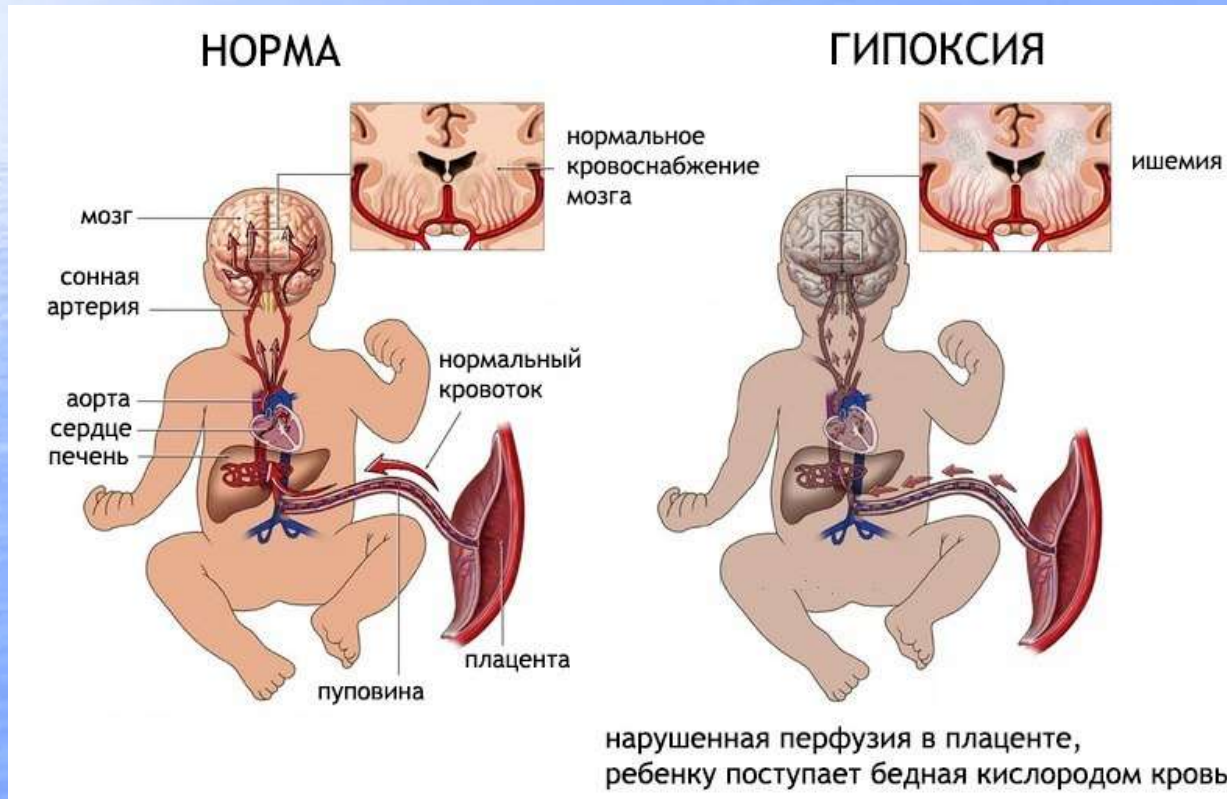
Современная классификация перинатальных поражений ЦНС:



- **гипоксические поражения нервной системы** (нейрон требует кислорода в 22 раза больше, чем другие клетки);
- травматические поражения в родах и в первые минуты и часы жизни ребенка;
- дисметаболические и токсико-метаболические поражения;
- поражение ЦНС при инфекционных заболеваниях перинатального периода (как правило, вирусное).

Три основных периода перинатальных поражений ЦНС:

- Период формирования неврологического дефекта (1-3 месяца) – ранее «острый период» 1-4 нед.
- Восстановительный период:
 - ранний восстановительный (до 4-6 мес);
 - поздний восстановительный (до 1-2 лет).
- Период остаточных явлений.



Клиническая картина перинатальных поражений центральной нервной системы в острый период



- ⌘ синдром угнетения ЦНС (вялость, гиподинамия, гипорефлексия, диффузная мышечная гипотония и т.д.) – наиболее частый вариант;
- ⌘ синдром гипервозбудимости ЦНС.



Мышечная гипотония у новорождённого с травмой ЦНС

Клиническая картина перинатальных поражений центральной нервной системы в ранний восстановительный период

- синдром двигательных нарушений (мышечная гипо-, гипер- или дистония, парезы и параличи, гиперкинезы;
- вегето-висцеральный синдром (нарушения микроциркуляции мраморность и бледность кожных покровов, преходящий акроцианоз, холодные кисти и стопы, расстройства терморегуляции, желудочно-кишечные дискинезии, лабильность сердечно-сосудистой и дыхательной систем и т.д.)
- гидроцефальный синдром (увеличением окружности головы, расхождение швов, увеличение и выбухание родничков, расширение венозной сети на лбу, висках, волосистой части головы, преобладание размеров мозгового черепа над размерами лицевого).



Симптомы гипертонуса у
ребенка



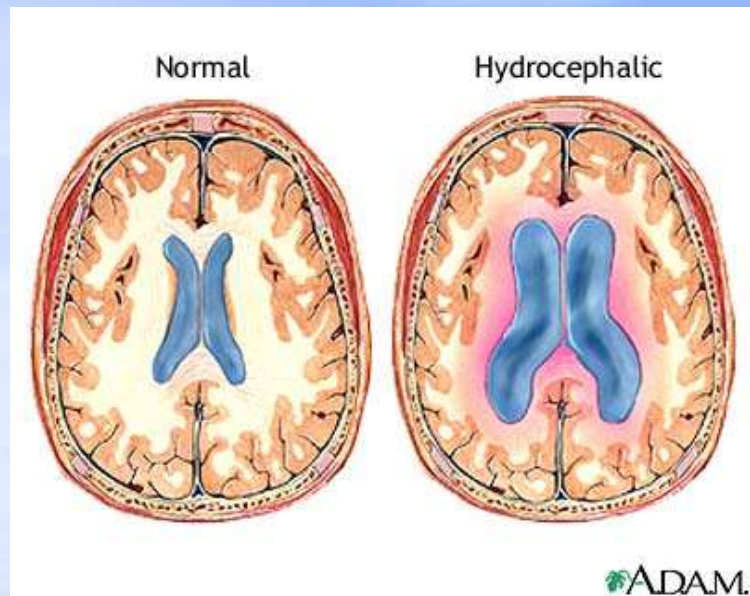
Дистония



*Мраморность кожных
покровов*



Акроцианоз



Гидроцефалия

Гидроцефалия



Выбухание большого родничка



Симптом «заходящего солнца» (белая полоска над радужкой).

Периодическое появление такой белой полосы при движениях головы называется «симптом Грефе».

Симптоматика в позднем восстановительном периоде:

постепенная нормализация мышечного тонуса и статических функций.

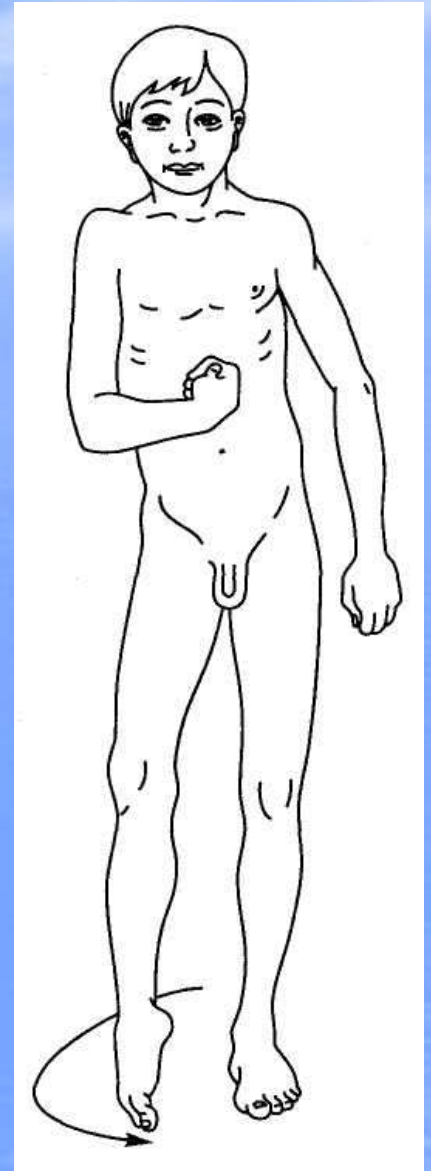
Варианты симптоматики в периоде остаточных явлений:

- сглаживание неврологических изменений – около 70-80% больных;
- явные психо-неврологические расстройства.



Психо-неврологические расстройства в периоде остаточных явлений:

- грубое органическое поражение ЦНС с выраженными двигательными нарушениями в виде детского церебрального паралича и психическими расстройствами;
- эписиндром,
- задержка темпов физического, психического и речевого развития,
- церебрастенический синдром, неврозоподобное состояние,
- рассеянные очаговые микросимптомы,
- умеренная внутричерепная гипертензия,
- компенсированная или прогрессирующая гидроцефалия.



Лечение в остром периоде

Создание охранительного щадящего режима:

- уменьшение интенсивности звуковых и световых раздражителей;
- щадящие осмотры, пеленания и выполнения различных процедур;
- сведение до минимума болезненных назначений;
- "температурная защита", предупреждающая охлаждение и перегревание,
- участие матери в уходе за ребенком.

Питание в зависимости от состояния - либо парентеральное, либо через постоянный или разовый зонд или из бутылочки. Ребенок не должен голодать.



Лекарственная терапия в остром периоде

Ликвидация отёка мозга
(мочегонные препараты: диакарб,
глицерол).

Ликвидация или профилактика
судорожного синдрома (седуксен).

Снижение проницаемости
сосудистой стенки (витамин С, рутин,
кальция глюконат).

Улучшение сократительной
способности миокарда (карнитина
хлорид, препараты магния, панангин).

Нормализация метаболизма
нервной ткани и повышение её
устойчивости к гипоксии (глюкоза,
актовегин, альфа-токоферол)



Лечение в раннем восстановительном периоде

- Улучшение мозгового кровообращения, стимуляция роста мозговых капилляров и улучшение трофики повреждённых тканей
- Стимулирующая терапия (витамины, экстракт алоэ).
- Ноотропная терапия (кортексин, семакс, пантогам, глиатилин и др.)
- **Сосудистая терапия** с целью улучшения периферического кровообращения – венотонизирующее, спазмолитическое, анальгезирующее действие (Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы с атонически-астатическим синдромом.2013):
 - **Эскулюс композитум** по 1-2 мл в сутки в/м № 10 через день в сочетании с убихинон-композитум курс 20 дней;
 - **Убихинон композитум** по 1/2 мл в сутки в/м № 10 через день курс 20 дней.
- При повышенной возбудимости и судорожной готовности – седативная терапия (седуксен, фенобарбитал, радедорм).
- Снижение спастичности (мидокалм, циклодол).



Лечение в позднем восстановительном периоде – восстановление моторного и нервно-психического развития ребенка

- массаж;
- лечение «положением» (укладки, тьюторы, «воротники» и другие);
- гимнастика и кинезитерапия;
- терапия по Войта (рефлекторная локомоция) и Бобат-терапия;
- сухая иммерсия (эффект невесомости);
- лечебно-реабилитационная кровать «Сатурн» (эффект невесомости + вибромассаж);
- физиотерапевтические методы (переменное магнитное поле, синусоидальные модулированные токи, электрофорез, парафинотерапия, лазеротерапия, свето- и цветотерапия, а также др.);
- гидротерапия;
- музыкотерапия;
- психолого-педагогическая коррекция и психоэстетотерапия (коррекционная (кондуктивная) педагогика, психотерапевтическая коррекция в диаде «мать-дитя», музыкотерапия, тактильно-кинестическая стимуляция и другое).

Альтернативные методики ЛФК.

Батут

Упражнения, выполняемые на батуте, оказывают стимулирующее и растягивающее воздействие на ахиллово сухожилие, улучшают подвижность голеностопного сустава, способствуют освоению сгибательно-разгибательных движений в голеностопном и коленном суставах.

При самостоятельном выполнении упражнений на батуте улучшается координация движений, повышается функциональная подготовка.



Бобат-терапия (Нейроразвивающая терапия Карела и Берты Бобат, Neuro Developmental Treatment, NDT).

Использование специальных стимулов и влияний (в основном тактильных, мышечных рецепторов, положения тела в пространстве и относительно предметов; медленные пассивные движения, затем более быстрые и пассивно-активные), которые:

- включают в работу пораженные структуры ЦНС,
- корректируют их взаимодействие с другими функциональными системами,
- угнетают патологические двигательные и позы стереотипы, закрепляют правильные.

Последовательность стимулов должна совпадать с периодами физиологического развития ЦНС и моторных навыков ребенка:

- удержание головы,
- переворачивание,
- сидение,
- ползание,
- стояние,
- ходьба.

Методика Вацлава Войта

Профессор Войта разработал методику, которая заключается в том, что в трех основных положениях (на животе, на спине и на боку) производится целенаправленное давление на определенные зоны, которые активизируют в мозге двигательные программы.

