

**Оцінка якості життя дітей  
з легкою хреботно-спинномозковою  
травмою (ЗХСМТ) шийного  
відділу у співставленні з даними  
нейрофізіологічної діагностики**

*Чеботарьова Л. Л., Сулій Л. М.*

*Інститут нейрохірургії ім. акад.  
А. П. Ромоданова АМНУ м. Київ, 01050  
Україна, Київ, вул. Мануїльського, 32,  
(044) 483-95-35, e-mail: brain@neuro.kiev.ua*

**Мета.** З метою об'єктивізації оцінки якості життя дітей з легкою ЗХСМТ шийного відділу провести порівняльний аналіз відповідності шкалі ASIA, ступеням травмування спинного мозку D і E даних електрофізіологічної (ЕФ) та ультразвукової (УЗДГ) діагностики у терміни 1 та 6 міс після травми.

**Матеріали та методи.** Проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження 42 дітей у віці від 1 до 16 років в динаміці лікування легкої ЗХСМТ шийного відділу хребта, з них у 50% (21) хворих діагностовано пошкодження зв'язкового апарату хребта, 29% (12) — струс спинного мозку, 21% (9) — сполучну ЗЧМТ та ЗХСМТ. Для оцінки стану сегментарного та провідникового апарату спинного мозку, стовбурових та спінальних рефлексів використано методи стимуляційної та голкової електронейроміографії (ЕНМГ, ЕМГ). Перше ЕНМГ обстеження проводили на 1—2 добу після травми, повторне — через 1 та 6 міс., всього зроблено 73 обстеження на комп'ютерному електроміографі «Multy-BASIS» (Італія). УЗДГ хребтових артерій з визначенням показників церебральної гемодинаміки виконано за допомогою доплерографа «Sonoline G50» («Siemens»).

**Результати та їх обговорення.** У 50% хворих незважаючи на відсутність скарг при ЕНМГ обстеженні виявлено двобічну провідникову недостатність, в більшості випадків, з асиметрією показників, в 71% (30) хворих — ознаки залучення корінцевого апарату. Виявлено співпадання між позитивною динамікою ЕНМГ показників функції спинного мозку та зменшенням симптомів неврологічного дефіциту, хоча повної нормалізації показників Н-рефлексу навіть протягом 1—2 років не виявлено. У дітей з поєднаною ЗЧМТ та ЗХСМТ виявлено ознаки венозної дисциркуляції, гіпотонію судин вертебро-базиллярного басейну, які було важко диференціювати з певними віковими особливостями.

**Висновки.** Об'єктивну оцінку загального стану дитини після ЗХСМТ бажано робити за результатами клінічних, нейрофізіологічних та нейровізуалізуючих досліджень. Навіть за умови ступенів D і E, особливо у випадках поєднаної ЗЧМТ та ЗХСМТ, більше, ніж у половині випадків виявляється неспівпадання клінічних ознак повного відновлення та відхилення ЕНМГ показників від норми, ознаками впливу дисгемічного компоненту. Необхідні подальші дослідження для визначення доказових прогностичних критеріїв на основі ЕНМГ та УЗДГ діагностики.

**Лечения симптоматической эпилепсии  
у пациентов с нейрохирургической  
патологией**

*Духовский А. Э., Варешнюк Е. В.,  
Богоявленская А. А.*

*Городской Центр Детской нейрохирургии,  
61018, г. Харьков, пер. Балакирева, 3-а,  
ХГКБСНМП им. проф. Мещанинова А. И.,  
тел. 343-62-55, alex\_duhneiro@mail.ru,*

Резистентные симптоматические эпилепсии детского возраста часто протекают с формированием когнитивных и личностных нарушений, что значительно снижает качество жизни и пациента и его семьи.

**Цель работы:** достижение контроля над припадками и повышение качества жизни у пациентов с резистентным течением симптоматической эпилепсии.

