

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ЧЕЛЯБИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ
РАБОТА

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ
ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ

Выполнила: Бандурко Е. А.

Руководитель: Дайтхе Л.С.

Челябинск, 2019

Актуальность исследования

- Гидроцефалия является наиболее частым заболеванием нервной системы у детей. Актуальность проблемы объясняется распространенностью этого заболевания. По данным официальной статистики до 70% вновь рожденных детей страдают явной (гидроцефалия) или скрытой формой (гипертензионно-гидроцефальный синдром) данного заболевания.

Цель и задачи работы

- **Цель** – оценка результатов лечения гидроцефалии у детей в зависимости от методов лечения.

Задачи:

1. Составление анкеты для проведения исследования.
2. Непосредственное проведение самого исследования.
3. Подготовка практических рекомендаций по профилактике гидроцефалии у детей.

Объект и предмет работы

- **Объект исследования:** группа детей с диагнозом «гидроцефалия».
- **Предмет исследования:** результаты лечения гидроцефалии у детей.

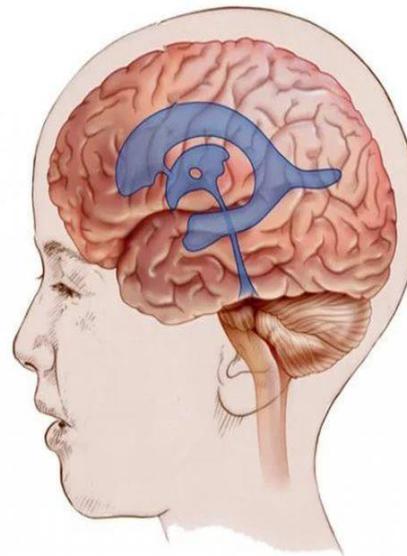
Методы исследования

Для достижения поставленной цели были использованы такие методы исследования, как:

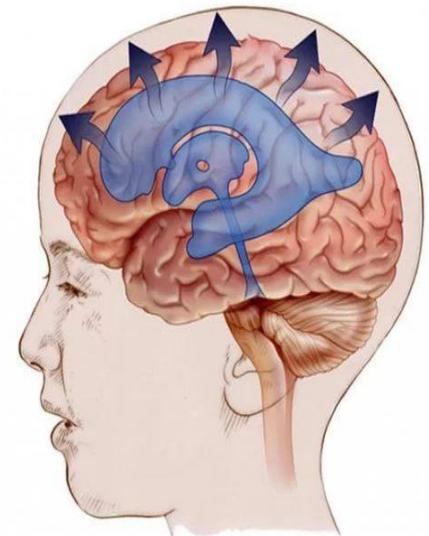
1. теоретический анализ медицинской литературы по данной теме
2. анамнестический анализ
3. клинический анализ
4. анкетирование

Определение

- Гидроцефалия – это патологическое состояние, возникшее в результате дисбаланса между выработкой и всасыванием цереброспинальной (ликворной) жидкости, омывающей мозг. Чрезмерная жидкость, скопившаяся в результате этого, начинает давить на структуры мозга и нервные окончания, вызывая тем самым расстройство мозговой деятельности.



норм
а



патологи
я

Выбор методов лечения

Причина	Форма	Методы лечения
Воспалительные заболевания, ЧМТ, кровоизлияние в желудочки	Приобретенная	Консервативная терапия: лечение основного заболевания, мочегонные препараты (фуросемид)
Наличие объемного процесса в ГМ	Врожденная	Хирургическое вмешательство: удаление опухолей, гематом, иссечение абсцессов.
Опухоль, спаечный процесс, кровоизлияние с формированием окклюзии	Окклюзионная	Хирургическое. При неэффективности – установка клапанной шунтирующей системы.

