

## Динамика качества жизни детей с опухольями ствольных отделов головного мозга

Вербова Л. Н., Ващенко А. В.

Институт нейрохирургии им. акад.

А. П. Ромоданова, 04050, Киев,  
ул. Мануильского, 32,  
483-96-14, child@neuro.kiev.ua

**Цель:** повышение эффективности лечения детей с опухольями ствольных отделов головного мозга и улучшение качества их жизни.

**Материалы и методы:** Исследование динамики качества жизни детей с опухольями ствольных отделов головного мозга проведено у 71 ребёнка с известным после выписки катамнезом (из 121 больного, лечившегося в Институте в период 1996—2005 гг.). С целью сравнения качества жизни все больные были разделены на две группы по локализационному принципу: 1) больные с опухольями среднего мозга — 33 набл. и 2) больные с опухольями каудальных отделов ствола головного мозга — 38 набл. Качество жизни сравнивалось также в группах 1) оперированных — 54 набл. и 2) неоперированных больных — 17 наблюдений (по шкале Lansky).

**Результаты и их обсуждение:** 1) В 1-й группе больных с опухольями среднего мозга (33 набл.) положительная динамика качества жизни отмечена в 28 наблюдениях (≈85%), во 2-й группе с опухольями каудальных отделов (38 набл.) — в 20 наблюдениях (≈52,6%). Отрицательная динамика в 1-й группе отмечена в 2 набл. (6%), во 2-й группе — в 13 набл. (≈34,2%). 2) Оперированные и неоперированные больные при первичном обращении в Институт статистически значимо различались по уровню качества жизни. Среди оперированных больных (54 набл.) положительная динамика качества жизни отмечена в 38 набл. (≈70,3%), отрицательная динамика — в 10 наблюдениях (18,5%); в группе неоперированных больных (17 набл.) — положительная динамика в 10 набл. (≈59%), отрицательная — в 5 набл. (≈30%).

**Выводы:** 1) Положительная динамика качества жизни отмечена в 1,6 раза больше у больных с опухольями среднего мозга по сравнению с больными с опухольями каудальных отделов ствола мозга, несмотря на отсутствие изначального различия по уровню качества жизни.

2) Динамика качества жизни у оперированных больных была не хуже, чем у неоперированных больных, несмотря на то, что изначально у большей части оперированных больных отмечался более низкий уровень качества жизни, чем у лечившихся консервативно.

## Альтернативные подходы к поэтажной пластике сложных форм «открытых» спинномозговых грыж у недоношенных новорожденных

Волкодав О. В.

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского,  
г. Симферополь

Современной задачей неонатальной нейрохирургии и неврологии является улучшение результатов лечения сложных форм «открытых» спинномозговых

грыж у недоношенных новорожденных. Проведен сравнительный анализ результатов 25 экстренных нейрохирургических операций у недоношенных новорожденных со спинномозговыми грыжами, выполненных в Республиканской детской клинической больнице АРК в период с 2003 по 2006 гг. У 17 больных операции произведены по традиционной технологии, у 8 — по предложенной нами методике поэтажной пластики сложных форм «открытых» спинномозговых грыж (авторское право №17679). Все новорожденные были недоношенными с минимальным весом на момент рождения 800 грамм.

Предложенный метод основан на использовании при хирургическом лечении открытых спинномозговых грыж у недоношенных новорожденных следующих основных операционных принципов: 1) послойное препарирование тканей в стороне от тканей грыжевого мешка с недопустимостью грубого выделения элементов спинного мозга и корешков из конгломерата тканей; 2) погружение «зародышевых» тканей не свернувшегося в трубку спинного мозга в спинномозговой канал с пластикой дефекта твердой мозговой оболочки подлежащими мягкими тканями или искусственной оболочкой; 3) перемещение кожно-фасциального лоскута с укрытием-герметизацией грыжевых ворот и позвоночного канала.

Выполнение хирургического лечения «открытых» спинномозговых грыж по предлагаемой методике позволяет: снизить риск экстренного нейрохирургического пособия у недоношенных новорожденных, уменьшить опасность повреждения элементов спинного мозга на этапе его выделения из конгломерата тканей грыжевого мешка, исключить нарастание неврологического дефицита в послеоперационном периоде.

Клинико-катамнестические данные (неврологические показатели через 2 года после операции) показали уменьшение числа неблагоприятных исходов, улучшение качества жизни больных при использовании предложенной методики операции. Вместе с тем, определяющим для прогноза качества жизни детей с открытыми спинномозговыми грыжами является исходный неврологический дефицит. Наш опыт позволяет рассматривать предложенный метод, как перспективный в хирургическом лечении «открытых» спинномозговых грыж у недоношенных новорожденных.

## Бивентрикулярное субгалеальное дренирование как метод повышения качества жизни новорожденных

Волкодав О. В.

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского,  
г. Симферополь

Актуальной задачей современной детской нейрохирургии является улучшение результатов лечения недоношенных новорожденных при окклюзионной гидроцефалии, обусловленной внутрижелудочковым кровоизлиянием (ВЖК) с двухсторонней блокадой отверстий Монро.

