

Д.Е. Колтунов, В.А. Бельченко

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ СКАФОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМАЛЬНЫМИ КРАНИОСИНОСТОЗАМИ

Научно-практический центр медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы Департамента здравоохранения г. Москвы

Скафоцефалия – ладьевидная деформация костей черепа, возникающая вследствие синостоза сагиттального черепного шва. Пациенты при этой патологии имеют длинный и узкий череп: сужение наблюдается в теменных и височных областях, а передне-задний его размер характеризуется удлинением. Данная форма черепа является результатом компенсаторного роста костей свода черепа в коронарных, метопическом и лямбдовидных швах. Также наблюдаются выраженные лобные бугры (когда сращена передняя половина сагиттального шва) и затылочные выпячивания (когда сра-

щена задняя половина сагиттального шва). По нашим данным, основанным на наблюдении за 111 пациентами с синдромами Apert, Crouzon и Pfeiffer с 2006 по 2012 гг., синостоз сагиттального шва встречается примерно у 7% пациентов.

Нами предложена собственная методика хирургического лечения синостоза сагиттального шва у пациентов с синдромальными краниосиностозами. При подготовке к операции, помимо стандартного обследования и клинических исследований, проводили тщательное планирование вмешательства с использованием

данных 3D компьютерной томографии. Под эндотрахеальным наркозом пациентам одноэтапно проводили реконструкцию мозгового и лицевого черепа. В ходе операции в результате последовательных линейных краниоэктомий (парасагиттальной и в проекции коронарных и лямбдовидных швов) свод черепа разделяли на 4 фрагмента: лобный, затылочно-теменной и 2 височно-теменных фрагмента. Лобную кость вместе с верхнеглазничными краями резецировали и ремоделировали с помощью клиновидных остеотомий и щипцов Tessier. Височно-теменные фрагменты отделяли от твердой мозговой оболочки и от основания черепа. После придания височно-теменным фрагментам нормальной анатомической формы их фиксировали минипластинами к нижней части чешуи височных костей с некоторым разведением. Лобный и затылочно-теменной фрагменты свода черепа

наклоняли навстречу друг другу и фиксировали минипластинами в новом положении. Для придания височно-теменным фрагментам большей эластичности последние разделяли на несколько частей. В результате операций, проведенных по подобной методике, устраняли краниостеноз сагиттального шва, увеличивали поперечные размеры мозгового черепа, уменьшали высоту черепа и его переднезадний размер, свод черепа и лоб приобретали нормальную форму. Удаление металлоконструкций производили в среднем через 1 год в плановом порядке.

Всего нами были прооперированы 8 пациентов, получены хорошие отдаленные результаты. Данная методика позволяет не только дать возможность для нормального роста головного мозга, но и облегчает социальную адаптацию пациентов с синдромальными краниосиностозами.



РЕФЕРАТЫ

ТЯЖЕЛАЯ ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 3 МЕСЯЦЕВ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ PCV7

Применение шестивалентной конъюгированной пневмококковой вакцины (PCV7) изменило эпидемиологию тяжелой пневмококковой инфекции (ТПИ). Мы оценивали эти изменения на примере детей штата Юта в возрасте 1–90 дней, слишком маленьких, чтобы быть полностью иммунизированными.

Мы выделили детей <18 лет с подтвержденной лабораторно ТПИ, перенесенной в 1997–2010 гг. Анализировались демографические, клинические, серологические данные, определенные у детей в возрасте 1–90 дней. Довакцинальный период и период после начала вакцинации соответствовали 1997–2000 и 2000–2010 гг.

Из 513 детей с ТПИ 36 были в возрасте 1–90 дней и составили 7% от всех больных с ТПИ как в довакцинальный, так и в поствакцинальный период. В довакцинальный период частота ТПИ была 5 на 100 000 живорожденных детей и не изменилась в поствакцинальный период. Частота ТПИ, вызванной серотипом PCV7, снизилась на 74% (с 2,2 до 0,58 на 100 000), в то время как частота невакцино-

го серотипа ТПИ возросла на 57% (с 2,8 до 4,4 на 100 000). 16 детей (44%) были госпитализированы в отделение интенсивной терапии, 3 ребенка (8%) умерли. Доминирующими клиническими проявлениями ТПИ в до- и поствакцинальный период были соответственно бактериемия без очага (56%) и менингит (44%). После введения вакцинации самым частым серотипом пневмококка у детей раннего возраста был серотип 7F, ответственный более чем за 50% случаев менингита.

Частота ТПИ, вызванной серотипом PCV7 среди детей Юты возрастом 1–90 дней, снизилась после введения вакцинации PCV7, однако общая частота ТПИ осталась неизменной. После введения вакцинации в этой возрастной группе преобладал серотип пневмококка 7F, и он был ассоциирован с развитием менингита.

Olarte L, Ampofo K, Stockmann Ch, et al. Pediatrics. 2013; 132: 17–24.