Выбор методов лечения

Причина	Форма	Методы лечения
Острая гидроцефалия	Окклюзионная	Проведение экстренной вентрикулярной пункции, хирургическое вмешательство в зависимости от причины.
Кровоизлияние в пути или полости ликворной системы без формирования окклюзии	Открытая	Консервативное: дегидратационная терапия, рассасывающие препараты, препараты улучшающие мозговое кровообращение
Дополнительные методы если остальные неэффективны		Шунтирующие операции: вентрикулоперитонеальное шунтирование, вентрикулоатриальное шунтирование эндоскопическая вентрикулоцистерностомия дна 3-го желудочка, наружное вентрикулярное дренирование и т.д.

Результаты исследования

- Всего обследовано 127 пациентов. Среди них здоровых детей было 77, т.е. 2/3 от всех осмотренных пациентов. Патологические изменения встречались в 50 случаях в виде:
 - 1. Гидроцефалии различных типов и стадий (за исключением смешанной гидроцефалии, которую мы вынесли в отдельную группу) - 20 пациентов.
 - 2. Смешанной гидроцефалии- 15 пациентов.
 - 3. Группы пациентов с клиническими неврологическими изменениями, характерными для перинатальной энцефалопатии, но не имеющих органических изменений на НСГ- 5 пациентов.
 - 4. Псевдокист сосудистых сплетений-4 пациента.
 - 7. Другой патологии (различная редкая аномалия головного мозга, синдром Денди- Уолкера, мальформации Киари, последствия внутриутробного менингоэнцефалита, внутричерепные кровоизлияния различного генеза, опухоли мозга и др.) –6 человек.

Структура заболеваемости

ВОЗРАСТ	МАЛЬЧИКИ	ДЕВОЧКИ	ВСЕГО
ДО 1 МЕС.	5 чел.	2 чел.	7 чел.
1-3 МЕС.	13 чел.	4 чел.	17 чел.
3-6 МЕС.	7 чел.	4 чел.	11 чел.
6-9 МЕС.	4 чел.	2 чел.	6 чел.
9-12 МЕС.	4 чел.	2 чел.	6 чел.
СТАРШЕ ГОДА.	2 чел.	1 чел.	3 чел.

Таблица 1. Из таблицы следует, что преобладали дети с 1-3 мес. и с 3-6 мес.

25% - нормализация размеров
желудочков
38,5 – уменьшение размеров
36,5 – размеры остались прежними

