



ЛИТЕРАТУРА

1. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов, т.6.-Москва: Медицинская литература, 2003.-464с.
2. Maseri A., Severi S., Nes M.D. et al. 'Variant' angina: one aspect of a continuous spectrum of vasospastic myocardial ischemia. Pathogenetic mechanisms, estimated evidence and clinical and coronary artriographic findings in 138 patients // Am. J. Cardiol.-1978.-Vol.42.-P.1019-1035.
3. Guidelines on the management of stable angina pectoris. The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J.-2006.-Vol.27.-P.1341-1381.

Поступила 12.02.2008г.

В.В.Сиволап, Н.П.Добровольська, М.Ю.Колесник, Н.С.Добровольська

Випадок вазоспастичної стенокардії, асоційованої з гемодинамічно значущим стенозом правої коронарної артерії

У статті приведено випадок вазоспастичної стенокардії, асоційованої з гемодинамічно значущим стенозом правої коронарної артерії. При підозрі на вазоспастичну стенокардію у всіх випадках треба проводити коронароангіографію. Комплексне інвазивне та консервативне лікування дозволяє значно покращити якість життя пацієнта.

Ключові слова: вазоспастична стенокардія, трансмуральна ішемія, коронароангіографія, стентування

V.V.Syvolap, N.P.Dobrovol'skaja, M.Y.Kolesnyk, N.Y.Dobrovol'skaja

The case of vasospastic angina associated with significant stenosis of the right coronary artery

It is described the clinical case of vasospastic angina associated with significant stenosis of the right coronary artery. It is essential to perform coronarangiography in patients suspected of the vasospastic angina. The complex invasive and medical therapy allows to improve the patient's life quality.

Key words: vasospastic angina, transmural ischaemia, coronarangiography, stenting

Сведения об авторах:

Сиволап В.В., д.мед.н., профессор, заведуючий кафедрой пропедевтики внутренних болезней с уходом за больными ЗГМУ;

Добровольская Н.П., заведующая кардиологическим отделением городской клинической больницы № 6 г. Запорожья, врач высшей категории;

Колесник М.Ю., магистр кафедры пропедевтики внутренних болезней с уходом за больными ЗГМУ;

Добровольская Н.Е., врач-интерн кафедры семейной медицины факультета последипломной подготовки ЗГМУ.

Адрес для переписки:

Колесник Михаил Юрьевич, 69035, г.Запорожье, пр.Маяковского, 26, ЗГМУ, кафедра пропедевтики внутренних болезней с уходом за больными. Тел.:(0612) 52-40-88.

УДК 618.2(075.8)

В.А. Касьянов², С.В. Тяглый¹**ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ**¹Запорожский государственный медицинский университет²КУ "Института нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова"

Ключевые слова: перинатальный период, аномалии развития, родовая травма, внутриутробная гипоксия

Поражение центральной нервной системы перинатального периода занимают 2-е место в структуре смертности новорождённых. Исследование основано на анализе 92 наблюдений новорождённых с внутричерепными перинатальными кровоизлияниями, проведенном за последние 5 лет. Активная нейрохирургическая тактика у новорождённых с перинатальными внутричерепными кровоизлияниями позволяет предупредить детскую инвалидность, повысить уровень функциональной и социальной реадaptации ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Поражение центральной нервной системы перинатального периода (перинатальные сосудисто-мозговые поражения, инфекционные поражения и пороки развития) занимают 2-е место в структуре смертности новорождённых (45%) и часто приводят к инвалидизации с детства. Новорождённые в Украине практически в 80% случаев имеют различные патологические отклонения в состоянии здоровья.

Развитие современных методов нейровизуализации значительно расширили возможности прижизненной уточнённой диагностики поражений мозга. Это стало одним из ведущих факторов активизации нейрохирурги-

ческой помощи. Внедрение микрохирургической техники, эндоскопических и малоинвазивных технологий уменьшило травматичность операций и позволило с успехом вмешиваться в труднодоступные и функционально значимые зоны мозга.

В структуре детской патологии, требующей нейрохирургической помощи, существует особая возрастная группа, где эти достижения не нашли ещё должного применения. Речь идёт о детях первого месяца жизни (неонатальный период), однако в структуре перинатальной смертности на протяжении последних лет не происходит заметных изменений.



Цель исследования – решение вопросов качества жизни детей, перенесших перинатальные кровоизлияния.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование основано на анализе 92 наблюдений новорожденных с внутрочерепными перинатальными кровоизлияниями, проведенном за последние 5 лет (2000-2005гг.) в Республиканской детской клинической больнице (г. Симферополь). Возраст пациентов при первичном поступлении колебался от нескольких часов после рождения до 23 дней.

