

Дифференцированный подход к диагностике и лечению арахноидальных кист у детей

А.М.Кузенкова

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Автор представил редкий случай длительного наблюдения арахноидальной кисты у ребенка. Обсуждаются клинические особенности, диагностические критерии, в том числе компьютерно-томографические, и тактика лечения подобной церебральной патологии.

Ключевые слова: арахноидальные кисты, компьютерная томография, магнито-резонансная томография

Differential approach to diagnosing and treatment of arachnoid cysts in children

L.M.Kuzenkova

Scientific Center of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The author presents a rare case of a long-term follow-up of an arachnoid cyst in a child. Clinical specificity, diagnostic criteria, including computed tomographic scanning, and therapeutic tactics in this kind of cerebral pathology are discussed.

Key words: arachnoid cysts, computed tomographic scanning, magnetic resonance imaging

Арахноидальные кисты, составляющие около 1% среди всех внутричерепных объемных образований, представляют собой одну из форм дизонтогенетических церебральных аномалий. В большинстве случаев они образуются во внутриутробном периоде, расположены экстрацеребрально, формируются дубликатурой паутинной оболочки и протекают доброкачественно. В кисте со временем накапливается ликвороподобная жидкость, что может в дальнейшем привести к постепенному увеличению ее объема [1–6]. По степени связи арахноидальных кист с подпаутинными цистернами выделяют сообщающиеся, частично сообщающиеся и не сообщающиеся (изолированные).

Около 80% арахноидальных кист локализуются в структурах выше намета мозжечка и разделяются на кисты полушарий мозга (боковой щели, конвекситальной поверхности больших полушарий, парасагитальные) и срединно-базальной локализации – супраселлярные, тенториальной вырезки, задней черепной ямки. Ведущим звеном в патогенезе заболевания является нарушение ликвороциркуляции, дренажной функции подоболочечного пространства головного мозга и резорбции цереброспинальной жидкости [1, 4–6, 8]. Клинические проявления арахноидальной кисты зависят от ее локализации, размеров и возраста ребенка.

Возможно появление первых его симптомов лишь через несколько месяцев или даже лет после рождения ребенка. Типичными для этих кист являются псевдотуморозный характер процесса и отсутствие признаков воспаления в оболочках мозга. Неврологическая симптоматика заболевания проявляется триадой: гипертензионно-гидроцефальный синдром; очаговые симптомы; признаки поражения мозгового ствола [2–6].

В клиническом течении заболевания выделяют фазы компенсации, суб- и декомпенсации. Под фазой компенсации подразумевают бессимптомное течение, признаком декомпенсации является прогрессирующая гидроцефалия. У детей раннего возраста – это выбухание и напряжение родничков, расхождение черепных швов, нарастающая задержка психомоторного развития. У больных старшего возраста – головная боль и рвота, застойные диски зрительных нервов, выраженная очаговая и дислокационная симптоматика. Фазе субкомпенсации свойственны грубо выраженные симптомы поражения головного мозга.

При арахноидальных кистах полушарий мозга характерная триада синдромов может отсутствовать или быть выражена незначительно; вследствие компенсаторного увеличения объема черепа; клиническое течение заболевания остается компенсированным или субкомпенсированным.

Арахноидальные кисты срединно-базальной области, в связи с близким расположением к ликворным путям, стволу и дизэнцефальным структурам, проявляются выраженной клинической стволоточной, дизэнцефальной и мозжечковой симптоматикой и имеют тенденцию к прогрессированию.

Эти различия и определяют выбор диагностических методов и тактики лечения.

Для корреспонденции:

Кузенкова Людмила Михайловна, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, 2/62

Телефон: (095) 134-0409

Статья поступила 05.04.2004 г., принята к печати 14.04.2005 г.

Важная роль в диагностике заболевания принадлежит компьютерной томографии (КТ) головного мозга, которая позволяет не только более точно проводить раннюю диагностику кист, но и проследить течение процесса в динамике, облегчая тем самым выбор тактики лечения. Кроме того, компьютерная томография, являясь неинвазивным методом, позволяет судить о состоянии паренхимы головного мозга, о степени расширения, компрессии, дислокации желудочков мозга и о взаимосвязи последних с базальными цистернами [5, 6].

