

## Опыт использования препарата Choline alfoscerate в восстановительный период при тяжелой черепно-мозговой травме у детей

Чернышов С.А.

Областная специализированная детская больница, г. Николаев

На сегодняшний день приоритетным в работе детского нейрохирурга Областной многопрофильной больницы является оказание помощи детям с травмой центральной нервной системы. Это примерно 70%–75% от всех нейрохирургических больных, с которыми сталкивается детский нейрохирург. Около 10 % — это больные с тяжелой черепно-мозговой травмой. У 100% больных с данной патологией развиваются стойкие отдаленные последствия, до 50% пациентов по данным литературы становятся инвалидами. Исходя из этих цифр, становится понятным медико-социальная значимость лечебных мероприятий, направленных на раннее и полное восстановление неврологических дефектов у больных, улучшение их качества жизни. Понятен непрекращающийся поиск новых, более эффективных, средств, защищающих нервную клетку в условиях травматической болезни и восстанавливающих её функцию.

В острейший и острый период после нанесения механической травмы в головном мозге развивается очаг первичных повреждений, повлиять на который на сегодняшнем этапе развития медицины невозможно. В зоне повреждения или компрессии головного мозга лавинообразно возникает цепь метаболических нарушений, связанных с выбросом из разрушенных клеток в окружающую паренхиму мозга (матрикс или пространство Пиршенгера, транзитный участок) лизосомальных ферментов, фрагментов поврежденных клеток, а также в связи с выходом элементов крови за пределы кровеносного русла, в следствии механического повреждения стенок сосудов. Вокруг первичного очага формируется так называемая “зона полутени”, которая и является, по сути, основным объектом всей гаммы медикаментозной терапии. Как показали исследования, часть нервных клеток в “зоне полутени” остаются жизнеспособными, но они не функционируют, так как находятся в состоянии анабиоза. Именно этот факт вселяет надежду на восстановлении функции нервной ткани.

Задачи, стоящие перед медикаментозной терапией, в те или иные периоды течения тяжелой черепно-мозговой травмы различные. Если в острый период основной целью терапии является нормализация перфузионного церебрального давления, снижение внутричерепного давления и профилактика вторичных сосудистых повреждений головного мозга, то в подострый и отдаленный периоды цель терапии направлена на восстановление функции нервной клетки, которая находится в “зоне полутени”, то есть в зоне нарушенного мозгового кровообращения и порочного круга аутодеструктивных патофизиологических механизмов.

В своей практике нами применялись многие препараты нейротрофической направленности. Это традиционные ноотропы, вазоактивные и рассасывающие препараты, адаптогены, витамины группы В. Эффективность проводимой терапии не оправдывало возлагаемых на неё надежд, что постоянно требовало поиска и использования новых, более эффективных медикаментов. С целью повышения качества лечения мы стали использовать в терапии тяжелой черепно-мозговой травмы препарат Choline alfoscerate. Данный препарат относится к группе препаратов с ноотропной активностью. Это центральный холиностимулятор, в составе которого содержится 40.5% метаболитически защищенного холина. Метаболическая защита способствует выделению холина в головном мозге. Обеспечивает синтез ацетилхолина и фосфатидилхолина в нейрональных мембранах, улучшает кровоток и усиливает метаболические процессы в ЦНС, активирует ретикулярную формацию. Увеличивает линейную скорость кровотока на стороне травматического поражения мозга, способствует нормализации пространственно-временных характеристик спонтанной биоэлектрической активности мозга, регрессу очаговых неврологических симптомов и восстановлению сознания.

Эффективность от проводимой терапии оценивалось по шкале качества жизни, разработанной в Институте нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова АМН Украины в клинике детской нейрохирургии под руководством проф. Орлова Ю.А.

Оценивались больные, поступившие в больницу в результате тяжелой черепно-мозговой травмы с уровнем сознания 8 и меньше баллов по шкале комм Глазго. Препарат назначался в

восстановительный период в дозировках, соответствующих возрастной норме один раз в сутки в виде внутривенных инъекций в течение двух — трех недель с последующим повтором курса через 3–4 месяца.