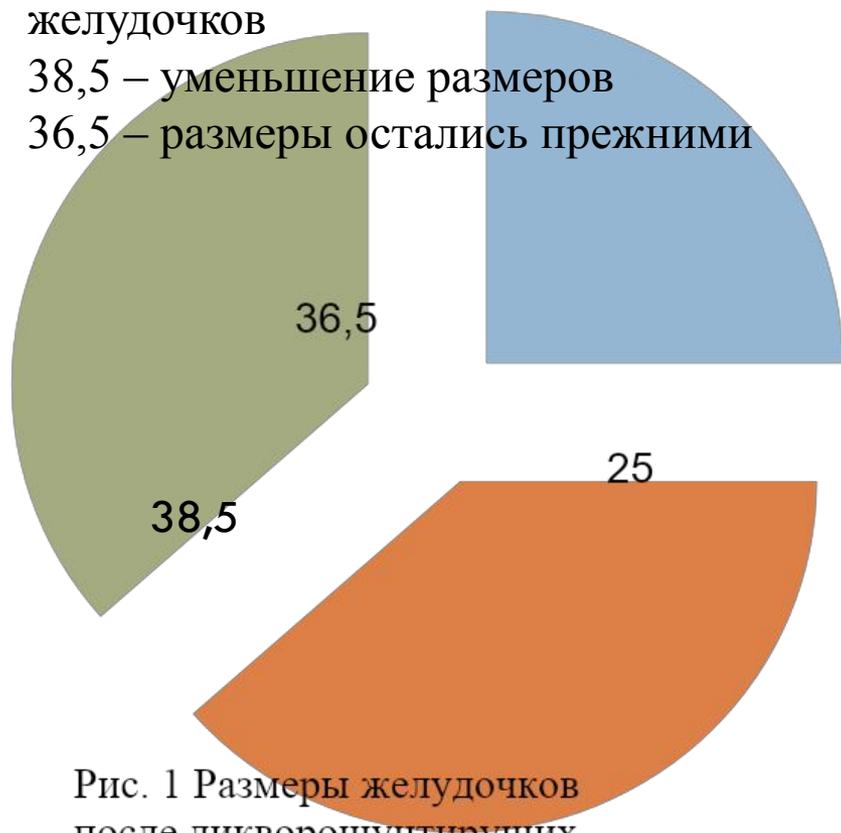


Рис. 1 Размеры желудочков после ликворошунтирующих операций

19% - хорошее качество жизни
30% - удовлетворительное
49% - плохое
2% - удовлетворительное

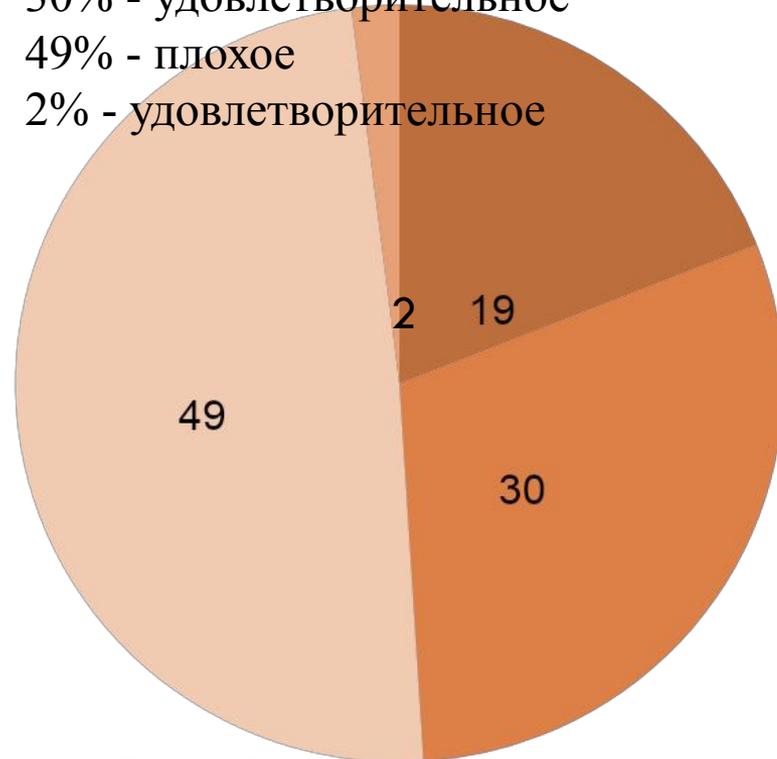


Рис. 2 Качество жизни после оперативного лечения

Своевременное лечение	50%
Отказ родителей от лечения	10%
Не обращение к врачу	20%
Поздно начатое лечение	20%

