

К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ДЕТЕЙ

А.Ш. ШОДИЕВ, Ш.И. АБДУВАЛИЕВ, З.С. ПАРДАЕВА, Д.М. РАВШАНОВ

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА НОТРАВМАТИК МИЯ ИЧИ ҚОН ҚҮЙИЛИШЛАРИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ВА ДАВОЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

А.Ш. ШОДИЕВ, Ш.И. АБДУВАЛИЕВ, З.С. ПАРДАЕВА, Д.М. РАВШАНОВ

Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд шаҳри

THE FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF NON-TRAUMATIC INTRACEREBRAL HEMORRHAGES IN CHILDREN

A.SH. SHODIEV, SH.I. ABDUVALIEV, Z.S. PARDAEVA, D.M. RAVSHANOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Нотравматик миЯ ичи қон қуйилишлари (НМКҚ) кузатиЛган 88 нафар бемор болаларда касалликнинг клиник кечии ва давоЛаниш хусусиятлари ўрганилди. НМКҚлар келиб чиқишида кўпинча (61,4 %) чақалоқлар кечки гемолитик касаллиги ва ноаниқ этиологияли қон қуйилишлар (26,1 %) сабаб бўлиши аниқланади. НМКҚлар асосан субдурал (47,7 %) ва интрацеребрал (25,0 %) жойлашиб, бемор болалар бу касаллик билан аксарият ҳолларда (38,6 %) оғир, ҳар учинчи бемор ўта оғир (33,0 %) аҳволда шифохоналарга қабул қилиниши аниқланди. НМКҚнинг клиник кечии қонуниятларини ўрганиш касалликни барвақт аниқлаш ва адекват даволаш имкониятини яратади.

Калим сўзлар: нотравматик миЯ ичи қон қуйилиши, субдурал, интрацеребрал, интравентрикуляр, сопор, кома.

Clinical features of the course of 88 patients with non-traumatic intracerebral hemorrhages (NTIH) were studied. The main causes of the onset of NTIH were late hemolytic disease of newborns (61.4%) and hemorrhages of unexplained etiology (26.1%). The NTIH was more likely located subdural (47.7%) and intracerebral (25.0%), with them children often (38.6%) enter the in-patient department, every third (33.0%) in extremely difficult conditions. The Determination of the regularities of the clinical current non-traumatic intracerebral hemorrhages promotes the identical course of the treatment to early discovery disease and undertaking.

Key words: non-traumatic intracerebral hemorrhage, subdural, intracerebral, sopor, coma.

Актуальность. Нетравматические внутримозговые кровоизлияния (НВМК) относятся к острым нарушениям мозгового кровообращения по геморрагическому типу, являются по счету третьей причиной смертности населения после сердечно - сосудистых и онкологических заболеваний [1, 5, 6, 9]. Летальность при НВМК достигают до 40,0 - 50,0% а инвалидизация до 70,0 - 80,0 % [2, 3, 4, 5, 6, 7].

НВМК встречаются часто и среди детей, из которых 43,0% отмечаются у новорожденных. Возникновению НВМК в этом периоде способствуют гемолитическая болезнь новорожденных, нарушение гемокоагуляции, внутриутробные и постнатальные инфекции, врожденные пороки развития [1, 3, 5, 6, 10]. Кроме того, причинами НВМК бывают также геморрагические диатезы, антикоагулянтная терапия, тромболитики, васкулиты, опухоли мозга, лейкозы, гемофилия и др. [1, 5, 6, 8].

Несмотря на наличие многочисленных работ, посвященных к вопросам клинического тече-

ния НВМК продолжают существовать различные, порой противоположные мнения, требующие проведения дальнейших исследований в этом направлении.

Материал и методы исследования. Изучены клинические особенности течения 88 больных детей с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями (НВМК), находившихся на стационарном лечении в с момента рождения до 19 лет.

Из них дети до 1 месяца составили - 6 (6,8%), с 1 месяца до 1 года - 64 (72,7%), с 1 года до 5 лет - 9 (10,2%) и с 6 до 19 лет - 9 (10,2%). Преобладали дети мужского пола 65 (73,9%) по сравнению с женским полом 23 (26,1%).