**Материалы и методы:** 34 пациента с симптоматической эпилепсией, резистентным течением в возрасте от 2 до 18 лет, которые были направлены в ГЦД нейрохирургии больницы скорой помощи. При обследовании выделены следующие нозологические формы: врожденные арахноидальные кисты у 5 пациентов, опухоли супратенториальной локализации у 6 пациентов, посттравматические дефекты черепа составили 6 детей и пациенты, оперированные ранее по поводу хронических субдуральных гематом и гидроцефалии различного генеза.

**Проводились:** КТ, МРТ, МРТ с контрастным усилением, ЭЭГ с картированием и ЭЭГ-мониторинг. Оценка проводилась по «Шкале оценки качества жизни ребенка с органическим поражением ЦНС» (Орлов Ю.А. 2002г) у детей после 6-ти лет, проведение Денверского теста у детей до 6-ти лет.

**Результаты и обсуждение:** проведено оперативное лечение: ликворосунтирующие операции, удаление опухолей, пластика костных дефектов черепа, субдуно-субгалеостомии. Коррекция противосудорожной проводилась терапии топираматом.

Достигнут у 33 пациентов полный контроль над припадками, улучшение когнитивной функции, повышение качества жизни на 20—30 баллов по «Шкале оценки качества жизни ребенка с органическим поражением ЦНС» (Орлов Ю.А. 2002г), повышение развития и социальной адаптации у детей младшего возраста по Денверскому тесту, также отмечалась нормализация ЭЭГ.

**Выводы:** назначение топирамата у больных с симптоматической эпилепсией после нейрохирургического лечения позволяет достичь практически полного контроля над припадками на фоне монотерапии топираматом.

**Результаты хирургического лечения  
внутрижелудочковых кровоизлияний  
у недоношенных детей**

*Федак Б. С., Духовский А. Э., Боднарчук Р. Н.*

*Городской Центр Детской нейрохирургии,  
61018, г. Харьков, пер. Балакирева, 3-а,  
ХГКБСНМП им. проф. Мещанинова А. И.,  
тел. 343-62-55, alex\_duhneiro@mail.ru*

Среди всех перинатальных поражений мозга геморрагический компонент, требующий экс-

тренной нейрохирургической помощи, встречается в 30—45% случаев. Частота геморрагий обратно пропорциональна гестационному возрасту при сроке гестации 32 недели и весе плода менее 1500 г достигает 80%, при весе менее 1000 г обнаруживается практически в 100% случаев (Катонина С.П. и соавт. 1995, Барашнев Ю.И. 2000 г). Новые реанимационные технологии и успехи неонатологии по выживанию таких детей ставят перед детской нейрохирургией новые задачи.

Наш многолетний опыт подсказывает, что господствующая в стране тенденция отсроченной оперативной помощи новорожденным с данной патологией является порочной. Как правило, применяют пункционные методы лечения и наружный вентрикулярный дренаж, что является дополнительным фактором инфицирования и развития вторичных осложнений. В клинике ГЦД нейрохирургии внедрен метод одномоментной малоинвазивной вентрикулосубгалеостомии при ВЖК III и IV степени и интрацеребральных гематомах у глубоко недоношенных новорожденных с низким весом.

**Цель работы** — снижение неонатальной смертности, профилактика вторичных осложнений и инвалидности с детства.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ хирургической активности у данной категории пациентов за период 2006—2007 годы. ГЦД нейрохирургии оказывалась помощь 9 пациентам с постгеморрагической гидроцефалией, рожденными недоношенными. Объем оперативного лечения включал пункционные методы и наружное вентрикулярное дренирование или малоинвазивную вентрикулосубгалеостомию с последующей вентрикулоперитонеостомией.

**Результаты и обсуждения:** в процессе катанестического наблюдения за пациентами было отмечено, что при проведении малоинвазивной вентрикулосубгалеостомии в возрасте до 10 суток с последующей вентрикулоперитонеостомией (у двух пациентов) не было отмечено осложнений, развитие детей по шкале Журбы—Мастюковой соответствовало возрастной норме по скорректированному возрасту. В группе детей со стандартным лечением отмечалась задержка психо-моторного развития до I—II степени по шкале Журбы—Мастюковой, что обусловлено очаговыми морфологическими изменениями вещества головного мозга по данным НСГ и ЯМРТ.

