

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ

Назаралиев М. С.

Национальный Центр охраны материнства и детства,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье изучена разработка комплексной диагностической программы для оценки состояния больных детей с гидроцефалией, сочетающейся с пороками развития, а также методы хирургического лечения. Проведен анализ результатов комплексного обследования и лечения детей грудного возраста с гидроцефалией.

Ключевые слова: гидроцефалия, магнитно-резонансная томография, нейросонография, центральная нервная система.

БАЛДАРДЫН ГИДРОЦЕФАЛИЯ ООРУУСУН ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫК ДАРЫЛОО ЖОЛДОРУ

Назаралиев М. С.

Эне жана баланы коргоо борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутундусу: Бул макалада балдардын гидроцефалия ооруусунун пайда болуу себептери, анын түрлөрү, дарылоонун операциялык жана дары – дармек жолдору жана алардын натыйжалары көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: гидроцефалия, нейросонография, магниттик резонанс томографиясы жана борбордук нерв системасы.

DIFFERENTIATED TREATMENT OF THE CHILDREN WITH PROGRESSIVE HYDROCEPHALUS

Nazaraliev M. S.

National centre of maternity and childhood welfare
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The elaboration of the complex diagnostic programme for the estimation of the condition of the sick children with hydrocephalus combined with developmental defect, and the methods of surgical treatment are studied in this article. It was carried out the analysis of the complex examination results and treatment of the infants with hydrocephalus.

Key words: hydrocephalus, magnetoresonant tomography, neurosonography, central nervous system.

Введение. Поражения центральной нервной системы у детей грудного возраста занимают второе место в структуре их смертности [1,2,4,5].

Диагностика гидроцефалии представляет определенные трудности, особенно на ранних стадиях заболевания. Клинические проявления прогрессирующей гидроцефалии во многом определяются возрастом больных, этиологией заболевания и неврологическим комплексом, обусловленным основным заболеванием или его последствиями, стадией гидроцефалии и другими факторами [2,3,6,7].

В комплекс лечения включают реанимационные мероприятия, консервативные и оперативные методы. Из нейрохирургических методов лечения используют повторные люмбальные пункции, пункции желудочков мозга, наружное дренирование, установка ликворшунтирующих систем [1,2,3,4,6].

В настоящее время основным требованием в диагностике является малая инвазивность, особенно в детской практике. Такие современные методы, как нейросонография (НСГ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) отвечают этому требованию, и позволяют объективно оценить наличие гидроцефалии и их анатомические особенности [1, 3, 5, 6].

Однако использование приведенных методов не обеспечивает желаемого результата, что свидетельствует необходимости дальнейшего совершенствования тактики лечения у детей грудного возраста с данной патологией.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на комплексном обследовании 75 больных с гидроцефалией в возрасте от 3-го дня жизни до 3 лет, находившихся на лечении в отделении неонатологии и нейрохирургическом отделении Национального Центра Охраны Материнства и Детства в период

с 2010 по 2012 год.

Диагностика поражений мозга основывалась на анализе данных анамнеза, результатов изучения неврологического статуса, локальных изменений, а также методы лучевой диагностики (нейросонография, магнитно-резонансная томография).

Проведённые нами исследования показали, что развитие гидроцефалии происходило на фоне чаще всего связанных с пороками развития ЦНС – 32 случаев (42,66%).

Гидроцефалия, обусловленная травматического генеза, чаще всего родовой травмой отмечались у 28 больных, а инфекционным фактором у 15 пациентов, что видно из таблицы № 1.

Учитывая данные табл. 1 нам пришлось изучить более углубленные факторы, способствовавшие возникновению гидроцефалию у детей грудного возраста.

Из 32 больных связанных с пороками развития ЦНС у 10 случаев сочеталась со спинномозговой грыжей, подтверждённой МРТ исследованием, в 8- случаях причиной гидроцефалии была мальформация Арнольда – Киари. Лишь в 6- случаях гидроцефалия,

обусловленная кистой Денди – Уолкера, а в 2-х случаях гидроцефалия, обусловленная черепно-мозговой грыжей, а также в 6 случаев отмечались гестационный возраст, гипоплазия мозолистого тела, киста межжелудочковой перегородки и т. др.