Таблица 2. Своевременность лечения

62,5 – нуждаются в повторной операции
37,5 – нет необходимости

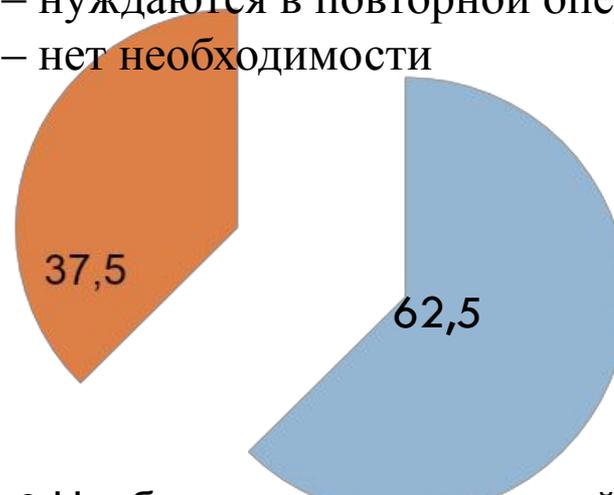
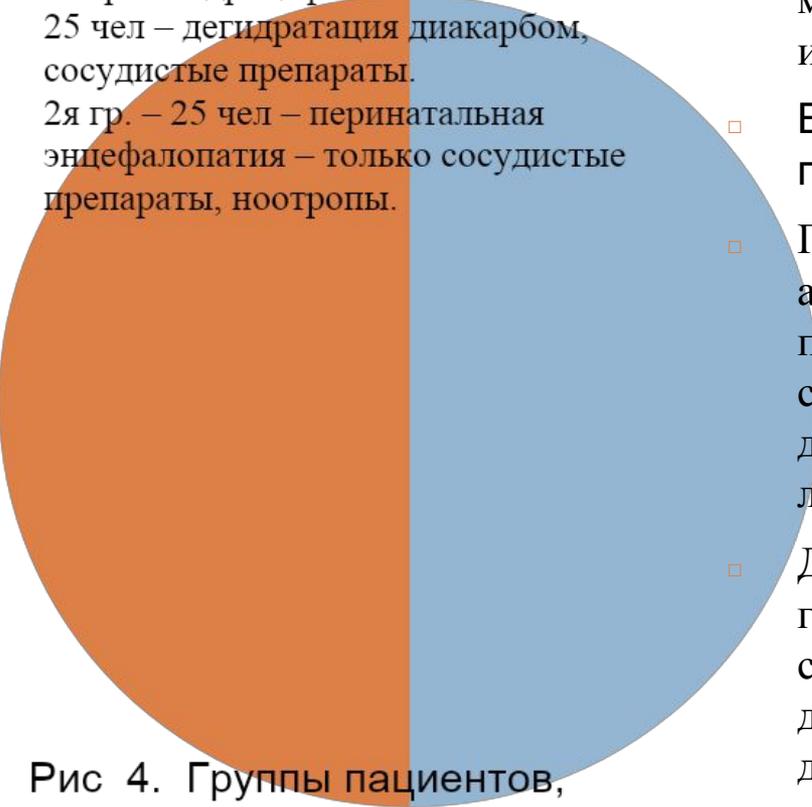


Рис. 3 Необходимость в повторной операции



1я гр. – гидроцефалия смешанного типа
25 чел – дегидратация диакарбом,
сосудистые препараты.
2я гр. – 25 чел – перинатальная
энцефалопатия – только сосудистые
препараты, ноотропы.

Рис 4. Группы пациентов,
получающих
консервативное лечение

- в двух группах, имеющих одинаковые изменения на НСТ, назначение диакарба в терапевтической дозе (10-25 мг/кг массы тела) существенную роль в регрессе эхо- изменений и улучшения неврологического статуса не сыграло.
- Всем детям с компенсированной формой гидроцефалии лечащими врачами назначен диакарб.
- При компенсированной форме гидроцефалии применение ацетазоламида обосновано. Это исключает вероятность прогрессирования компенсированной гидроцефалии до стадии декомпенсации, тем самым в большинстве случаев давая возможность пациенту избежать хирургического лечения.
- Динамическое наблюдение группы со смешанной формой гидроцефалии, при которой имеется расширение субарахноидального пространства и вентрикуломегалия, дало ясную оценку нецелесообразности применения дегидратационной терапии, в том числе диакарба при этом типе патологии ЦНС.

Анкетирование

Вы являетесь пациентом поликлиники и стоите на диспансерном учете?

Да 12 (22 %)
- Нет 38 (78 %)

