

Оцінка якості життя хворих дитячого віку після нейрохірургічного лікування

Качество жизни детей оперированных по поводу спинномозговой грыжи в раннем возрасте

Ахмедиев М. М.

Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкент, Республика Узбекистан, 700000, Ташкент, ул. Каблукова, 5, тел. 1342532, E-mail: mahmidneuro@mail.ru

Нейрохирургическая патология детей со спинномозговими грыжами (СМГ) имеет ряд особенностей, так как касается не только здоровья и жизни пациентов, но и всей семьи.

Тактика и стратегия лечения определялась прогнозом возможных осложнений, характера гидроцефалии и сопутствующих аномалий развития. Для оценки качества жизни детей оперированных по поводу СМГ изучен катамнез 60 детей в период от 6 мес. до 8 лет после операции. Качество жизни в отдаленном периоде после удаленной СМГ оценивалось по динамике неврологического статуса, социальной адаптации и по данным контрольной КТ/МРТ. На результаты лечения детей оказывали влияние неврологический статус до хирургического лечения, наличие и выраженность сопутствующих пороков развития, характер, темп развития вторичной гидроцефалии.

Представляется важными не только ранняя диагностика и лечение СМГ с достижением функционального результата, но и адекватная реконструкция при синдроме фиксированного спинного мозга с целью коррекции двигательных, чувствительных, урологических, трофических расстройств и ортопедической патологии для повышения качества жизни и социальной адаптации ребенка.

Вышесказанное свидетельствует в пользу применяемой нами хирургической тактики и позволяет рекомендовать ее в качестве стандарта выполнения подобных операций. Это расширило возможности проведения реабилитации у детей с нарушенной нейрорегуляцией. Комплексное воздействие на процессы восстановления функции спинного мозга включает: нейропротекцию с целью стабилизации уцелевших структур, сохранения функционально полноценных волокон; использование физических факторов с целью стимуляции регенерации нервных элементов. Лечебные и физиотерапевтические мероприятия следует определять с учетом нарушений функций тазовых органов. Лечение сопутствующей косопласти, трофических проявлений и других аномалий необходимо проводить в ранние сроки для обеспечения адаптации детей к жизни в условиях семьи и общества.

Таким образом, современные возможности лечения СМГ способны обеспечить наиболее стойкий функциональный результат, если операция выполнена в самом раннем возрасте, так как для таких пациентов любое улучшение в неврологическом статусе имеет значение для социальной адаптации.

Критерії якості життя дітей з гліомами зорових шляхів в післяопераційному періоді

Борисова І. О.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова АМН України. 04050, м. Київ, вул. Мануйльського 32. т. 80444839614, email: child@neuro.kiev.ua

Мета. Дослідити якість життя дітей з гліомами зорових шляхів в післяопераційному періоді, в залежності від топографічної локалізації пухлини.

Матеріали та методи. Дослідження базувалось на аналізі 110 хворих дітей з гліомами зорових шляхів. Серед них діти з пухлинами зорових нервів склали 40 спостережень, з пухлинами зорових нервів і хіазми — 37 спостережень, з ізольованими пухлинами хіазми 10 хворих, з розповсюдженням пухлин в гіпоталамус та підкіркову ділянку — 13 спостережень.

Результат та їх обговорення. У всіх дітей з гліомами зорових нервів проведено операції видалення пухлини. Катамнез 8—10 років. У даної групи хворих рецидиву захворювання не виявлено. Клінічні ознаки в післяопераційному періоді включали окорухові порушення і птоз різного ступеня, амавроз (все на стороні операції). Якість життя хворих цієї групи складала 85 балів згідно шкали оцінки якості життя пацієнтів з ураженням центральної нервової системи (Орлов Ю. А., 2001).

У дітей з гліомами зорових нервів і хіазми проведено операції тотального, або часткового видалення пухлини, якщо новоутворення повністю проростало хіазму. Катамнез 6—8 років. Клінічні ознаки в післяопераційному періоді включали окорухові порушення і птоз різного ступеня, амавроз і зниження зору на протилежній стороні. Якість життя хворих цієї групи складала до 75—80 балів.

У дітей з ізольованими гліомами хіазми виконано операції часткового видалення пухлини з наступним проведенням променевої терапії. Клінічні ознаки включали зниження зору на одне, або обидва ока різного ступеня вираженості, елементи дієнцефального синдрому. Якість життя хворих цієї групи складала до 60—70 балів.

У хворих з пухлинами хіазми, які розповсюджувались в гіпоталамус та підкіркову ділянку виконано операції часткового видалення пухлини, або її біопсія, з наступним проведенням променевої терапії. Клінічні ознаки включали зниження зору на одне, або обидва ока різного ступеня, синдрому внутрішньочерепної гіпертензії, контрлатерального центрального моно-, або геміпарезу, дієнцефального синдрому. Якість життя хворих цієї групи складала до 45 балів.