Результаты обследования и динамика состояния больных были внесены в разработанную специальную карту, охватывающую основные признаки клинического и инструментального обследования - анамнез, срок госпитализации, показатели соматического и неврологического статусов, данные рентгенологического, нейросоногра-

фического, электроэнцефало-графического, офтальмологического, компьютерно - и магнитно - резонансно - томографических обследований.

Основными причинами возникновения НВМК являлись поздняя гемолитическая болезнь новорожденных - 54 (61,4%), нетравматические кровоизлияния не выясненной этиологии - 23 (26,1%), далее следовали: синустозы - 4 (4,5%), артериальная аневризма и кровоизлияние в опухоль (по 2,3%) и лейкоз, нейроинфекция, вертеброгенные кровоизлияние (по 1,14%). В подавляющем большинстве случаев (95,5%) роды протекали нормально, только в 4 (4,5%) случаях в процессе рождения этих детей применялось кесарево сечение.

НВМК наиболее часто располагались в субдуральном пространстве (47,7%), затем - интрацеребрально (25,0%) и интравентрикулярно (4,5%). В остальных случаях (22,7%) НВМК были смешанными.

Результаты исследования и их обсуждение. Состояние больных детей при поступлении по шкале комы Глазго в среднем равнялось к 11,6 баллом. Каждый третий 33,0% больной поступил в крайне тяжелом, 38,6% - в тяжелом состояниях. Состояние 28,4% больных оценивалось как средней тяжести (табл. 1).

Между тем, уже перед выпиской у 52 (60,5) больных состояние было удовлетворительным, у 31 (36,0%) больных средней тяжести (двое детей

скончались в результате нарастающего отека и дислокации головного мозга).

При изучении состояния сознания больных с НВМК выявлено, что ясное сознание при поступлении отмечалось у 24 (27,3%), умеренное оглушение - 15 (17,0%), глубокое оглушение - 18 (20,5%), сопор 20 (22,7%), поверхностная кома - 8 (9,1%), глубокая кома у 3 (3,4%) больных. В то же время, перед выпиской у 70 (81,4%) больных состояние сознания было ясным, умеренное оглушение отмечалось у 13 (15,1%), поверхностная кома у 3 (3,5%) больных (табл. 2).

В клиническом течении НВМК отмечались общемозговые и очаговые симптомы. Среди общемозговых симптомов наиболее часто отмечались рвота, менингеальные симптомы, эпилептические припадки и головная боль. При поступлении в стационар у 66 (75,0%) больных отмечалась рвота, а перед выпиской периодическая рвота наблюдалась всего лишь у 6 (6,8%) больных. Менингеальные симптомы выявлялись соответственно у 41 (46,6%) и у 7 (8,0%), эпилептические припадки у 50 (56,8) и 1 (1,14%) больных (табл. 3).

В связи с тем, что основной контингент больных (90,7%) составили дети до 5 лет нам не удалось определить истинного удельного веса головной боли среди общемозговых симптомов. Однако, необходимо отметить, что каждый второй больной с 6 до 19 лет, находившихся в сознании предъявлял жалобу на головную боль.

Таблица 1.

Состояние тяжести больных с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями при поступлении и перед выпиской

№	Тяжесть состояния	При поступлении	Перед выпиской
1	Удовлетворительное	-	52 (60,5%)
2	Средней тяжести	25 (28,4%)	31 (36,0%)
3	Тяжелое	34 (38,6%)	-
4	Крайне тяжелое	29 (33,0%)	3 (3,5%)
5	Всего	88 (100,0%)	86 (100,0%)

Таблица 2.

Состояние сознания больных с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями при поступлении и перед выпиской

№	Состояние сознания	При поступлении	Перед выпиской
1	Ясное	24 (27,3%)	70 (81,4%)
2	Умеренное оглушение	15 (17,0%)	13 (15,1%)
3	Глубокое оглушение	18 (20,5%)	-
4	Сопор	20 (22,7%)	-
5	Умеренная кома	8 (9,1%)	3 (3,5%)
6	Глубокая кома	3 (3,4%)	-
7	Терминальная кома	-	-
8	Всего	88 (100,0%)	86 (100,0%)

Таблица 3.

