

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ
ГИПЕРТЕНЗИОННО-ГИДРОЦЕФАЛЬНОГО СИНДРОМА
У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ
С ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ**

Гусарова Е.Э., Рябченко А.Ю.

*Оренбургский государственный медицинский университет,
кафедра неврологии, медицинской генетики, г.Оренбург*

Ключевые слова: *гипертензионно-гидроцефальный синдром, внутрижелудочковые кровоизлияния, ликвородинамические нарушения.*

Резюме. *В данной статье рассмотрена проблема эффективности коррекции гипертензионно-гидроцефального синдрома (ГГС) у новорождённых недоношенных детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями. Изучены структуры ГГС по тяжести проявления. Определены и обоснованы оптимальные сроки и эффективность применяемой схемы консервативного лечения для достижения положительной динамики в зависимости от выраженности ГГС.*

Resume. *In this article the problem of efficiency correction hypertension-hydrocephalic syndrome in premature newborn with intraventricular hemorrhage considered. The HNS severity structures are studied. Optimal timing and the effectiveness regimens medical treatment used to achieve a positive dynamics are defined and justified, depending on the severity of HNS.*

Актуальность исследования. Обзор медицинской литературы показывает, что синдромы нарушения ликвородинамики занимают значительное место среди пороков развития ЦНС. ГГС составляет от 41 до 54 % перинатальных заболеваний [1,2,3]. Актуальность исследования заключается в том, что частота возникновения этого синдрома нарастает и является причиной дальнейшей инвалидизации детей.

Цель: Изучение эффективности применения стандартной схемы консервативного лечения ГГС с внутрижелудочковыми кровоизлияниями (ВЖК) у новорождённых детей.

Задачи: 1. Изучение структуры ГГС по тяжести проявления. 2. Определение оптимальных сроков консервативного лечения для достижения положительной динамики и эффективности применяемой схемы лечения в зависимости от выраженности ГГС.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ результатов консервативного лечения 51 ребёнка с гестационным возрастом от 24 до 38 недель обоих полов в отделении патологии новорождённых и отделении недоношенных детей в ГБУЗ «Оренбургский клинический перинатальный центр». Пациенты разделены на 3 группы: 1 группа (30 детей) – с ВЖК (26) I, II степени или только с ликвородинамическими нарушениями (ЛДН) по внутреннему типу (4); 2 группа (17 детей) – с ВЖК I,II степени и с ЛДН по внутреннему типу; 3 группа (4 ребёнка) – с ВЖК III степени. Все дети имели дефицит массы тела и сопутствующую соматическую патологию: врождённая пневмония, гипохромная анемия,

врождённые пороки сердца. Проводилось детальное клинико-лабораторное исследование: измерение окружности головы в динамике, консультация окулиста, КАК, ОАМ, БАК, УЗИ органов брюшной полости, ЭХО КС, РГ органов брюшной полости, лёгких, черепа, МРТ, КТ, нейросонография (НСГ). НСГ проводилась ультразвуковым сканером ALOKA SSD-ALPHA5, 5-6 МГц (Япония). Протокол исследования включал в себя: определение эхогенности мозгового вещества, рельефа коры, структуры подкорковых ядер, оценки перивентрикулярной области, сосудистых сплетений, измерение межполушарной щели, передних рогов справа/слева, тела справа/слева, затылочных рогов справа/слева, смещения срединных структур, ширины 3 желудочка и мозго-мозжечковой цистерны.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что всем пациентам проведена стандартная консервативная терапия, включающая диуретики, ноотропы, психостимуляторы, антибиотики и противогрибковые препараты. Сроки лечения распределились следующим образом: 1 группа – 30,8 дней; 2 группа – 41,3 дня; 3 группа – 36,5 дней (Рисунок1).



Рис. 1 - Сроки лечения гипертензионно-гидроцефального синдрома.

Все пациенты 1 группы и 4 пациента 2 группы были выписаны из стационара в компенсированном состоянии; 13 пациентов 2 группы были выписаны в субкомпенсированном состоянии; все пациенты 3 группы были выписаны в состоянии умеренной декомпенсации и требовали дальнейшей коррекции сопутствующей соматической патологии и проведения отсроченных шунтирующих операций. Наименьший прирост окружности головы отмечался в 1-ой группе и составил 15,6%, что свидетельствует о компенсации ГГС у данной категории пациентов, во 2-ой группе нами выявлен наибольший прирост окружности головы до 20,9% в связи с уменьшением компенсаторных механизмов ограничивающих прогрессирование гидроцефалии, в 3-ей группе прирост был больше, чем в 1-ой группе и составил 17,9%, что указывает на значительное ограничение возможностей расширения ликворных пространств по сравнению со 2-ой группой и обосновывает

применение у данной группы пациентов разгрузочных пункций и наложение временных вентрикулярных дренажей (Рисунок 2).

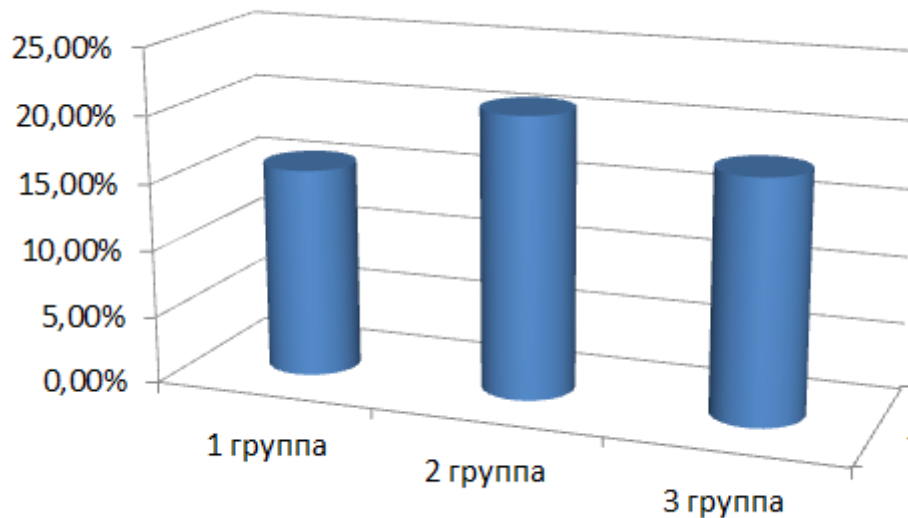


Рис. 2 – Прирост окружности головы

Выводы: 1. Используемая схема консервативного лечения ГГС явилась оптимальной для пациентов 1 и 2 групп, но у пациентов 2 группы данная схема эффективна при сроках лечения не менее 40 дней и продолжения курса лечения в амбулаторных условиях. 2. У пациентов 3 группы для достижения положительной динамики наряду с консервативным лечением необходимо применение разгрузочных пункций желудочков мозга и наложения временного наружного вентрикулярного дренажа.

Литература

1. Тимершин А.Г. Особенности черепно-мозговой травмы у детей раннего возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.35. - Уфа, 2000. - 25 с.
2. Тома Г.И., Амчславский В.Г., Молдатшева А.К. Югулярная венозная оксиметрия. // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. - 2000. - №2. - С. 32-37.
3. Шарипова, Э. А. Гидроцефально - гипотензивно - почечный синдром у детей с перинатальной патологией : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 31.08.42. - Оренбург, 2002. - 23 с.