Висновки. Таким чином якість життя хворих дітей з гліомами зорових шляхів, в післяопераційному періоді, залежить від топографічної локалізації і розповсюдження цих новоутворень, що, в свою чергу, обумовлює об'єм їх видалення. Обмежені реабілітаційні можливості сприяють лише відновленню окорухових порушень.

**Оцінка якості життя дітей
з легкою хребетно-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 каталогического 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

лечения детей с врожденными пороками развития позвоночника и спинного мозга позволяет количественно оценить выраженность неврологических дефицитов, нарушении функции тазовых органов, костно-суставной системы и требует широкого внедрения в практическое здравоохранение.

Проблема хирургия эпилепсии

*Хачатрян В. А., Лебедев К. Э.,
Маматханов М. Р.*

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

Хирургия эпилепсии подразумевает подавление проявлений заболевания посредством разрушения эпилептического очага и/или эпилептической системы или стимуляцию активности противозащитной системы.

Проведен анализ результатов обследования 264 больных эпилепсией в возрасте от 3 мес. до 62 лет (возраст подавляющего числа больных от 3 до 17 лет) в период с 1970 по 2005 г. Проведено 567 открытых и стереотаксических, деструктивных и стимуляционных операций и ликворощунтирующих вмешательств.

В 8,2% случаев состояние больных медикаментозно-чувствительное. Оперирован 21% больных. Операция оказалась эффективной (I и II тип по Engel) у 65,4% больных. 77,2% больных с медикаментозно-резистентной эпилепсией не оперированы. Основной причиной отказа от операции являлась невозможность сформулировать показания в рамках существующей концепции. Операция оказалась не эффективной у 43,6% больных.

Ретроспективный анализ показал, что в диагностике медикаментозно-резистентной эпилепсии информативно сопоставление клинических данных с результатами ЭЭГ, КТ, МРТ, ПЭТ. Отмечается перспективность применения ЭЭГ мониторинга, использование эпидуральных, глубинных электродов, стереоэлектронцефалографии, функциональной МРТ, ПЭТ и ОФЭКТ. В хирургическом плане перспективным является расширение показаний к применению как малоинвазивных методов (селективная амигдалогиппокампотомия, гирэктомия), стереотаксических, деструктивных вмешательств и стимуляционных методов. Таким образом, на нашем материале хирургическое лечение проведено 1/5 части нуждающихся и оказалось эффективным в половине наблюдений. Вероятно, одним из путей улучшения результатов лечения медикаментозно-резистентной эпилепсии является разработка новых принципов отбора больных (возможно использование центрэнцефалической теории, реципрокных отношений внутринейрональной популяции эпистем, и др.) и создание 3—5 специальных учреждений по хирургии эпилепсии, способных осуществлять 700—1500 операций в год.

Сравнительная оценка неврологического статуса у детей со стволовыми и парастволовыми новообразованиями в зависимости от зоны вовлечения ствола мозга в бластоматозный процесс

*Ким А. В., Хачатрян В. А.,
Самочерных К. А., Данилова А. К.,
Лебедев К. Э.*

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

Цель: на основе результатов сравнительной оценки неврологического статуса у детей с субтенториальными новообразованиями распределить зоны ствола мозга по степени их функциональной или витальной значимости.

Материал и методы. Работа основана на результатах оценки хирургического лечения 370 детей до 18 лет.

Результаты. Астроцитомы и медуллобластомы составляли 2/3. Полная резекция опухоли — в 46,7% случаев, субтотальная — в 31,5%. В 39 случаях опухолевый процесс вовлекал латеральные участки нижнего треугольника ромбовидной ямки, канатчатые тела. Здесь неврологический статус после операции не отличался от предоперационного. 8 случаев с новообразованиями покрышки среднего мозга. Временная дисфункция глазодвигательных нервов в 5 случаях. В 7 наблюдениях опухоль вовлекала треугольники X и XII нервов. У всех пациентов после операции стойкие нарушения дыхания, глотания и тетрапарез. 4 умерли в ближайшем послеоперационном периоде. Из 26 наблюдений с глиомами моста в 17 случаях подход осуществлялся через среднюю мозжечковую ножку. У 10 — временное ухудшение неврологического статуса: атаксия, нистагм, контралатеральный гемипарез. В 9 наблюдениях удаление опухоли осуществлялось непосредственно через дно 4-го желудочка: а) срединная борозда (4 случая); б) супраколликулярный треугольник (3 случая); в) субколликулярный треугольник (2 случая). У пациента из 2 группы развился стойкий двусторонний птоз, еще у одного из 3 группы — паралич отводящего нерва. Ни у одного из 9 пациентов не отмечено стойкое нарушение витальных функций после операции. Опухоли вестибуло-кохlearной области — 10 случаев. 6 из 10 пациентов имели новые неврологические симптомы: атаксия, нистагм, гипоакузия, у 2 — стойкие. В 5 наблюдениях опухоль распространялась на боковую цистерну моста. Временная дисфункция лицевого нерва в 2 случаях.