Данная схема лечения была проведена у 15 больных в возрасте от 3 до 15 лет. Исходы сравнивались с группой пациентов не получающих Choline alfoscerate. По окончании острого периода заболевания качество жизни всех больных оценивалось от 30 до 50 баллов независимо от применения препарата. Проведение стандартной схемы восстановительного лечения, не включающей Choline alfoscerate, позволило улучшить качество жизни до 60–80 баллов. Использование же в схеме лечения Choline alfoscerate позволило улучшить качество жизни от 80 до 100 баллов. Интересными являются данные использования Choline alfoscerate у больных с апалическим синдромом. Мы имеем три подобных наблюдения. Качество жизни этих больных оценивалось менее 30 баллов. Многократные курсы восстановительной терапии не повлияли ни на уровень сознания, ни на рефлекторную деятельность. Использование двух вышеописанных курсов терапии Choline alfoscerate к сожалению не улучшило качество жизни. Уровень сознания остался прежним, однако значительно улучшилась рефлекторная деятельность, что в достаточной мере облегчило уход родственникам за больными.

Используя в своей практике Choline alfoscerate, мы, даже на небольшой группе больных, отметили значительный положительный эффект в тех случаях, когда стандартная восстановительная терапия не давала ожидаемого результата. Отдаленный катамнез больных, которым были проведены курсы Choline alfoscerate, еще будет изучаться, но уже первые результаты вселяют надежду на более эффективное лечение пациентов с травматической болезнью головного мозга.

## **Невідкладні стани при дисфункціях шунта віддаленого післяопераційного періоду у дітей з гідроцефалією**

*Проценко І.П.*

**Інститут нейрохірургії ім.акад.А.П.Ромоданова АМН України, Київ**

Проведено аналіз віддалених ускладнень, пов'язаних з механічною непрохідністю шунтуючої системи (дисфункції шунта) у 181 дитини, проведеної з приводу гідроцефалії на першому році життя. Простежено катамнез від 1 до 15 років. Дисфункція шунта виникала на фоні шунт-залежності. Такі ускладнення поділяли на три групи:

дисфункція шунта, зумовлена непрохідністю проксимального відділу (обтурація, вентрикулярного катетера фібриновим тромбом, хоріоїдальним сплетінням, відмежуванням його або екстравентрикулярне розміщення) — 30 випадків (16,6%);

дисфункція дистального відділу шунта — абдомінального чи кардіального катетера (обтурація його тромбом, розриви та роз'єднання, вихід перитонеального відділу з черевної порожнини внаслідок росту дитини, порушення всмоктування ліквору очеревиною та утворення псевдокіст черевної порожнини, перфорація кишечника абдомінальним катетером) — 71 спостереження (39,2%);

неспроможність шунтуючої системи, що об'єднала всі випадки порушення, відтоку ліквору по шунту, коли не було діагностовано непрохідності проксимального чи дистального катетера (неспроможність клапанного механізму, стійке гіподренування або ж якщо рівень непрохідності шунта не було встановлено) — 48 спостережень (26,5%).

В клінічній картині переважали загально мозкові порушення у вигляді проявів внутрішньочерепної гіпертензії з порушенням свідомості різного ступеня, вогнищевих — переважно окорухові розлади; зрідка — судомні.

В усіх випадках дисфункцій було проведено термінове обстеження і хірургічне лікування, що полягало в цілеспрямованій ревізії шунтуючої системи і відновленні її прохідності: промивання, вкорочення чи заміна вентрикулярного катетера, заміна вентрикулярного катетера з клапаном; з'єднання, заміна чи реімплантація дистального відділу шунта; заміна всієї шунтуючої системи.

В післяопераційний період у всіх хворих відзначався швидкий регрес загально мозкових та вогнищевих неврологічних порушень.