

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 Come 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 замедления непосредственно после травмы, двигательное беспокойство, плач, сменявшиеся на сонливость, гипотония. 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 разработана 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 клинко-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: kimoza@mail.ru*

Хирургия эпилепсии подразумевает подавление проявлений заболевания посредством разрушения эпилептического очага и/или эпилептической системы или стимуляцию активности противоэпилептической 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 гг. Проведено 567 открытых и стереотаксических, деструктивных и стимуляционных операций и ликворосунтирующих 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, стереоэлектроэнцефалографии, функциональной МРТ, ПЭТ и ОФЭКТ. В хирургическом плане перспективным является расширение показаний к применению как малоинвазивных методов (селективная амигдалогиппокампотомия, гиректомия), 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 эписистем, 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: kimoza@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 покрывки 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-кохлеарной 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.