Выводы. Сравнительная оценка неврологического статуса позволила определить 3 группы зон ствола мозга: витально-значимые, функционально-значимые, функционально малозначимые зоны.

Оцінка якості життя дітей з постгеморагічною гідроцефалією, зумовленою перинатальними ураженнями ЦНС

Маруценко Л.Л., Проценко І.П.,
Касьянов В.О.

Інститут нейрохірургії імені акад.
А.П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануйльського 32,
тел. 483-96-14; e-mail: child@neuro.kiev.ua

Метою роботи було встановлення прогностичних факторів, які визначають якість життя дітей з гідроцефалією, зумовленою перинатальними пошкодженнями та розробка методики прогнозування перебігу захворювання.

Матеріали та методи. Робота базується на результатах хірургічного лікування 182 дітей з прогресуючою постгеморагічною гідроцефалією. Катамнез простежено впродовж 2—17 років. Для прогнозування віддаленого перебігу захворювання виконана статистична обробка матеріалу із розрахунком інформаційного індексу та діагностичного коефіцієнта, що дозволило оцінити сумарний вплив прогностичних ознак. Шкала «якості життя» (Орлов Ю.О., 2001), яку ми використали у роботі, дозволила стандартизувати результати лікування. Так, гарна якість життя була у 53 (29,1%) дітей, задовільна — у 92 (50,5%), погана — у 37 (20,3%).

Результати та їх обговорення. Встановлено, що у дітей з гарною та задовільною оцінками загальною характерною особливістю було помітне покращення якості життя впродовж першого року спостережень. Виявлена тенденція, що покращення якості життя залежить від зменшення розмірів шлуночків після операції, однак позитивна динаміка розвитку дитини може бути і без зміни об'єму мозкового плаща.

За допомогою розробленого нами програмного комплексу були встановлені прогностичні фактори, які визначають якість життя дітей з гідроцефалією, зумовленою перинатальними пошкодженнями. Погана якість життя була частіше у недоношених та перенесених новонароджених, у дітей, які народилися у тяжкій асфіксії із супутніми гіпоксично-ішемічними пошкодженнями мозку, які потребували реанімаційних заходів після народження. Неприятливими прогностичними чинниками були також перенесений менінгоенцефаліт, дефіцит маси тіла при госпіталізації, наявність рухових порушень, змін на очному дні, підвищений вміст білка в лікворі, критичний ступінь гідроцефалії. Погана якість життя частіше виявлялася у дітей, що були прооперовані з приводу прогресуючої гідроцефалії після 3 місяців життя, які мали дисфункцію шунта в перший рік після операції і у яких не зменшились розміри шлуночкової системи через рік після операції. Діагностичний коефіцієнт використовували для встановлення переважання прогностично сприятливих та несприятливих факторів. Нами виявлено, що гарну чи задовільну якість життя у дітей з постгеморагічною гідроцефалією можна очікувати в 90% випадків, якщо сумарний діагностичний коефіцієнт складає від 0 до 9 і в 98% випадків, якщо сумарний коефіцієнт понад 20. Погана якість життя може бути в 78,6% випадках при сумі діагностичних коефіцієнтів від — 10 до — 19 і в 94,1% при їх сумі менше — 20.

Таким чином, нами встановлені прогностичні фактори, які визначають якість життя дітей з гідроцефалією. Розроблено методику прогнозування гідроцефалії, яка дає можливість на основі загальнопринятих клініко-інструментальних даних передбачити перебіг захворювання.

Исходы и качество жизни новорожденных с перинатальными внутричерепными гемorragиями

Орлов Ю.А., Касьянов В.А.

Інститут нейрохірургії імені акад.
А.П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануйльського 32,
тел. 483-96-14; e-mail: child@neuro.kiev.ua

Цель исследования. Оценить исходы и качество жизни детей после перенесенных перинатальных внутричерепных гемorragий.

