

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 выхаживанию 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 катamnестического 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