На компьютерных томограммах арахноидальная киста имеет вид равномерно интенсивной зоны пониженной плотности, близкой к плотности ликвора, с четкими, не всегда ровными краями. Денситометрические характеристики зоны не меняются при внутривенном введении рентгеноконтрастных веществ. В ряде случаев удается проследить связь кист с подпаутинными цистернами мозга, а также обнаружить истончение прилегающих к кисте костей свода черепа или их эрозию. При локализации кисты в средней черепной ямке могут выявляться признаки гипоплазии височной доли.

Дифференциальная диагностика арахноидальных кист должна проводиться с субдуральными гигромами (гидромами) и субарахноидальными кистами посттравматического происхождения. Острая и хроническая субдуральная гигрома представляет собой скопление жидкости под твердой мозговой оболочкой с одной и/или двух сторон, возникшее в результате травматического разрыва паутинной оболочки и образования в месте ее повреждения мембраны клапанного типа. Через последнюю цереброспинальная жидкость проникает в одном направлении – в субдуральное пространство [11]. На томограммах эти кисты выглядят зонами снижения плотности разной протяженности и толщины линзообразной формы, расположенными на выпуклой поверхности больших полушарий. Основными причинами формирования субдуральных гигром могут быть черепно-мозговые травмы, удаление субдуральных гематом, шунтирующие операции. Часто гигромы, особенно острые, сочетаются с другими повреждениями головного мозга, черепа, а также с субарахноидальными кровоизлияниями. При неврологическом осмотре, как правило, имеются очаговые изменения и общемозговые симптомы. Важный компьютерно-томографический признак гигромы, позволяющий достаточно уверенно дифференцировать ее от арахноидальной кисты, лунообразная или серповидная форма.

Посттравматические субарахноидальные кисты чаще располагаются в Sylvianовой щели, реже конвекситально [3, 4, 9]. Они могут быть большого размера, чаще всего имеют воронкообразную форму и обращены вершиной в сторону мозга.

Стенки посттравматической субарахноидальной кисты образованы корой больших полушарий мозга, белым веществом и паутинной оболочкой, она может сообщаться с субарахноидальным пространством, что доказывается с помощью компьютерной томографии — цистернографии с контрастным веществом [4–6, 10, 11]. Клинические проявления посттравматических субарахноидальных кист не имеют каких-либо специфических особенностей.

Таким образом, макроцефалия, развивающаяся у детей раннего возраста, может быть симптомом не только врож-

денной гидроцефалии. При бессимптомном клиническом течении макроцефалии врожденную гидроцефалию необходимо дифференцировать с другими патологическими процессами, сопровождающимися увеличением внутричерепного содержимого, в первую очередь с арахноидальной кистой.

Приводим клиническое наблюдение.

Юля П., 16 лет 9 мес., с 2,5 лет наблюдается неврологом в НЦЗД РАМН с диагнозом: Врожденная гигантская арахноидальная киста: ликвородинамические кризы. Симптоматическая генерализованная эпилепсия. При первой госпитализации в возрасте 2,5 г. были получены следующие данные.

Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза I и II половины, с угрозой прерывания в I триместре. Роды срочные, стимулированные, с кратковременной потерей сознания. Масса при рождении 2600 г, длина 47 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние ребенка расценено как удовлетворительное, проведена вакцинация БЦЖ. К концу 1 мес у ребенка отмечены явления пузырчатки новорожденных с повышением температуры тела до фебрильных цифр. На 40-й день жизни госпитализирована в тяжелом состоянии с диагнозом сепсис. На фоне заболевания отмечался активный рост окружности головы, выбухание и напряжение родничков, расхождение сагиттального и коронарного черепных швов, появилось умеренное сходящееся косоглазие. По месту жительства на основании клинической симптоматики был поставлен диагноз врожденная гидроцефалия, рекомендована дегидратационная терапия. Несмотря на проводимое лечение, у девочки сохранялся патологический прирост окружности головы, задерживалось моторное развитие (голову стала держать с 5 мес, сидеть с 8 мес, стоять с 10 мес и ходить с 1 года 3 мес). Психо-речевое развитие ребенка соответствовало возрастной норме.

