

Мамытов М.М., Адамалиев К.А., Абдыкеримов С.А.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

M.M. Mamytov, K.A. Adamaliev, S.A. Abdykerimov

REMOTE RESULTS OF CHILDREN'S SURGICAL TREATMENT WITH PROGRESSIVE HYDROCEPHALUS

В работе проанализированы отдаленные результаты хирургического лечения у 181 больного, детей страдающих различными формами гидроцефалии. Больные с учетом катамнеза были распределены на 3 группы: "качество жизни хорошее, удовлетворительное и плохое". Применялась для этой цели разработанная балльная система. В зависимости от формы патологии (открытая, окклюзионная) у 107 (59,1%) больных получены хорошие результаты, у 45 (24,9%) больных - удовлетворительные результаты. Полученные данные свидетельствуют о патогенетической обоснованности ликворшунтирующих вмешательств у детей до 1 года.

Ключевые слова: дети, гидроцефалия, оценка "качества жизни" вентрикулоперитональное шунтирование.

It was analyzed the remote results of 181 children's cases who were suffered of hydrocephaly. Patients in view of catamnesis have been analyzed in 3 groups "quality of a life good, satisfactory and bad. The developed ball system was applied. Depending on the form of a (open occlusive) pathology at 107 cases (59,1%) good results, at 45 (24,9%) satisfied results are received. Obtained data testify to pathogenesis validity of liquor shunting surgery interventions at children of a one Year.

Key words: children, a hydrocephaly, valuation "life quality", ventriculoperinatal shunting.

Актуальность проблемы.

Для оценки состояния здоровья прооперированных детей специально разработана балльная шкала "Качество жизни детей с поражением ЦНС".

Разделение всех наблюдений с учетом отдаленного катамнеза на три группы - хорошего, удовлетворительного и плохого "качества жизни" (можно условно назвать их группами хороших, удовлетворительных и плохих отдаленных результатов), позволило нам провести сравнительную оценку в плане влияния отдельных факторов на отдаленную перспективу развития (т.е. прогностического значения этих факторов) и особенностей восстановительных церебральных процессов у детей, оперированных по поводу прогрессирующей гидроцефалии в возрасте до 1 года. Шкала оценки качества жизни строилась из результатов баллов, где 80-100 баллов считались хорошими, 50-75 баллов - удовлетворительными и 30-45 баллов - плохими.

Проанализировав влияние формы гидроцефалии на отдаленные результаты лечения, мы убедились, что при лечении как открытой, так и окклюзионной гидроцефалии у детей первого года жизни такой способ как имплантация клапанных шунтирующих систем, помогает контролировать адекватность функционального состояния дистального катетера (отсутствие гипер- или гиподренирования, блокада отдельных узлов и др). Ниже, на таблице 1, представлены отдаленные результаты хирургического лечения.

Таблица 1

Отдаленные результаты хирургического лечения гидроцефалии разных форм

Форма гидроцефалии	Количество больных			Всего
	хорошие результаты	удовлетв. результаты	плохие результаты	
Открытая	52 (56,5%)	26 (28,3%)	14 (15,2%)	92 (100%)
Окклюзионная	55 (61,8%)	19 (21,3%)	15 (16,9%)	89 (100%)
Всего	107 (59,1%)	45 (24,9%)	29 (16,0%)	181 (100%)

Как видно из таблицы 1, во всех трех группах больных с различными отдаленными результатами после ликворшунтирующих операций, как при открытой, так и при окклюзионной форме гидроцефалии отмечаются незначительные отклонения процентных величин от удельной части наблюдений в этих группах, что указывает на отсутствие существенного влияния формы гидроцефалии на долгосрочную перспективу развития детей.

Естественно, каждого нейрохирурга, занимающегося проблемой гидроцефалии у детей раннего возраста, волнует вопрос целесообразности и перспективности хирургического лечения детей с крайними степенями выраженности гидроцефалии, особенно в тех случаях, когда мозговой плащ истончается вплоть до отсутствия его визуализации на КТ.

Распределение больных исследуемой группы с разной исходной степенью выраженности гидроцефалии в зависимости от отдаленных результатов хирургического лечения представлено в таблице 2.

Таблица 2

Отдаленные результаты хирургического лечения гидроцефалии разной степени выраженности

Степень выраженности гидроцефалии	Группа отдаленных результатов			Всего
	хорошие	удовлетворительные	плохие	
Умеренная	5 (71,4%)	2 (28,6%)	-	7
Выраженная	45 (65,2%)	14 (20,3%)	10 (14,5%)	69
Резко выраженная	38 (58,5%)	16 (24,6%)	11 (16,9%)	65
Критическая	19 (47,5%)	13 (32,5%)	8 (20,0%)	40
Всего	107	45	29	181 (100%)

По мере увеличения степени выраженности гидроцефалии уменьшается удельная часть хороших отдаленных исходов и увеличивается процент неудовлетворительных. Чем больше выраженность гидроцефалии, тем больше в отдаленном периоде удельный вес детей со сниженным "качеством жизни".

Данный факт и результаты анализа подтверждают уменьшение пропорции хороших отдаленных результатов и некоторое относительное увеличение плохих по мере нарастания степени выраженности гидроцефалии до операции. Эта зависимость наглядно подтверждает тезис о значении своевременности хирургической коррекции гидроцефалии, т.е. на ранних стадиях патологии.

