

У.Е. Асилбеков

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

ГККП Городская детская больница №2, г. Астана

Материалы и методы:

В основу настоящей работы положены наблюдения за лечением 16 детей с гемомрагическим инсультом, находившихся в 2009 году на лечении в нейрохирургическом отделении ГДБ №2 г. Астана. Распределение больных по полу: 30%- мальчики, 70%- девочки.

Инсульт - это острое нарушение мозгового кровообращения, симптомы которого сохраняются более одних суток.

Различают два типа инсульта: ишемический инсульт, гемомрагический инсульт (паренхиматозное и субарахноидальное кровоизлияние).

Гемомрагический инсульт чаще всего развивается при разрыве артерий. Излившаяся кровь пропитывает часть мозга, поэтому такой тип инсульта называют еще кровоизлиянием в мозг.

Инсульт не является заболеванием, встречающимся только у людей пожилого возраста. Согласно доступным данным зарубежной медицинской литературы и медицинской статистики, заболеваемость инсультом у детей первого месяца жизни равна таковой у взрослых в возрасте 50-55 лет; средняя заболеваемость детским инсультом (от 1 месяца до 18 лет) – около 7,8 случая на 100 тыс. населения в год. Детский инсульт считается гетерогенным по этиопатогенезу и клиническому течению, поэтому усовершенствование знаний в области детского инсульта необходимо для оказания качественной лечебно-профилактической помощи.

По разным оценкам частота детского инсульта (возраст от 1 месяца до 18 лет) составляет 1,5 – 13 случаев на 100000 детского населения в год. Официальная статистика заболеваемости детским инсультом в Казахстане отсутствует.

Заболеваемость детским гемомрагическим инсультом от 1,1 до 5,1 случая на 100000 детского населения в год (средняя заболеваемость – 2,9). Для сравнения частота опухолей головного мозга у детей 2,2 – 2,5 случаев на 100000 детского населения в год.

Инсульт входит в первые 10 причин смерти у детей (Jordan LC, Hillis AE. 2007).

По статистическим данным у взрослых с разрывом сосудистых мальформаций головного мозга 1/3 больных погибает до приезда врача и еще 1/3 пациентов умирает в приемном

отделении стационара. В МКБ-10 отсутствует рубрика для регистрации спонтанного САК у детей моложе 3-х лет вследствие разрыва аневризмы или мальформации сосудов головного мозга.

Нейрохирургические причины ГИ у детей: 1. Артериальная аневризма (АА). 2. Артерио-венозная мальформация (АВМ) сосудов головного мозга. 3. Артерио-венозная мальформация (АВМ) сосудов спинного мозга. 4. Кавернозная мальформация (КМ)

5. Артерио-венозная мальформация (АВМ) вены Галена. 6. Опухоль головного мозга

7. Болезнь Мойя – мойя

Педиатрические причины ГИ у детей:

1. Заболевания крови: Геморрагическая болезнь новорожденных; Гемофилия; Гемобластозы (острый миелобластный лейкоз); Тромбоцитопенические или тромбоцитопатические состояния; ДВС-синдром; 2. Осложнения полихимиотерапии. 3. Осложнения терапии антикоагулянтами. 4. Факоматозы. 5. Некротизирующий ангиит (varicella zoster virus). 6. Инфекционные заболевания (вирусные энцефалиты). 7. Сепсис. 8. Серповидноклеточная анемия. 9. Болезни соединительной ткани. 10. Наследственные болезни соединительной ткани (Osler-Weber-Rendu Syndrome). 11. Дефицит витамина К ассоциированный с атрезией желчных протоков.

В течение инсульта выделяют несколько периодов: 1. Острейший период. 2. Острый период. 3. Восстановительный период

Клиника ГИ у детей до года:

- Острое (реже подострое) начало заболевания среди «полного здоровья».

- Нарушения поведения: беспокойство, возбуждение или вялость.

- «Мозговой» крик.

- Выбухающий большой родничок, расхождение швов черепа.

- Снижение аппетита.

- Рвота.

- Судороги.

- Угнетение уровня сознания.

- Очаговая симптоматика.

- Преретинальные и ретинальные кровоизлияния.

- Геморрагический шок.

Алгоритм обследования пациентов:

1. анамнез заболевания. 2. оценка неврологи-

ческих симптомов. 3.нейросонография.4.эх оэнцефалоскопия. 5.осмотр офтальмолога. 6.коагулограмма.7.консультация гематолога.8.КТ или МРТ головного мозга.

Клинико-анатомические формы:

1. Субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние – 8 детей.

2. Субарахноидально-вентрикулярное кровоизлияние – 3 ребенка.

3. Субарахноидально-паренхиматозно-вентрикулярное (смешанное) кровоизлияние - 1 ребенок.

4. Субарахноидальное кровоизлияние с оболочечной гематомой – 4 ребенка.

Операции у детей с геморрагическим инсультом в остром периоде ГИ, выполненные ГДБ 2 г Астаны:

-Удаление субдуральной гематомы – 4 ребенка.

-Имплантация наружного вентрикулярного дренажа - 3 ребенка.

-Удаление внутримозговой гематомы – 8 детей.

Удаление внутримозговой гематомы и артерио-венозной мальформации – 1 ребенок.

Летальный исход наступил у пятерых детей.

Интенсивная терапия проводилась в реанимационном отделении (Блокаторы Са-каналов *Нимодипин* в/в капельно в течение 24 часов с помощью инфузионного насоса; препараты, увеличивающие ОЦК *Альбумин 5% р-р* в/в капельно 0,25 – 0,5 г/кг 1 раз в день под контролем ЦВД (поддержание на уровне 8 – 12 мм.рт.ст; средства, уменьшающие проницаемость сосудов *Дицинон 12,5% р-р* в/в одномоментно или в/м 1 – 2 мл 3 – 4 раза в сутки 0,125 – 0,25 г 3 – 4 раза в день; ингибиторы протеолитических

ферментов *Контрикал* в/в капельно (не более 40 кап/мин) дети до 3 лет: 1000 АтрЕД/кг/сут на 2 – 3 введения; дети 3 – 12 лет: 10000 АтрЕД 2 – 3 раза в сутки; дети старше 12 лет: 20000 АтрЕД 2 – 3 раза в сутки).

По стабилизации состояния и до выписки лечение продолжалось в нейрохирургическом отделении. Контроль за динамикой процесса осуществлялся с помощью НСГ и КТ.

После выписки дети находились на диспансерном учёте у невропатолога, реабилитационные курсы проводились каждые 3 месяца в условиях стационара.

Выводы:

В Казахстане нет адекватных Национальных и региональных регистров инсульта у детей.

Разрозненные статистические данные и собственные наблюдения позволяют утверждать, что геморрагический инсульт - нередкая патология детского возраста, которая сопровождается высокой летальностью и инвалидизацией пациентов.

Патология сосудов головного мозга у детей часто манифестирует спонтанным САК разной степени тяжести, что требует оказания неотложной нейрохирургической помощи.

Для ранней диагностики геморрагических инсультов у детей необходимо внедрение скрининг-нейровизуализации во всех родильных домах.

В ПМСП оборудовать кабинеты УЗИ диагностики в соответствии современными требованиями. Обучить специалистов.

Внедрить в службе скорой помощи УЗИ обследование головного мозга у детей до года (при помощи портативных УЗИ аппаратов).