Жалобы при поступлении: на опережающий норму темп роста окружности головы, задержку моторного развития, повышенную раздражительность, плаксивость; трудности за- сыпания.

В соматическом статусе: состояние средней тяжести по основному заболеванию. Масса тела 13,5 кг, рост – 85 см. Оценка физического развития – среднее, гармоничное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Катаральных явлений нет. В легких везикулярное дыхание. ЧД = 25 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС = 96 уд в мин. Аппетит сохранен. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги; селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Дизурических явлений нет.

В психоневрологическом статусе: окружность головы – 54 см, большой родничок 2,0 × 2,0 см, умеренно напряжен; сосудистый рисунок на коже головы усилен. Общемозговая симптоматика отсутствует. Высшие психо-мнестические функции: эмоционально лабильна, раздражительна, плаксива, поведение неровное, навыки еды, самообслуживания и опрятности сформированы по возрасту. Интересы однообразны. Засыпание затруднено; сон беспокойный. Внимание концентрирует недостаточно, удерживает недолго. Память избирательная. Речь – простая фраза, словарный запас соответствует возрасту. Контакт затруднен. Интеллект не снижен.

Черепно-мозговая иннервация: без очаговых изменений.

В двигательной сфере: Активные и пассивные движения совершаются в полном объеме. Двигательные навыки соответствуют возрастным нормам. Мышечный тонус в руках и ногах физиологический, D = S. Сила мышц в руках и ногах 5 баллов, D = S. Сухожильные рефлексы с рук оживлены, D = S, с ног – живые, D = S. Двусторонний клонид стоп. Пальце-носовую пробу выполняет с элементами дисметрии, легкой интенцией. Нерезкая туловищная атаксия. В простой позе Ромберга устойчива.

Чувствительность: поверхностная и глубокая не нарушена.

Тазовые функции: не нарушены.

В клинике проведено обследование:

1. Краниограмма: черепные швы зияют, кости свода черепа истончены, пальцевые вдавления по всему своду усилены, турецкое седло уплощено.

2. ЭЭГ: заключение – ЭЭГ соответствует возрастной норме.

3. Консультация дефектолога: контакт затруднен, выбороочен. Эмоционально лабильна с тенденцией к нарастанию напряжения. Раздражительна, плаксива, временами агрессивна. Запас знаний и представлений средний. Процессы анализа и синтеза несколько замедлены. Запоминание не нарушено. Целенаправленное внимание истощаемо. Объем внимания сужен. Требуется смена деятельности. Речь фразовая. Словарный запас достаточный. Заключение – психическое и речевое развитие в пределах возрастной нормы.

4. Консультация окулиста: частичная атрофия дисков зрительных нервов, артерии сужены, вены расширены.

5. Компьютерная томография головного мозга: в левом полушарии большого мозга преимущественно в проекции височной доли большое гиподенсивное образование, неправильной формы, имеющее однородную структуру, неровные и четкие контуры. Признаки перифокального отека отсутствуют, определяются симптомы достаточно выраженного объемного воздействия, проявляющиеся смещением срединных структур слева направо, деформацией и сдавлением оральных отделов ствола мозга и компрессией боковых желудочков (рис. 1).

На основании клинико-параклинического обследования был поставлен диагноз: Врожденная гигантская арахноидальная киста полушарий мозга, стадия субкомпенсации.

Больная была проконсультирована нейрохирургом.

Заключение: Учитывая умеренные клинические проявления гипертензионно-гидроцефального синдрома, наличие минимальной очаговой неврологической симптоматики, отсутствие симптомов поражения ствола мозга и признаков перифокального отека на КТ решено от оперативного вмешательства воздержаться. Рекомендовано продолжить гипотензивную терапию, стимулирующее лечение, расширить реабилитационные мероприятия.