Материал и методы. Исследование основано на анализе 136 наблюдений новорожденных с внутричерепными перинатальными кровоизлияниями находившихся на лечении в Республиканской детской клинической больнице (г. Симферополь) и детской нейрохирургической клиники Института нейрохирургии им. А.П. Ромоданова (г. Киев). В исследованной группе больных было 81 (59,6%) мальчиков и 55 (40,4%) девочек. Дети были рождены на 25—43 неделях беременности. Среди них 59 (43,4%) ребенка родились недоношенными, 75 (55,1%) — доношенными, 2 (1,5%) — переносными. После рождения 62 (45,6%) новорожденных нуждались в проведении интенсивных и реанимационных мероприятий, 39 (28,7%) находился на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) более суток. В определении степени перинатального кровоизлияния (ПКИВ) использовали классификацию Papil L.A. В 11 (8,1%) случаях были выявлены ПКИВ I степени, в 24 (17,6%) II степени, в 58 (42,7%) III степени, в 26 (19,1%) IV степени, в 17 (12,5%) — субарахноидальные кровоизлияния. У 79 (58,1%) новорожденных было диагностировано сочетание внутричерепных кровоизлияний с гипоксическим поражением мозга.

Результаты и их обсуждение. Для лечения массивных внутричерепных перинатальных гемorragий и их последствий у новорожденных были использованы следующие нейрохирургические методики: повторные люмбальные пункции — 39 наблюдений, вентрикулярные пункции — 19, наружное вентрикулярное дренирование — 15, пункционное удаление внутримозговых и субдуральных кровоизлияний — 9, установка ЛПШС — 51. Интравентрикулярное введение фибринолитических препаратов было осуществлено у двух больных.

Смерть наступила у 22 (16,2%) новорожденных после перенесенного внутричерепного перинатального кровоизлияния. Полное выздоровление с отмечено у 18 (13,3%) детей. Внутричерепные перинатальные кровоизлияния привели к различной степени инвалидности у 96 (70,5%) пациентов, среди которых инвалидизация была связана с развитием гидроцефалии у 55 (40,4%) больных, формированием кист головного мозга — у 24 (17,6%), и развитием церебральных рубцово-атрофических процессов — у 17 (12,5%) детей.

Выводы. Активная нейрохирургическая помощь новорожденным с перинатальными внутричерепными

кровоизлияниями позволяет сохранить жизнь 83,8% пациентов, но полного выздоровления удается добиться только в 13,3% наблюдений.

Качество жизни детей после нейрохирургических вмешательств по поводу медуллобластомы мозжечка

Шаверский А. В., Орлов Ю. А.

Институт нейрохирургии им. акад.

*А. П. Ромоданова АМН Украины,
Киев, 04050, ул. Мануильского 32,
тел. 483-96-14, e-mail: shaversky@hotmail.com*

Цель. Оценка качества жизни детей лечившихся по поводу медуллобластом мозжечка.

Материалы и методы. С 1990г. по 2006г. в отделе нейрохирургии детского возраста Института нейрохирургии лечилось 289 больных с медуллобластомами мозжечка. Мальчиков было 195(67,5%), девочек 94(32,5%). Компьютерная томография проводилась в 204(70,6%), магнитно-резонансная томография в 103(35,6%) наблюдениях. Все больные были стадированы по Chang.

Результаты и их обсуждение. Всего 284 больным с медуллобластомами было выполнено 360 операций. У 283(97,9%) пациентов операции были направлены на удаление опухоли, у 6(2,1%) на установление гистоструктуры опухоли. На протяжении 30 дней после удаления опухоли умерло 43(15%) больных. Катамнез известен у 152(62,5%) больных. Средняя продолжительность катамнеза 1,6 лет, от одного месяца до 10 лет.

Длительность катамнеза 1 год — 69,2%, 2 года — 30,8%, 5 лет — 3,8% наблюдений. Качество жизни хорошая в 11,1%, средней степени в 43,7%, удовлетворительная в 44,4%, плохая в 0,8% наблюдениях. После проведенной лучевой терапии, выживание 1 год — 73,8%, 2 года — 40,8% наблюдений. Без проведения лучевой терапии длительность катамнеза 1 год — 51,8%, 2 года — 7,4% наблюдений. Исследование T стадии, как прогностического фактора у детей с медуллобластомами показало, что качество жизни лучше у больных со стадией T1, T2, T3a, чем у детей со стадией T3b, T4. Качество жизни также лучше у детей, которым проводилось тотальное удаление опухоли, и значительно хуже при выполнении частичного удаления.

Выводы. Локализация, распространение опухоли, объем удаления опухоли существенные прогностические факторы, влияющие на послеоперационное качество жизни. Учитывая полученные данные можно лишь говорить, что качество жизни несколько лучше у детей старшей возрастной группы. В нашем исследовании получены убедительные данные прогностической значимости локализации опухоли и более благоприятными можно считать стадии T1—T3a.