Занятия проводятся 3-4 раза в день после обучения с инструктором.

Более эффективно у детей до года.

Модификации Чейли (Chailey) или Хэра (Hare) объединяют методы Войты и Бобата.



Тренажёр Гросса

Используется для реабилитации детей инвалидов с 1990 года.

Состоит из натянутого троса с подвижным блоком, эластичных тяг, рычажно-карабинного механизма, страховочного пояса и колец для рук.

Тренажёр Гросса страхует от случайного падения.



Гравитационные приспособления: нагрузочные костюмы «Адели», «Гравистат»; пневмокостюм «Атлант»

Костюм «Адели» разработан в 1991 г. группой российских физиологов. Прототипом «Адели» является костюм для космонавтов «Пингвин», который применяется в полетах для предотвращения неблагоприятных последствий невесомости.

Представляет собой систему фиксаторов и амортизаторов, прикрепленных к специальной одежде, состоящей из шапочки, курточки, шорт, наколенников и ботинок. Создает эластичный каркас для тела, формирует правильную схему взаиморасположения частей тела и схему движений, что является основой для развития моторики, устранения порочных положений частей тела.




Диспансерное наблюдение при перинатальных поражениях нервной системы согласно Стандартам Нижегородской области:

2 года, осмотр 4 раза в год



Профилактика перинатальных поражений нервной системы

- Своевременное устранение неблагоприятных социально-биологических факторов;
- Своевременное лечение хронических заболеваний женщины;
- Выявление ранних признаков патологического течения беременности;
- Мероприятия по уменьшению родового травматизма.



Исходы перинатального поражения нервной системы

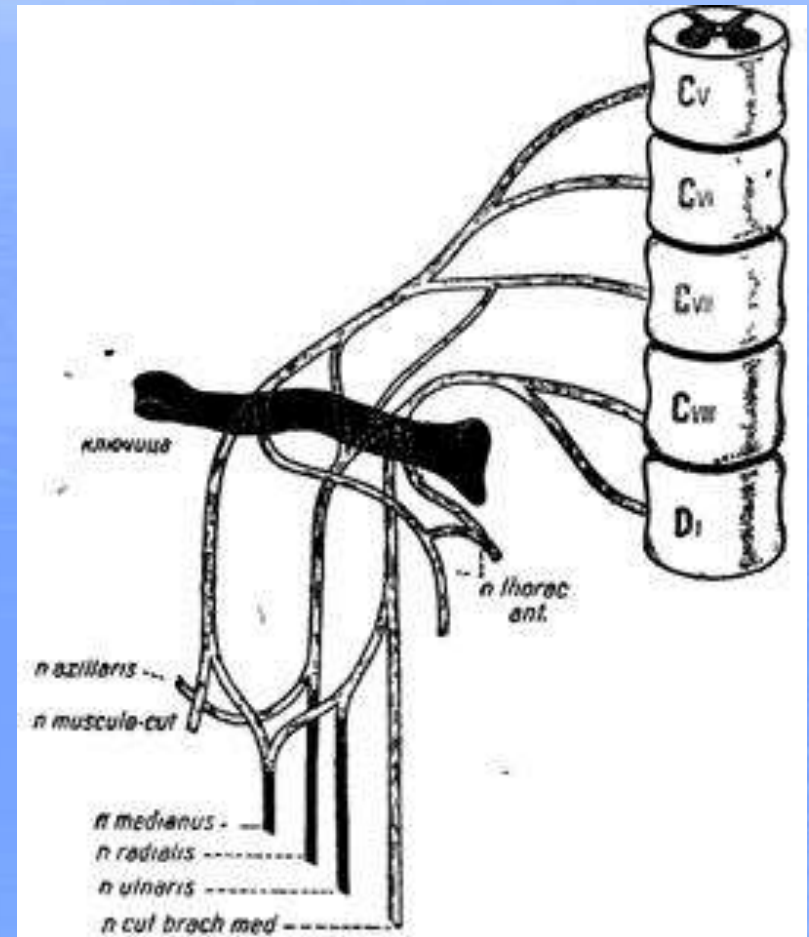
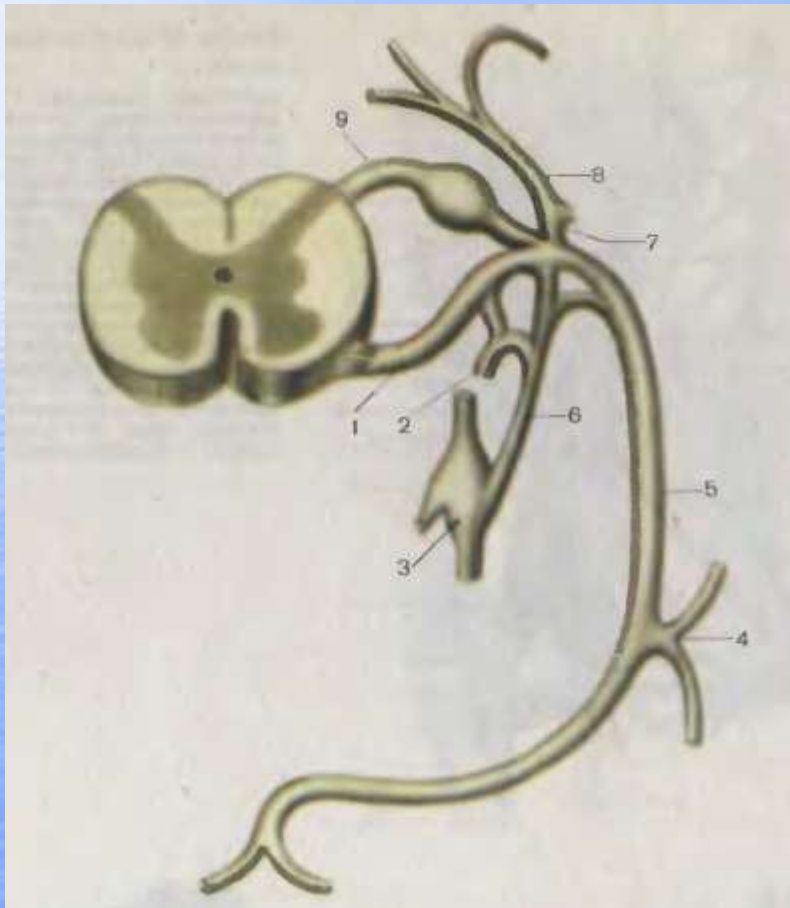
Выздоровление
(до 30%)

Функциональные
нарушения
(около 40%)

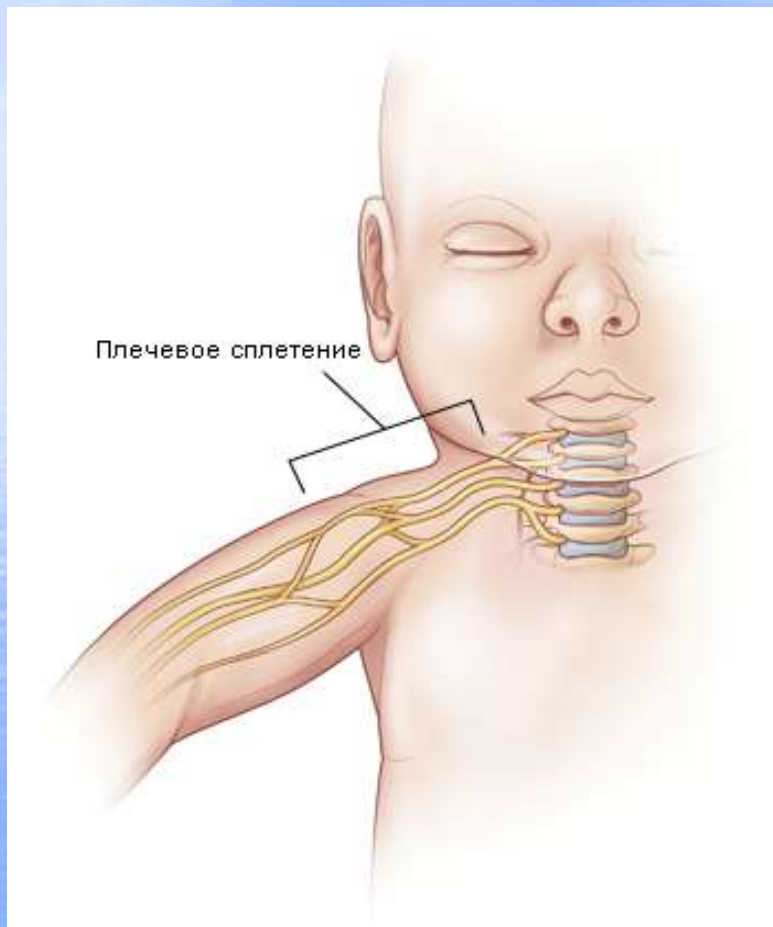
Органические
нарушения –
стойкий
неврологический
дефицит к 1-му году
жизни (около 30%),

Натальная травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга

Структурные особенности шейного отдела позвоночника



«АКУШЕРСКИЕ ПАРАЛИЧИ»

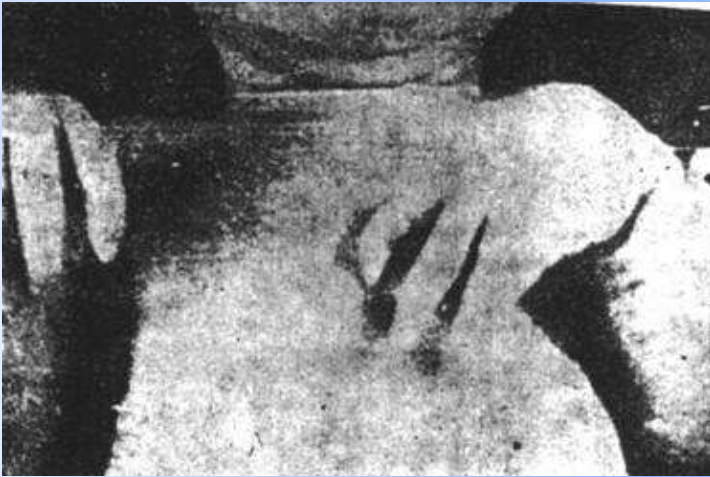


С 80-х годов XX века преобладает мнение, что «акушерские параличи» новорождённых вызваны натальной травмой шейного отдела позвоночника.



Парезы и параличи
Дюшенна-Эрба
развиваются при
поражении
спинного мозга
на уровне C5-C6
или плечевого
сплетения.





Нижний дистальный паралич Дежерин-Клюмпке возникает при травме спинного мозга на уровне C7—D1 или среднего и нижнего пучков плечевого сплетения.



Тотальный паралич
верхней конечности
(паралич Керера) при
повреждении C5—D1
сегментов спинного мозга
или плечевого сплетения,
чаще бывает
односторонним.

Лечение



Срок иммобилизации 10-14 дней.

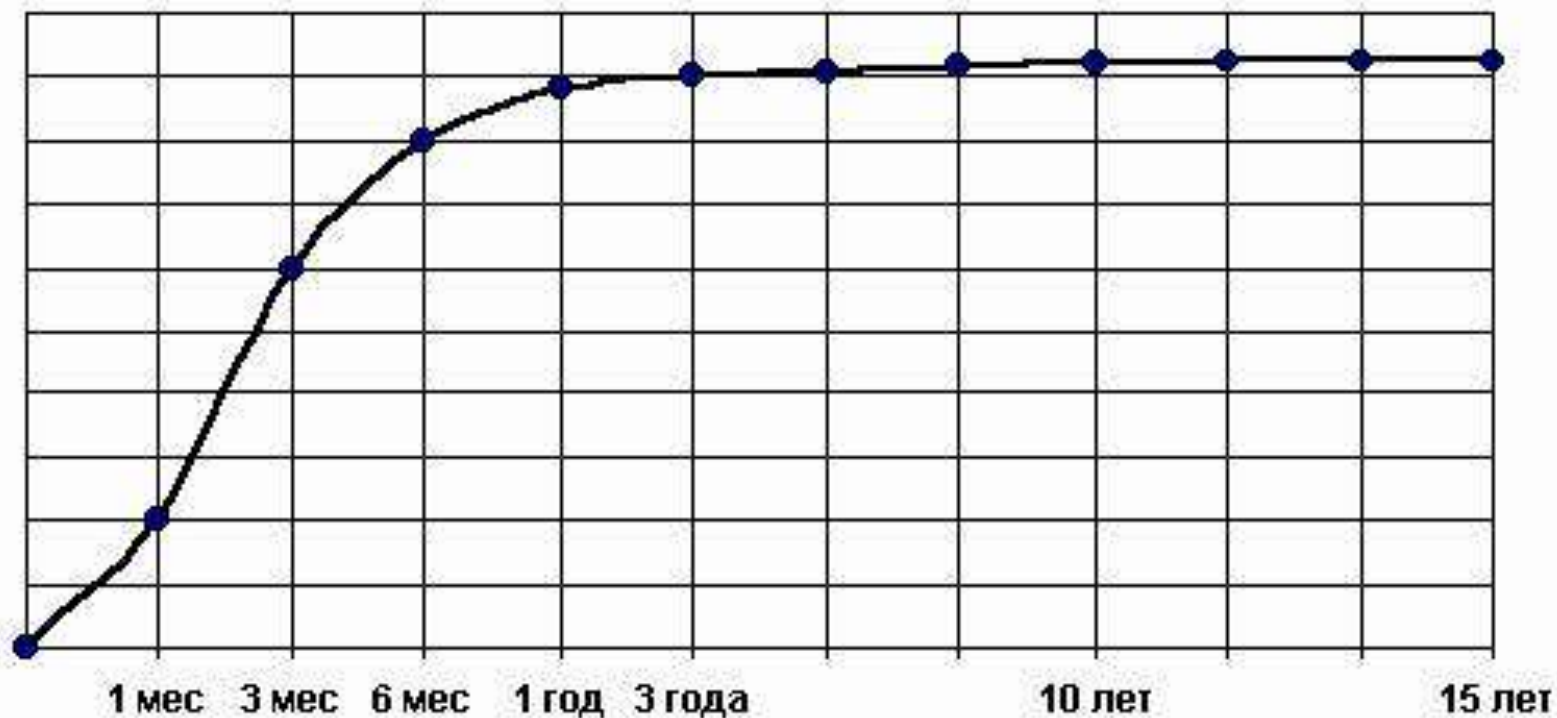
В подостром периоде – ноотропы.