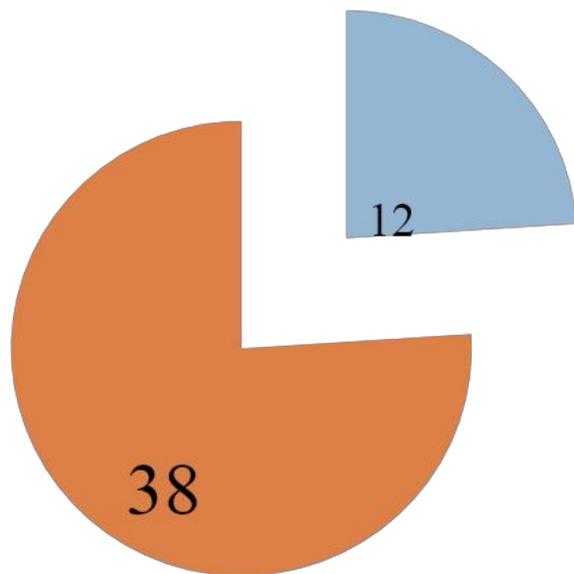


Рис.5 Диспансерный учет

Настоящее обращение к врачу является первичным или вторичным?

Впервые – 7 чел (14,2%)
Повторно – 43 чел (85,8%)

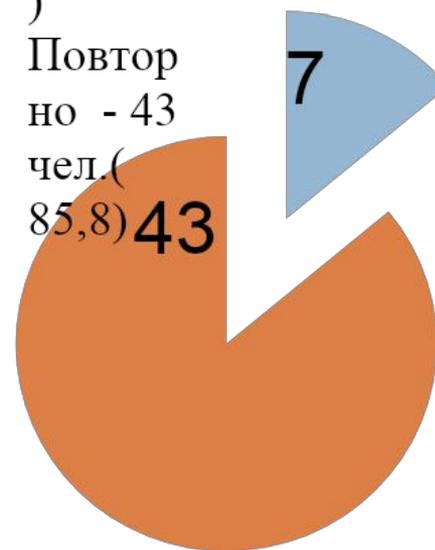


Рис.6 Распределение по обращаемости

В поликлинике 37 чел
(75,5%)
В стационаре 7 чел
(14,2 %)
Не обследовался 5 чел
(10,3%)

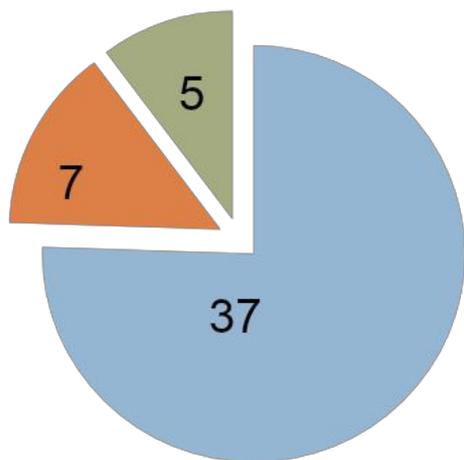


Рис.7
Где

Да 15 чел (30,7%)
Нет 34 чел (69,3%)

