

УДК 618.531+616.831-005.1-053.2

**АКТУАЛЬНОСТЬ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА - КАК ПОСЛЕДСТВИЕ ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ**

А.К. Мукашева

*Детская областная больница. г. Павлодар***Тужырым****ЖАС ШАМАСЫНЫҢ БАЛАЛАРЫНДАҒЫ СУМИДЫҢ ӨЗЕКТІЛІГІ - ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРЛЫҚ ҚАН ҚҰЙЫЛУЛАРЫ САЛДАРЫ***ЦНС-тың ауыр гипоксиялық ұтылуын жағдай, кешірек қалыпқа келтіру кезеңі суреттеледі. Қанаудан кейін ішкі асимметриялық суми. Бала ми салы бойынша жылдам үдейтін ағым қорқытылатын.***Summary****THE RELEVANCE OF HYDROCEPHALY AT YOUNG CHILDREN-AS A CONSEQUENCE OF PERIVENTRICULAR HAEMORRHAGE***The case of severe hypoxic injury of CNS, later recovery period described. Posthaemorrhagic internal asymmetrical hydrocephaly. Progressive duration threatened by child cerebral paralysis.*

Гидроцефалия - полиэтиологическое заболевание, при котором увеличивается объем циркулирующей спинномозговой жидкости и ликворосодержащих пространств черепа. К гидроцефалии, как к болезни следуютности активную форму, когда нарушается баланс между секрецией и всасыванием ликвора и в результате развивается внутричерепная гипертензия и вторичная атрофия головного мозга. Гидроцефалия может быть врожденной и приобретенной. Основные причины врожденной гидроцефалии - различные аномалии строения ликворных коммуникации, внутриутробные инфекции, внутричерепные родовые травмы. Большую роль в возникновении врожденной гидроцефалии играют трансплацентарные инфекции и инвазии, особенно токсоплазмоз, цитомегалия, сифилис, листериоз. Наиболее частой причиной приобретенной гидроцефалии являются менингиты с затяжным течением, вентрикулиты и опухоль головного мозга, черепно-мозговые травмы. Перивентрикулярные кровоизлияния которые наблюдаются у новорожденных дают специфическое осложнения - постгеморрагическую гидроцефалию. Различают 2 причины ее возникновения. Одна из них - частичная или полная блокада сгустками крови путей ликворооттока, что приводит к повышению сопротивления отток ликвора или прекращению его с расширением всех отделов желудочков мозга, расположенных выше уровня блокады (окклюзионная гидроцефалия), для которой характерна медикаментозная резистентность, требующая проведения хирургических манипуляции (вентрикулярных пункции, наружного вентрикулярного дренирования, установки подкожных резервуаров)

Другая причина переходящих или стойких изменении арахноидальных ворсин, являющихся основным элементом системы ликворной резорбции, при этом возникает сообщающаяся тетравентрикулярная гидроцефалия. Чем тяжелее перивентрикулярное кровоизлияние, тем чаще и более выраженной бывает постгеморрагическая гидроцефалия. У многих детей в резидуальном периоде ПВК обнаруживается значительная асимметрия боковых желудочков, что может быть проявлением церебральной атрофии.

*Пример:* В наше отделение поступил ребенок: Д. – 7 мес.

*Клинический диагноз:* ЗПМР. Тяжелое гипоксическое поражение ЦНС поздний восстановительный п/д. Постгеморрагическая внутренняя асимметричная гидроцефалия. Прогрессирующее течение. Порэнцефалическая киста в правой теменно-затылочной области, Субарахноидальная киста ЗЧЯ. с/м ВСД.

Спастический тетрапарез. Угрожаем по Детскому церебральному параличу ЖДА 1ст.

Жалобы на периодическое срыгивание, снижение аппетита, не переворачивается, не сидит.