С 8-10-го дня показана физиотерапия, ИРТ.

С 3-4-й недели используют препараты рассасывающего действия.

При стихании острых явлений – массаж.

Прогноз натальной травмы спинного мозга



Динамика восстановления функции верхней конечности.

МИНИМАЛЬНАЯ МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Минимальная мозговая дисфункция – легкие нарушения поведения и обучения, развивающиеся вследствие воздействия различных факторов, которые приводят к негрубому повреждению ЦНС и влекут за собой нарушение формирования высших психических функций.

Интеллектуальный уровень детей с ММД находится в пределах нормы, но при этом они испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации.

В настоящее время частота встречаемости ММД колеблется от 2 до 20 % в популяции, по некоторым данным она достигает до 47%.

Этиология минимальной мозговой дисфункции



➤ Наследственно-генетические факторы

Семейный анамнез:

37% больных с диагнозом ММД имеют братьев и сестер, двоюродных родственников, а также родителей с признаками ММД.

30% детей с моторными дефектами и 70% детей с речевыми дефектами имеют родственников с такими же нарушениями по женской или мужской линии.

Зависимость от пола: чаще страдают мальчики.



➤ Медико-биологические факторы

Перинатальное поражение ЦНС

Факторы риска перехода перинатальной патологии в минимальную мозговую дисфункцию:

а) со стороны матери:

первые роды,

пожилой или юный возраст (до 18 лет и после 35 лет),

низкий вес и рост матери (рост 150 см и менее, масса на 25% ниже нормы),

отягощенность хронической соматической или акушерской патологией до или во время настоящей беременности;

б) со стороны ребенка:

низкая масса тела при рождении,

гипоксически-ишемический генез перинатального поражения ЦНС,

преобладание на первом году жизни синдромов:

– повышенной нервно-рефлекторной возбудимости,

– негрубой задержки во времени психо-предречевого развития,

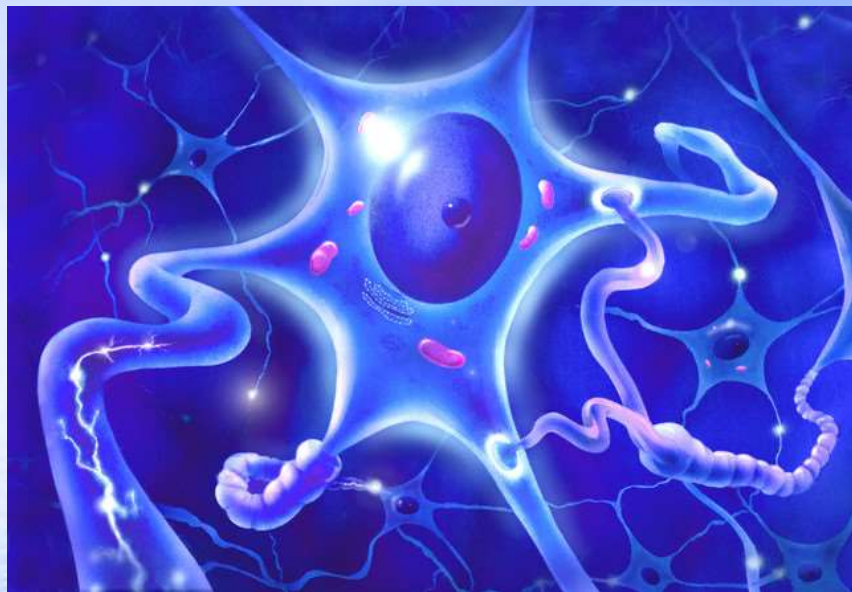
– нарушения сна.

Возможна связь симптомов ММД с инфекционными заболеваниями в младенчестве, повторной черепно-мозговой травмой, тяжелыми соматическими проблемами.

Социальные факторы:

- нежеланная беременность;
- одинокая мать или воспитание в неполных семьях;
- курение и другие бытовые интоксикации родителей;
- частые конфликты и несогласованность подходов к воспитанию;
- низкий уровень образованности родителей;
- педагогическая запущенность;
- наличие криминального окружения;
- проживание в условиях недостаточной материальной обеспеченности и неблагополучного быта;
- факторы большого города: шум, неблагоприятная экология.

ПАТОГЕНЕЗ



Теории ММД

Нейро-
морфологическая

Биохимическая

Генетическая

Биохимическая теория

Дефект обмена медиаторов в виде снижения концентрации дофамина, норадреналина, адреналина, серотонина в синаптической щели.

Эти медиаторы (катехоламины) участвуют в работе основных центров высшей нервной деятельности – **торможения и активации эмоциональной и двигательной активности, контроля системы внимания и оперативной памяти.**

В пользу нейрхимической концепции говорит и успешный результат при лечении поведенческих проявлений ММД от **применения психостимуляторов**, которые являются катехоламиновыми агонистами.

Генетическая теория

Наличие
врожденной
неполноценности
систем мозга,
которые отвечают за
внимание и
моторный контроль.



Клиническая картина минимальной мозговой дисфункции

- Синдром минимальной статико-моторной недостаточности: неуклюжесть, нарушение равновесия, пирамидная недостаточность.
- Синдром «диспраксии-дисгнозии»: лёгкие нарушение функционирования ЦНС: дисфазия (речь), дисграфия (письмо), дискалькулия (счёт), диспраксия (целенаправленные действия), дисгнозия и прочие.

Выявление проводится клиническим психологом по специально разработанным тестам.

- Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

Клиника синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Синдром дефицита внимания – с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий, не в состоянии исполнить задания до конца, быстро переходит от незавершенного - к новому, легко отвлекается, избегает или высказывает агрессивность при выполнении заданий, которые требуют длительного сохранения внимания; часто теряет предметы, забывчив, «не слушает» обращенную речь, не способен удержать внимание на деталях.

Синдром гиперактивности – бегают, крутятся, пытается куда-то влезть, не сидит спокойно, совершает лишние движения кистями и стопами (бесцельные движения), болтлив.

Синдром импульсивности – отвечает на вопросы, не дослушав вопрос; выкрики во время уроков, мешает другим детям, взрослым, пристаёт, не ждет своей очереди в коллективных играх, совершает опасные для себя и окружающих действия, но при этом не ищет острых ощущений, часто вступает в драки.

Диагностически значимо присутствие сочетания 6 симптомов на протяжении не менее 6 мес.

Формы синдрома дефицита внимания и гиперактивности

- сочетанная (или комбинированная) форма — имеются все три группы симптомов: 50-75% случаев;
- СДВГ с преимущественными нарушениями внимания: 20-30%;
- СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности: около 15%.



Обязательные критерии диагноза синдрома дефицита внимания и гиперактивности

- Продолжительность: симптомы отмечаются ≥ 6 мес.
- Возраст начала: первые симптомы появляются до 7 лет.
- Постоянство, распространение на все сферы жизни: нарушения адаптации наблюдаются в двух и более видах окружающей обстановки (например, в школе и дома).
- Выраженность нарушений: существенные трудности в обучении, социальных контактах, профессиональной деятельности.
- Исключаются другие психические расстройства: симптомы не могут быть связаны с течением другого заболевания.

Возрастная динамика симптомов

Изменение симптоматики:

- детям дошкольного возраста свойственны моторная неловкость, нарушения речи и гиперактивность;
- у школьников на первый план выступают трудности обучения;
- у подростков - незрелое и безответственное поведение, агрессивность, раннее появление вредных привычек.



Соотношение девочек и мальчиков с диагнозом минимальной мозговой дисфункции составляет:

- в дошкольном возрасте 1:4,
- в подростковом – уже 1:1,
- в юношеском – преобладание девушек 2:1.

Лечение

1. Рациональное питание
2. Направленная двигательная активность.
3. Медико-педагогическая и педагогическая коррекция. Методики индивидуальной и групповой психотерапии.
4. Немедикаментозные технологии.
5. Медикаментозное лечение:
 - *психостимуляторы – пемолин, декседрин, риталин и сиднокарб (стимулируют выработку нейромедиаторов);*
 - *антидепрессанты, транквилизаторы, седативные препараты (амитриптилин, фенибут, реланиум, бромиды)*
 - *ноотропные и сосудистые препараты.*

Оптимальным для лечения считается возраст 5-7 лет, когда патологические симптомы не проявились еще в полной мере, а компенсаторные возможности мозга еще велики.

Организация лечения: 2-4 курса в год по 1-3 мес.

Диета при синдроме дефицита внимания и гиперактивности

Усиливать, дополнительно усугублять манифестацию симптомов СДВГ могут несбалансированное питание и недостаточность в пище микронутриентов: витаминов, макро- и микроэлементов. В том числе уделяется внимание недостатку в пище магния.

Дефицит магния приводит к дисбалансу процессов возбуждения и торможения в мозге в сторону возбуждения. Дефицит магния вызывает дополнительные нарушения метаболизма нейромедиаторов, которые присутствуют при данном состоянии.

Кроме недостатка в организме магния на проявление симптомов СДВГ могут оказывать влияние также дефицит цинка, йода и железа.



«Низкосалицилатная» диета Б.Файнголда при синдроме дефицита внимания и гиперактивности:

Принцип максимального исключения из рациона продуктов питания с пищевыми добавками, синтетическими пищевыми красителями, ароматизаторами а также сахара и искусственных подсластителей (мороженое, маргарин, мучные изделия промышленного производства — кроме хлеба, конфеты, карамель, жевательная резинка, гвоздика, джемы, желе, копченые колбасы и сосиски и т. д.)

Исключаются все газированные напитки, все виды чая.

Исключаются продукты, содержащие натуральные салицилаты (яблоки, абрикосы, вишня, ежевика, малина, клубника, крыжовник, виноград и изюм, апельсины и другие цитрусовые, нектарины, сливы и чернослив, огурцы, помидоры, орехи и т. д.)



Витаминотерапия при синдроме дефицита внимания и гиперактивности

Витаминотерапия является обязательным элементом лечения СДВГ (профилактика витаминдефицитных состояний, коррекция неврологического дефицита).

Диета Файнголда сопровождается ограниченным поступлением витамина С (требуется коррекция).



Помимо дотации аскорбиновой кислоты, предусмотренной при диете Файнголда, в нейродиетологии при СДВГ применяются **витамины В12 и фолиевая кислота, витамин В6** (влияет на поведенческие реакции).

Имеется опыт положительного применения при СДВГ поливитаминных препаратов с **лецитином** (принимает активное участие в процессах переноса через биомембраны физиологически активных веществ, включая витамины).

Направленная двигательная активность

Цели:

- тренировка координации, ловкости
- “опустошение” депо катехоламинов, способствующих развитию стрессовых реакций и психоэмоциональных особенностей у детей с ММД.

Рекомендуются аэробные спортивные занятия и игры:

- длительный бег,
- лыжи,
- плавание,
- езда на велосипеде,
- туризм.

Желательно совмещать физические нагрузки с родителями, старшими детьми или друзьями.

Альтернатива: регулярные занятия в спортивных секциях.

Постоянные занятия спортом **снижают стресс-реактивность, повышают моторный контроль и адаптационные возможности** организма.

Избегать переутомления и тех видов спорта, где выражен эмоциональный компонент (**соревнования, показательные выступления**), а также статические силовые нагрузки.

Психолого-педагогическая коррекция

Ребенку рекомендуется щадящий режим обучения – минимальное количество детей в классе (**идеально не более 12 человек**), меньшая продолжительность занятий (до 30 мин), **обучение ребенка на первой парте** (контакт глаз учителя и ребенка улучшает концентрацию внимания).

Снижение числа неблагоприятных социальных и психологических факторов в окружении ребенка, создание условий для его развития дома, в школе.

Для реализации этих задач применяются методики индивидуальной и групповой психотерапии.

Преобладание позитивных моментов воспитания, негативные методики неэффективны.