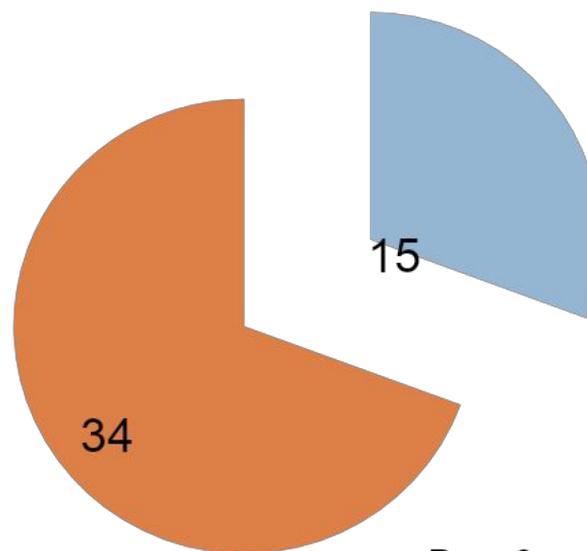


Рис. 8
Проводилось ли
УЗИ

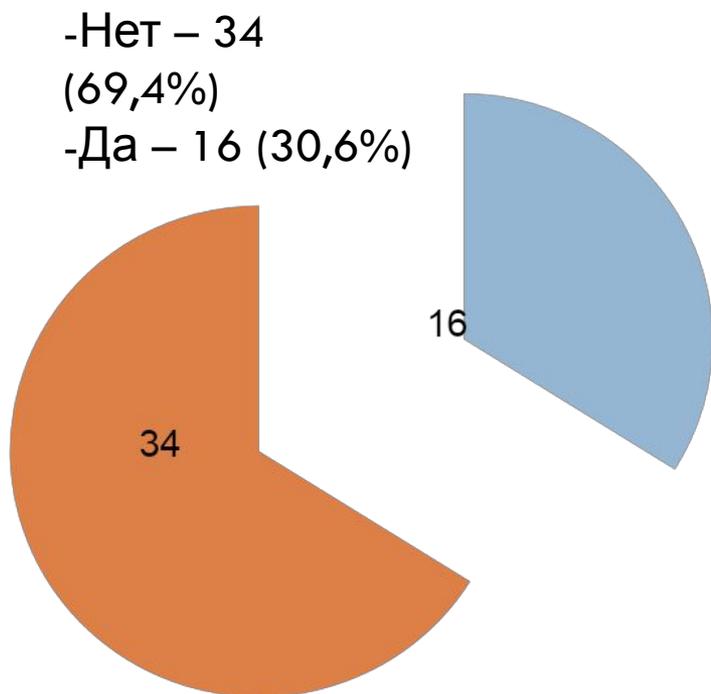


Рис.9
Проводилось
ли КТ?

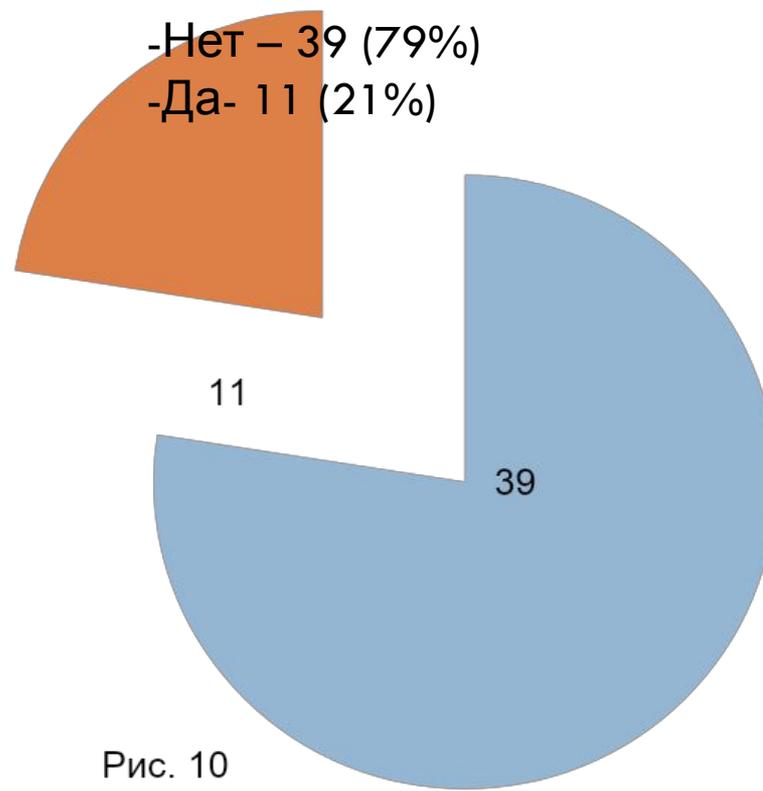


Рис. 10
Проводилось
ли МРТ?

Выводы

При анкетировании были получены следующие данные:

1. 11 чел. (22%) состоят на диспансерном учёте.

38 чел. (78 %) респондентов находились на приёме у врача по другой патологии.

2. Абсолютное большинство респондентов 67,3% (33 чел.) обратились к врачу по поводу частых головных болей, у 32,7%(16 чел.) респондентов боли возникают эпизодически.

3. Наследственную предрасположенность имеют 18,4% (9 чел.) респондентов.