Перспективы улучшения качества жизни детей при гидроцефалии, обусловленной множественными ликворосодержащими образованиями

Михалюк В. С., Орлов Ю. А.

Институт нейрохирургии им. акад.

*А. П. Ромоданова АМН Украины,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського 32,
тел. 483-96-14, e-mail: orlov@neuro.kiev.ua*

Формы гидроцефалии, сопровождающиеся формированием изолированных кистозных образований, относятся к наиболее тяжелым формам гидроцефалии. Частота их составляет от 7% до 30% случаев гидроцефалий. Многообразие вариантов окклюзии и сочетание с гипорезорбтивным механизмом, обуславливает смертность в этой группе, достигающей 50—70% наблюдений и развитие глубокого неврологического дефицита у выживших пациентов.

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения гидроцефалии, обусловленной множественными ликворосодержащими образованиями.

Материалы и методы. В исследуемой группе больных с применением эндоскопов оперировано 39 пациентов. Ликворосодержащие полости объединены и дренированы. В 24-х случаях операция закончена экстракраниальным дренированием, в 15-и случаях интракраниальным. Регресс гипертензионно-гидроцефального синдрома отмечен во всех случаях. Катамнез составил от пяти месяцев до семи лет. Регресс гипертензионного синдрома отмечен у 38-х пациентов (97,4%), неврологического дефицита у 32-х пациентов (82,1%).

Контрольную группу составили 44 пациента, которым были проведены «традиционные» оперативные вмешательства: у 19 пациентов — кранио- и кортикотомия, опорожнение кист и иссечение их стенок (в 12 случаях с имплантацией ЛШС), у 25 пациентов операции клапанного экстракраниального шунтирования. В двух случаях возникла необходимость в проведении повторного вмешательства — бивентрикулостомии. Регресс гипертензионно-гидроцефального синдрома отмечен в 42 случаях (95,5%). Катамнез составил от пяти месяцев до девяти лет. Регресс неврологического дефицита отмечен у 26-и пациентов (59,1%).

Результаты. В основной исследуемой группе в 4 случаях (10,2%) отмечены рецидивы гипертензионного синдрома, обусловленные дисфункцией ЛШС. Характерно, что в этой группе пациентов 25 ранее были проведены операции экстракраниального шунтирования, у 12 из них имели место многократные дисфункции ЛШС. В контрольной группе дисфункции ЛШС отмечены в 18 случаях (40,1%).

Выводы. Эндоскопическое шунтирование при гидроцефалии, обусловленной множественными ликворосодержащими образованиями, снижает количество послеоперационных осложнений, частоту возникновения дисфункции, что приводит к улучшению качества жизни пациентов.

Качество жизни детей, оперированных по поводу нейрохирургической патологии

Орлов Ю. А.

Эффективность лечебных мероприятий оценивается с учетом большого ряда показателей. К ним относятся, в первую очередь, общая и послеоперационная смертность, продолжительность жизни и, конечно, ее качество. Качество жизни представляет собой интегральную характеристику физического, психического, эмоционального и социального функционирования человека. В настоящее время существует более 50 различных шкал оценки качества жизни пациента при различных патологических состояниях. Они основаны на качественной и количественно оценке состояния пациента, проведенной объективно врачом или субъективно пациентом. Наибольшее распространение в нейрохирургической практике получили шкала качества жизни Карнавского, шкала степени инвалидизации Ренкина и шкала исходов Глазго.

Эти шкалы лишь частично учитывают специфику поражения нервной системы и практически не адаптированы к детскому возрасту. В них также отсутствует учет особенностей самой нейрохирургической патологии поражения нервной системы и исходного состояния на момент обращения больного за медицинской помощью.

Нами предложена и многократно апробирована шкала качества жизни детей с поражениями нервной системы (табл. 1). Она нашла определенное распространение в Украине и России для оценки результатов лечения детей с нейрохирургической патологией. Шкала основана на оценке двух блоков адаптации детей к окружающей среде. Первый блок характеризует психоневрологический статус ребенка, а второй блок — степень социальной адаптации с учетом познавательной способности и возможностей обучения. Каждая качественная характеристика оценки объекта имеет количественное выражение, а сумма этих показателей отражает качество жизни пациента. Это позволяет количественно оценить качество жизни ребенка и подойти к стандартизации

результатов лечения различной патологии нервной системы у детей. Кроме того, изменения суммарного показателя качества жизни в процессе наблюдения за пациентом позволяют сделать вывод о тенденции течения болезни и реабилитационного периода.