На протяжении последующих 13,5 лет девочка неоднократно консультирована неврологами НЦЗД РАМН амбулаторно и в условиях стационара. В возрасте 8 лет у нее впервые зарегистрирован вегето-висцеральный пароксизм, протекавший в виде «ознобления». Больная постоянно получает противосудорожную и гипотензивную терапию, сосудистые и ноотропные препараты. Интенсивность и частота головных болей уменьшаются на фоне приема диакарба. Ве-

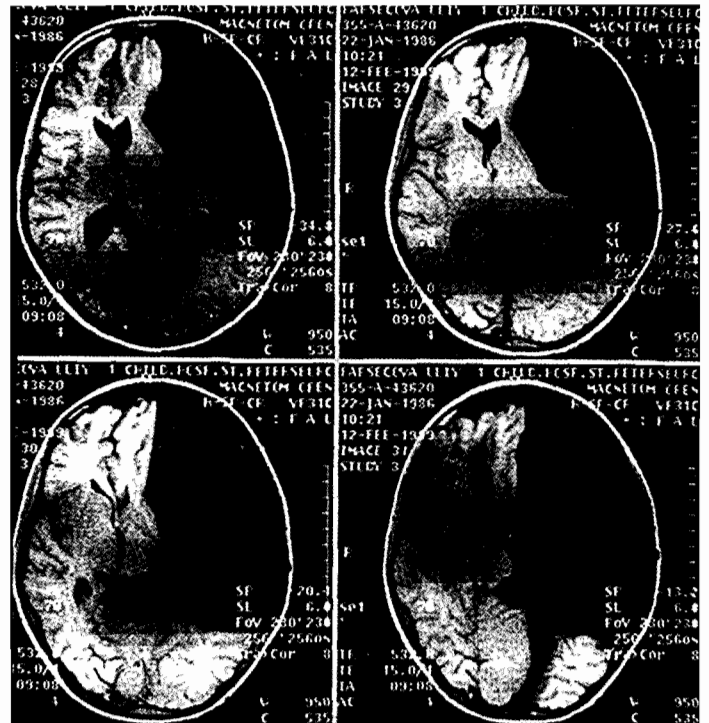


Рис. 1. Компьютерная томография головного мозга больной в возрасте 2,5 лет (пояснение в тексте).

гето-висцеральные пароксизмы возникают с частотой 1–2 в мес при психоэмоциональной нагрузке. Усваиваемость школьного материала повышается на фоне ноотропной и сосудистой терапии. Проведена иммунопрофилактика, по индивидуальному плану в щадящем режиме, оформлено пособие по инвалидности, проводится надомное обучение по программе общеобразовательной школы.

Последняя госпитализация ребенка осуществлена в возрасте 16 лет 9 мес с целью катamnестического обследования, оценки эффективности проводимой терапии, выработки тактики дальнейшего лечения, в связи с рекомендацией (по месту жительства) срочного оперативного лечения. Диагноз: Врожденная гигантская арахноидальная киста: ликвородинамические кризы. Симптоматическая парциальная эпилепсия. Патохарактериологическое развитие личности.

Жалобы при поступлении: на повышенную раздражительность, плаксивость; преходящее чувство жара; трудности засыпания, устрашающие сновидения. Периодически регистрируются пароксизмальные состояния по типу «ознобления». Девочку беспокоят почти ежедневные умеренно интенсивные диффузные головные боли сдавливающего характера, головокружения, периодические носовые кровотечения.

В соматическом статусе – Состояние средней тяжести по основному заболеванию. Масса тела – 60 кг, рост – 160 см. Физическое развитие среднее, гармоничное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Катаральных явлений нет. В легких везикулярное дыхание. ЧД = 19 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС = 88 уд в мин. Аппетит сохранен. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги; селезенка не пальпи-

руется. Стул регулярный, оформленный. Дизурических явлений нет.