Нам предложен и апробирован метод бивентрикулярного субгалеального дренирования у недоношенных новорожденных, как первый этап лечения ВЖК 3—4 ст. с двухсторонней блокадой отверстий Монро (авторское право № 18211). У всех больных на фоне ВЖК прогрессировала дилатация желудочков

мозга. Выполнено 6 экстренных нейрохирургических операций в Республиканской детской клинической больнице АРК с клинико-неврологическим и инструментальным мониторингом (нейросонография, КТ головного мозга). Минимальный срок гестации новорожденных составил 26—27 недель.

Анатомо-физиологические особенности недоношенного новорожденного объясняют необходимость минимальной инвазивности лечебно-диагностических мероприятий. Разработанный метод позволяет обеспечить минимально инвазивное длительное бивентрикулярно-субгалеальное дренирование с возможностью пролонгированной санации ликвора у недоношенных новорожденных с ВЖК до завершения сроков гестации. Метод позволяет стабилизировать ликворциркуляцию, снизить риск воспалительных осложнений, приостановить и в ряде случаев добиться регрессирования постгеморрагической гидроцефалии, что минимизирует структурные повреждения головного мозга (вентрикуломегалия, атрофия мозга, поликистоз и т.д.). Пункционная методика выполнения операции уменьшает ее травматичность и длительность, тем самым улучшает неврологические показатели в послеоперационном периоде, снижает инвалидизацию. Летальных исходов в наших наблюдениях не было. У двух пациентов удалось добиться стабилизации гидроцефалии, 4 произведены клапанные ликворосунтирующие операции (вентрикулоперитонеостомии) через 10—14 недель после рождения.

Таким образом, предложенный алгоритм ведения недоношенных новорожденных с окклюзионной постгеморрагической гидроцефалией предполагает возможность их этапного лечения с трансформацией бивентрикулярного субгалеального дренирования на 37—39 неделе гестации (редуцирование герминального матрикса) в бивентрикулостомию одним из сохраненных вентрикулярных дренажей с одновременным вентрикулоперитонеальным дренированием санированного ликвора. Это обеспечивает снижение летальности, повышает качество жизни пациентов, а в ряде случаев позволяет избежать хирургического вмешательства.

### **Результаты лечения и качество жизни детей, оперированных по поводу синдрома «фиксированного спинного мозга»**

**Звонарев А. Г.**

*Институт нейрохирургии им. акад.  
А.П. Ромоданова АМН Украины, 04050  
Украина, г. Киев, ул. Мануильского, 32.  
тел. 8 (044) 483-96-14,  
e-mail: child@neuro.kiev.ua*

Синдром «фиксированного спинного мозга» (СФСМ) — совокупность нарушений функций спинного мозга, связанных с его перерастяжением, обусловленным патологической фиксацией. Патологическая фиксация спинного мозга в позвоночном канале, резко снижает его физиологическую подвижность при движениях позвоночника, а также мешает возрастной миграции конуса спинного мозга.

Кроме того, при механическом растяжении мозгового вещества возникают гипоксически-ишемические нарушения и даже разрыв нейрональных мембран.

**Цель исследования** — определение основных клинико-инструментальных признаков синдрома «фиксированного спинного мозга» у детей, обоснование сроков, показаний и объема хирургического вмешательства для улучшения качества жизни пациентов.

**Материалы и методы.** Рассмотрена группа больных с синдромом «фиксированного спинного мозга», различного генеза в количестве 51 пациента, находившегося на лечении в Институте нейрохирургии АМН Украины в возрасте от нескольких дней до 20 лет, а также 35 больных с патологической фиксацией спинного мозга без клинических проявлений. Всем пациентам проводилось комплексное обследование с обязательным проведением МРТ и/или КТ головного и спинного мозга, нейросонографии, электронейромиографии.

**Результаты и их обсуждение.** До госпитализации в институт 20 пациентов первично было оперировано на первом году жизни по поводу дизрафических нарушений пояснично-крестцового отдела позвоночника. 17 пациентов в возрасте от 4 до 20 лет оперированы первично по поводу СФСМ. Нарастание неврологической симптоматики было отмечено в течение 1—2 лет до поступления в клинику, 6 из них были оперированы ранее по поводу ортопедической деформации конечностей и позвоночника.

Регресс болевого синдрома нами был отмечен у всех детей после операции, стабилизация или улучшение неврологических нарушений отмечалась у 90% пациентов, не отмечалось дальнейшего прогрессирования деформаций позвоночника, стоп. Ортопедическая коррекция до устранения фиксации спинного мозга требовала повторных коррекций и сопровождалась дальнейшим прогрессированием заболевания. Достаточно частым осложнением после удаления липомиningорадикулоцеле и устранения фиксации спинного мозга явились нарушения функции тазовых органов по типу задержки. Восстановление дефекации отмечалось на 3—5 сутки после вмешательства, однако больные требовали катетеризации мочевого пузыря сроком до 2—3 недель с последующим восстановлением функции. Качество жизни детей, оперированных по поводу СФСМ, либо соответствовало дооперационному, либо улучшалось до хорошего или удовлетворительного, соответственно шкале (Орлов Ю.О., 2001).

**Заключение:** Для своевременной диагностики СФСМ требуется учет клинических проявлений и комплексное обследование, включая КТ и МРТ. Особое внимание следует уделить наблюдению за пациентами с вторичным заживлением послеоперационных ран после операций по поводу дизрафии позвоночника и спинного мозга, которые нередко формируют синдром вторичной «фиксации спинного мозга». При своевременном выявлении признаков СФСМ у детей возможно практически полное и скорейшее восстановление возникающих нарушений функций.