Коррекционно-развивающее обучение

Согласно Закону РФ «Об образовании» от 13.01.1996 г. № 12 и постановлению Конституционного Суда РФ от 25.06.2002 № 71 при неблагоприятном течении адаптации, связанной с неуспешностью по программе обучения или состоянию здоровья, ребенок в течение учебного года может быть переведен на программу обучения, адекватную его уровню знаний и состоянию здоровья (или на индивидуальную программу), а так же в классы коррекционно-развивающего обучения.

В проблемных ситуациях вопрос об обучении ребенка решается в составе психолого-медико-педагогической комиссии, обязательно в присутствии родителей.



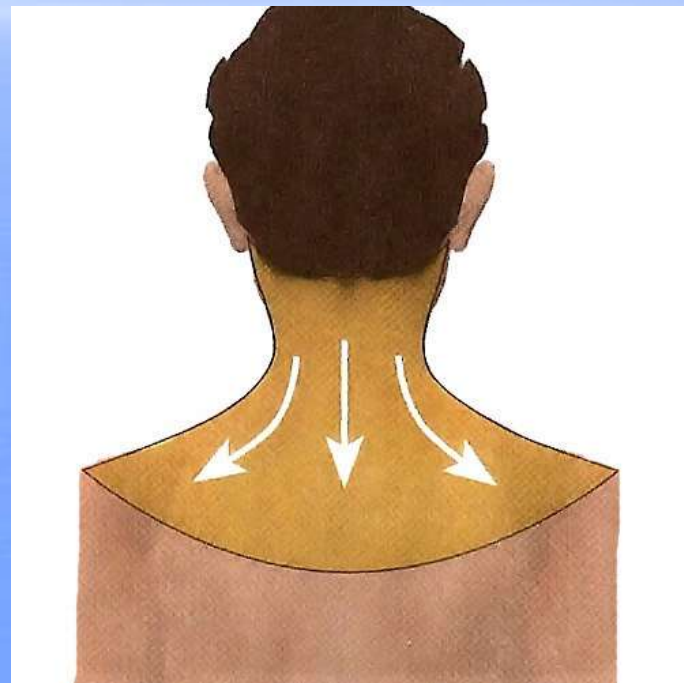
Особенности специального режима обучения детей в классах коррекционно-развивающего образования

- Малая наполняемость класса (до 12-16 учащихся)
- Сокращение продолжительности урока (до 30-40 мин.)
- Использование здоровье-сохраняющих технологий обучения
- Удлинение динамических пауз между уроками (до 15 минут)
- Индивидуальный подход с учетом психофизических особенностей

В классы коррекционно-развивающего обучения принимаются дети, испытывающие трудности в обучении и школьной адаптации вследствие различных биологических и социальных причин (проявления легких остаточных нарушений функций головного мозга, функциональная незрелость ЦНС, незрелость эмоционально-волевой сферы по типу психофизического инфантилизма, соматическая ослабленность, церебрастенические состояния, а также педагогическая запущенность).

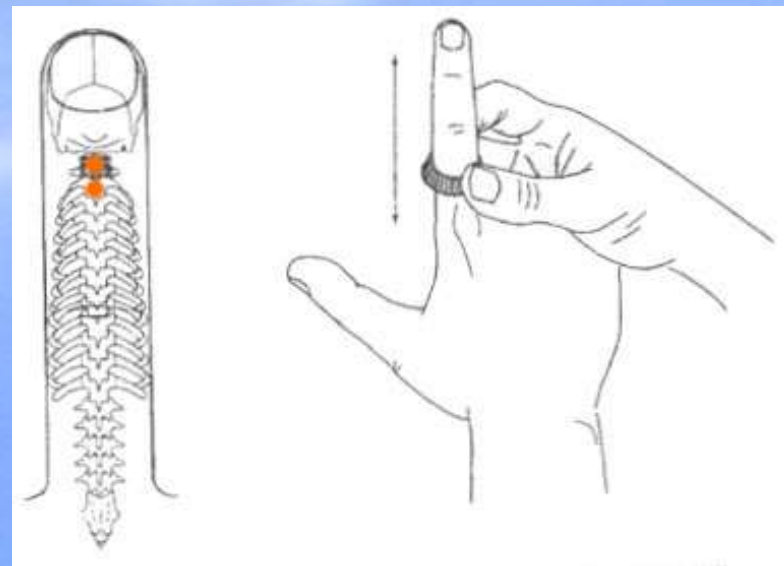
Немедикаментозные технологии реабилитации детей с минимальной мозговой дисфункцией

- Физиотерапия (водные процедуры, электропроцедуры)
- Массаж (классический, аппаратный)



Технологии комплементарной медицины в реабилитации детей с минимальной мозговой дисфункцией

- Рефлексотерапия (классическое иглоукалывание, аппаратные методы, су-джок терапия)
- Апитерапия (естественные природные вещества – апилак, прополис).
- Фитотерапия.



Травы-адаптогены — элеутерококк, лимонник, аралия, экстракт алоэ.

Комплекс пустырника с душицей и витаминными препаратами.

Новопассит (сироп или таблетки), успокаивающие травяные сборы (валериана, пустырник, хмель, мята и т.п.)

Фитотерапия применяется длительное время после интенсивного курса лечения, наряду с витаминотерапией.

ПРОГНОЗ

1. Исчезновение симптомов (от 25% до 50% детей “перерастают” этот синдром).

2. Присутствие симптомов различной степени тяжести продолжают оставаться, но без признаков развития психопатологии. Таких детей большинство (от 50% и более).

3. Развитие тяжелых осложнений у взрослых в виде личностных или антисоциальных изменений, алкоголизма и даже психических состояний.



*Дэниел Рэдклифф
(Гарри Поттер)*



Эпилепсия

Хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся:

- пароксизмальными расстройствами сознания
- приступами судорог
- нарастающими нарушениями мыслительных и психических функций, стойких изменений личности, которые отражаются на социальном функционировании и на социальной адаптации больных.

В типичных случаях развивается в той или иной степени деменция.

Терминология

Пароксизмы или приступы – эпизоды состояния, контрастного по отношению к обычному состоянию и длящегося кратковременно (несколько секунд или минут, спонтанно резко прекращающегося).

При эпилепсии в типичных случаях пароксизмы бывают судорожными, но могут быть и без судорог - психическими, вегетативными, атоническими и другими.

Судороги – внезапные непроизвольные приступы сокращений скелетных мышц.

Судороги классифицируют

➤ *По характеру:*

- **тонические судороги** — длительное сокращение мышц;
- **клонические** — следующие сразу друг за другом краткие сокращения мышц;
- **тонико-клонические.**

➤ *По степени вовлечения мышечных групп:*

- **Фокальные** (парциальные) припадки – сокращение отдельных мышечных групп, в некоторых случаях только с одной стороны.
- **Генерализованные** припадки – распространяющиеся на весь мозг и на все тело.

Распространённость

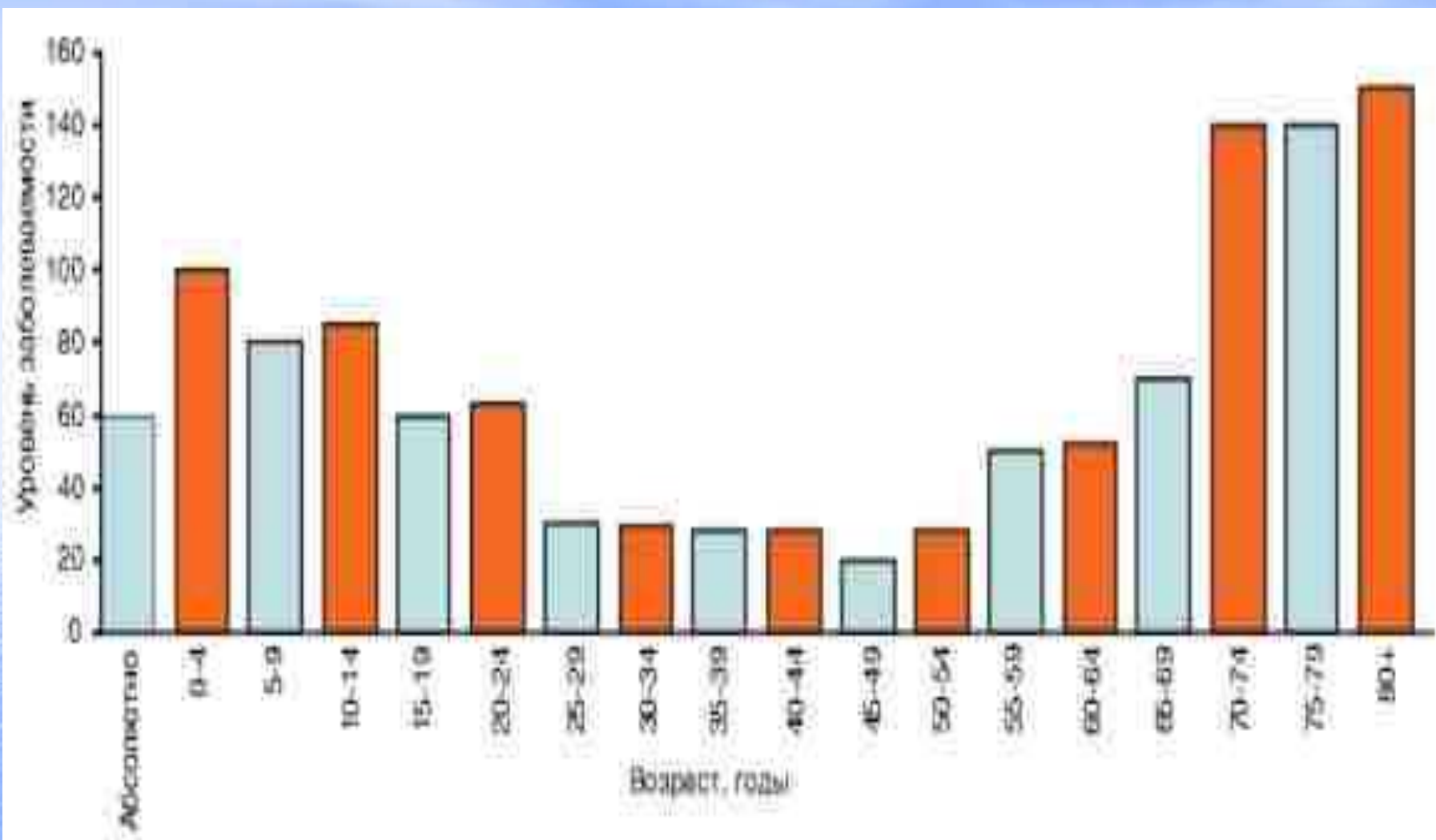
Согласно официальной статистике МЗРФ на 2012 г. общая распространенность эпилепсии составляет 243 больных на 100 тыс. человек, а общее количество зарегистрированных больных эпилепсией в России составило **347 304 чел.**, из которых **35% – дети до 18 лет**. На протяжении 2005-2012 гг. больные эпилепсией в среднем составляли 0,2% населения России.

По мнению специалистов в России существует значительная гиподиагностика эпилепсии: **по расчетным данным 2015 г., эпилепсией страдает около 1 350 000 человек**. При этом примерно две трети случаев диагностировано и только половина пациентов получает лечение.

Эпилепсия превалирует у мужской части населения.

Уровень смертности у больных эпилепсией в 2-3 раза выше, чем в основной популяции.

Смертность, непосредственно связанная с эпилепсией, составляет около 40% случаев всех смертей больных эпилепсией.



Уровень заболеваемости эпилепсией в зависимости от возраста

Этиологические факторы

➤ Генетические факторы.

«Около половины случаев эпилепсии являются результатом прирожденного расположения, переданного через посредство родителей».

В. Говерс, 1896 г.

➤ Внешние факторы.

- К развитию **вторичной эпилепсии** приводят травмы головы, инфекции центральной нервной системы и опухоли.

- **У более молодых людей** к развитию эпилепсии приводят осложнения перинатального периода, врожденные состояния, аномалии развития.

- **У пожилых** людей самым распространенным фактором риска является цереброваскулярная болезнь.

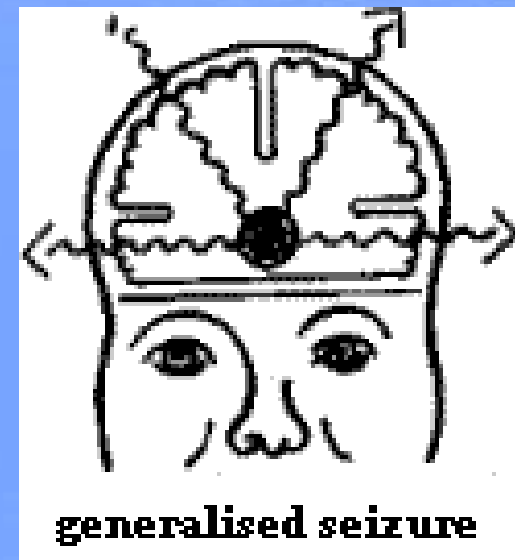
- При наличии случаев заболевания эпилепсией в семье, по всей вероятности, воздействие внешних факторов риска усиливает генетический фактор.