С другой стороны, приведенные данные показывают реальную возможность получения хороших и удовлетворительных отдаленных исходов хирургического лечения детей первого года жизни даже при критической степени выраженности гидроцефалии путем ранней их коррекции.

Примером может служить следующее наблюдение.

Больной Т-ч, 6 мес., история болезни № 125, поступил в клинику 05.11.2003 г. Диагноз: Прогрессирующая гидроцефалия; гипохромная анемия. Ребенок из двойни, роды в 36 недель. Ускоренный рост окружности головы отмечается с 3 мес. ОГ 51 см (+8 см), общее состояние средней тяжести, установлено снижение мышечного тонуса, симптом "заходящего солнца", умеренное отставание в развитии. КТ 02.11.2003 г.: открытая критическая гидроцефалия. Операция 24.11.2003 г.: вентрикулоперитонеостомия (клапан Пуденса, на низкое давление). Послеоперационный период без осложнений. В январе 2004 г. после травмы головы отмечался единичный судорожный приступ. КТ 21.06.2004 г.: ширина передних рогов боковых желудочков 3,5-4 см, задних - до 2,5 см, IV

желудочек не изменен. КТ 24.07.2005 г.: III и боковые желудочки гидроцефальны, ширина передних рогов до 3 см. Контрольный осмотр 07.12.2006 г.: развивается хорошо с некоторым превышением возрастных норм. Оценка качества жизни 100 баллов. КТ: желудочки мозга не расширены, отмечается расширение субарахноидальных пространств.

Исследование зависимости отдаленных исходов от возраста, в котором проводилось первичное хирургическое вмешательство, обнаружило некоторое преобладание хороших исходов в группе детей первых 3 месяцев жизни и относительное преобладание неблагоприятных исходов среди детей, оперируемых в возрасте 9-12 месяцев.

Это объясняется отчасти тем, что до 3 месяцев оперировались преимущественно больные с врожденной гидроцефалией, а в возрастной группе 9-12 месяцев преобладали дети с запущенными стадиями приобретенной гидроцефалии.

В то же время при сравнении возрастных групп детей первого и второго полугодия жизни количество хороших, удовлетворительных и неблагоприятных отдаленных результатов представлено почти в равном соотношении. В каждой группе отдаленных исходов количество детей, оперированных в первом полугодии жизни, составляет около 2/3, во втором полугодии - около 1/3 (табл.3).

Проанализированы сроки обращения больных в клинику в анамнезе трех групп с различными отдаленными исходами, условно разделенные на своевременные, поздние и упущенные.

Таблица 3

Отдаленные результаты в разных возрастных группах

Отдаленные результаты	Возраст				Всего
	до 3 мес.	3-6 мес.	6-9 мес.	9-12 мес.	
Хорошие	24 (22,4%)	49 (45,8%)	27 (25,2%)	7 (6,5%)	107 (100%)
Удовлетворительные	6 (13,3%)	22 (48,9%)	14 (31,1%)	3 (6,7%)	45 (100%)
Неблагоприятные	3 (10,3%)	16 (55,2%)	3 (10,3%)	7 (24,1%)	29 (100%)
Всего	33	87	44	17	181

Заключение

Прогностическая значимость различных сопутствующих заболеваний и синдромов может быть разной. Однако в целом в группе хороших отдаленных исходов удельный вес пациентов, имевших сопутствующую патологию (19,6%), значительно ниже, чем в группах удовлетво-

рительных (31,1%) и плохих исходов (82,8%). Это можно объяснить и снижением общей сопротивляемости организма, а следовательно и повышенным риском гнойно-воспалительных осложнений и непосредственным неблагоприятным влиянием на мозг таких видов сопутствующей патологии, как врожденный токсоплазмоз, вентрикулит, анемия, кардиальная патология, судорожный синдром.

Литература:

1. Баратов В.В., Могучая О.В., Сафин Ш.М., Зиненко Д.Ю., Фангуллин В.Н. Отдаленные результаты ликворшунтирующих операций //Второй съезд нейрохирургов Рос. Федерации (16-19 июня 1998 г., Н. Новгород): Материалы съезда. - СПб., 2001. - С. 224.
2. Бродский Ю.С., Вахата Я.Я. Гидроцефалия у детей, перенесших родовую черепно-мозговую травму, ее профилактика и лечение //Нейрохирургия: Респ. межвед. сб. - К.: Здоровье, 2002. - Вып. 22. - С. 52-56.
3. Дементьева Г.М., Аронов Л.С., Попов В.Е. и др. Организация нейрохирургической помощи недоношенным новорожденным с прогрессирующей гидроцефалией //Российский медицинский журнал.- 2006.- № 1.- С. 23-26.
4. Демикова Н.С., Лячина А.С. Описательная эпидемиология врожденных пороков развития ЦНС //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2009.- № 2.- С. 66-71.
5. Иванов В.С., Данилов В.И., Пашаев Ю.Б. и др. Тактика лечения гидроцефалии у детей //Детская больница.- 2006.- № 4.- С. 9-12.
6. Иова А.С., Скоромец А.П., Щугарева Л.М. и др. Ранние и отдаленные результаты вентрикуло-субгалеального дренирования резервуар-катетером при внутрижелудочковых кровоизлияниях у новорожденных //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2008.- Т. 53, № 4.- С. 84-87.
7. Кузенкова Л.М., Маслова О.И., Увакина Е.В. и др. Проблемы врожденной гидроцефалии у детей //Справочник педиатра.- 2007.- № 30-97.