Удельный вес общемозговых симптомов при поступлении и перед выпиской среди больных детей с НВМК

№	Общемозговые симптомы	При поступлении	Перед выпиской
1	Рвота	66 (75,0%)	6 (6,8%)
2	Менингеальные симптомы	41 (46,6%)	7 (8,0%)
3	Эпилептические припадки	50 (56,8%)	1 (1,1%)

Таблица 4.

Выявляемость очаговых симптомов среди детей с НВМК при поступлении и перед выпиской

№	Очаговые симптомы	При поступлении	Перед выпиской
1	Гемипарез	40 (45,4%)	24 (27,2%)
а)	Левосторонний	18 (20,4%)	9 (10,2%)
б)	Правосторонний	22 (25,0%)	15 (17,0%)
2	Тетрапарез	7 (8,0%)	5 (5,7%)
3	Анизокория	22 (25,0%)	8 (9,1%)
а)	Слева	13 (14,8%)	3 (3,4%)
б)	Справа	9 (10,2%)	5 (5,7%)
4	Тотальная афазия	14 (16,0%)	1 (1,1%)

Среди больных с НВЧК очаговые симптомы представлялись геми- и тетрапарезами, анизокорией и тотальной афазией (табл. 4). Гемипарез (левосторонний-18, правосторонний-22) наблюдался при поступлении у 40 (45,4%), тетрапарез у 7 (8,0%) больных.

Перед выпиской из стационара эти показатели составили соответственно 27,2 и 5,7%. Анизокория при поступлении отмечалась у каждого четвертого (25,0%), а перед выпиской из стационара она выявлена только у 8 (9,1%) больных. Из числа очаговых симптомов тотальная афазия при поступлении определялась у 14 (16,0%), перед выпиской у 1 (1,14%) больных.

Оперативное лечение применялось 41 (46,6%) больным с тяжелыми общими состояниями, при значительных интракраниальных кровоизлияниях, протекающих с выраженными очаговыми неврологическими симптомами. В послеоперационном периоде у 36 (87,8%) больных отмечалось улучшение общего состояния на 2-3 сутки.

33 случаях применялось наложение фрезевого отверстия с удалением гематомы путем отсасывания, 6 больной прооперирован открытым способом, двум больным применялась пункционная аспирация,

Консервативное лечение применялось 47 (53,4%) больным при мелкоочаговых кровоизлияниях, незначительных неврологических дефицитах с нарушением сознания в виде оглушения и сопора.

Из 88 больных 51 больным (56,8%) произведена интубация трахеи и установления аппарата ИВЛ. Практически всем больным были назначены нейропротекторы, антибиотики с

учетом чувствительности, осмодиуретики, гемостатики, витамины, ферменты, кровозаменителей.

Выводы:

1. Нетравматические внутримозговые кровоизлияния у детей возникают при поздней гемолитической болезни новорожденных (61,4%), нетравматических кровоизлияниях не выясненной этиологии (26,1%). НВМК наиболее часто локализуются в субдуральном (47,7%), далее - в интрацеребральном (25,0%) и интравентрикулярном (4,5%) пространствах, в других случаях (22,75%) бывают смешенными.

2. Дети с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями часто поступают в тяжелом (38,6%), далее - в крайне тяжелом (33,0%) состоянии, в состоянии средней тяжести госпитализируются 28,4% детей. При поступлении в стационар у 27,3% больных отмечается ясное, у 22,7% - sopopозное сознание, глубокое оглушение отмечено у 20,5%, умеренное оглушение - 17,0%, у 9,1% - умеренное и у 3,4% - глубокое коматозное состояние.

3. Нетравматические внутримозговые кровоизлияния протекают общемозговыми и очаговыми симптомами. Среди общемозговых доминирует рвота (75,0%), за ней следуют эпилептические припадки и менингеальные симптомы (соответственно по 56,8 и 46,6%). Из числа очаговых симптомов чаще других наблюдается гемипарез (45,4%), за которым следуют: анизокория (25,0%), тотальная афазия (16,0%), и тетрапарез (8,0%).

4. Практически каждый второй больной (46,6%) с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями нуждается в хирургическом лечении, среди методов оперативного лечения ши-

роко применяется миниинвазивный (через фрезозное отверстие) способ удаления гематомы.