Клиническая диагностика основывается на анализе данных анамнеза, неврологического, психического и соматического статусов больного, результатов офтальмологического и отоневрологического обследований, лабораторного исследования крови, мочи, спинномозговой жидкости; бактериологического исследования; интраоперационных наблюдениях. Использовались также следующие методы диагностики: рентгенография, эхоэнцефалография, электроэнцефалография, нейросонография, компьютерная и магниторезонансная томография головного мозга. При летальных случаях использовались данные судебно-медицинских вскрытий и гистологических исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В исследованной группе больных было 54 (58,7%) мальчика и 38 (41,3%) девочек. Дети были рождены на 25-43 неделях беременности. Среди мальчиков 20 (37%) родились недоношенными, 32 (59,3%) – доношенными и 2 (3,7%) ребенка – переношенными. Среди девочек: 12 (31,6%) родились недоношенными, 26 (68,4%) – доношенными. В целом в исследованной группе 32 (34,8%) ребенка родились недоношенными, 58 (63%) – доношенными, 2 (2,2%) – переношенными.

При рождении у 3 (5,5%) мальчиков и 3 (7,7%) девочек масса тела была менее 1500 г, у 5 (9,3%) мальчиков и 4 (10,5%) девочек – составляла от 1501 до 2500 г; у 39 (72,2%) и 31 (81,6%) соответственно – 2001-4000 г. Кроме того, у 7 (13%) мальчиков масса тела при рождении была более 4000 г. В целом в исследованной группе новорожденных при рождении у 6 (6,6%) детей масса тела была менее 1500 г, у 9 (9,7%) – составляла от 1501 до 2500 г, у 70 (76,1%) – 2001-4000 г, и у 7 (7,6%) – более 4000 г.

При анализе акушерских причин, которые способствовали перинатальным повреждениям головного мозга, выявлена совокупность определенных факторов, воздействующих на плод в процессе его внутриутробного развития и в родах. Предрасполагающие факторы, которые способствовали возникновению перинатальных повреждений головного мозга геморрагического и ишемического характера.

По нашим данным, 71 (77,2%) ребенок анте-интранатально испытали острую и/или хроническую гипоксию смешанного генеза. У 3 (3,3%) новорожденных диагностирована задержка внутриутробного развития. У 7 (7,6%) детей выявлены врожденные аномалии развития ЦНС, у 13 (14,1%) – пороки развития сердца, у 8 (8,6%) – другие врожденные аномалии развития. Внутриутробная инфекция была выявлена у 4 (4,3%) новорожденных.

Диагноз родовая черепно-мозговая травма был выставлен у 15 (16,3%) пациентов, из которых у 7 новорожденных она сочеталась с травмой шейного отдела позвоночника и спинного мозга.

У 63 (68,5%) отмечено сочетание несколько неблагоприятных факторов в анте- и интранатальном периоде, что привело к различной степени выраженности и продолжительности анте-интранатальной гипоксии плода и асфиксии новорожденных. Стимуляция родовой деятельности, применение акушерских пособий, реанимационных мероприятий стали решающими причинами возникновения сосудистых повреждений мозга.

У 87 (94,6%) новорожденных было диагностировано сочетание внутрочерепных кровоизлияний с ГИП ЦНС. При поступлении в Республиканскую детскую клиническую больницу общее состояние 20 (21,7%) новорожденных оценивалось как тяжелое, 44 (47,8%) детей – средней тяжести и у 28 (30,5%) – как относительно удовлетворительное.

В раннем неонатальном периоде пневмопатии отмечались у 6 (6,5%) детей, пневмонии – 13 (14,1%), язвенно-некротический колит – 6 (6,5%), анемия – 9 (9,8%), желтуха новорожденных – 12 (13%), патология почек – 4 (4,3%).

Из числа обследованных детей 3 (3,3%) перенесли менингоэнцефалит. Инфекционно-воспалительные заболевания ЦНС у 2 (2,2%) детей развились в первые 7 дней, у 1 (1,1%) ребенка – в течение 8-23 дней жизни.

Смерть наступила у 17 (18,5%) новорожденных после перенесенного внутрочерепного перинатального кровоизлияния.

Оперативные вмешательства проводились с применением комбинированного наркоза. Все больные в послеоперационном периоде получали сосудистую, ноотропную, дегидратационную, противовоспалительную терапию, с добавлением, в зависимости от тяжести состояния пострадавшего, антихолинэстеразных, метаболических препаратов, витаминотерапии, различных физиотерапевтических методов. В реанимационный период главное внимание уделялось профилактике ранних осложнений. При стабилизации основных показателей сердечно-сосудистой и дыхательной систем назначали адекватную физиотерапию с многофакторным лечебным действием (противовоспалительным, десенсибилизирующим и т.д.).

Полное выздоровление с отмечено у 15 (16,3%) детей. Внутрочерепные перинатальные кровоизлияния привели к различной степени инвалидности у 60 (65,2%) пациентов, среди которых инвалидизация связана с развитием гидроцефалии у 24 (26,1%) больных, формированием кист головного мозга – у 19 (20,6%), и развитием церебральных рубцово-атрофических процессов – у 17 (18,5%) детей.