В психоневрологическом статусе: окружность головы 59 см. Черепные швы закрыты. Общемозговой симптоматики нет. *Высшие психо-мнестические функции:* эмоционально лабильна, раздражительна, плаксива. Поведение неровное, не всегда адекватное ситуации, с элементами агрессии. Навыки – сформированы по возрасту. Засыпание затруднено; сон беспокойный. Ужасающие сновидения. Сногворение. Интересы однообразные. Внимание концентрирует недостаточно, удерживает недолго. Память избирательная. Речь фразовая, словарный запас достаточный. Контакт затруднен. Интеллект соответствует возрасту.

Черепно-мозговые нервы: обоняние не нарушено. Зрение предметное, цвета различает. Альтернирующий расходящийся страбизм. Недостаточность конвергенции OS > OD. Мелкоразмашистый установочный горизонтальный нистагм в крайних отведениях, OS > OD. Реакция зрачков на свет прямая и содружественная – живые. Болезненности в тригеминальных точках нет. Движения нижней челюсти в полном объеме. Мимика лица обеднена. Сглаженность левой носогубной складки. Слух сохранен. Глоточный и небный рефлекс живые. Голос с гнусавым оттенком. Голова по средней линии. Девиация языка влево.

В двигательной сфере: Активные и пассивные движения совершаются в полном объеме. Мышечный тонус изменен в руках и ногах по пластическому типу, D = S. Сила мышц в руках и ногах – 5 баллов, D = S. Двигательные навыки соответствуют возрастным нормам. Пальце-носовую пробу выполняет с элементами дисметрии, легкой интенцией (тремор век), коленно-пяточную пробу – четко. В простой позе Ромберга устойчива. Сухожильные рефлексы с рук оживлены, D = S, с ног – живые D = S. Двусторонний клонид стоп.

Чувствительность: поверхностная и глубокая не нарушена.

Тазовые функции: не нарушены.

В клинике проведено обследование:

1. ЭЭГ от 22.10.02 г.: Заключение – Межполушарная асимметрия биопотенциалов, более выраженная в центральных, височных, каудальных отделах: по амплитуде и α -индексу – S > D, по дезорганизации корковой ритмики – D > S, по реакции усвоения ритма – S > D. При топографическом картировании нестойкое усиление спектральной мощности α -, δ -активности в левом полушарии.

2. Консультация окулиста: частичная атрофия дисков зрительных нервов, артерии сужены, вены расширены, признаки застоя дисков зрительных нервов отсутствуют.

3. Магнитно-резонансная томография головного мозга: в левом полушарии большого мозга преимущественно в проекции височной доли сохраняется большое гиподенсивное образование, неправильной формы, имеющее однородную структуру, неровные и четкие контуры, что соответствует томографическим признакам конвексимальной арахноидальной кисты. Признаки перифокального отека отсутствуют, сохраняются проявления объемного воздействия, проявляющиеся смещением срединных структур слева направо, деформацией и сдавлением оральных отделов ствола мозга и компрессией боковых желудочков; однако по сравнению с предыдущими исследованиями отрицательная динамика отсутствует (рис. 2).

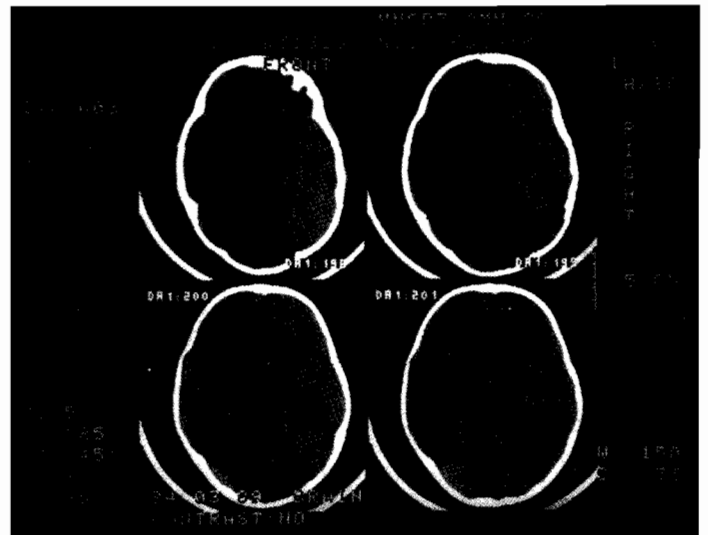


Рис. 2. Магнитно-резонансная томография головного мозга больной в возрасте 16,9 лет (пояснение в тексте).