Патогенез

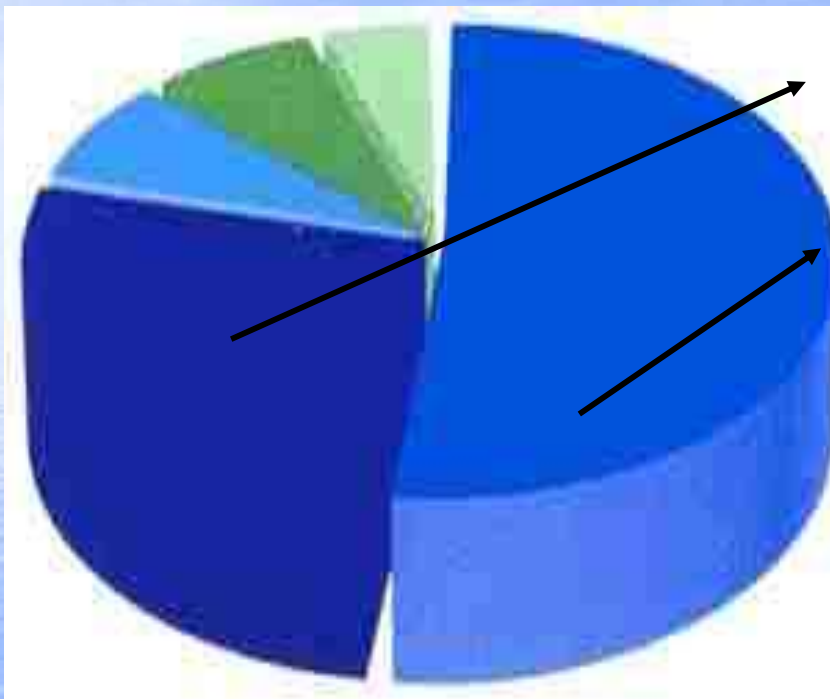
Повторяющиеся припадки, свойственные болезни, являются реакциями на внезапные кратковременные избыточные электрические разряды в какой-либо группе клеток мозга.

Такие разряды могут происходить в различных частях мозга.

Процесс опосредуется особыми медиаторами.



Клиника



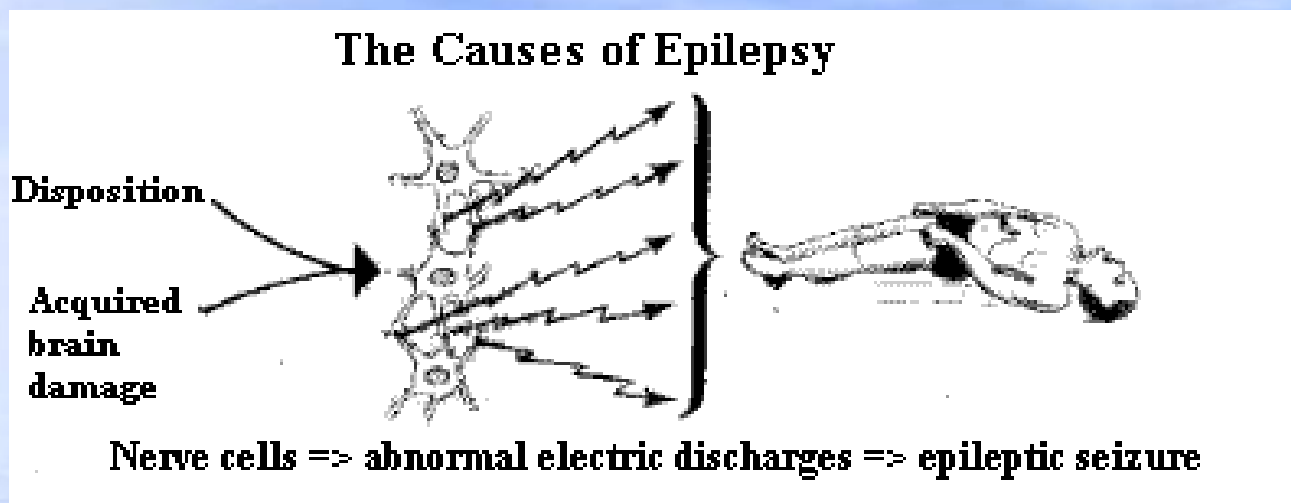
Генерализован. судороги – 27%

Фокальные припадки – 52%

Абсансы, миоклонии – по 8%

Неклассифицируемая эпилепсия – 5%

Большой эпилептический припадок



Наиболее характерное проявление эпилептической болезни. В его развитии выделяются фазы:

- стадия предвестников эпилептического припадка,
- аура,
- тоническая фаза,
- клоническая фаза
- фаза помрачения сознания (оглушение или сумерки).

Стадия предвестников эпилептического припадка (продромальная стадия)

Встречается далеко не всегда.

Проявляется теми или иными, характерными для данного больного ощущениями (нарушения сна, тревога, депрессия), возникающими за несколько минут, часов, реже суток до начала припадка.

Аура

Кратковременное, на несколько секунд помрачение сознания, при котором возникают разнообразные галлюцинаторные расстройства, остающиеся в памяти больного.

Наблюдается у 30-40% больных.

Аура может быть сенсорной, зрительной, обонятельной, слуховой, психической, вегетативной, моторной, сенситивной.

Тоническая фаза судорог длится **10-20 сек** и характеризуется тоническим напряжением мышц лица, разгибателей конечностей, мышц туловища, челюсти при этом плотно сжаты, глазные яблоки отклоняются вверх и в сторону.

Цвет лица в начале бледный, позднее становится красновато-цианотичным. Зрачки широкие, не реагируют на свет.

Дыхание отсутствует.

Клоническая фаза длится **от 30 сек до нескольких минут** и проявляется короткими сокращениями различных мышечных групп туловища.

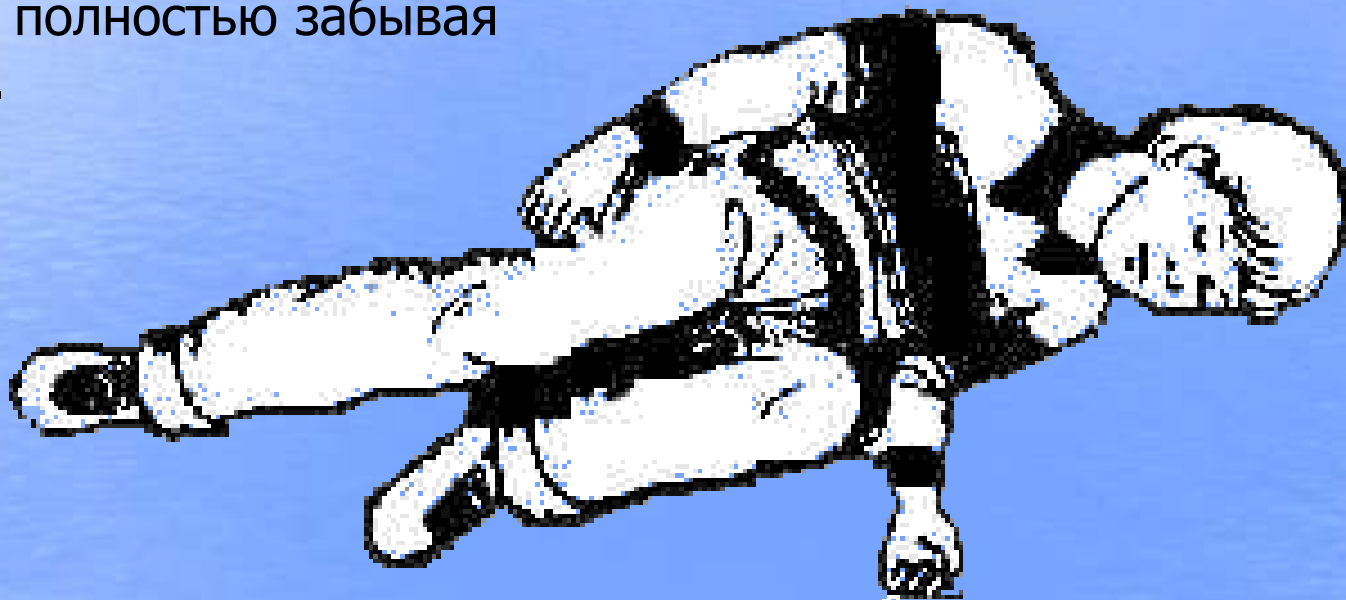
В обеих фазах судорожного синдрома может возникнуть прикусывание языка и губ.



В дальнейшем судороги постепенно урежаются, мышцы расслабляются, дыхание восстанавливается.

Больной в сопоре, неподвижен, рефлексы угнетены.
Нередко непроизвольное отхождение мочи и кала.

Через 15-30 мин наступает сон или ребенок приходит в сознание, полностью забывая припадок.



Особенности большого припадка у детей раннего и дошкольного возраста

Судорожные припадки **часто бывают атипичными**: та или другая фаза припадка может быть выражена более слабо.

Преобладает тоническая фаза; клонические проявления рудиментарны, а иногда вообще отсутствуют.

Характерны резко **выраженные расстройства дыхания и цианоз**.

Нередко генерализованные судороги бывают **не вполне симметричными** — у одного и того же больного они охватывают правую или левую половину тела.

В грудном возрасте судорожные припадки выражаются иногда не в тонических судорогах, а в **расслаблении тонуса мышц** половины тела.

Фокальные судороги



Джексоновские судороги в левой половине тела

Двигательные джексоновские припадки возникают при раздражении передней центральной извилины одного из полушарий.

Они характеризуются клоническими судорогами правых или левых конечностей и лицевой мускулатуры.

У взрослых эти припадки протекают на фоне ясного сознания, у детей дошкольного возраста они встречаются относительно реже и часто сопровождаются потерей сознания.

Миоклонические припадки

Часто бывают у детей школьного возраста (от 14 до 18 лет).

Проявляются во вздрагивании различных мышечных групп.

Эпилептические миоклонии обычно двусторонние, асимметричные, могут быть генерализованными или носить ограниченный характер, в зоне лица и верхней конечности, либо вовлекают одну или несколько конечностей.

При миоклоническом приступе сознание обычно сохранено. Иногда протекают с потерей сознания, нередко сериями.

Одиночный приступ обычно имеет продолжительность 1 – 2 секунды и напоминает удар током.

Абсансы

Свойственны преимущественно детям и характеризуются внезапным и очень кратковременным прекращением деятельности (игры, разговора), замиранием, отсутствием реакции на оклик.

Ребёнок **не падает** и через несколько секунд (не более 10) продолжает прерванную деятельность.

Больной не осознаёт и не помнит о припадке.

Частота абсансов порой достигает нескольких десятков в день.

Нередко возникает и статус малых припадков.



Диагностика

1. Диагноз эпилепсии требует наличия, как минимум, одного эпилептического припадка
2. ЭЭГ-подтверждение в том числе с использованием нагрузок - гипервентиляции, фотостимуляции.
3. Проведение исследований, позволяющих увидеть структуру мозга (т.н. нейровизуализации - магнитно-резонансной или компьютерная томография для анатомического диагноза).

Обследование согласно Стандартам Нижегородской области:

Обязательно: анализы крови на сахар, электролиты, консультация невролога, ЭЭГ.

По показаниям:

ЭЭГ-мониторирование, ЭКГ, УЗДГ, Р-гр ШОП, глазное дно, КТ или МРТ головного мозга, консультация психолога и генетика.

Лечение

Цели лечения:

1. Снизить риск развития повторных припадков.
2. Улучшить прогноз.
3. При ремиссии добиться отмены приёма противосудорожных препаратов без возобновления припадков.
4. Свести к минимуму побочные эффекты лечения.

Основные принципы лечения эпилепсии

- Максимум терапевтической эффективности при минимуме побочных эффектов
- Лечение назначается в зависимости от формы эпилепсии и типа припадков
- Лечение начинается с монотерапии
- Лечение должно осуществляться с назначения малых доз, с постепенным их увеличением
- При резистентности припадков к максимальной терапевтической дозе одного препарата его заменяют или добавляют второй в соответствии с доминирующим типом приступов.

Противоэпилептические средства Синонимы и аналоги (дженерики)

Вальпроат (Син.: Депакин, Конвулекс, Апилепсин, Конвульсофин)

Топирамат (Син.: Топирамин, Тореал, Топамакс, Топсавер, Топалексин, Макситопир)

Карбамазепин (Син.: Стазепин, Тегретол, Финлепсин)

Диазепам (Син.: Апаурин, Валиум, Диапам, Реланиум, Седуксен, Сибазон)

Фенобарбитал (Люминал, Адонал, Седонал, Гипнотал, Эпанал, Эписедал, Барбенил и др.)

Фенитоин (Син.: Дифенин, Дифентоин)

Этосуксимид (Син.: Суксилеп, Пикнолепсин, Заронтин, Ронтон, Асамид.)

Ламотриджин (Син.: Ламиктал, Ламитор, Ламолеп)

Габапентин (Син.: Габагамма, Гапентек, Конвалис, Лепситин, Нейронтин, Тебантин, Эплиронтин)

Противоэпилептические средства в зависимости от типа приступа

Тип припадка	Преп. I линии	Преп. II линии
Абсансы	Вальпроат	Этосуксимид
Миоклон.		Топирамат
Фокальные	Вальпроат Ламотриджин	Фенитоин Габапентин
Генерал. тонико- клонич.		Карбамазепин Фенобарбитал
Вторично генерализ		Фенитоин Топирамат
Недиффер.	Вальпроат	Топирамат



Помощь при приступе

- Удалить больного от повреждающих предметов.
- Уложить на плоскую поверхность (на пол), распустить стесняющую одежду.
- Подложить под голову подушку или валик.
- Обеспечить доступ свежего воздуха.
- При необходимости восстановить проходимость дыхательных путей: очистить ротовую полость и глотку от слизи.

