

## ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННЫХ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

*А.Е. Курманбеков, Б.М. Меденбаева*

*Кафедра детской хирургии Казахского Национального Медицинского Университета*

*Детская Городская клиническая больница № 1, Алматы, Казахстан*

В клинике кафедры детской хирургии КазНМУ ДГКБ № 1 на стационарном лечении за период 2000-2008 года, в исследуемой группе наблюдалось 23 больных грудного возраста с изолированными внутрижелудочковыми кровоизлияниями. Всем больным проведено клиничко-неврологическое, лабораторное исследование, нейросонография, компьютерная либо магнитно-резонансная томография, офтальмоскопия и электроэнцефалография.

Вентрикулярная геморрагия выявлена у 8(34,8%) больных, парциальная гематоцефалия у 10(43,5%) больных и тотальная гематоцефалия у 5(21,7%) больных. Парциальная гематоцефалия и тотальная гематоцефалия сопровождались внутренней окклюзионной гидроцефалией с соответствующей умеренной и глубокой степенью клинической декомпенсации. Отягощение состояния больных происходило за счет сочетания грубых неврологических расстройств с активно текущей тяжелой фоновой патологией. При поступлении состояние всех больных было крайне тяжелым. По степени тяжести определенной соответственно шкале Hunt-Hess, больные распределились следующим образом: 4 степень – у 17(73,9%) больных и 5 степень – у 6(26,1%) больных. В коматозном состоянии поступило 6(26,1%) больных, сопорозном 17(73,9%) больных, в оглушении больных не наблюдалось. Очаговая неврологическая симптоматика отличалась сложностью и полиморфизмом, перекрывалась прогрессирующей стволовой симптоматикой. Глазодвигательные расстройства были представлены спонтанным тоничным нистагмом, корковым парезом взора по горизонтали, который имел фазный характер развития, парезом взора по вертикали и угнетение корнеальных рефлексов. Парезы черепно-мозговых нервов были представлены дисфункцией глазодвигательного нерва, отводящего и лицевого нервов. В комплексе очаговой симптоматики ведущее значение имел пирамидный гемисиндром. Со стороны рефлекторно-двигательной сферы происходили изменения мышечного тонуса, сухожильных и периостальных рефлексов. Определялись контралатеральный гемипарез, патологические знаки Бабинского, Гордона и Оппенгейма с асимметрией и обочечная симптоматика.

Оперативное лечение в экстренном порядке проведено 13(56,5%) детям в связи с тотальной

гематоцефалией с тампонадой желудочков и вторичной острой нарастающей гидроцефалией, им выполнены этапные вентрикулярные пункции и промывание желудочковой системы с наложением наружного вентрикулярного дренажа. После полной санации спинномозговой жидкости больным произведено вентрикулоперитонеальное шунтирование. Консервативное лечение с лечебными разгрузочными люмбальными пункциями и введением стерильного воздуха до полной санации проводилось 10(43,5%) больным с вентрикулярной геморрагией и компенсированной гидроцефалией. Консервативное лечение также дополняло оперативное лечение и проведено всем больным. Комплексная консервативная терапия включала: продленную искусственную вентиляцию легких, переливание крови и плазмы, дегидратационную терапию с управляемым наружным ликвородренажом, гемостатическую терапию, нейровегетативную блокаду, гормонотерапию, препараты с метаболическим, вазоактивным, нейротрансмиттерным, нейротрофическим, нейромодуляторным и ноотропным действием, противосудорожную, антибактериальную терапию, активаторы биоэнергетического метаболизма, биогенные стимуляторы, витамины группы «В», антиоксиданты и препараты антихолинэстеразного действия.

Полного выздоровления после перенесенного внутрижелудочкового кровоизлияния у детей не происходило. Умеренный неврологический дефицит отмечен у 12(52,2%) детей после ликворшунтирующих операций, у 5(21,7%) после консервативного лечения. Выраженные неврологические расстройства остались у 2(8,7%) больных после консервативного лечения, что связано с декомпенсированной гидроцефалией и грубой тотальной атрофией головного мозга. Летальный исход наступил у 4(17,4%) детей с массивной тампонадой желудочков, оперативное лечение не проводилось ввиду позднего поступления в состоянии крайней декомпенсации с полиорганной недостаточностью у 3 больных и гемофилии типа «А» у 1 ребенка.