Сумма баллов 100—80 соответствует понятию «хорошее качество жизни», когда пациент практически здоров, трудоспособен, может посещать общеобразовательные учреждения (садик, школу, институт), психоневрологический дефект не мешает нормальному образу жизни. Сумма баллов 75—50 означает «удовлетворительное качество жизни» со значительными ограничениями трудоспособности, обучаемости, необходимостью в посторонней помощи. Показатели 45—30 баллов указывают на «плохое качество жизни» и нередко требуют пребывания пациента в лечебном учреждении или на дому при постоянной помощи окружающих. Сумма баллов менее 30 соответствует практически вегетативному статусу.

Нами проведена оценка результатов лечения детей с различными нейрохирургическими нозологическими формами поражения нервной системы с учетом качества жизни.

Пострадавшие с ЧМТ в детской популяции встречаются с частотой 1,2—3 случаев на 1000 и составляют основную массу госпитализированных детей в детские нейрохирургические стационары (по стране в 2005 г. 76,5% госпитализаций). При средней частоте ЧМТ у детей равной 2‰ это составляет ежегодно около 18000 случаев, однако доступность специализированной помощи ограничена и получает ее только половина пострадавших (в 2005 г. в нейрохирургических стационарах лечилось 9884 детей с ЧМТ). Ближайшие результаты лечения детей с нейротравмой более благоприятные по сравнению с взрослыми и показатели летальности не превышают 0,3—0,4%. Результаты лечения, с учетом качества жизни, по материалу Института нейрохирургии АМН Украины за последние годы представлены в таблице 2.

Значительную часть пациентов детских нейрохирургических стационаров составляют дети с прогрессирующей гидроцефалией. Без хирургического вмешательства 75% этих пациентов погибают в те-

Таблица 1. Шкала качества жизни детей с поражениями нервной системы

Объект оценки	Качественная характеристика	Оценка (баллы)
I. Психоневрологический статус Психическая деятельность: Двигательная сфера: Речевая функция: Зрение: Эпилептические припадки:	Норма	10
	Снижение памяти и запоминания	5
	Дезинтеграция психической деятельности	0
	Норма	10
	Геми-парезы, статические нарушения	5
	Геми-паралезия, грубые статические нарушения (не ходит)	0
	Норма	10
	Афатические нарушения	5
	Отсутствие речевого контакта	0
	Норма	10
	Снижение зрения или слепота на один глаз	5
	Слепота	0
	Норма	10
	Редкие общие или частые очаговые приступы	5
Частые общие эпилептические приступы	0	
II. Социальная адаптация Семейная адаптация: Трудовая адаптация:	Полное самообслуживание	25
	Требует периодически посторонней помощи	15
	Требует постоянной посторонней помощи	5
	Не может находиться в семье	0
	Полная трудоспособность и обучаемость	25
	Ограниченная трудоспособность и обучаемость	15
	Не трудоспособен и не способен к обучению	5
	Не способен к самостоятельному существованию	0

Таблиця 2. Результати лікування 6950 дітей с ЧМТ

Характер ЧМТ	Исходы и качество жизни				
	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Вегетативный статус	Смерть
Сотрясение мозга	99,8%	0,2%	—	—	—
Ушибы мозга легкой-средней степени тяжести	79,9%	19,9%	0,2%	—	—
Ушибы мозга тяжелой степени тяжести	60,8%	20,5%	15,3%	0,6%	2,8%
Внутричерепные гематомы	76,0%	19,5%	2,9%	—	1,6%
ДАП	—	47,4%	45,5%	2,6%	4,5%
Всего:	88,5%	10,2%	0,9%	0,1%	0,3%

чение года, а оставшиеся в живых остаются грубыми инвалидами. Основным методом лечения пациентов с прогрессирующей гидроцефалией является хирургические вмешательства с использованием клапанных ликворощунтирующих систем. Результаты лечения связаны с этиологией гидроцефалии, стадией ее развития, выраженностью расширения желудочков, сохранностью мозговой паренхимы и состоянием больных перед операцией. Однако даже при критической стадии гидроцефалии, когда мозговой плащ составляет несколько миллиметров, хорошие и удовлетворительные результаты ликворощунтирующих операций составляют около 70% наблюдений. При анализе 181 ребенка, оперированных в грудном возрасте, получены вполне не плохие результаты (табл. 3). Они значительно лучше у детей с врожденной гидроцефалией, когда отсутствуют повреждения мозга в результате инфекции, гемморагии или гипоксии, у детей с не запущенными стадиями заболевания.