ТБЭ.com

Экстренная карточка эпилептика

ФИО пациента _____

Адрес _____

В случае приступа известить:
ФИО _____

Адрес _____ Телефон _____

ФИО лечащего врача _____

Адрес _____ Телефон _____

Заболевание: эпилепсия _____

Медикаменты _____ Группа крови _____



Первая помощь при приступах эпилепсии



Положить голову на подушку, снять очки



Ослабить тугую одежду



Перевернуть набок



Отследить длительность припадка



Ничего не класть больному в рот



Поискать ID браслет с информацией



Не фиксировать тело больного в припадке



Когда человек придет в сознание...



предложите ему помощь

Медикаментозное купирование приступа

Если судороги продолжаются более 3-5 мин, вводят 0,5% раствор седуксена (реланиума) в дозе 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг) в/м или в мышцы дна полости рта.

При эпилептическом статусе обеспечить доступ к вене и ввести 0,5% раствор седуксена в дозе 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг).

Ввести 25% раствор сульфата магния из расчета 1,0 мл/год жизни.

Детям до года - сульфата магния 0,2 мл/кг в/м или 1% раствор **лазикса** 0,1-0,2 мл/кг (1-2 мг/кг) в/в или в/м.

При отсутствии эффекта ввести 20% раствор **оксибутирата натрия** (ГОМК) 0,5 мл/кг (100 мг/кг) на 10% растворе глюкозы в/в медленно (!) во избежание остановки дыхания.

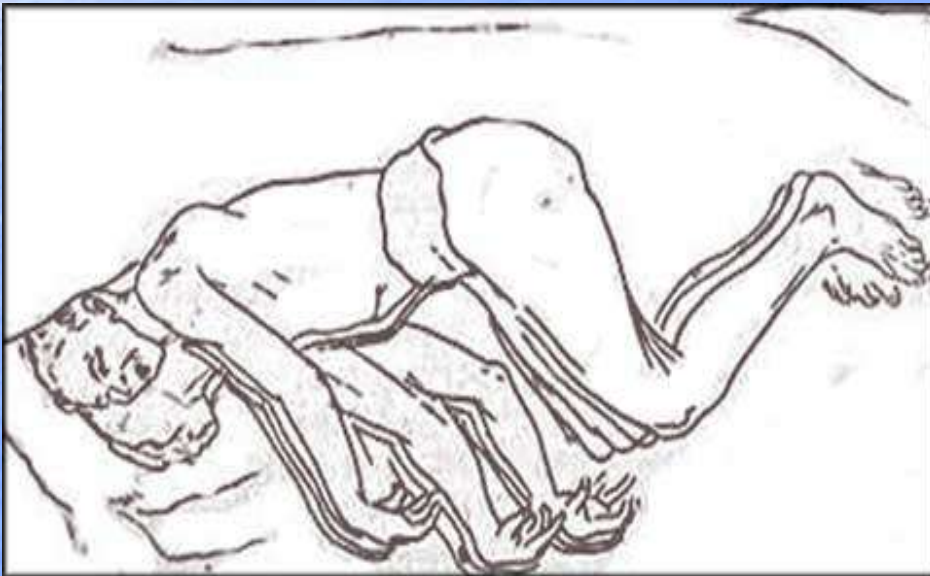
По завершении приступа необходимо убедиться в отсутствии повреждений и уложить больного, обеспечив доступ свежего воздуха.

Нельзя оставлять больного до полного восстановления сознания.

Помощь при приступе со стороны родственников

Ближних больного нужно информировать, что одиночный приступ сам по себе не опасен в отношении жизни, поэтому при развитии эпилептического приступа следует:

- вызвать врача,
- соблюдать спокойствие,
- внимательно наблюдать за ходом припадка, замечая его длительность и особенности различных его фаз.



Отдельные моменты движений больного с киноленты, снятой во время припадка

Прогноз при эпилепсии

Приблизительно у 70 % больных на фоне лечения наступает ремиссия, то есть припадки отсутствуют в течение 5 лет.

В 20-30 % приступы продолжаются, в таких случаях нередко требуется одновременное назначение нескольких противосудорожных препаратов.

По статистике: из десяти пациентов, находящихся на противоэпилептическом лечении:

- ... у шести - полное отсутствие приступов,
- ... у двух - значительное улучшение,
- ... у двух – никаких улучшений.



Диспансерное наблюдение при эпилепсии согласно Стандартам Нижегородской области:
до 18 лет 4 раза в год.

ЭНУРЕЗ

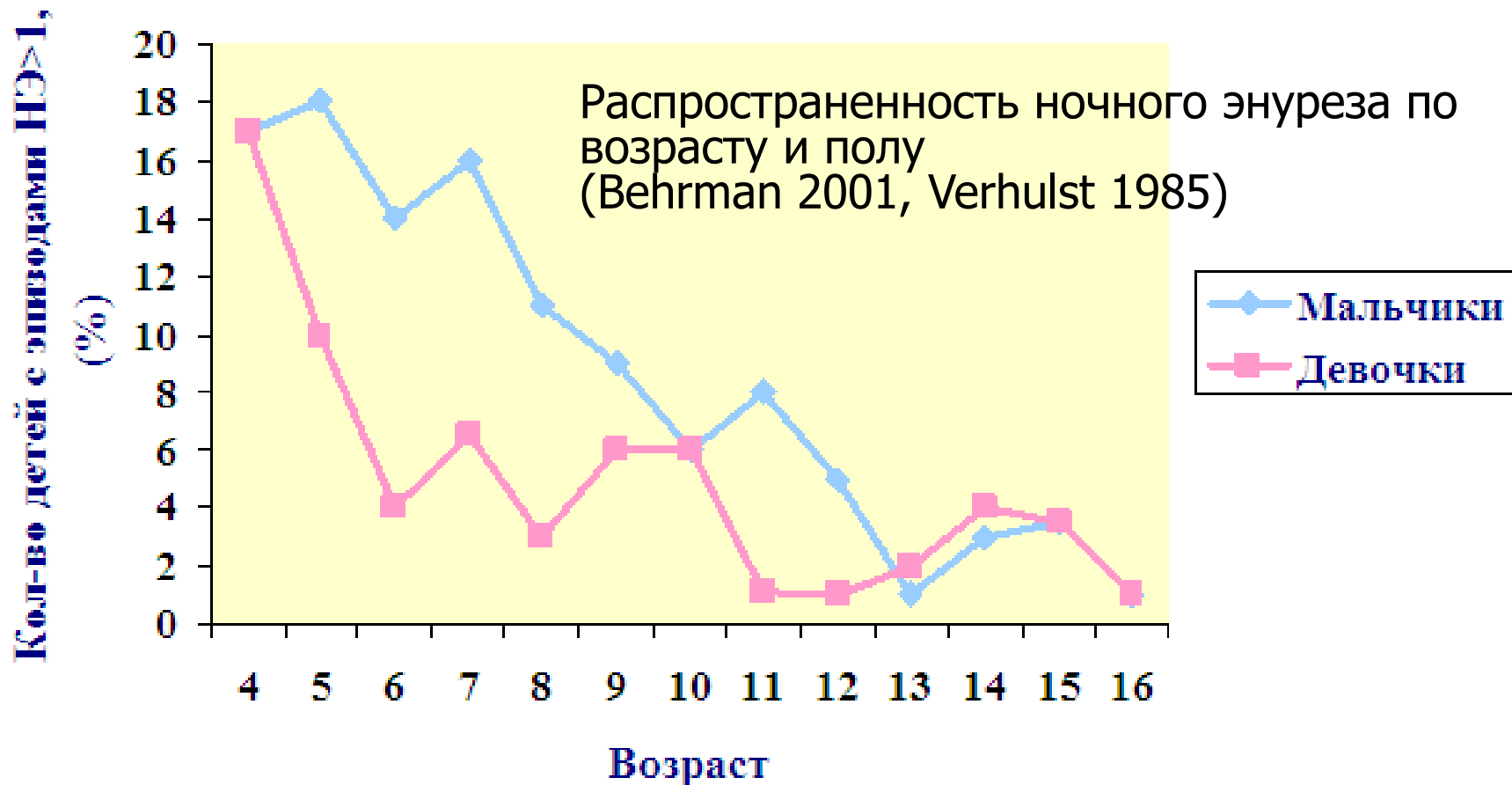
«Enuresis» (греч.) – «истечение мочи».

Энурез – недержание мочи, неспособность контролировать мочеиспускание.

Энурез неорганической природы – повторяющееся непроизвольное мочеиспускание, производимое в постель или в одежду по достижении возраста, предполагающего наличие способности контролировать этот процесс.

Возраст, когда ребенок способен контролировать мочеиспускание, чаще всего соответствует 4-5 годам.





Среди детей с ночным энурезом неконтролируемые мочеиспускания каждую ночь регистрируются у 30 %, 4-6 раз в неделю – у 7 %, 1-3 раза в неделю – у 35 %, 1-2 раза в месяц – у 27 %.

У 0,3-0,5% детей ПНЭ сохраняется и во взрослом состоянии.

Этиология

- Задержка созревания нервной системы (подкорковые и корковые центры мочеиспускания).
- Расстройства уродинамики (нейрогенный мочевой пузырь), урологические заболевания и инфекция мочевых путей.

Нейрогенный мочевой пузырь: нарушения участвуют в формировании пузырно-мочеточникового рефлюкса, а впоследствии – пиелонефрита.

- Нарушение ритма секреции антидиуретического гормона (АДГ) и ночная полиурия.

Частота среди пациентов с ночным энурезом достигает 25-100%. Показатели секреции вазопрессина у детей достигают значений, близких к таковым у взрослых, примерно к 12 годам.

- Неблагоприятная наследственность.

Если один или оба родителя в детстве страдали ночным энурезом, риск заболевания для их ребенка существенно повышается (45 и 75%, соответственно).

- Некоторые психологические факторы и стресс.
- Нарушения сна – не просыпаются в ответ на обычные звуковые сигналы.
- Заболевания ЛОР-органов.

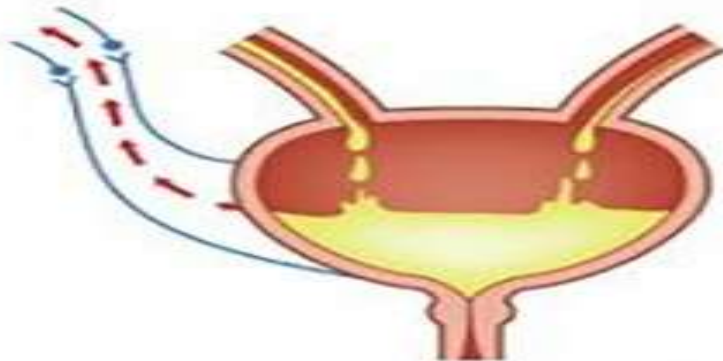
Корковые центры мочеиспускания находятся вблизи центров глоточных миндалин.



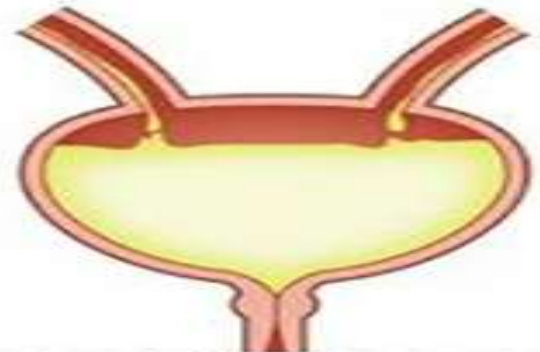
Один из механизмов развития энуреза



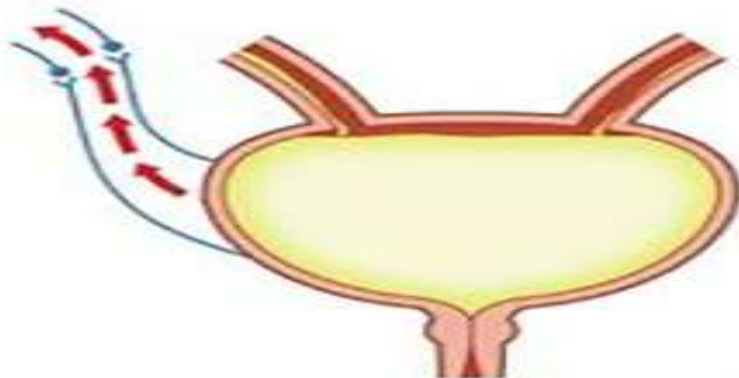
Наполнение мочевого пузыря



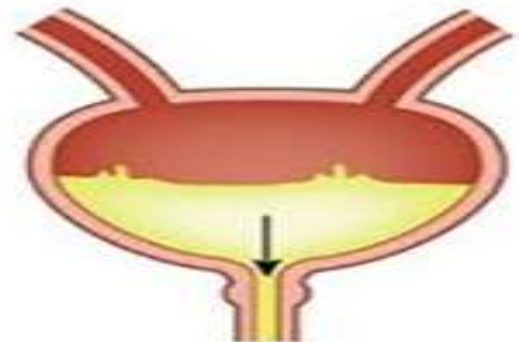
При расширении мочевого пузыря сигнал об этом по нервам направляется к головному мозгу



Если ответной реакции нет, мочевой пузырь продолжает наполняться



Когда мочевой пузырь наполняется полностью, к мозгу начинают поступать экстренные сигналы



Если сигналы не воспринимаются, (например, во время крепкого сна) мышцы тазового дна расслабляются, и в результате происходит непроизвольное мочеиспускание

Классификация энуреза

Энурез

Ночной энурез –
недержание
мочи имеет
место
только во
время
ночного сна

Дневной энурез –
недержание
мочи случается
во время
бодрствования

Смешанного
типа –
энурез
отмечается
в ночные и
дневные
часы



НОЧНОЙ ЭНУРЕЗ

Первичный ночной энурез (ПНЭ)
без светлого промежутка

Вторичный энурез – если у
ребёнка до начала ночного
недержания мочи был 6-месячный
период «сухих ночей»

НОЧНОЙ ЭНУРЕЗ

Моносимптомный или
неосложнённый НЭ —
непроизвольное отхождение
мочи ночью без сопутствующих
урогенитальных или
гастроабдоминальных
расстройств.