Литература:

1. Адильбеков Е. Б. Наружное дренирование желудочковой системы с использованием стрептокиназы, как метод хирургического лечения внутримозговых кровоизлияний нетравматического генеза, осложненной острой окклюзионной гидроцефалией // Журнал «Нейрохирургия и неврология Казахстана». – 2010. – №. 3 (20).
2. Иванова Н. Е., Панунцев В. С., Малыхина Л. В. Отдаленные результаты хирургического и консервативного лечения больных с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями // Украинський нейрохірургічний журнал. – 2007. – №. 3.
3. Курманбеков А.Е. Диагностика и лечение инсультов головного мозга у детей / А.Е. Курманбеков, С.Н. Балмуханова. – Алматы, Кафедра детской хирургии Казахского Национального Медицинского Университета, 2007.-39 с.
4. Лим В.И. Геморрагическая болезнь новорожденных: лекция / В.И. Лим, М.В. Лим. – Самарканд: СамМИ, 2014.
2. Лорина Л. Нетравматические внутримозговые гематомы / Л. Лорина. – Рязань, кафедра нервных болезней и нейрохирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, 2014.
3. Пирадов М.А. Геморрагический инсульт: новые подходы к диагностике и лечению: лекция / М.А. Пирадов. – М.: ГУ НИИ неврологии, 2010. – 3 с.
4. Потехина Е.С. Формы сосудистой патологии у детей. Острые нарушения мозгового кровообращения / Е.С. Потехина, Е.В. Михайлюк, М.Н. Зененко // Электронный научно-практический журнал «Молодежный научный вестник». – 2016.
5. Beslow LA, Licht DJ, Smith SE, Storm PB, Heuer GG, Zimmerman RA, Feiler AM, Kasner SE, Ichord RN, Jordan LC. Predictors of outcome in childhood intracerebral hemorrhage: a prospective consecutive cohort study. 2010 Feb;41(2):313-8. doi:10.1161/Strokeaha. 109.568071. Epub 2009 Dec 17.
6. Curtze S, Strbian D, Meretoja A, Putaala J, Eriksson H, Haapaniemi E, Mustanoja S, Sairanen T, Satopää J, Silvennoinen H, et al. Eur J Neurol. Higher baseline international normalized ratio value corre-

lates with higher mortality in intracerebral hemorrhage during warfarin use. 2014 Apr; 21(4):616-22. Epub 2014 Jan 21.

7. Moran L. M. et al. The UCLA study of predictors of cognitive functioning following moderate/severe pediatric traumatic brain injury // Journal of the International Neuropsychological Society. – 2016. – Т. 22. – №. 5. – С. 512-519.
8. Stephens J. et al. Subtle motor findings during recovery from pediatric traumatic brain injury: a preliminary report // Journal of motor behavior. – 2017. – Т. 49. – №. 1. – С. 20-26.
9. Teo KC, Mahboobani NR, Lee R, Siu CW, Cheung RT, Ho SL, Lau KK, Chan KH. Warfarin associated intracerebral hemorrhage in Hong Kong Chinese. 2014 Feb;36(2):143-9. doi: 10.1179/1743132813Y.00000000275. Epub 2013 Dec 6.
10. Thurman D. J. The epidemiology of traumatic brain injury in children and youths: a review of research since 1990 // Journal of child neurology. – 2016. – Т. 31. – №. 1. – С. 20-27.

К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ нетравматических внутримозговых кровоизлияний у детей

А.Ш. ШОДИЕВ, Ш.И. АБДУВАЛИЕВ,
З.С. ПАРДАЕВА, Д.М. РАВШАНОВ

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Изучены клинические особенности течения и лечения 88 больных детей с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями (НВМК). Основными причинами возникновения НВМК явились поздняя гемолитическая болезнь новорожденных (61,4%) и кровоизлияния не выясненной этиологии (26,1%). НВМК чаще располагались субдурально (47,7 %) и интрацеребрально (25,0%), дети с ними часто (38,6 %) поступают в стационар тяжелом, каждый третий (33,0%) в крайне тяжелом состоянии. Определение закономерностей клинического течения нетравматических внутримозговых кровоизлияний способствует к раннему выявлению болезни и проведению адекватного курса лечения.

Ключевые слова: нетравматические внутримозговые кровоизлияния, субдурально, интрацеребрально, интравентрикулярно, сопор, кома.