Таблиця 3. Отдаленные результаты (качество жизни) детей, оперированных по поводу прогрессирующей гидроцефалии в грудном возрасте

Оценка качества жизни	Частота (%)
Хорошее (100—80 баллов)	59,1%
Удовлетворительное (75—50 баллов)	24,9%
Плохое (45—30 баллов)	16,0%
Вегетативный статус (менее 30 баллов)	—

Несколько другой подход к результатам лечения детей с врожденными пороками развития нервной трубки и в первую очередь к спинномозговым грыжам. Качество жизни их определяется главным образом выраженностью дефекта развития и степенью вовлечения в патологический процесс нервных структур, что определяет исходный и последующий неврологический дефект. Нейрохирургическая помощь у больных с дефектами развития нервной трубки направлена, в первую очередь, на сохранение жизни больного при разрывах грыж, ликворе. Во-вторых, лечение направлено на создание оптимальных условий для реабилитации пациентов, сохранение или улучшение качества их жизни. Первую задачу во многом удалось решить благодаря внедрению в практику положения об срочности хирургического лечения разорвавшихся спинномозговых грыж или их угрозе в первые 24 часа. Это обеспечило снижение частоты развития менингоэнцефалитов с 75% до 5% случаев и снижение смертности более чем на порядок. Послеоперационная смертность у детей с дефектами развития нервной трубки в Украине в 2006г. составила 2%, ранее она превышала 20%. Значительно сложнее решается вопрос улучшения качества жизни этих пациентов. Внедрение микрохирургической техники, уменьшение травматичности операций, внедрение ликворощунтирующих опе-

раций в комплекс лечения улучшает результаты, но не столь значительно. При анализе 152 пациентов со спинномозговыми грыжами установлено, что качество жизни в ближайшие годы после операции не ухудшается, не прогрессирует неврологический дефект, нет прогрессирования гидроцефалии, но определяющим является исходное состояние больного (табл. 4). У 77 из этих больных операции были срочными, возраст детей колебался от нескольких часов до недель, в 52 наблюдениях пластика грыжевого мешка была дополнена ликворощунтирующими операциями. Послеоперационная летальность составила 4,6% и была обусловлена множественными пороками развития как нервной системы, та и других органов.

Таблиця 4. Качество жизни детей, оперированных по поводу спинномозговых грыж

Вид спинномозговой грыжи	Качество жизни (до операции/после операции)		
	Хорошее (%)	Удовлетворительное (%)	Плохое (%)
Менингоцистоцеле (18 больных)	94,4/100	5,6/0	0/0
Менингоградикулоцеле (36 больных)	36,1/75,0	53,9/25,0	0/0
Менингомиелоцеле (58 больных)	0/0	5,2/10,3	94,8/89,7
Нейрорахизис (40 больных)	0/0	15,0/37,5	85,0/62,5
Всего:	19,7/28,9	21,7/19,7	58,6/51,3

Значительно отличаются подходы к оценкам результатов лечения при онкопоражениях мозга у детей. Они оцениваются по показателям послеоперационной летальности, продолжительности безрецидивного периода, длительности выживания и качества жизни этих больных. Все эти показатели значительно отличаются в зависимости от характера опухоли и ее локализации, исходного состояния и стадии процесса, возраста больных, радикальности операции и проведенного адьювантного лечения. Примером таких отличий могут служить результаты лечения и качество жизни больных с медуллобластомами мозжечка (286 наблюдений) и глиом зрительных путей у детей (110 наблюдений), но даже внутри этих групп имеются большие различия (табл. 5). Результаты лечения и качество жизни при медуллобластомах мозжечка значительно лучше у детей старше 3 лет, при отсутствии грубого поражения ствола, при проведении после операции лучевой и химиотерапии. При глиомах зрительных путей показатели лучше при отсутствии распространения опухоли на хиазму, в гипоталамические отделы.

Проведенный анализ говорит о необходимости, с одной стороны, стандартизации показателей результатов лечения и качества жизни, а с другой стороны, о целесообразности их рассмотрения в за-

Таблиця 5. Результати лічення і якість життя дітей з медуллобластомами мозжечка і гліомами зрительних путей

Показатель	Летальность п/о	Медиана выживания	Качество жизни		
			Хорошее	Удовлетв.	Плохое
Медуллобластомы мозжечка	10%	12 месяцев	11%	44,4%	0,8%
Глиомы зрительных путей	0,9%	96 месяцев	63,6%	36,4%	0%

висимости от нозологии, возраста, стадии заболевания, радикальности операций, адьювантной, восстановительной терапии и многих других факторов.

Опыт повышения мобильности и качества жизни у пациентов со спинномозговыми грыжами после нейрохирургического лечения

Салева А. Д., Духовский А. Э.*,

Петров В. Г., Борисов М. А.

Чернышева И. Н., Варешнюк Е. В.