Полисимптомный или
осложнённый — состояние,
сопровожающееся такими
дневными симптомами как
мучительность и частота
позывов, боли при
мочеиспускании, нарушение
струи, запор, энкопрез.



Возрастной фактор

Осознание чувства наполнения мочевого пузыря и позывов появляется только между 12 и 24 месяцами жизни. Осознанное начало микции, т. е. сокращение детрузора и расслабление сфинктера полностью формируется только к 4 годам.

Если ребёнок длительно находится в подгузниках и не тренируется, то формирование этого рефлекса может надолго затянуться.

Диагноз НЭ у ребёнка до 4-5 лет не правомочен.

Ребёнок с задержкой умственного развития и ночным недержанием мочи должен достичь уровня развития 4-летнего нормального ребёнка, чтобы диагноз НЭ был правомочен. Рубеж в 4 года выбран не случайно.



Диагностические критерии энуреза:

- возраст ребенка не менее 5 лет;
- частота непроизвольного или преднамеренного упускания мочи в кровати или одежде не реже 2 раз в месяц у детей до 7 лет, и не реже 1 раза в месяц у детей в возрасте 7 лет и старше;
- отсутствие анатомических аномалий мочевой системы, эпилептических припадков, неврологических расстройств или психических заболеваний;
- длительность энуреза не менее 3 мес.



Сбор информации о больном при энурезе

Важно выяснить, когда ребёнок отправляется в постель, как глубоко спит, как просыпается утром, храпит ли во сне.

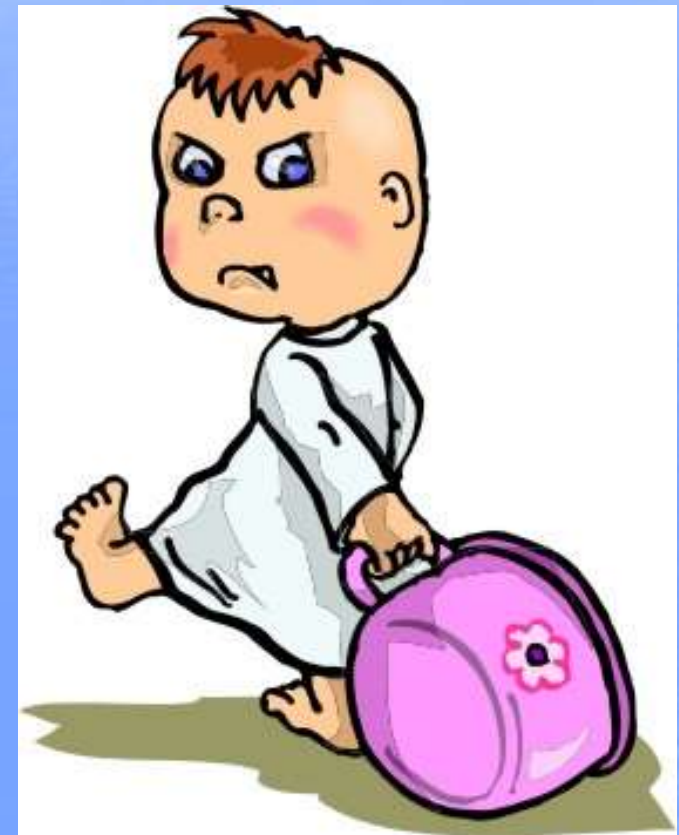
Если были эпизоды «сухих ночей», то с чем, по мнению родителей, было связано улучшение.

Если родители не могут дать подробных ответов, им следует поручить **ведение дневника мочеиспусканий**.

Дневник рекомендуется вести с обеда пятницы до утра понедельника (когда родители дома).

Регистрируется время и объём каждого мочеиспускания днём и ночью.

Это позволяет говорить о суточном распределении экскреции мочи, а также соотношение ночного объёма мочи и функциональной ёмкости мочевого пузыря.



Основные направления терапии:

- коррекция (модификация) поведения;
- использование фармакологических средств;
- немедикаментозные технологии.



Модификация поведения. Режимные моменты

Рекомендации родителям:

- Время отхода ко сну должно быть спокойным. Рекомендуется почитать книгу, поговорить на спокойную тему или послушать магнитофонную запись сказки.
- Перед тем, как лечь в постель, ребенок должен обязательно сходить в туалет и помочиться: в течение последнего часа перед сном рекомендуется 3 раза помочиться.
- Постель ребенка с энурезом должна быть достаточно жесткой.
- При очень глубоком сне рекомендуется несколько раз переворачивать ребенка во сне.
- Необходима лечебная физкультура для укрепления мышц спины, живота, промежности.
- Практичным и часто используемым методом является заполнение самим ребенком дневника энуреза (таблицы опорожнений).



Модификация поведения.

Питание

- Сократить потребление ребенком продуктов, содержащих кофеин, таких как кока-кола, шоколад, кофе и чай. Кофеин обладает мочегонным эффектом, а значит, может способствовать ночному недержанию мочи.
- Рекомендуется ужин (*за 3 часа до сна*) с ограничением продуктов, обладающих мочегонным эффектом — молочных продуктов, яблок, огурцов, крепкого чая, кофе. На ужин можно дать яйцо, рассыпчатые каши (гречка, пшено) с маслом, вареньем, сахаром, бутерброд с сыром, один стакан слабо заваренного чая.



Мотивационная терапия

Мотивационная терапия играет важную роль в лечении энуреза, так как обеспечивает более успешные результаты и относительно низкую частоту рецидивов.

Мотивация направлена на установление позитивных отношений между ребенком и родителями.

Родителям необходимо помочь ребёнку избавиться от чувства вины, убедить, что и они, и их ребенок обязательно справятся с недержанием мочи.



Нельзя наказывать и ругать ребенка за мокрую постель. Родителям не следует акцентировать внимание на неудачах, но стараться непременно похвалить и как-либо поощрить ребенка, когда ему удалось не намочить постель.

Каким бы ни было поощрение, ребенок должен получить его сразу при пробуждении.

«Условно-тревожная» терапия.

1. Использование будильника. Если ребенок мочится в постель регулярно каждую ночь в определенное время, можно дать ему часы с будильником, объяснив, как он действует. Будильник должен звонить на несколько минут раньше этого времени, чтобы ребенок, проснувшись, без спешки встал и помочился.

2. Существуют устройства, которые подают сигнал тревоги и будят ребенка, как только он начинает мочиться (enuresis alarm). «Энурезные будильники» состоят из выносного электродного гигросенсора, фиксируемого на постельной принадлежности или одежде ребенка, и будильника, издающего громкий звонок при увлажнении сенсора с целью формирования условного рефлекса «пробуждение» в ответ на позыв к мочеиспусканию.

Для достижения эффекта такое лечение может потребовать нескольких месяцев.



Фармакотерапия энуреза

А. Парасимпатолитики (оксибутинин).

Устраняет спазмы и понижает тонус гладких мышц, особенно хорошо расслабляет гладкую мускулатуру мочевого пузыря.

У больных с нейрогенным мочевым пузырем увеличивает его вместимость, расслабляет и снижает частоту сокращений детрузора, сдерживает позывы и уменьшает число мочеиспусканий (непроизвольных и произвольных). Хорошо переносится при длительном назначении — от 1 мес до 2 лет.

В. Антидепрессанты (имипрамин, амитриптилин).

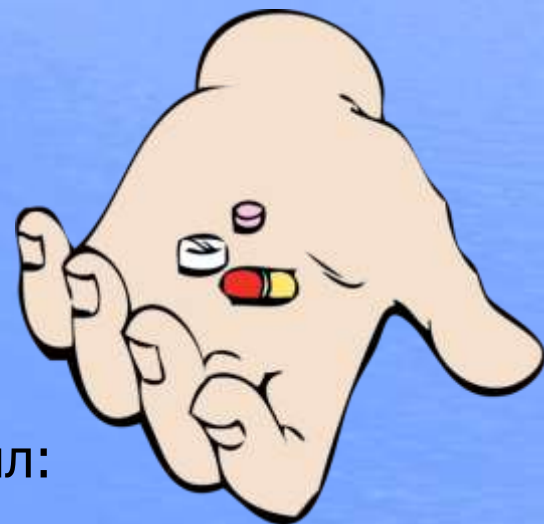
Способны вызывать улучшение способности к пробуждению ребенка. Лечебный эффект от применения имипрамина наблюдается у 25% детей.

С. Синтетические аналоги естественного антидиуретического гормона (вазопрессина).

Препараты антидиуретического гормона

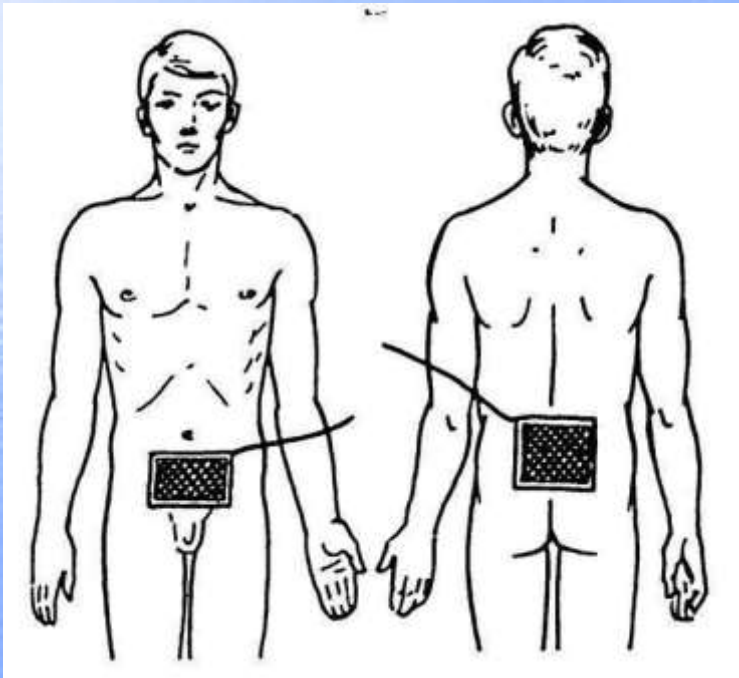
Препараты, содержащие ДЕСМОПРЕССИН
(DESMOPRESSIN)

- АДИУРЕТИН
- АПО-ДЕСМОПРЕССИН (APO-DESMOPRESSINE) спрей назальный дозир. 10 мкг/1 доза: фл. 2.5 мл (25 доз) или 5 мл (50 доз)
- ЭМОСИНТ (EMOSINT) р-р д/инъекц. 4 мкг/0.5 мл: амп. 10 шт.
- МИНИРИН® (MINIRIN) таб. подъязычные 120 мкг: 10, 30 или 100 шт.
- МИНИРИН® (MINIRIN) таб. 200 мкг: 30 шт.
- МИНИРИН® (MINIRIN) таб. 100 мкг: 30 шт.
- ЭМОСИНТ (EMOSINT) р-р д/инъекц. 40 мкг/1 мл: амп. 10 шт.
- ДЕСМОПРЕССИН (DESMOPRESSIN) спрей назальный дозированный.



Немедикаментозные и комплементарные технологии

- Физиотерапия (электрофорез, глубокое прогревание надлобковой области с помощью парафина/термохимической грелки 20 -30 минут, др. методы).