Из группы больных гидроцефалия, обусловленная инфекционным фактором у 9 случаев в анамнезе после рождении установлено диагноз внутриутробная инфекция, в 4-х случаях гидроцефалия после перенесенного менингоэнцефалита и в 2-х случаях после перенесенного септического состоянии (остеомиелит и кишечной инфекции), что видно из таблицы №2.

Из группы больных гидроцефалия, обусловленная травматического генеза, чаще всего отмечались родовой травмой у 26 пациентов, из них у 6 случаев выраженная гипоксия плода и в 2-х случаях после падения из рук - черепно-мозговой травмы.

После проведения адекватного полного обследования, основная цель которого определение формы гидроцефалии, ее выраженности, оценка причин развития болезни перед врачом встает решение вопроса о выборе

Таблица № 1 - Распределение детей грудного возраста с гидроцефалией по этиологическому фактору (n=75)

Причины окклюзии	Всего больных	
	абс. ч	%
1. Поствоспалительные	15	20,0
2. Посттравматические	28	37,33
3. Пороки развития головного мозга	32	42,66
Итого	75	100,0

Таблица № 2 - Факторы, способствовавшие возникновению гидроцефалию у детей грудного возраста (n=75)

	Причины окклюзии	Всего больных	
		абс. ч	%
1.	Внутриутробная инфекция	9	12
	Менингоэнцефалиты	4	5,33
	Септическое состояние	2	2,66
2.	Родовая черепно-мозговая травма	20	26,66
	Гипоксия плода	6	8
	Черепно-мозговая травма	2	2,66
3.	Спинномозговая грыжа	10	13,33
	Черепно-мозговая грыжа	2	2,66
	Синдром Арнольда-Киари	8	10,66
	Синдром Денди-Уолкера	6	8
	Недоношенность, гипоплазия мозолистого тела, киста межжелудоч-й перегородки и т. др.	6	8
Всего		75	100,0

метода лечения.

Методы хирургического и консервативного лечения не конкурировали между собой, а являлись звеньями единого взаимодополняющего комплекса патогенетического лечения. Учитывались основные принципы реабилитации: этапность, преемственность всех звеньев, длительность, индивидуальность восстановительного лечения.

Комплекс медикаментозного лечения строился соответственно фазе клинической компенсации и периоду течения. Принципы медикаментозного лечения предпринимались с первых часов поступления пациента в нейрохирургическое отделение и сопровождали больных в позднем и отдаленном периодах заболевания. Препарат выбора при этом заболевании – диакарб. Его отличием от других лекарственных веществ, увеличивающих выделение мочи (мочегонные препараты), и, соответственно, снижение содержания жидкости в организме является угнетение продукции ликвора. Доза диакарба 30-50 мг/кг веса ребенка. Максимальная допустимая доза препарата 100 мг/кг веса может быть назначена сроком не более, чем на 3 неделю.

Назначали препараты с комплексным метаболическим, вазоактивным, нейротрансмиттерным, нейротрофическим и нейромодуляторным действием (актовегин до 1000 мг в сутки внутривенно капельно в течение 10-15 дней, цераксон по 100 мг 2-3 раза в сутки, кортексин в дозе 0,5 мг/кг в течение 10 дней, картан 150 мг/кг массы тела в сутки). При выявлении внутриутробной инфекции проводилась противовирусная, иммунокорректирующая и антибактериальная терапия. После полученной консервативной терапии из 75 больных удалось стабилизировать явление гидроцефалии у 15 (24,39%) больных детей с гидроцефалией и хирургическое лечение не нуждалось.

При недостаточном эффекте от консервативной терапии пациенту показано хирургическое лечение. Больные с окклюзионной гидроцефалией в большинстве случаев нуждаются в хирургическом пособии. Хирургическое вмешательство должно осуществляться в условиях специализированного нейрохирургического отделения. Если у пациента выявлено образование, препятствующее оттоку ликвора (гематома, опухоль или киста головного мозга), операция должна быть

направлена на его удаления и восстановление проходимости ликворных путей. В тех случаях, когда ликворный блок возникает вследствие порока развития (стеноз водопровода мозга, недоразвитие межжелудочковых отверстий), спаечного процесса в результате перенесенных инфекций и травм головного мозга прибегают к ликворошунтирующим операциям.