УкрНИИ протезирования, протезостроения и восстановления трудоспособности, 61051, г. Харьков, ул. Клочковская, 339, тел. 337-86-10, 337-79-35, Городской Центр Детской нейрохирургии*, 61018, г. Харьков, пер. Балакирева, 3-а, ХГКБСНМП им. проф. Мещанинова А. И., тел. 343-62-55

Основной метод лечения спинномозговой грыжи — оперативная коррекция в раннем детском возрасте: при угрозе разрыва проводится в ургентном порядке первые 24 часа; без угрозы разрыва, оптимальный возраст для хирургической коррекции определяется в 2—4 месяца. Оперативное лечение носит часто только косметический характер и степень неврологического дефицита составляет М 0, S 0 (Van der Ploeg, 1984).

Цель работы: улучшение мобильности и качества жизни пациентов со спинномозговыми грыжами.

Материалы и методы: пациенты со спинномозговой грыжей первого года жизни до 18 лет.

В УкрНИИ протезирования разработан алгоритм реабилитации пациентов с вялыми парезами при помощи технических средств реабилитации: параподиум, аппарат эквивалентной ходьбы, ортезирование. Реабилитированы 11 детей со спинномозговой грыжей (менингомиелоцеле и липомиеломенингоцеле). Из них 5 детей в раннем детском возрасте были прооперированы в ГЦД нейрохирургии, 5 — в других клиниках. Один ребенок не оперирован из-за отказа родителей. Планирование реабилитационных мероприятий начинали с тестирующих программ функций опорно-двигательного аппарата и нервно-мышечной системы.

Вертикализация пациентов и обучение ходьбе осуществлялось поэтапно с помощью физических методов (по показаниям), динамического параподиума, ортезных систем с принудительным движением в аппарате эквивалентной ходьбы до выработки нового локомоторного акта. Реализация трех этапов вертикализации позволила достигнуть аппаратной мобильности у 5-ти пациентов и самостоятельной ходьбы в ортезах у остальной группы.

Результаты и обсуждение: оценка результатов хирургического лечения, мобилизации пациентов проводилась с использованием ЭНМГ и на аппаратно-программном комплексе по данным базо- и стабиллометрии, при помощи «Шкалы оценки качества жизни ребенка с органическим поражением ЦНС» (Орлов Ю. А. 2002г).

Выводы: своевременная хирургическая коррекция снижает риск возникновения различных осложнений и смертность, применение аппаратов реципрокной ходьбы и ортезы нижних конечностей позволили восстановить биомеханически правильную ось конечностей, являясь профилактикой контрактур и деформаций. Освоение навыков стояния и ходьбы детей с пlegией улучшило их физическое и психоэмоциональное состояние, повысило балльные оценки качества жизни.

Т. о., представленный опыт комплексного лечения позволяет рекомендовать этапное использование технических средств реабилитации в послеоперационном периоде у детей со спинномозговыми грыжами, начиная с раннего детского возраста.

Качество жизни детей, оперированных по поводу травматических эпидуральных гематом

Семисалов С. Я., Абашин Г. В., Болгова И. В.

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, 83110, а/я 1412, 307-81-35, serg1948@yandex.ru

Цель. Определить эффективность оперативно-го лечения травматических эпидуральных гематом у детей.

Материал и методы. Проведен анализ эффективности оперативного лечения травматических эпидуральных гематом у 16 пострадавших в возрасте от 1 до 15 лет. Все больные были мужского пола. Оценка качества жизни проводилась в соответствии со шкалой исходов Глазго (ШИГ). Всем больным перед оперативным вмешательством проводилось клинкорентгенологическое обследование, компьютерная томография или магнитно-резонансное исследование. В 14 случаях производилась костно-пластическая трепанация, а в 2 — резекционная трепанация черепа. Вся информация вводилась в специально разработанную медицинскую информационную систему «Медик-ЧМТ» и в последующем подвергалась анализу и статистической обработке.

Результаты и обсуждение. Анализ качества жизни детей, оперированных по поводу травматических эпидуральных гематом показал, что исход лечения практически не зависел от величины гематомы и техники трепанации черепа (костно-пластическая или резекционная). Во всех случаях оперативного удаления травматических эпидуральных гематом у пострадавших детского возраста быстро наступала компенсация и изменения в статусе соответствовали умеренной инвалидизации по ШИГ.

Выводы. Оценка качества жизни детей, оперированных по поводу травматических эпидуральных гематом в соответствии со ШИГ позволяет объективизировать изменения, наступающие после травмы и конкретизировать дальнейшую восстановительную терапию. Более высокое качество жизни выявлено у детей, имевших менее выраженные клинические проявления ушиба головного мозга.

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.