автономно и обуславливают дальнейшее развитие заболевания помимо предполагаемого этиологического фактора.

На поздних этапах гидроцефалия приобретает очертания заболевания. Эффективное лечение гидроцефалии предполагает применение ликворошунтирующих операций.

Таким образом, целесообразно разделение гидроцефалии как симптома (определяется морфометрически), гидроцефального синдрома или заболевания. В последнем случае гидроцефалию следует разделить как заболевание до ликворошунтирующей операции и дренажезависимую гидроцефалию.

Подобный подход упрощает выбор эффективной тактики лечения, снижает послеоперационные осложнения и количество дренажезависимых больных.

Вентрикулосинусные операции в лечении гидроцефалии

Хачатрян В.А., Малхасян Ж.Г., Гогорян С.Ф.

ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург, 191014, Маяковского, 12; тел. 273-80-96, kimoza@mail.ru

Разработка малоинвазивных доступных альтернативных вентрикулоатростомии вентрикуловенозных операций является важной проблемой.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов применения 36 вентрикулосинусных операций больным в возрасте от 3 мес. до 39 лет за период с 1981 по 2001 гг. В 5 случаях венозный катетер введен в продольный, в 23 — в поперечный и в 8 случаях — в сигмовидный синусы. Функциональная часть дистального катетера при этом локализовалась в сагиттальном (у 5), поперечном, сигмовидном синусах (у 22), яремной вене (у 6) и в полости правого предсердия (у 9).

Результаты. Контроль за гидроцефалией достигнут в 32 случаях, инфекционные осложнения — 2, гиподренажное состояние — 4, эпилептические припадки — 1, гипердренажные осложнения — 0. Ревизия шунта в течение первых 3 лет у 7 больных. Умерло 7 больных в результате прогрессирования основного заболевания. Гиподренажное состояние чаще наблюдалось при введении ликвора в сагиттальный синус (у 3 больных из 5). Оптимальным является анастомоз между правым боковым желудочком и ипсилатеральным поперечным синусом дренажной системой низкого или очень низкого давления. Дистальный конец венозного катетера оставляют в поперченном и сигмовидном синусах, доводят до яремной вены или полости правого предсердия до получения необходимого суммарного давления (венозное давление + давление шунта), равного возрастной норме ВЧД. Операция показана, если применение классических ликворошунтирующих операций не возможно, не целесообразно или не эффективно.

Нервно-психические нарушения в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы

Ким А.А., Хусанов Л.Э., Мирзабаев М.Д.

Республиканский научный центр нейрохирургии МЗ РУз. Кафедра нейрохирургии и ВПХ Медицинской Академии, Республика Узбекистан, Ташкент, 100000, Каблукова, 5, 134-10-83, kariev@bcc.com.uz

Нами обследовано группа больных с нерво-психическими расстройствами, возникшие в остром или в позднем периоде черепно-мозговой травмы. У больных наряду с имеющейся неврологической симптоматикой (параличи, парезы конечностей и ЧМН, гиперкинезы) отмечался стойкий астено-невротический синдром, причем проявления разнообразны. У одних больных наблюдалась общая гиперпатия, вегетативные нарушения, раздражительность. У других проявлялся депрессивный синдром в сочетании с головными болями и головокружением. Особенно эти проявления наблюдались при изменении положения или позы. Отмечались изменения и со стороны соматического фона в виде артериальной гипотонии или гепертонии. Явления травматической астении колеблются в интенсивности от выраженного ухудшения состояния до относительного благополучия. У ряда больных прослеживались черты органического психосиндрома, выражающиеся ослаблением памяти, утратой и потерей способности усвоения новых знаний, обеднением мышления, общее снижение интеллекта.

Для больных перенесших тяжелую ЧМТ характерна травматическое слобоумие, при котором наряду с неврологически дефицитом, апатическим или эйфорическим расстройством выявляется значительное интеллектуальное снижение с грубым ослаблением критических способностей, а также нарушение памяти прошлого и настоящего. В отдельных случаях отмечаются психозы, которые как правило связаны с дополнительными вредностями (алкоголь, псевдодеменция). Сравнительно реже в отделенном периоде возникают периодические резидуально-органические психозы. Эти психозы характеризуются быстрым возникновением и критическим обратным развитием. Их возникновению предшествует ухудшение общего состояния и протекает с Катриной двигательного возбуждения или ступора, галлюцинациями, бредом. В некоторых случаях может иметь место и аффективные нарушения.

Таким образом, последствия ЧМТ прямо или косвенно затрагивающие функции центральной нервной системы, оказывают наибольшее влияние на адаптацию больного к условиям жизни в обществе. Это вызвано тем, что способность общаться и взаимодействовать с другими людьми является определяющей характеристикой функциональности ЦНС.