Согласно статистике МЗ Украины, в 2003 году около 40 000 детей родились недоношенными и перинатальные поражения нервной системы диагностированы у них в 80% наблюдений.

Арсенал современных методов лечения различных форм внутримозговых кровоизлияний у новорожденных включает в себя:



- 1) медикаментозное лечение;
- 2) повторные люмбальные пункции;
- 3) повторные вентрикулярные пункции;
- 4) наружное вентрикулярное дренирование;
- 5) имплантация подкожных вентрикулярных резервуар-катетеров;
- 6) вентрикулосубгалеальное дренирование катетером;
- 7) интравентрикулярное введение фибринолитических препаратов.

Патология пре-перинатального периода остаётся одной из наиболее достоверных причин, которые формируют прослойку детей с органическими поражениями нервной системы.

Основной задачей в сфере борьбы с детской инвалидностью является своевременное выявление риска рождения ребёнка-инвалида, раннее выявление заболеваний, которые угрожают инвалидностью, ранняя превентивная терапия, реабилитация, которые позволят предупредить детскую инвалидность, или повысят уровень функциональной и социальной адаптации ребёнка с ограниченными возможностями здоровья.

Одним из определяющих моментов сохранения высоких цифр неонатальной смертности, увеличения детской инвалидности является задержка в сроках оказания нейрохирургической помощи новорожденным.

ВЫВОДЫ

Оказание помощи не в раннем неонатальном периоде, направленное на сохранение жизни и предупреждение грубых вторичных поражений мозга, а в более поздние сроки с целью борьбы с последствиями "мозго-

вой катастрофы" в родах, приводит к прогрессирующей гидроцефалии, кистозным перерождениям мозга, рубцовым процессам, эпилепсии.

Активная нейрохирургическая тактика у новорожденных с перинатальными внутричерепными кровоизлияниями позволяет предупредить детскую инвалидность или повысить уровень функциональной и социальной адаптации ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. - Москва: Триада-Х, 2001 г. - 640 с.
2. Неонатология: Учебн. пособие: В 2т. /Н.П.Шабалов. - Т.1. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 608 с.
3. Скоромец А.П. Вентрикулосубгалеальное дренирование в лечении тяжелых форм внутрижелудочковых кровоизлияний у новорожденных (клинико-сонографический мониторинг в остром периоде) /А.П.Скоромец, И.В.Панкратова, Е.Ю.Крюков, Б.Ф.Зейналов, В.Г.Мазур //Матер. 1-ой Всерос. конф. по детской нейрохирургии. - М., 2003. - С.90-91.
4. Скоромец А.П. Оценка неврологического статуса новорожденного в отделении реанимации /А.П.Скоромец, И.В.Панкратова, А.С.Иова, Т.П.Кагаткина //Матер. конф. "Госпитальная педиатрия в XXI веке. Проблемы, пути развития". - СПб., 2003. - С.71-72.
5. Volpe J.J. Perinatal brain injury: from pathogenesis to neuroprotection //Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev. - 2001. - Vol.7, N1. - P.56-64.

Поступила 27.02.2008г.

В.А. Кас'янов, С.В. Тяглий

Лікування внутрічерепних перинатальних крововиливів у новонароджених

Враження центральної нервової системи перинатального періоду займають 2-е місце в структурі смертності новонароджених. Дослідження ґрунтуються на аналізі 92 спостережень новонароджених з внутрішньочерепними перинатальними крововиливами, проведеному за останні 5 років. Активна нейрохірургічна тактика у новонароджених з перинатальними внутрішньочерепними крововиливами дозволяє запобігти дитячій інвалідності, підвищити рівень функціональної і соціальної реадaptaції дитини з обмеженими можливостями здоров'я.

Ключові слова: перинатальний період, аномалії розвитку, пологова травма, внутрішньоутробна гіпоксія

V.A. Kasyanov, S.V. Tyagly

Treatment of intracranial hemorrhage perinatal the newborn

Involvement of the central nervous system of perinatal took 2-d place in the structure of neonatal mortality.

The study is based on an analysis of 92 observational newborns with perinatal intracranial hemorrhages, held in the past 5 years.

Active neurosurgery tactics for newborns with perinatal intracranial hemorrhages allows prevent child disability, or significantly raise the level of functional and social rehabilitation of the child with a limited capacity of health.

Key words: perinatal period, development anomalies, injury at birth, intrauterine hypoxia

Сведения об авторах:

Касьянов В.А., аспирант КУ "Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова" АМН Украины;

Тяглий С.В., к.мед.н., заведующий отделением нейрохирургии КУ "ЗОКБ".

Адрес для переписки:

Касьянов Валерий Александрович, 04050, г. Киев, ул. Мануильского 32, КУ "Института нейрохирургии

им. акад. А.П. Ромоданова" АМН Украины. E-mail: kasynovv@ukr.net