4. Однофотонно-эмиссионная томография головного мозга – выявлены очаги аперфузии в левом полушарии (лобно-височно-базальные отделы), а также корковые очаги гипоперфузии в лобно-базальных отделах «сохранного полушария».

5. Денситометрия: остеопения поясничного отдела позвоночника.

6. Биохимический анализ крови от 22.10.02 г.: общий белок – 72 г/л, общий билирубин – 8,9 мкмоль/л, прямой билирубин – 0,9 мкмоль/л, АЛТ – 13 ЕД, АСТ – 19 ЕД, ЩФ – 78 ед, амилаза – 81 ЕД, глюкоза – 5,04 ммоль/л, Na – 139,9 ммоль/л, K – 3,8 ммоль/л, Ca – 2,28 ммоль/л, PO₄ – 1,13 ммоль/л.

7. Консультация дефектолога: Контакт затруднен, выборочен. Эмоционально лабильна с тенденцией к нарастанию напряжения. Раздражительна, плаксива, временами агрессивна. Друзей нет. Поведение дистимично. В пространстве и времени ориентирована. Интересы несколько однообразны. Девочка с 1-го класса на домашнем обучении. Учится по программе 10-го класса. Критично относится к обучению дома и учителям. Нет желания общаться со сверстниками. Стесняется говорить окружающим о домашнем обучении. По данным опросника Спилберга уровень личностной и ситуативной тревожности повышен. Запас знаний и представлений средний. Процессы анализа и синтеза несколько замедлены. Запоминание не нарушено, ретенция – 9. Целенаправленное внимание истощаемо. Объем внимания сужен. Требуется смена деятельности. Речь фразовая. Словарный запас достаточный. Заключение – патохарактериологическое развитие личности. Социальная депривация.

8. Тестирование на компьютерных системах: у ребенка выявлено затруднение переключения внимания, снижена скорость аналитико-синтетических процессов и мотивационного компонента целенаправленной деятельности.

9. Консультация нейрохирурга: в связи с отсутствием прогрессирующей в течение процесса необходимости в шунтирующей операции нет.

Таким образом, длительное наблюдение в анамнезе показало, что у больной имеет место врожденная гигантская арахноидальная киста конвексимальной локализации, про-

текающая субкомпенсированно. Течение медленное: постепенно нарастают гипертензионно-гидроцефальные проявления в виде ликворных кризов; появляется очаговая неврологическая симптоматика: формируются альтернирующий расходящийся страбизм, недостаточность конвергенции ($OS > OD$); мелкоразмашистый установочный горизонтальный нистагм в крайних отведениях, ($OS > OD$); девиация языка влево. Нарастают также изменения мышечного тонуса по пластическому типу и мозжечковая симптоматика. С 8-летнего возраста регистрируются вегето-висцеральные пароксизмы.

Однако, при неоднократно проводимых КТ и МРТ головного мозга определяемое гигантское субарахноидальное скопление ликвора над левым полушарием мозга отрицательным изменениям не подвергается, признаки перифокального отека отсутствуют. Совместно с нейрохирургами было принято решение о нецелесообразности хирургического лечения в связи с минимальной прогрессивностью в течение процесса и необратимостью имеющихся изменений мозга.

Больная постоянно получает противосудорожную терапию, курсы диакарба, сосудистых и ноотропных препаратов. Интенсивность и частота головных болей уменьшается при приеме диакарба. Усваиваемость школьного материала повышается на фоне ноотропной и сосудистой терапии. Систематически проводится социальная реабилитация (надомное обучение, оформление пособия по инвалидности и т.п.).

