

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

надавливанием на низ живота (по Креде); 26,7% могли мочиться самостоятельно, но с наличием значимого количества остаточной мочи. У большинства детей (65,1%) емкость мочевого пузыря была сопоставима с нормативными показателями, у 29,1% резко снижена и у 5,8% значительно увеличена (из-за перерастяжения детрузора). Адаптированный мочевой пузырь выявлен у 35% больных, признаки дезадаптации отмечены у 48% детей и умеренный гипертонус детрузора без признаков дезадаптации у 17% пациентов. У 66,3% пациентов отмечено ослабление тонуса сфинктера уретры.

На основании клинко-уродинамических исследований определялся вариант мочевого инконтиненции: тотальное недержание мочи выявлено в 24% случаев, стрессовое - 33%, парадоксальное – 28%, и у 15% больных отмечалось сочетание императивного недержания с другими видами.

Урологическим осложнением при «миелодисплазии» является также поражение верхних мочевых путей. Только 37,2% пациента имели относительно здоровые почки, остальные дети в той или иной степени страдали от функционально-обструктивных уropатий, при этом двустороннее поражение встречалось в 2 раза чаще чем одностороннее. У 50% больных отчетливо наблюдались признаки хронического пиелонефрита. В 26,7% случаях отмечался хронический цистит или мочевиная инфекция без четкой локализации.

Больным со спинальным мочевым пузырем консервативная терапия проводилась в течение 12-18 месяцев, а при ее неэффективности прибегали к оперативному лечению. Только у 19(22,1%) пациентов с «миелодисплазией»

для социальной адаптации было достаточно консервативной терапии, а у 67(77,9%) применялись различные хирургические вмешательства – менингоградикулолиз, урологические операции и эндоскопическое лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса. Применение детрузорстабилизирующей терапии и длительная периодическая трансуретральная катетеризация мочевого пузыря в послеоперационном периоде позволило в большинстве случаев восстановить адекватное самостоятельное опорожнение мочевого пузыря.

24,4% пациентов (21 ребенок) с урологическими осложнениями подверглись повторным нейрохирургическим вмешательствам, направленным на освобождение спинного мозга и его корешков от фиксирующих элементов. Только у 6 (28,6%) пациентов отмечались хорошие и удовлетворительные результаты после менингомиелорадикулолиза.

Таким образом, лечение «миелодисплазии» сочетающейся с нарушением мочеиспускания должно быть комплексное и включать в себя медикаментозное, хирургическое и реабилитационное лечение. Ранняя нейрохирургическая коррекция обеспечивает приостановление прогрессирования тазовых расстройств, тормозит дальнейшее вовлечение мочеиспускательной системы в патологический процесс и развитие хронической почечной недостаточности. Использование во время операций увеличительной оптики, микронеурхирургического инструментария, интраоперационного электрофизиологического мониторинга нервных корешков помогает значительно улучшить ближайшие и отдаленные результаты нейрохирургических вмешательств.