

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ — ПОСЛЕДСТВИЯ И ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ИХ ДИАГНОСТИКЕ, ПРОГНОЗУ И ЛЕЧЕНИЮ

Гузева Валентина Ивановна, Гузева Оксана Валентиновна, Гузева Виктория Валентиновна, Касумов Вугар Рауфович, Охрим Инна Владимировна, Ведерникова Виктория Александровна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д.2

E-mail:viktoryka@mail.ru

Ключевые слова: черепно-мозговая травма; дети; эпилепсия; судорожные приступы

Введение. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее распространенным повреждениям и составляет до 50% всех видов травм, на долю которых приходится около $\frac{2}{3}$ смертельных исходов.

ЧМТ является одной из ведущих причин временной утраты трудоспособности и инвалидизации населения. Во всех странах мира отмечается рост черепно-мозгового травматизма. Повсеместно изыскиваются меры профилактики, изучаются особенности клиники и разрабатываются различные методы диагностики и лечения повреждений черепа и головного мозга. Широкая распространенность и тяжесть последствий ЧМТ придают этой сложной мультидисциплинарной проблеме социальное значение.

Результаты. В структуре черепно-мозговой травмы значительный удельный вес занимает детский травматизм. С таким диагнозом в России ежегодно находятся в стационарах около 140–160 тысяч детей. Черепно-мозговые повреждения у детей являются одной из важных проблем детского возраста и занимают первое место среди травм, требующих госпитализации. Среди госпитализированных детей по поводу ЧМТ летальность колеблется от 0,35 до 38%, а половина выживших детей, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму, становятся инвалидами. Исходы лечения в значительной степени зависят от своевременности и качества оказания медицинской помощи

Клиническое течение черепно-мозговой травмы у детей, в отличие от взрослых, характеризуется рядом особенностей, в том числе развитием судорожного синдрома в остром периоде, эпилептиформных изменений на ЭЭГ и посттравматической эпилепсии

Эти особенности находят свое выражение в специфических для растущего организма реакциях, отражающих, с одной стороны, повышенную чувствительность, ранимость мозга ребенка, с другой — широкие компенсаторные возможности даже в условиях тяжелой черепно-мозговой травмы.

Обособленность центральной нервной системы от иммунной играет важную роль в развитии и течении травматической болезни головного мозга. Интерес к иммунопатологическим реакциям при ЧМТ определяется, в основном, двумя причинами. Во-первых, повреждение гематоэнцефалического барьера при тяжелых черепно-мозговых травмах приводит к иммунологическому конфликту, способному спровоцировать развитие аутоиммунных реакций и вторичное повреждение головного мозга. Во-вторых, травматическое повреждение головного мозга, как центрального органа иммунорегуляции, может привести к различным нарушениям в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета. В связи с успехами иммунологии в изучении биомаркеров повреждения головного мозга в настоящее время использование данных методик играет важную роль в прогнозировании течения и исходов ЧМТ. Именно поэтому особое внимание необходимо обращать на клинко-иммунологическую динамику при черепно-мозговой травме у детей.

После ЧМТ следует выделять следующие варианты судорожных синдромов: посттравматическая эпилепсия; судорожные синдромы с высоким риском развития посттравматической эпилепсии (единичные редкие судорожные синдромы в промежуточном или отдаленном пери-

одах травмы без изменений на ЭЭГ; впервые возникший судорожный приступ после ЧМТ с эпилептиформной активностью на ЭЭГ в любом периоде после травмы); судорожные синдромы с невысоким риском развития посттравматической эпилепсии (судорожный синдром острого периода без изменений на ЭЭГ; наличие пароксизмальной активности на ЭЭГ без приступов; наличие эпилепсии у родственников, без приступов и изменений на ЭЭГ у ребенка после ЧМТ).

У детей даже после ЧМТ легкой степени тяжести могут развиваться жизнеугрожающие последствия и разнообразная соматическая патология. Формирование последствий ЧМТ определяется характером, типом и степенью тяжести травмы, особенностями патогенеза, видом повреждения, клинической формой травматической болезни.

Дифференциальная диагностика судорожных синдромов после ЧМТ у детей осуществляется на основе анамнеза и комплексных данных обследования, включающих показатели ЭЭГ, МРТ, КТ, лабораторные данные. Для лечения и прогноза судорожных синдромов после ЧМТ у детей целесообразно выделять судорожный синдром острого периода, приступы без изменений на ЭЭГ, наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ без судорог, впервые возникающие однократные судороги с наличием эпилептиформной активности на ЭЭГ, наличие эпилепсии до травмы, развитие эпилепсии после травмы.

После ЧМТ не всегда наблюдается соответствие между состоянием больного в остром и отдаленном периодах. Частота и характер основных посттравматических неврологических осложнений в остром периоде определяются возрастом ребенка, характером травмы, преморбидным состоянием. К основным посттравматическим последствиям в остром периоде ЧМТ у детей относятся наличие общемозговой симптоматики, очаговых неврологических симптомов и судорожных синдромов, в отдаленном периоде — задержка психического развития, двигательные расстройства, нарушение сна, эпилепсия и другие.

Заключение. Таким образом, для диагностики, прогноза и назначения лечения последствий ЧМТ у детей необходима оценка комплексных данных, включающих дату травмы, ее вид и тяжесть, данные анамнеза, неврологического статуса, результаты инструментального обследования, наличие, вид и частоту судорожных приступов после травмы.

Целесообразно осуществлять дифференцированный подход к лечению, диспансеризации и прогнозу судорожных синдромов после ЧМТ, выделяя среди них, во-первых, эпилепсию, требующую длительную антиэпилептическую терапию, не менее 5 лет; во-вторых, судорожные синдромы с высоким риском развития посттравматической эпилепсии, при которых назначение АЭП решается индивидуально в процессе диспансеризации с длительностью не менее трех лет; в третьих, судорожные синдромы и изменения на ЭЭГ с невысоким риском развития посттравматической эпилепсии со сроком диспансеризации 2–3 года, не требующие назначения антиэпилептической терапии.