

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ ГИДРОЦЕФАЛИИ

В.А. Хачатрян

ФГУ РНХИ им. проф. АЛ. Поленова, Санкт-Петербург, Россия

В вопросах классификации, диагностики и хирургического лечения гидроцефалии существуют существенные разночтения и разногласия. Инвариантное понимание ключевых аспектов этого распространенного патологического процесса необходимо при решении вопросов диспансеризации, поэтапного его лечения и дальнейшего развития проблемы.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ результатов исследования и лечения 3000 больных гидроцефалией в возрасте от 0 до 78 лет в РНХИ и разных клиниках РФ в период с 1982 по 2007 г. Собственные данные сопоставлены с литературными. Изучалось ликворообращение, биомеханические изменения краниоспинальной системы, особенности деформации ликворных полостей, особенности клинических проявлений и течение патологического процесса. Проводили инфузионно-нагрузочные тесты, МРТ, КТ, ПЭТ, однофотонную эмиссионную компьютерную томографию, ТКДГ, нейропсихологические исследования, ЭЭГ, вызванные потенциалы. Для лечения больных использовали этиотропные способы, вентрикулосубарахноидальные анастомозы, ликворшунтирующие операции и сочетание этих методов. Катамнез 2-25 лет.

Результаты: Основными причинами развития гидроцефалии являлись гипорезорбция СМЖ и/или окклюзия ликворных путей. Только в 5,2% случаев установлена гиперпродукция СМЖ. У 1/3 больных выявлено сочетание гипорезорбции СМЖ и окклюзии ликворных путей.

Патогенез гидроцефалии на начальных и на поздних стадиях ее развития существенно отличается. На разных этапах нарушение ликворообращения и избыточное скопление СМЖ обусловлено первопричиной развития заболевания, а конкретный механизм его развития обусловлен или гиперпродукцией ликвора, или гипорезорбцией СМЖ, или окклюзией ликворных путей. На поздних этапах отмечается формирование «патологической системы», которая сохраняется и обуславливает дальнейшее прогрессирование заболевания, совместно с предполагаемым этиологическим фактором или независимо от него. В структуру патологической системы входит развившееся на фоне гидроцефально-гипертензионного синдрома

снижение перфузионного давления и ишемия мозга, транзиторная окклюзия ликворных путей и синусов твердой мозговой оболочки, сужение субарахноидальных щелей и деформация мембран, участвующих в ликворорезорбции, изменение вязко-эластических свойств и деформация мозга. На позднем этапе развития клинические проявления гидроцефалии также трансформируются, приобретая определенную устойчивость.

На позднем этапе заболевания, как правило, имеется выраженная вентрикуломегалия и сочетание 2-3 механизмов расстройства ликворообращения.

В начальной стадии развития гидроцефалии этиотропные и патогенетические методы эффективны в 70-88% случаев. На позднем этапе развития гидроцефалии этиопатогенетические методы эффективны в 7-25%, а симптоматические (ликворшунтирующие операции) в 82-95% случаев. После ликворшунтирующих операций состояние больного остается дренажезависимым в 80-95% случаев и длительное течение заболевания во многом зависит от адекватности коррекции ликворообращения.

Заключение: На ранних этапах развития гидроцефалию целесообразно расценивать как синдром, диагностика ее должна быть направлена на установление первопричины развития нарушений ликворообращения, уточнение ее непосредственных механизмов, а лечение этиотропное или патогенетическое.

На поздних этапах развития в патогенезе гидроцефалии ведущую роль играет «патологическая система», диагностика гидроцефалии должна быть направлена на установление ее структуры и состояния иерархии внутри системы. При длительном течении гидроцефалия приобретает очертания заболевания и ее лечение симптоматическое. После коррекции водянки при помощи ликворшунтирующей операции состояние больного становится стабильно дренажезависимым и речь уже идет о дренажезависимой гидроцефалии, требующей постоянное врачебное наблюдение, целью которого является достижение адекватной коррекции гидроцефалии.