

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 нейрохирургию 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 (Miyatori 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-

кулоперитонеальное шунтирование. Именно в этой группе проводимые ИНТ указывали на замедление резорбции ликвора и низкую эластичность краниоспинальной системы.

Обсуждение и выводы: Таким образом, с нашей точки зрения, приоритетность при лечении мальформации Денди-Уолкера должна быть направлена на использование минимально-инвазивных патогенетических методов лечения, а именно нейроэндоскопии.

Этой группе больных при проведении эндоскопических вмешательств необходимо

использовать ИНТ, позволяющие оценить ликворорезорбцию и показатели краниоспинальной системы. Проведение нейроэндоскопии позволило избежать в большинстве наблюдений проведения классических методов остеотомии или ликворошунтирующих операций, что делает актуальным использование малоинвазивных методов при ряде патологий детского возраста. Ликворошунтирующие операции оправданы, если по той или иной причине вентрикулостомия оказалась нецелесообразной или неэффективной.

ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ НЕЙРОТРАВМАТОЛОГИИ

Д.А. Симонян^{1,2}, Н.О. Даллакян², К.А. Самочерных¹, А.В. Ким.¹

¹ Российский нейрохирургический институт им. проф. А.Л.Поленова, Санкт-Петербург, Россия

² Медицинский центр «Сурб Аствацамайр», Ереван, Армения

Цель: изучение тенденций изменений в структуре госпитализации черепно-мозговой травмы и в результатах ее лечения в связи с изменением организационных условий работы медицинского центра «Сурб Аствацамайр» г. Еревана в качестве основного многопрофильного республиканского центра по детской травматологии, располагающего единственным республиканским центром по педиатрической нейроотравматологии, а также данных отделения нейрохирургии детского возраста РНХИ им. проф. Поленова А.Л. Тенденции, рассматриваемые в настоящей работе, сравниваются с данными литературы.

Методы: проведен ретроспективный анализ структуры больных с черепно-мозговой травмой, поступивших на лечение в медицинский центр «Сурб Аствацамайр» г. Еревана и отделения нейрохирургии детского возраста РНХИ им. проф. Поленова А.Л. в период за 1997-2007 гг., дана оценка ближайших исходов лечения, изучены тенденции.

Результаты: за указанный период всего 4221 пациент с черепно-мозговой травмой легкой (2268; 54%), средней (1316; 31%) и тяжелой (637; 15%) степенью тяжести соответствовало критериям выбора. За исследуемый период доля

госпитализации легкой черепно-мозговой травмы снизилась в среднем на 15% (с 62% в 1997 г. до 47% в 2007 г.). Доля черепно-мозговой травмы средней степени тяжести напротив выросла на 19% (с 22% в 1997 г. до 41% в 2007 г.). Доля черепно-мозговой травмы тяжелой степени тяжести изменялась в небольших пределах с 15% в 1997 г. до 12% в 2007 г. За тот же период госпитальная смертность вследствие черепно-мозговой травмы колебалась в пределах от 0 до 2.3%, составив 2.0% в 1997 г. и 0,65% в 2007 г.

Выводы: отмеченная тенденция к снижению доли легкой черепно-мозговой травмы и повышение доли более тяжелых ее форм совпадает с данными литературы (Colantonio et al, 2009). Однако, согласно тем же авторам эта тенденция сопровождалась повышением смертности в группе с легкой черепно-мозговой травмой, оставаясь неизменной среди потерпевших с более тяжелыми формами нейротравмы. В настоящем исследовании отчетливая тенденция к снижению доли легкой черепно-мозговой травмы за счет более тяжелых ее форм сопровождалась тенденцией к снижению общей смертности среди госпитализированных детей с черепно-мозговой травмой.