

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ ЦНС НА РАННИХ ЭТАПАХ ЖИЗНИ

Ж.Б. Накипов, Г.С. Бажимова

АО «Национальный Научный центр материнства и детства », Астана, Казахстан

Новорожденные с ВПР ЦНС составляют группу наиболее тяжелых пациентов. Это прежде всего связано с основным пороком, которое усугубляется анатомо - функциональными особенностями периода новорожденности, морфо - функциональной незрелостью плода. Часто такие дети рождаются недоношенными, с генерализованной внутриутробной инфекцией, с множественными пороками развития (сочетаются с пороками развития сердца, опорно-двигательного аппарата, мочевыводящей системы).

Все это объясняет высокий процент летальности данного контингента больных.

Целью нашей работы явилось сравнить результаты лечения ВПР ЦНС среди новорожденных и детей от 4 месяцев до 1 года.

За время работы детского нейрохирургического отделения АО «ННЦМД» с сентября 2007 г. до настоящего времени было пролечено 434 ребенка, среди них новорожденные - 41 ребенок (9.44%), дети от 4 месяцев до 1 года 83 ребенка (19.5%). Из них с врожденными пороками развития 92 (74%) детей. Оперативное лечение было проведено в раннем неонатальном периоде 32 новорожденным (34,7%), в позднем 60 (65,2%).

Среди новорожденных около 45% родились в ННЦМД. Антенатально ВПР ЦНС по данным УЗИ плода диагностированы в 74% случаев.

По нозологиям данные новорожденные распределились следующим образом: врожденная гидроцефалия - 17 детей (41.5%), спинно- мозговая грыжа без гидроцефалии у 10 (24.4%), спинно-мозговая грыжа в сочетании с гидроцефалией- 10(24.4%), киста межполушарного пространства у 3 (7.32%), голопроанэнцефалия у 1 ребенка (2.4%).

Среди детей после 1 месяца возрастная структура представлена следующим образом: от 1 до 4 месяцев 72 (17%), от 4 до 6 мес.- 24 (5.6%), от 6 до 9 мес.- 31 (7.3%), от 9 мес. до 1 года 28 (6.6%). По нозологиям: врожденная гидроцефалия-96 детей (22.6%), сочетание СМГ и врожденной гидроцефалии в 9 случаях (2.1 %), врожденная спинно-мозговая грыжа 17 детей (4%), врожденные новообразования ЦНС-3 (0.7 %), диастоматомия-1 (0.2%), врожденные кисты головного мозга у 2 (0.5%). Глубокая степень атрофии головного мозга отмечена у 4 больных (0.9%), ЗПМР- 18(19.2%), нарушение функции тазовых органов- 32(33%), нижний парапарез

В обеих группах в 60% случаев ВПР ЦНС сочетались с врожденными аномалиями развития сердца, мочеполовой системы (пиелозктазия, агенезия и гипоплазия почки, крипторхизм), опорно- двигательного аппарата

(косопласть, деформации грудной клетки), выявлены стигмы дизэмбриогенеза.

Операции проводились в раннем неонатальном периоде (на 3-5е сутки). Оперативное лечение проведено 32 новорожденным (78%), из них на долю вентрикулоперитонеостомии пришлось 11 (26.8%) случаев, вентрикулоперитонеостомия с одномоментным устранением спинно-мозговой грыжи - 10 (24.3%), устранение спинно-мозговой грыжи - 9 (21.9%), кистоперитонеостомия-2 (4.87%). Без оперативного вмешательства выписано 4 детей (9.75%).

В группе детей старше 1 месяца ВПС проведено 60 детям (14.1%), устранение СМГ-17 (4%), одномоментное устранение СМГ и ВПС- 10 (2,34%), кистоперитонеостомия- 2 (0.5%), краниопластика у 4 (0.94%), наружное дренирование у 5 (1.17%), диагностическая и терапевтическая вентрикулопункция выполнена 33 больным (7.76%), без оперативного вмешательства выписано 26 (6.1%).

Для вентрикулоперитонеостомии использовали шунты среднего давления «Chhabra» (Индия).

Устранение спинно-мозговой грыжи проводилось одномоментно с пластикой грыжевых ворот местными тканями. В обеих группах в связи с обширностью оперативного пособия интраоперационно проводилась гемотрансфузия всем детям со спинно- мозговой грыжей и гидроцефалией.