Наиболее эффективными на сегодняшний день являются ликворошунтирующие операции (вентрикулоперитонеостомии) с имплантацией клапанных систем, что обеспечивает почти всегда нормализацию внутричерепного давления.

Оперативное лечение шунтирование - проводили 60 (75,60%) больным. Из них у 49 детей были в возрасте до 1 года, а у 11 — старше 1 года.

Из оперированных 60 больных у 10 пациентов дополнительно проведены иссечение спинномозговой грыжи, у 2-х иссечение черепно-мозговой грыжи и в 10 случаев до шунтирующей операции проведены пункция и дренирование желудочков мозга катетером ПВБК из-за вентрикулита.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что для оценки состояния больного и правильного выбора лечения необходима как можно более ранняя диагностика с использованием МРТ. Только комплексная диагностика гидроцефального синдрома является адекватной. Она позволяет своевременно провести оперативное лечение больных с гидроцефалией дифференцированно, что повышает его эффективность.

Литература:

1. Бардеева К.А. *Современные принципы обследования и лечения детей со спинномозговой грыжей* /К.А. Бардеева, А.А. Мартыненко// *Актуальные вопросы педиатрии и детской хирургии: сборник научных трудов.* – Омск. 2009. – с. 9.
2. Воробьев, А. М. *Клинико-морфологическая оценка врожденной гидроцефалии у детей* / А. М. Воробьев // *Бюл. Восточно-Сибирского научного центра.* – 2005. – № 3. – С. 288–289.
3. Зиненко, Д.Ю. *Новый подход к диагностике и лечению постгеморрагической гидроцефалии у недоношенных детей* / Зиненко, Д.Ю., Владимиров М.Ю. // *Вопросы практической педиатрии.* – 2008. – Т. 3, № 3. – С. 5 -10.
4. Иванов В.С. *Современный тактика обследования и лечения детей со спинномозговыми грыжами* / Иванов В.С., Данилов В.И., Фатыхова Э.Ф. и др. // *Материалы научно-практической конференции «Поволжская*

конференция по педиатрии и детской хирургии», Казань, 2005г.

5. Крюкова И.А. Скрининг-диагностика структурных внутричерепных изменений (основы, оптимальные технологии и перспективы) / А.С. Иова, Ю.А. Гармашов, Т.Н. Трофимова, А.Ю. Гармашов, А.Б. Овчаренко, И.Г. Коберидзе, И. А. Крюкова // Материалы науч- практич. конференции «Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии». – СПб, 2003. – С. 238- 239.

6. Патрушев А.В. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода. / А.В. Патрушев, М.А. Мурашко, С.А. Дворянский // Министерство здравоохранения и социального развития Республики Коми. Информационно-методическое письмо. - Сыктывкар, 2005. - 12 с.

7. Di Rocco C. Endoscopic Third Ventriculostomy in the Treatment of Hydrocephalus in Pediatric Patients / C.Di Rocco, G.Cinalli, L.Massami et al. // Adv. Techn. Stand. Neurosurg.- 2006.- Vol. 31.- P. 119-205.

ПРЕМИЯ ИМЕНИ АКАДЕМИКА

М.М. МАМАКЕЕВА

Премия имени М.М. Мамакеева учреждена с целью повысить престиж занятий научной деятельностью в медицинском сообществе и прежде всего в глазах молодых специалистов.

Гильдия полагает, что такая форма поощрения будет содействовать:

- интересу студентов и аспирантов медиков к научной работе
- установлению высокой планки качества работ начинающих специалистов.

Премия составляет денежное поощрение в размере 10.000 (десять тысяч) сом.

Победителю также будет вручен Почетный Диплом Гильдии

Определение Победителя - лауреата Премии имени академика М.М. Мамакеева

Процедура выбора кандидата: Премия будет вручена участнику Конкурса молодых ученых.

Лауреат премии имени академика М.М. Мамакеева будет определен Жюри Конкурса в соответствии с Положением о Конкурсе, как запланировано Оргкомитетом и руководством КГМА, без участия Гильдии.