*Из анамнеза:* от 1 беременности на фоне угрозы прерывания, обострения хронического пиелонефрита, 1 срочных родов на фоне преэклампсия тяжелой степени. Путем кесарево сечение вес - 1946,0 по шкале Апгар 7-8б, в связи с ухудшением состояния в виде дыхательных нарушении ч/з 50 минут поступает в ОРИТ - где находился 9 суток на ИВЛ с д/з Тяжелое гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, ПВ - 4 с внутримозговой гематомой теменной – затылочной области справа Постгеморрагическая гидроцефалия, врожденная пневмония, затем переводится в ОПН на 9 сутки, на КТ головного мозга - признаки в/мозговой гематомы теменно-затылочной области правой гемисферы большого мозга с прорывом в задний рог правого желудочка. Субдарахноидальное кровоизлияние, смешанная гидроцефалия с преобладанием внутренней. Консультирована нейрохирургом, рекомендовано консервативное лечение. В оперативном лечении в настоящее время не нуждается. После выписки из ОПН ребенок 3 раза находился на стационарном лечении в неврологическом отделении, последняя госпитализация 11.07.11.

*Объективно:* Состояние тяжелое за счет поражения ЦНС. Вес-6,0, рост 63 см. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Находится на грудном вскармливании. В легких везикулярное дыхание. Хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 120 ЧДД 44 Т 36,4 живот мягкий, б/б. Печень не увеличена. Стул и диурез в норме.

*Неврологический статус:* Голова правильной формы. Окружность головы 39см Бр 1+2 см. Глазных с/м нет. Лицо симметричное, язык по центру спастичен, мышечный тонус спастичен в руках и ногах. Сухожильные рефлексы оживлен. Р опоры ослаблен. Пирамидные знаки + с обеих сторон. Зрительное слежение слабое, взгляд фиксирует плохо слуховая доминанта слабо положительная. Голову пытается держать, не переворачивается, не сидит, плохо гулит.

ОАК от 12 07 11 L 4 \*10x 9Hb107HtЭр.4.08\*10x12 Тр316. э5 с 28 л 52 м 7 л58 э 1 соз 2. ОАМ от 120711 у.в. белок отр Л 1-2 в п/зр. эпит.в большом кол-ве в п/зр.Б/Хот12 0711: глюкоза крови 4.4 АЛАТ 0.18 АСАТ0.17 общий билирубин 14.4 пр. 1.1 Мочевина 2.4 общий белок 68 кальция - 2.42 калии - 5.65. натрий-134.1 ТТг 2.25. Кал на яг от 12 07 11 отр. НСГ от 15 07 1 - межполушарная щель 3мм, глубина боковых желудочков

справа - 22мм, слева 17мм, 3 желудок - 2мм. постгеморрагическая гидроцефалия за счет дилатации боковых желудков преимущественно справа. Порэнцефалическая киста справа с прорывом в правый боковой желудок. От 28 06 11 кровь на РВ отр.

тОртопед - Нейрогенная кривошея. Глазное дно - ДЗН бледно - розовый, контуры четкие, небольшое расширение вен, Сетчатка разряжена. Фон глазного дна розовый. КТ головного мозга в динамике Постгеморрагическая внутренняя асимметричная гидроцефалия. прогрессирующее течение. Порэнцефалическая киста в правой теменно - затылочной области. Субарахноидальная киста ЗЧЯ.

Лечение: кортексин по 5 мг – 10 дней, энцефабол по 2.0 - 1р вд, общий массаж 10 дней, эффорез с 0.5 % эуфиллином, папаверином. ЛФК, диакарб по 1/4 - 1р вд +++-- 3 Аспаркам 0.5 по 1/4 – 2р вд +++--3. Церебролизин по 0.6 в/м 5дней, В12 - 120 мг в/м 10 дней, занятие с логопедом. Ребенок выписан с небольшим улучшением в неврологическом статусе.

**Заключение:** Необходимо доклиническое выявление геморрагии последующее выполнение лечебно - профилактической программы, исключающие все факторы. Наиболее перспективный путь лечения тяжелой ПВК и гидроцефалии - их профилактика. Это важнейшая медико - социальная задача в системе мероприятия - обследование не только беременной женщины и адекватное ведение к родам но и всех женщин репродуктивного возраста. Необходимо УС-скрининг проводимый в первые дни жизни новорожденных.