Профилактическое введение антибиотиков в-, до- и послеоперационном периодах проводилась по следующей схеме: цефалоспорины 2 или 3 поколения до операции за 1 час суточная доза, интраоперационно ½ суточной дозы, затем в возрастной дозировке в течение суток.

Летальность среди новорожденных составила 2.4% (1 ребенок) с тяжелым пороком развития нервной системы с признаками глубокой атрофии головного мозга - голопроанэнцефалия. Среди детей старше 1 месяца умерло 2 детей (0.7%).

Количество послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде: 1 - инфекция раны (2.43%) и 3 (формирование

ликворного свища-1, ликворной подушки-1, инфекция раны-1).

При проведении ликворошунтирующих операций повторное КТ головного мозга с целью контроля динамики процесса и положения проксимального конца шунта проводили на 5-7 сутки. У всех пациентов отмечена положительная динамика в виде уменьшения гидроцефального индекса, с полным расправлением мозгового вещества и уменьшением гипоксически-ишемических признаков, перивентрикулярного отека.

В среднем подготовка к операции составляла 1-3 дня, послеоперационный период до 7-10 дней.

Осложнения в отдаленном послеоперационном периоде в виде дисфункции дистального конца шунта отмечены в 1 случае, дисфункция помпы- 1, инфекционных осложнений не было.

Отдаленные результаты ликворошунти-

рующих операций отслеживались через 6 мес. и 1 год после операции на основании объективного осмотра, определения степени психо- моторного развития, данных КТ головного мозга. Дети возрастной группы до 1 месяца при контрольном неврологическом обследовании в общем развитии соответствовали возрасту, только в 3 случаях отмечались признаки задержки психомоторного развития на 1-1,5 месяца. Проводя сравнительный анализ компьютерной томографии головного мозга в динамике через 6 месяцев после оперативного лечения установлено, что в группе детей до 1 месяца степень выраженности атрофических и постгипоксических изменений головного мозга выражена меньше, чем в группе старше 1 месяца. Все это говорит об оправданности раннего оперативного вмешательства на ранних этапах жизни, необходимости развития неонатальной нейрохирургии в РК.

НЕЙРОУРОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ СПИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

И.Б. Осипов, В.А. Хачатрян, Г.М. Еликбаев

Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт

им. проф. А.Л. Поленова, Санкт – Петербург, Россия

Цель нейроурологического подхода при «миелодисплазии» у детей является предотвращение прогрессирующего поражения мочевых путей. Адекватное лечение подразумевает максимально раннее вмешательство при любых неврологических нарушениях функции мочевых путей, которые являются факторами риска развития в организме необратимых изменений. Нейроурологический подход с ранним вмешательством направленным на коррекцию «миелодисплазии», в комплексе с последующим медикаментозным (антихолинергические препараты) и реабилитационным лечением с катетеризацией мочевого пузыря уменьшает риск урологических осложнений у детей с «миелодисплазией» на длительное время.

Нами проанализированы результаты обследования и лечения 361 ребенка с «миелодисплазиями», находившихся в клиниках РНХИ им. проф. А.Л. Поленова и СПбГМПА за период с 1991 по 2008г.г. Из них 86 (23,8%) больных имели урологические осложнения разной степени тяжести. Мальчиков было 39(45%), девочек – 47(55%). Возраст больных колебался от 1 года до 17 лет. Большую часть этих пациентов

составили дети со спинномозговыми грыжами (60 %). Клинические проявления «миелодисплазии» достаточно разнообразны. У подавляющего большинства пациентов (95,3%) отмечено недержание мочи, 74,4% лечились по поводу хронической мочевой инфекции, 69,8% страдали запорами, из них 28 имели каломазание, 37,2% пациента самостоятельно мочились с большим количеством остаточной мочи, 12,8% поступили с явлениями хронической почечной недостаточности. У 24,4% пациентов наблюдался гипертензионно-гидроцефальный синдром, и у 12,8% детей имелись трофические язвы нижних конечностей.

Расстройства функций мочевого пузыря оценены по 5 параметрам: рефлекторной активности, эвакуаторной и резервуарной функции, адаптированности детрузора, состоянию сфинктерного аппарата уретры.

Среди сенсорных расстройств доминирует арефлексия (52,3%) и тяжелая гипорефлексия (31,4%) детрузора. У 33,7% пациентов способность к самостоятельному мочеиспусканию оказалась утеряна; 23,3% пациентов мочились с использованием вспомогательной мускулатуры и