Т. о., активная нейрохирургическая помощь на ранних этапах лечения внутрижелудочково-паренхиматозных геморрагий обеспечивает снижение смертности исключает случаи «запущенных» гидроцефалий, уменьшает инвалидизацию.

### Качество жизни недоношенных новорожденных с внутричерепными кровоизлияниями

Герус С.В., Савчук В.В.

Областная детская клиническая больница,  
02100 г. Херсон, ул. Украинская 81,  
(0552) 49-31-69, e-mail: sergey@rambler.ru

**Цель:** оценить эффективность интервенционного лечения новорожденных, имеющих малую массу тела, с внутричерепными кровоизлияниями на основании оценки качества жизни.

**Материал и методы.** На базе детской областной клинической больницы г. Херсона за 2005 г. было проведено обследование и лечение 39 новорожденных с массой тела до 2000 гр. при рождении и перенесших ВЖК различной степени тяжести. У 32 пациентов (82,1%) диагностировано СЭК — ВЖК I ст.; у 2 (5,1%) — ВЖК II степени; у 5 (12,8%) — ВЖК III степени тяжести. Гестационный возраст новорожденных колебался от 30 до 35 нед. Масса тела при рождении составляла: до 1000 гр. — 1 пациент (2,6%); от 1000 до 1500 гр. — 5 пациентов (12,8%); от 1500 до 2000 гр. 33 пациента (84,6%).

Диагноз устанавливался на основании стандартного клиничко-неврологического исследования, НСГ, КТ, МРТ, анализа состава ликвора. При определении степени тяжести кровоизлияния использовалась классификация по Rapile et al. (1978 г.). Консервативное лечение заключалось в применении диакарба и фуросемида, гемостатиков — 15 пациентов (38,5%). Интервенционное лечение заключалось в выполнении серийных люмбальных пункций у 11 пациентов (28,2%), серийных вентрикулярных пункций у 9 пациентов (23,1%), вентрикулосубгалеостомия была выполнена одному пациенту (2,6%), отсроченная вентрикулоперитонеостомия была проведена трем больным (7,7%). Гнойно-воспалительных осложнений не было. Умерло двое больных, получавших консервативное лечение: один больной умер на восьмые сутки жизни от тяжелого менингоэнцефалита на фоне внутриутробного сепсиса; смерть второго больного на седьмые сутки жизни обусловлена развитием ДВС-синдрома на фоне внутриутробного сепсиса. Обработка данных проводилась по шкале оценки качества жизни ребенка после нейрохирургической операции (Орлов Ю.А. 2002). Длительность катамнеза составила от 1 до 2-х лет.

Полученные результаты распределились следующим образом. При консервативном лечении: «хорошее качество жизни» (100—80 баллов) — 1 пациент, «удовлетворительное» (75 — 50 баллов) — 14 пациентов; «плохое качество жизни» (45 — 30 баллов) — 2 пациента. При хирургическом лечении: «хорошее качество жизни» — 3 пациента, «удовлетворительное» — 17 пациентов.

**Выводы.** Ранняя санация ликворной системы от крови и продуктов ее распада, уменьшая нейротоксическое воздействие их, снижает риск воспалительных осложнений, частоту развития прогрессирующей гидроцефалии, в конечном счете, способствует улучшению качества жизни данной группы пациентов. Риск развития прогрессирующей гидроцефалии тем выше, чем ранее развивается кровоизлияние и тяжелее его степень.

### Качество жизни у детей первого года жизни перенесших черепно-мозговую травму

Кеворков Г.А.

Институт нейрохирургии им. акад.  
А.П. Ромоданова АМН Украины,  
04050, Киев, ул. Мануильского, 32,  
(044) 482-07-36, brain@neuro.kiev.ua

В последнее десятилетие достигнуты значительные успехи в лечении детей получивших ЧМТ благодаря внедрению современных протоколов диагностики и лечения. Травматическая болезнь у детей