



Республика Таджикистан
A61H 39/00

(19) **TJ** ⁽¹¹⁾ **1560**
(51) **МПК** : **A61B17/00**,

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 2401936

(22) 12.03.2024

(46) Бюл. 213, 2024

(71) Государственное медицинское учреждение
Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино

(72) Рахмонов Хуршед Джамshedович (TJ), Бердиев
Рустам Намозович (TJ), Коситов Диловар
Давронджонович (TJ), Рахмонов Умедджон
Хурshedович (TJ)

(73) Рахмонов Хурshed Джамshedович (TJ),
Бердиев Рустам Намозович (TJ), Коситов Диловар
Давронджонович (TJ), Рахмонов Умедджон
Хурshedович (TJ)

(54) **СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ
ФОРМЫ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ ГРУД-
НОГО ВОЗРАСТА**

(56)

1. Малоинвазивная техника эндоскопиче-
ской вентрикулоцистерностомии дна III желудочка
у детей с окклюзионной гидроцефалией. Суфианов
А.А., Суфианова Г.З., Якимов Ю.А., Рустамов
Р.Р., Суфианов Р.А. Вестник Авиценны.
2019;21(3):400-7. <https://www.vestnik-avicenna.tj/upload/global/pdf/2019/2019-3/400-407.pdf>.

2. Способ лечения врожденной гидроце-
фалии у детей. Патент KG 1101C1.

2

Изобретение относится к медицине, именно
для детской нейрохирургии, предназначено для
улучшения исходов лечения окклюзионной гидро-
цефалии у детей грудного возраста.

Цель работы. Улучшение результатов лече-
ния детей грудного возраста с окклюзионной фор-
мы гидроцефалии.

Способ осуществляется следующим обра-
зом: Больному с окклюзионной формы гидроцефа-
лии до года после проведение МРТ исследования и
определения уровня окклюзии разрезают мягкие
ткани, на кости черепа в области лобной кости об-
разуют круглое отверстие, в этом костном дефекте
вскрывают твердую мозговую оболочку,
выполняют заход в просвет бокового желудочка
мозга с помощью эндоскопа, выполняют заход в
передний рог правого желудочка с помощью тубу-
са, после осмотра с эндоскопа через отверстие
Монро заходят в третью желудочек. На преами-
ярных телах с помощью монокоагулянта
наложить стому и расширяют с баллоном катете-
ром Фогарти путем ведения физраствора в объем 2
мл. После расширения и наблюдения активного
оттока ликвора в субарахноидальных
пространства удаляют эндоскоп. На месте
входного места наложить кусочек Тахакомба, ра-
ны послойно зашиваются наглухо.

Изобретение относится к медицине, именно для детской нейрохирургии, предназначено для улучшения исходов лечения окклюзионной гидроцефалии у детей грудного возраста.

Из уровня техники существует способ малоинвазивной техника эндоскопической вентрикулостерностомии дна III желудочка у детей с окклюзионной гидроцефалией заключающееся в создание аtriцифального пути оттока ликвора. Оно проводится после наложения фрезевого отверстия на точке Кохера часто справа. После вхождения в правой боковой желудочек в преампулярных телах создается стома, где будет отток ликвора в базальных систерн и тем самым разрешается гидроцефалия [1].

Недостатком данного способа: указанный способ с применением вышеуказанного техники является неполноценным, так как его эффективность предназначено больше окклюзионной формы. А также этот способ применялся только детям старше двух лет.

Прототипом предлагаемого изобретения является «Способ лечения врожденной гидроцефалии у детей» заключающееся в том, что, в теменной области разрезают мягкие ткани, на кости черепа образуют круглое отверстие, соответствующее диаметру основания купола помпы. В этом костном дефекте вскрывают твердую мозговую оболочку, в просвет бокового желудочка мозга вводят вентрикулярный катетер, конец которого через ранее установленный переходник соединяют с входным отверстием помпы, помещаемой затем в отверстие кости.

