

ПРИОРИТЕТНОСТЬ ДЕКОМПРЕССИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИОННО-ДИСЛОКАЦИОННОМ СИНДРОМЕ

*К.А. Самочерных, Д.А. Симонян, И.В. Иванов
ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург, Россия*

Введение: Использование современных диагностических комплексов и методов в лечении заболеваний головного и спинного мозга с одной стороны значительно сократило количество осложнений, с другой стороны позволило верифицировать патогенетические звенья гипертензионно-дислокационного синдрома у больных на ранних этапах и своевременно проводить этиопатогенетическое лечение, направленное на их предотвращение (Коновалов А.Н., 1998; Тиглиев Г.С. с соавт., 1999; Хачатрян В.А. с соавт., 2000, 2005; и др.).

Анализ материала позволяет выделить отдельно травму черепа и головного мозга у детей на первое место среди всей патологии этого возраста, что делает её актуальной. При этом тяжёлые черепно-мозговые повреждения составляют от 17,6 до 39,7% среди всех травм в детском возрасте и несут в себе одним из составляющих гипертензионную симптоматику, которая при наличии патоморфологического компонента может прогрессивно перерасти в дислокационный синдром (В.Б.Полякова, 1997; В.М.Трошин, 1998; Н.А. Гридасова, 1999; С.С. Рабинович, 2000; Потапов А.А. с соавт., 2003).

Анатомо-физиологические особенности у больных детского возраста ставят их на особенное течение патологического процесса в отличие от взрослых. Это более выгодные соотношения между ёмкостью черепа и объёмом мозга, мобильность костей черепа, эластичность стенок сосудов, благоприятные условия для коллатерального кровообращения (лучше развита связь между венозными синусами и венами покровов черепа), что в совокупности позволяет компенсировать большие объёмы внутричерепных процессов.

Объём проводимых декомпрессивных вмешательств как правило определяется степенью компрессии мозга, изменяемый совокупностью признаков, таких как возраст пациента, срок формирования и распространённость объёмного процесса, его локализация, а также состояние на момент поступления.

Однако вопросы первостепенности разных декомпрессивных вмешательств и их сочетания, приоритетность использования в разных возрастных группа остаётся не решённым.

Материал и методы: Нами проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 168 пациентов, находившихся

в ФГУ РНХИ с 2001 г. по 2007 г. и проходивших комплексное лечение с использованием нейроэндоскопии. Возраст больных от 2 мес. до 17 лет. Девочек было 108.

Использовались: клинико-неврологическое, офтальмологическое, ЭЭГ исследования, транскраниальное триплексное сканирование сосудов мозга и инфузионно-нагрузочные тесты для оценки вязко-эластических свойств краниоспинальной системы при возникновении острой водянки, КТ, МРТ.

Результаты: Для купирования гипертензионно-дислокационного синдрома при диффузном отёке мозга и дислокации наиболее часто использовались декомпрессивные вмешательства, предназначением которых являлось устранение компрессионного синдрома. Декомпрессивные операции (в 43% наблюдений) проводились при сдавлении мозга, развившимся при интракраниальных гематомах (после разрыва артерио-венозных мальформаций), отёке мозга, развитии гидроцефалии. На нашем материале применялась односторонняя или двусторонняя подвисочная декомпрессия, тенториотомия, дренирование боковых желудочков, удаление гематом, очагов разможжения, а при выраженной компрессии и дислокации - лобэктомия. Не смотря на обширность вмешательств в 89% наблюдений они были достаточно результативны, позволяли восстановить параметры гомеостаза, добиться регресса проявлений дислокационного синдрома.

В 31% наблюдений при развитии гипертензионно-дислокационного синдрома использование минимальноинвазивных вмешательств позволило избежать декомпрессивной краниотомии. Как правило, это были манипуляции, направленные на дренирование ликворосодержащих полостей. Применялись разгрузочные пункции, а для длительного контроля за гидроцефально-гипертензионным синдромом катетеризировался боковой желудочек. Проведенные ликворощунтирующие операции были направлены на длительную коррекцию гидроцефалии.