#### Литература:

1. «Руководство по детской неврологии», под редакцией В.И.Гузевой, г. Санкт-Петербург, ФОЛИАНТ 2004г.
2. «Неврология новорожденных», А.Ю.Ратнер, г. Москва, БИНОМ Лаборатория знаний - 2008.;
3. «Детская психоневрология» Л.А. Булахова – 2001г.

УДК 616.151.514+616.33-002.44

## СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА

О.А. Ким, С.М. Муратова

Областная детская больница, г.Павлодар

### АСҚАЗАННЫҢ ОЙЫҚ ЖАРАСА БАР НАУҚАСТАН ҚАН АҚҚЫШТЫҚ АУРУЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

#### THE CASE OF DIAGNOSIS OF HEMOPHILIA IN A PATIENT WITH GASTRIC ULCER

Предлагаем следующее клиническое наблюдение. Больной находился на стационарном лечении по поводу язвенной болезни желудка, осложненной хронической постгеморрагической анемией. В процессе обследования была выявлена гемофилия А средней тяжести.

**Больной А.**, 14 лет, поступил в соматическое отделение областной детской больницы (ОДБ) г. Павлодара в июне 2010 г. с жалобами на сильную слабость, рвоту с примесью крови, боли в животе.

**Anamnesis morbi.** В феврале 2010 г. пациент поступал в хирургическое отделение ОДБ. Больному был поставлен диагноз «язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная желудочно-кишечным кровотечением, постгеморрагической анемией». Дебют заболевания сопровождался рвотой типа «кофейная гуща» и меленой. Проводили противоязвенную, противоязвенную терапию. Болезнь была переведена в рубцовую стадию. При поступлении в хирургический стационар в общем анализе крови уровень гемоглобина составил 72 г/л, эритроцитов –  $2,07 \pm 10^{12}/л$ , при выписке уровень гемоглобина был равен 92г/л, эритроцитов –  $2,9 \pm 10^{12}/л$ . Позднее по поводу данного заболевания больной не обследовался, никакого лечения не получал. В начале июня 2010 г. больной отметил черное окрашивание стула. Отмечал периодические ночные боли в эпигастриальной области, в дневное время тошноту. Обратился за медицинской помощью к гастроэнтерологу, проводилась противоязвенная терапия, без особого эффекта, желудочное кровотечение продолжалось. Постепенно увеличивались слабость, уменьшилась толерантность к физической нагрузке, беспокоили боли в эпигастрии. В связи с отсутствием улучшения 16 июня 2010 г. был госпитализирован.

**Anamnesis vitae.** Родился от первой беременности, первых родов. Масса тела при рождении 3240 г. Закричал сразу, грудь взял сразу, пуповина отпала на 5-е сутки. Период новорожденности проходил без патологии. Наследственность больного отягощена: дед по материнской линии страдал повышенной кровоточивостью (не обследован). У пациента отмечаются частые носовые длительные кровотечения. В возрасте одного года (июль 1987 г.) у больного было отмечено кровотечение из ткани языка после травмы детской игрушкой, продолжавшееся 2 сут.

**Состояние при поступлении средней тяжести.** Кожа бледно-розовая, тургор сохранен, видимые слизистые умеренной влажности, бледно-розовые, язык обложен белым налетом. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Амплитуда движений в суставах не изменена, движения безболезненны. Грудная клетка правильной формы, симметрична, равномерно участвует в акте дыхания, безболезненна при пальпации. Частота дыхания – 16 в минуту. Перкуторный звук над всей поверхностью легочный, границы легких не изменены. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, верхушечный толчок в V межреберье по срединно-ключичной линии, нормальной силы и площади. Границы относительной тупости сердца перкуторно в пределах нормы. Тоны сердца ритмичны, ясные, ЧСС – 92 уд/мин, артериальное давление (АД) 115/70 мм рт. ст. Аппетит несколько снижен. Живот обычной формы, плоский, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии; печень нормального размера, по краю реберной дуги. Область желчного пузыря при пальпации безболезненна. Симптомы Ортнера, Мюсси отрица-