

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

первого года жизни обусловлена рядом факторов и зависит от степени тяжести травмы, анатомо-физиологических, возрастных особенностей развития ребенка.

Цель работы — изучить качество жизни у детей первого года жизни перенесших черепно-мозговую травму.

Настоящее исследование выполнено на основании анализа результатов лечения 282 детей первого года жизни с черепно-мозговой травмой. По шкале Glasgow Outcome Scale определялась тяжесть ЧМТ, учитывалась выраженность и длительность проявлений общемозговых и очаговых симптомов. Для дифференциальной диагностики степени тяжести травмы применялись методики неврологического исследования (рефлексы Бабкина, Робинсона, Бауэра, рефлексы опоры) основанные на учете степени миелинизации нервной ткани, на выявлении неврологических симптомов не характерных для разного возраста у детей грудного периода. Эффективность лечения оценивали по критерию качества жизни детей по шкале Lansky через 3—6 месяцев после травмы у 112 детей.

Результаты и их обсуждение. Выявлены симптомокомплексы характерные для ЧМТ разной степени тяжести для разного возраста у детей грудного периода

— сотрясение головного мозга, проявляется быстро проходящими общемозговыми симптомами. Очаговые — истощение рефлекса ползания по Бауэру от 3 часов до суток.

— ушиб головного мозга легкой и средней степени, — проходящие общемозговые симптомы. Очаговые — истощение рефлексов — хоботкового, асимметрия силы мышц в конечностях при исследовании рефлекса по Бауэру (1—3 ст.), рефлекса опоры (1—2 ст.),

— ушиб головного мозга тяжелой степени: определялось напряжение большого родничка в 53% до 3—5 дней. Общемозговые симптомы проявляющиеся до двух-трех недель в виде оглушения, сопора. Очаговые — истощение рефлексов — хоботкового, асимметрия силы мышц в конечностях при исследовании рефлекса по Бауэру (1—3 ст.), рефлекса опоры (1—3 ст.), моно или гемипарез (1—3 ст.).

У большинства пострадавших детей отмечалась симптоматика в виде кратковременного замирания непосредственно после травмы, двигательное беспокойство, плач, сменявшиеся на сонливость, гипото — или атонию. Рвота, повторная, в ряде случаев, многократная (в 79%). Обращало внимание формирование обширных поднадкостничных кровоизлияний, по площади занимающих область кости где имелся перелом (68%). В 73% случаев выявлено напряжение большого родничка. При НСГ исследовании диагностировалось уменьшение размеров желудочковой системы, диффузные и очаговые изменения плотности мозга, что свидетельствовало о отеке мозга,

При оценке, на момент выписки, с помощью шкалы Lansky критерии качества жизни детей (65%), неврологическая симптоматика по шкале Glasgow Outcome Scale (хорошее восстановление) и НСГ данных изменений желудочковой системы мозга (нормализация состояния желудочковой системы). Через 3—6 месяцев после травмы выявлено, — критерии качества жизни детей (61,05%), неврологическая симптоматика по шкале Glasgow Outcome Scale (хорошее восстановление) и НСГ данные изменений желудочковой системы мозга (умеренная вентрикулодилатация желудочковой системы 23%).

Для более адекватной оценки изменений ЦНС в результате ЧМТ и качества жизни для грудных детей необходимо расширять показатели нейротравматологической шкалы.

Оценка восстановлений функции после операции у детей с врожденными пороками развития позвоночника и спинного мозга

Хачатрян В.А., Еликбаев Г.М.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург, ул. Маяковского, 12, 8 10-7-812 273-80-96, galimjan-doc@mail.ru

Цель — предложить новый эффективный метод оценки послеоперационных результатов у детей с врожденными пороками развития позвоночника и спинного мозга.

Нами разработано новая методика объективизации отдаленных результатов лечения детей со спинальными пороками развития, основанной на цифровом анализе общеклинических, неврологических, рентгенологических, функциональных показателей. Обращалось внимания на наиболее выраженные нарушения функции, к которым сначала необходимо применить патогенетически обоснованное лечение. По каждому из признаков в зависимости от степени изменения того или иного показателя выставляется определенный балл (10,5,1). Итоговая оценка после лечения в целом основывается на сумме баллов, разделенной на число признаков. В зависимости от результатов клинико-функциональных методов исследования выделены 3 группы исходов: При сумме баллов от 5 до 10 (I группа) исход лечения считается хорошим, от 3,0 до 4,9 (II группа) — удовлетворительным от 1,0 до 2,9 балла (III группа) — неудовлетворительными.

I группа — полное анатомическое и функциональное благополучие

II группа — жалобы на боли при физических нагрузках и едва заметная паретическая стопа, хромота после умеренной физической нагрузки, сколиоз I степени, скошенность таза, уменьшение амплитуды движений в суставах, незначительное снижение сократительной способности мышц, силы и объема движений в суставах, гипестезия в дерматомах одного участка спинного мозга и атрофия при наличии легкой слабости в конечностях, перидическое недержание мочи и кала, уменьшение субдурального пространства в каудальном отделе позвоночника при рентгенологических исследованиях (МРТ, КТ, УЗИ, ПЭТ).

III группа — жалобы на постоянные боли в послеоперационной области, заметная паретическая стопа, постоянная хромота, переваливающаяся походка, сколиоз II—III степени, патологический вид осанки, ригидность или контрактура суставов со значительным снижением тонуса мышц за счет атрофии, гипестезия или анестезия в дерматомах двух и более участков спинного мозга, грубые атрофии и выраженная слабость в конечностях, постоянное недержание мочи и кала, фиксированный спинной мозг при нейрорентгенологических исследованиях.

Таким образом, предложенная новая методика оценки отдаленных послеоперационных результатов