- Массаж, точечный массаж

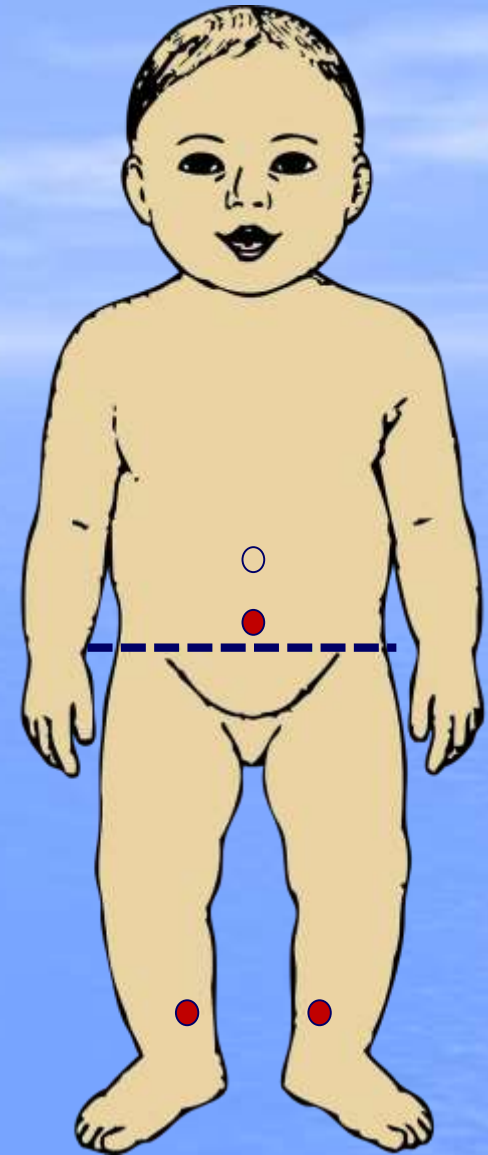
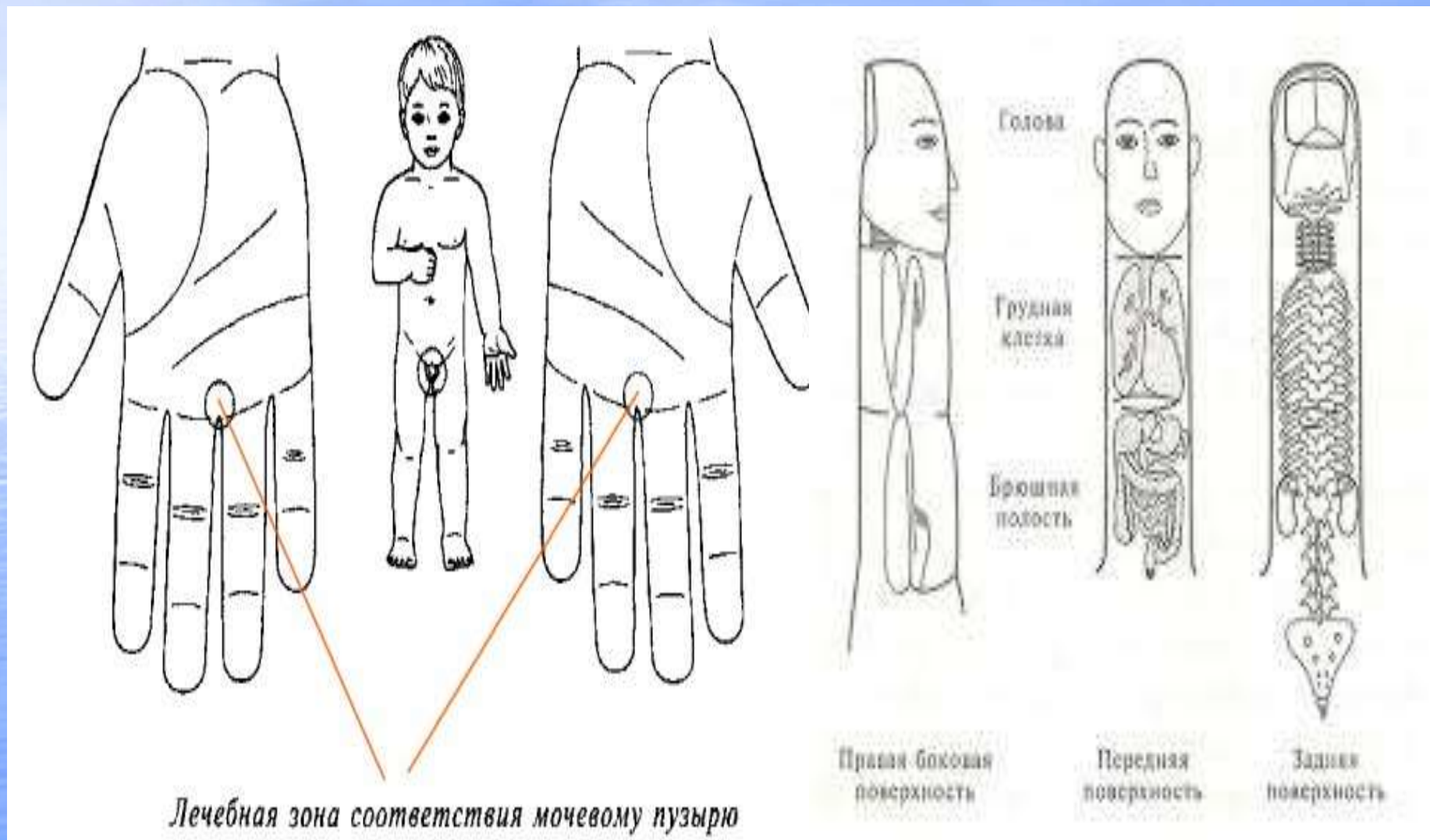


Схема точечного массажа при энурезе

Рефлексотерапия (иглотерапия классическая, аппаратная рефлексотерапия, су-джок терапия).



Фитотерапия

Фитосборы, включающие растения, нормализующие деятельность нервной и сердечнососудистой систем, обладающие противовоспалительным и успокаивающим действием.

Основу сборов составляют плоды аниса, цветки бессмертника, корневище валерианы, трава зверобоя и крапивы, цветки календулы, трава репешка, корневище солодки, плоды тмина и укропа, трава тысячелистника, листья шалфея, трава золототысячника и горца птичьего (спорыша), листья брусники, цветки арники горной, трава пастушьей сумки, листья манжетки, трава хвоща полевого и др.

Наиболее эффективны две схемы фитотерапии:

- 1) Длительные курсы по 2,5–3 месяца с перерывами в 10–14 дней и сменами сборов после каждого перерыва.
- 2) Короткие курсы по 2–3 недели с перерывами в 1 неделю, смена сборов при этом должна производиться каждые 3–4 месяца.

Лечение необходимо продолжать до исчезновения энуреза и еще в течение 3–4 месяцев для закрепления результата

Диспансерное наблюдение по Стандартам Нижегородской области (гипер- и гипорефлекторный мочевой пузырь)

Д" учет до 18 лет.

Педиатр, нефролог, невролог, уролог - 2 раза в год

Стандарт обследования на этапе диспансеризации (по показаниям):

ОАК, ОАМ.

Суточный ритм мочеиспускания.

ЭХО-ЭГ, ЭЭГ, ЭМГ, урофлоуметрия экскреторная урография, цистоскопия, цистография, цистометрия, посев мочи на флору и чувствительность к АБ.

УЗИ органов брюшной полости. УЗИ почек, мочевого пузыря.

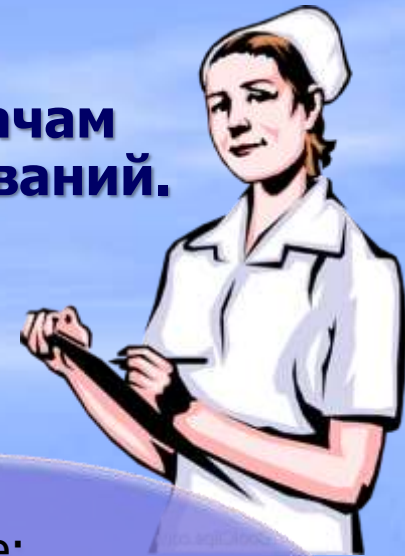
Моча по Аддис-Каковскому.

Сахар и белок в суточной моче. Суточная экскреция с мочой: оксалатов, уратов, Са, Р.

Консультации: гинеколога.

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

Цель сестринского дела – помощь пациентам и врачам в предотвращении, диагностике и лечении заболеваний.



Клинические: участие в лечебно-диагностическом процессе в рамках своих компетенций

Образовательные:
обучение
пациентов

**Задачи
медсестры**

Гигиенические:
содействие
поддержанию должного
уровня личной гигиены
больного и санитарного
состояния его окружения

Психологические:
облегчение
переживаний
пациента,
связанных с
заболеванием

Популяционно-ориентированные: участие в групповой и популяционной профилактике,

Сестринская помощь при заболеваниях нервной системы у детей

Проблемы неврологического больного

- Боли
- Нарушения психомоторного развития ребёнка
- Двигательные, мыслительные и речевые нарушения
- Функциональные расстройства внутренних органов
- Ограничение адаптации в детском коллективе, семье
- Ограничения в образовательной сфере, в выборе будущей профессии
- Необходимость лечения
- Страх внезапного ухудшения состояния
- Недостаток знаний о заболевании.



Сестринская помощь в детской неврологии

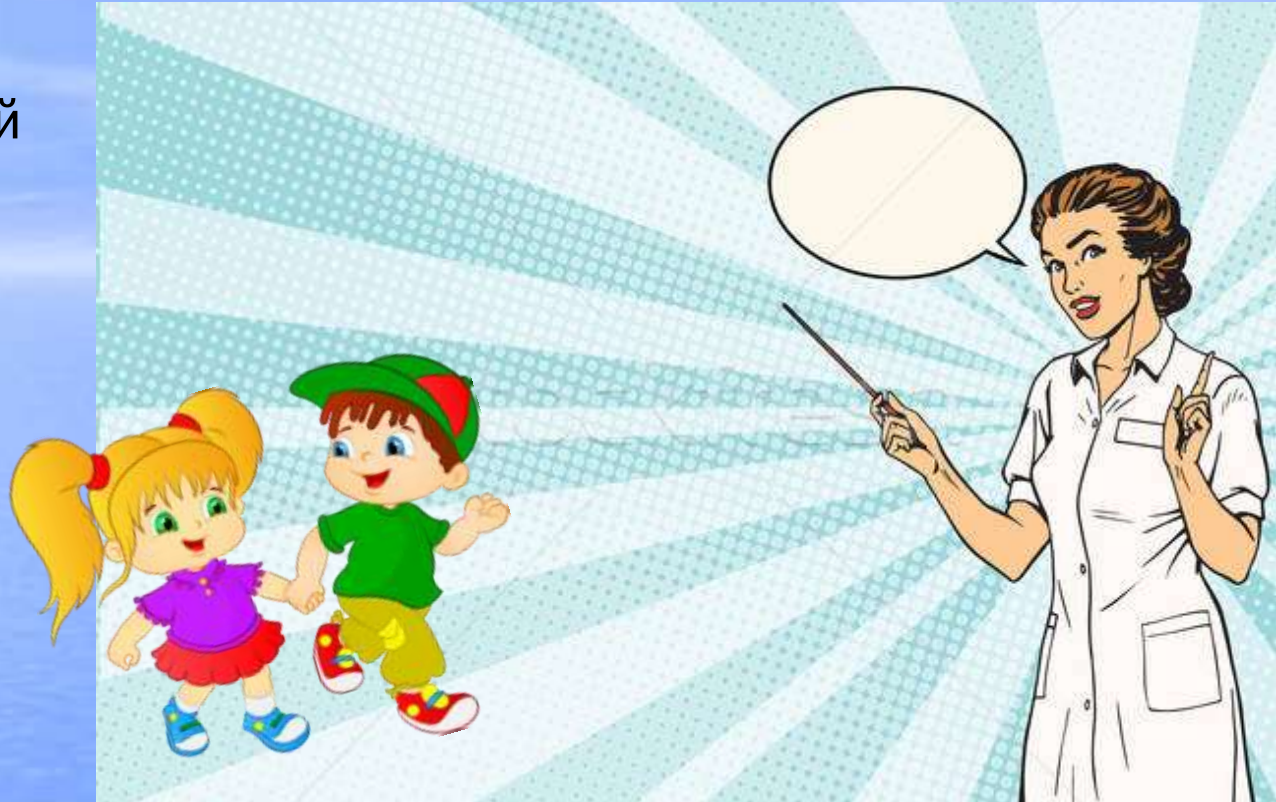
В стационаре:

- Обеспечение пациента питанием.
- Обеспечение предметами ухода.
- Выполнение врачебных назначений.
- Мониторинг состояния больного.
- Контроль соблюдения режима.
- Подготовка к инструментальному обследованию.
- Выполнение процедур гигиенического ухода за больным.
- Соблюдение правил санитарно-эпидемиологического режима.
- Доврачебная помощь при неотложных состояниях.
- Обучение больного и его родных.



Сестринская помощь в амбулаторной практике:

- Выполнение врачебных назначений по диагностике и лечению болезней.
- Контроль динамики состояния пациента, приверженности врачебным назначениям.
- Обучение матери правилам ухода за больным.



- Обучение больного и его родных методикам самоконтроля, и самостоятельного лечения, самопрофилактики (режим, диета, гигиенические процедуры, самомассаж, водолечение, фитотерапия, точечный массаж, мероприятия при внезапном ухудшении состояния и др.)
- Патронажи беременных и их консультирование по проблемам первичной профилактики заболеваний нервной системы у детей

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