Лишь в 26% наблюдений использовались современные методики нейровизуализации и вмешательства, направленные на удаление внутримозговых гематом, дву- или односторонних посттравматических гигром, костных отломков, посттравматической гидроцефалии, носящей

окклюзионный характер. При этом в 97% удалось достигнуть контроля за гипертензионным синдромом, избежать травмирующих вмешательств.

Выводы: На сегодняшний день, не смотря на стремление внедрять в детскую нейрохиргию современные минимальноинвазивные методики, по-прежнему большой удельный вес занимают декомпрессивные вмешательства.

Видимо поэтому, следует прибегать к

алгоритму, позволяющему учитывать этиопатогенетические механизмы развития гипертензионно-дислокационного синдрома, такие как наличие гематомы, гигромы, посттравматической водянки, позволяющие использовать малотравматичные вмешательства. В случаях же развившегося отека мозга с множественными повреждениями и формированием контузионных очагов эффективными остаются только методы декомпрессивной краниотомии.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ДЕНДИ-УОЛКЕРА МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ

*К.А. Самочерных, В.А. Хачатрян, К.И. Себелев, Д.А. Симонян, И.В. Иванов
ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург, Россия*

Введение: Лечение больных с аномалией Денди-Уолкера (D-W) как правило, хирургическое и может отличаться в зависимости от анатомической формы мальформации, наличия сопутствующих аномалий ЦНС, типа нарушения ликвороциркуляции (Kawaguchi et al., 2003). Ряд авторов предлагают эндоскопическое вскрытие кистозного образования в течение беременности между 24-ой и 32-ой неделей гестационного периода с наложением вентрикуло-амниотического шунта, который после рождения заменяется на вентрикулоперитонеальный (Cavalheiro et al., 2003). Другие используют консервативный подход, учитывая достаточно сложную дифференциальную диагностику мальформации, предполагают наблюдение в динамике до и после рождения прежде, чем решиться на хирургическое лечение (Pierre-Kahn et al., 2003). Постнатальное ведение больных с мальформацией D-W также делится на два направления. Одни предлагают во всех случаях диагностики аномалии D-W проведение шунтирующей операции с целью пресечения поражения структур головного мозга нарастающей кистой либо развивающейся гидроцефалией (Miyamori et al., 1999). Bindal et al. (1990) в свою очередь советуют прибегать к шунтирующим операциям лишь при наличии явных признаков сдавления структур мозга. Таким образом на сегодняшний день нет единого мнения среди специалистов, и в литературе по типам хирургических вмешательств отмечаются следующие: субокципитальная декомпрессия, наложение кисто-перитонеального либо вентрикуло-перитонеального шунта, либо комбинация из этих вмешательств (Mohanty 2003; Almeida et al., 1990; Osenbach et al., 1992).

На наш взгляд, использование имплантов возможно, но приоритет должен быть направлен на малоинвазивные вмешательства, в частности эндоскопические методики (мембранотомия, наложение вентрикулоцистернальных анастомозов)

Материалы и методы: Нами проведен предварительный анализ результатов обследования и лечения 19 детей, находившихся в ФГУ РНХИ с 2003 г. по 2009г. и проходивших лечение с использованием нейроэндоскопии. Возраст больных от 6 мес. до 17 лет. Девочек было 11.

Кроме классических, проводились методики для определения функционального состояния мозга - ЭЭГ, вызванные потенциалы, транскраниальное триплексное сканирование и инфузионно-нагрузочные тесты (ИНТ) для оценки состояния краниоспинальной системы, а также КТ, МРТ.

Результаты: Нами проведено 11 оперативных вмешательств, при которых нейроэндоскопия была использована в качестве основного метода – иссечение мембран IV желудочка, восстановление проходимости водопровода мозга. Но в 5 наблюдениях после мембранотомии отверстий Мажанди и Люшка – визуализация гибким эндоскопом подтверждала нарушение пассажа ликвора по деформированному уже водопроводу мозга, именно этим больным дополнительно проведено наложение сообщения между III желудочком и цистернами pineальной области (супрацеребеллярным субтенториальным корридором).

У 2 детей, не смотря на восстановление пассажа СМЖ по ликворопроводящим путям, сохранялась клиника гидроцефально-гипертензионного синдрома, проведено вентри-