Таким образом, при изолированных внутрижелудочковых кровоизлияниях показания к оперативному лечению возникают у 56,5% больных. Наличие острой прогрессирующей окклюзионной гидроцефалии являлось показанием к проведению наружного вентрикулярного

дренирования. При шунтозависимой внутренней гидроцефалии с санированным ликвором выбор оперативного вмешательства происходил в пользу вентрикулоперитонеального шунтирования. Консервативно-восстановительная терапия эффективна и показана в 43,5% случаев. Течение нейроинсульта с внутримозжечковыми

гематомами неблагоприятное выраженные неврологические расстройства наблюдаются у 8,7% больных, летальный исход наступил у 17,4% детей. Умеренный неврологический дефицит удерживается у 52,2% детей после ликворшунтирующих операций, у 21,7% после консервативного лечения.

## РОЛЬ КАЛЛЕЗОТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*М.Р. Маматханов, К.Э. Лебедев, В.А. Хачатрян  
«ФГУ Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт  
Росмедтехнологий», Санкт-Петербург, Россия*

Хирургическое лечение эпилепсии остается актуальной проблемой современной нейрохирургии, несмотря на множество используемых методов лечения. Особенно в детском и подростковом возрасте эпилепсия часто является медикаментозно резистентной, приступы ежедневные или еженедельные и плохо поддаются антиконвульсивной терапии. По литературным данным каллезотомия может обеспечить паллиативное лечение с значительным сокращением частоты приступов при генерализованной эпилепсии от 56 до 100% при drop attack и эффективно у детей с синдромом Веста, Леннокса-Гасто, катастрофической детской эпилептической энцефалопатии с медикаментозно-резистентными приступами.

**Цель:** показать наш опыт хирургического лечения эпилепсии у детей и подростков методом каллезотомии сопоставив с результатами других учреждений.

**Материалы и методы:** Проведен анализ хирургического лечения 17 пациентов с медикаментозно-резистентной эпилепсии у детей и подростков, оперированных методом передней каллезотомии с первично генерализованными судорожными или бессудорожными приступами, сопровождающимися генерализованными разрядами на ЭЭГ. Обращали внимание на возраст, тип припадков, и результаты лечения. Медикаментозная резистентность определена согласно общеевропейских стандартов по борьбе с эпилепсией. Продолжительность приступов до операции колебалась от 4 до 10 лет. Возраст больных варьировал от 5 до 17 лет. Лиц мужского пола было 10 (58,8%) женского 7 (41,2%). Методы обследования включали результаты комплексного исследования (неврологическое, нейроофтальмологическое, нейропсихологическое, ЭЭГ с функциональными пробами, КТ, МРТ, МРТ с сосудистой программой, ПЭТ, ОФЭКТ, нейросонография, церебральная

ангиография и ультразвуковая доплерография). Применялся классический метод открытой передней каллезотомии с использованием микрохирургической техники. Мозолистое тело рассеклось на протяжении 1,5-см на глубине 3-4 см.

**Результаты:** Оценивался эффективность каллезотомии с катмезом от 1 до 10 лет. У всех 17 пациентов после оперативного вмешательства объективно наблюдалась положительная динамика ЭЭГ-паттерна с существенным уменьшением пароксизмальных проявлений. Исследование изменений ЭЭГ после каллезотомии показали существенное уменьшение билатеральных синхронных вспышек. В раннем послеоперационном периоде клинически также отмечено уменьшение частоты и продолжительности приступов. Сокращение частоты приступов сопровождалось изменением качества жизни: улучшение навыков самообслуживания, памяти, внимания. На нашем материале не отмечены, описываемые в литературе осложнения в виде синдрома разобщения (по данным стандартных неропсихологических исследований) после операции.

**Заключение:** Хотя каллезотомия является паллиативным хирургическим вмешательством при эпилепсии, направленным на прерывание путей распространения эпилептической активности, она используется в клинической практике в случаях drop attack (атонические, тонические и смешанные приступы) с значительным сокращением частоты тонико-клонических, в меньшей степени миоклонических и парциальных приступов. Применение метода передней каллезотомии уменьшает медикаментозную резистентность в этой группе больных, облегчает клиническое течение заболевания, улучшает качество жизни и является обоснованным. Фактором предсказывающим хорошие результаты являлся тип приступов - лучшие результаты достигнуты при drop attack у 82,3% больных.