Наши данные согласуются с ранее опубликованными работами, в которых авторы, ссылаясь на собственный опыт, указывают, что при арахноидальных кистах полушарий мозга ликворо-динамические нарушения, очаговые симптомы и признаки поражения ствола мозга могут отсутствовать или

быть незначительно выраженными, а течение процесса – длительно оставаться полностью или частично компенсированным [4]. В подобных случаях оперативного вмешательства не требуется.

Литература

1. Володин Н.Н., Медведев М.И., Горбунов А.В. Компьютерная томография головного мозга у новорожденных и детей раннего возраста. М.: Гэотар-Мед, 2002; 119.
2. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. М.: Видар, 1997
3. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н. Компьютерная томография в нейрохирургической клинике. М.: Медицина, 1985.
4. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Озерова В.И., Пронин И.Н. Нейрорентгенология детского возраста. М.: Антидор, 2001; 436.
5. Корниенко В.Н., Озерова В.И., Детская нейрорентгенология. М.: Медицина, 1993; 443.
6. Корниенко В.Н., Озерова В.И., Пронин И.Н. Нейрорентгенология детского возраста. CD-ROM, ООО «ПО Видар», 2002.
7. Кузенкова Л.М., Вавилов С.Б. К диагностике арахноидальных кист у детей раннего возраста. ЖНИП им. С.С.Корсакова 1990; 90(8): 13–6.
8. Щербакова Е.Я., Кулакова С.В., Озерова В.И. и др. Данные ОФЭКТ при арахноидальных кистах головного мозга и гидроцефалии у детей. Передовые технологии лечения на стыке веков. Мат. междунаrod. симпозиума. М., 2000; 97.
9. Jacoby R., Levy R., Dawson J. Computed tomography in the elderly: I. The normal population. Br J Psychiatry 1980; 135: 249–2550.
10. Lee S.H., Rao K.C. Cranial computed tomography and MRI. Mc. Crow-Hill Book Company, NY, 1987; 858.
11. Weisberg L., Nace C. Cerebral computed tomography. A text atlas. W.B.Saunders Company. Philadelphia, 1989; 399–430.

ИНФОРМАЦИЯ

1 июня 2005 г. по инициативе АНМИ «ПРОСТОРаботает», Российского Союза Спортсменов и при поддержке Москомспорта состоялся праздник, посвященный вопросам материнства и детства «Новая жизнь с Libero». Приуроченный ко Дню защиты детей, он оправдал надежды как малышей, так и взрослых. А число будущих матерей, присутствовавших на выставке, явно противоречило статистическим данным российских демографов о снижении естественного прироста населения. Гостями «Новой жизни с Libero» стали более пяти тысяч человек.

И все же нельзя не признать, что рождаемость у нас оставляет желать лучшего. А потому целями этого празднично-выставочного мероприятия стали, прежде всего, информирование будущих родителей о новых возможностях в сфере планирования семьи, повышения культуры родов и воспитания детей, пропаганда здорового образа жизни среди молодежи.

Вынашивание, рождение и воспитание ребенка – процесс сложный, затрагивающий самые разные сферы человеческой жизни – от физиологии до межличностных взаимоотношений. И порой молодым родителям так не хватает объективной и доступной информации. Благодаря участию в выставке медицинских центров, лучших родильных домов и женских консультаций, центров подготовки родителей к рождению ребенка и центров обучения и развития детей с первых месяцев жизни до школы, будущие родители смогли получить квалифицированные бесплатные консультации многих специалистов по всем интересующим вопросам, включая социальные аспекты (страхование, семейный досуг), бесплатную литературу.

Ведущие торговые марки представили широкий спектр необходимых для будущих родителей и их детей высококачественных товаров.

Атмосфера праздника сделала это мероприятие ярким и незабываемым.

Хочется верить, что проведение подобных праздников станет ежегодной традицией.

Оргкомитет.