Проводят горизонтальные разрезы на задней поверхности шеи, в подреберье и брюшине. По мягким тканям между ними проделывают тоннель. В тоннель проводят перитонеальный катетер, который одним концом подсоединяют к помпе. Затем осуществляют дополнительный вертикальный разрез кожи, подкожной клетчатки, мышц, брюшины и обнажают париетальную брюшину. В париетальной брюшине проделывают 3 прокола и в них продевают дистальный конец катетера, который через последний прокол вводят в боковой карман брюшной полости. Участок катетера, введенный в боковой карман брюшной полости, должен быть достаточной длины с учетом роста ребенка. Раны послойно зашиваются наглухо. [2].

Недостатком данного способа является в том, является паллиативным методом, используется инородное имплант шунт, часто оно выполняется у детей старшего возраста, часто сопровождается осложнением со стороны брюшного пространства.

Цель работы. Улучшение результатов лечения детей грудного возраста с окклюзионной формы гидроцефалии.

Способ осуществляется следующим образом: Больному с окклюзионной формы гидроцефалии до года после проведение МРТ исследования и определения уровня окклюзии разрезают мягкие ткани, на кости черепа в области лобной кости образуют круглое отверстие, в этом костном дефекте вскрывают твердую мозговую оболочку, выполняют заход в просвет бокового желудочка мозга с помощью

эндоскопа, выполняют заход в передний рог правого желудочка с помощью тубуса, после осмотра с эндоскопа через отверстие Монро заходят в третий желудочек. На преампулярных телах с помощью монокоагулянта наложить стому и расширяют с помощью баллоном катетером Фогартти путем введения физраствора в объем 2 мл. После расширения и наблюдения активного оттока ликвора в субарахноидальных пространствах удаляют эндоскоп. На месте входного места наложить кусочек Тахакомба, раны послойно зашиваются наглухо. Эффективность выбранного способа заключается в том, что путем применения эндоскопа с учетом возраста, тип гидроцефалии проводится малоинвазивная методика хирургического лечения окклюзионной гидроцефалии. При окклюзионной гидроцефалии у детей грудного возраста, так как до года у них еще открыт большой родничок часто проводится без наложения фрезевого отверстия путем пунктирования. Поэтому после проведение оперативного вмешательства пациенты выписывались на 3 сутки которое немалую роль играет в плане социально-экономического обеспечения.

Данный способ разработан и внедрен в практику детской нейрохирургии на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино при лечении 14 больных при котором после проведение этого способа у всех регрессировало симптоматика.

Пример: Больной С 1 месяцев поступил в детской нейрохирургической отделение Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» тяжелом состоянии. Со слов матери был поставлен диагноз гидроцефалии внутриутробно. После рождение наблюдался у детского невролога. Получил два курса консервативной терапии. Не зависимо от получения консервативной терапии до поступления у больного состояние ухудшилось и отмечалось постоянное плач, гипертонус конечности, напряженное большой родничок, относительное увеличение размер черепа. При поступлении состояние тяжелое. Пульс- 148 ударов/минут.

В неврологическом статусе: уровень сознания оценивалась умеренного оглушения. Фотореакция сохранена. При нанесении болевых раздражителей отмечается координированные движения с двух сторон. Гипертензионный и гидроцефальный синдром положителен. Череп гидроцефальный. Гипертонус конечностей. Симптом Грефе положителен. Менингеальная симптоматика в виде ригидности мышц затылка. Сухожильные рефлексы слева чуть высокие. На МРТ имеется окклюзионная прогрессирующая тривентрикулярная гидроцефалия вследствие идиопатического стеноза Сильвиего водопровода с перивентрикулярного отека. Смещение срединных структур головного мозга не отмечалось.

Учитывая вышеуказанных больному произведена, операция – эндоскопическая

вентрикулоцистерностомия дна третьего желудочка. Оно производилось с точки Кохера одной фрезевого отверстия с эндоскопического набора. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Рана зажила первичным натяжением. Больной выписан с улучшением на 3 сутки после операции. Гипертензионный синдром регрессировал.