4. В условиях поликлиники обследовались 75,5% (37 чел.) респондентов, в условиях стационара 14,2% (7 чел.) респондентов.

5. УЗИ было проведено 30,7% (15 чел.) респонденту.

6. Большинству опрошенных - 69,4% (34 чел.) не было проведено такого метода обследования как КТ.

7. Большинству детей респондентов 79% (39 чел.) было проведено такое исследование, как МРТ головного мозга.

8. Большинству респондентов 90,6% (45 чел.) в поликлинике проводились беседы по общим вопросам заболевания.

Да – 45 90,6%)

Нет – 5 (9,4%)

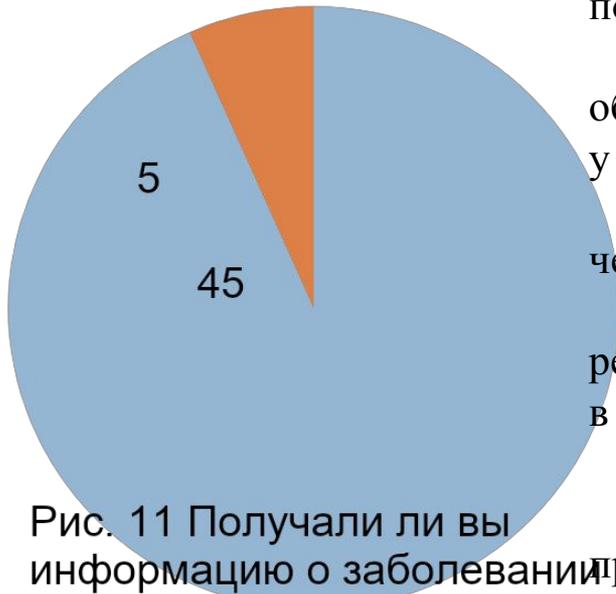


Рис. 11 Получали ли вы информацию о заболевании вашего ребенка в поликлинике?

Выводы

- Согласно статистике, интеллект примерно 50% детей, прошедших соответствующее лечение, в будущем развивается до уровня более 85%.
- 1. При остром возникновении внутричерепной гипертензии используют препараты, обладающие мочегонным действием. К ним относятся: фуросемид (внутримышечно) — иногда в сочетании с раствором сульфата магния, глицерол (pegos), маннитол (внутривенно капельно).
- При необходимости в длительном лечении гидроцефалии в первую очередь назначается ацетазоламид (Диакарб).
- 2. У больных с транзиторными формами окклюзии ликворопроводящих путей целесообразно применять вентрикулосубгалеальное дренирование до полной санации.
- 3. Участковым педиатрам и неврологам рекомендуется направлять всех детей первых 3-х месяцев жизни на нейросонографию для ранней диагностики врожденной патологии ЦНС.
- 4. При компенсированных формах гидроцефалии в комплексном лечении показано применение диакарба.
- 5. Прогрессирующие формы гидроцефалии (окклюзионные), как более серьезный вариант патологии, требуют своевременного нейрохирургического вмешательства (проведение шунтирующей операции).

Практические рекомендации

- 1. Исключить все внутриутробные инфекции и тщательно распланировать беременность с лечением всех существующих очагов воспаления в материнском организме.
- 2. Принять меры по профилактике родового травматизма и провести кесарево сечение при наличии узкого таза у матери, не дожидаясь естественного родоразрешения.

- Тактика родителей:
 - - при наличии общемозговой симптоматики (беспокойство, сонливость, срыгивание, рвота, головная боль, судорожные состояния, напряжение и выбухание родничка, усиление венозного рисунка мягких тканей головы, запрокидывание головы);
 - - при появлении вышеуказанной симптоматики на фоне фебрильной температуры и без нее;
 - - при появлении ликвора в области помпы, по ходу шунта, на передней брюшной стенке;
 - - при появлении признаков воспаления по ходу шунта – уплотнение, гиперемия;
 - - при залипанию или невозможности прокачать помпу;
 - Необходима экстренная консультация нейрохирурга.



Спасибо за внимание!