Больная М 6 месяцев поступил в детской нейрохирургической отделение Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» в средней тяжести. Со слов матери начало болезнь было после перенесение тяжелой ОРВИ. После получил курс консервативной терапии. Не зависимо от получения консервативной терапии до поступления у больного состояние появились частые беспокойство, плач, умеренное напряженное большой родничок, относительное увеличение размер черепа. При поступлении состояние среднее тяжести. Пульс- 128 ударов/минут.

В неврологическом статусе: уровень сознания оценивалась ясное. Фотореакция сохранена. При нанесении болевых раздражителей отмечается координированные движения с двух сторон. Гипертензионный и гидроцефальный синдром положительны. Череп умеренное увеличен. Гипертонус конечностей. Симптом Греффе отрицателен. Менингеальная симптоматика отсутствует. Сухожильные рефлексы слева чуть высокие. На МРТ имеется открытая прогрессирующая тетравентрикулярная гидроцефалия вследствие перенесение инфекционного процесса. Смещение срединных структур головного мозга не отмечалось.

Учитывая вышеуказанных больному, было проведено консервативное терапия в виде препарат Диакарб 10мг\кг, антибиотикотерапия, иммуномодуляторы, дезинтоксикационная терапия. После недельного лечение у больного регрессировали симптомы гипертензии. Больная выписан с улучшением на 8 сутки после госпитализации.

Больной К 11 месяцев поступил в детской нейрохирургической отделение Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» тяжелом состоянии. Со слов матери был постановлен диагноз гидроцефалии после рождения. Наблюдался у детского невролога. Получил три курс консерва-

тивной терапии. Не зависимо от получения консервативной терапии до поступления у больного состояние ухудшилось и отмечалось увеличение размера черепа, гипертонус конечности, напряженное большой родничок, отставание в психомоторном развитие. При поступлении состояние тяжелое. Пульс- 136 ударов/минут.

В неврологическом статусе: уровень сознания оценивалась умеренного оглушения. Фотореакция снижено. Движение симметричные. Гипертензионный и гидроцефальный синдром положительны. Череп гидроцефальный. Гипертонус конечностей. Симптом Греффе положительны. Менингеальная симптоматика в виде ригидности мышц затылка. Сухожильные рефлексы слева чуть высокие. На МРТ имеется открытая прогрессирующая тетравентрикулярная гидроцефалия вследствие с перивентрикулярного отека. Смещение срединных структур головного мозга не отмечалось.

Учитывая вышеуказанных больному произведена, операция – вентрикуло-перитенеостомия с шунт Medtronic среднего давления. Оно производилось с точки Фрейзера с правой стороны в задней рог бокового желудочка. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Рана зажила первичным натяжением. Больной выписан с улучшением на 6 сутки после операции. Гипертензионный синдром регрессировал.

Преимуществом данного способа является:

1. Данный малоинвазивный, экономичный, требует мало затрат и времени оперативного вмешательства.

2. В отличие от других способов этот способ позволяет выбрать оптимальный вариант лечения больных с окклюзионной формы гидроцефалии у детей грудного возраста

Таким образом, учитывая причину возникновения гидроцефалии и на МРТ И КТ определение вид гидроцефалии можно определить тактику его лечение. При окклюзионных формах проведение эндоскопических вмешательство и при открытых формах проведение шунтирующие операции позволяет оптимизированно подходить к лечению окклюзионной гидроцефалии. Когда впервые установлено гидроцефалии можно лечить консервативно.

Способ лечения окклюзионной формы гидроцефалии у детей грудного возраста, включающий разрезание мягких тканей, образование круглого отверстия на кости черепа, вскрытия в этом костном дефекте твердую мозговую оболочку и послойного зашивания ран **отличающийся тем, что** вход в просвет бокового желудочка мозга осуществляют с помощью эндоскопа, выполняют вход в передний рог правого желудочка с помощью тубуса, **после осмотра с эндоскопа через отверстие Монро входят в третий**

желудочек, на мамеядрные тела с помощью моно-коагулянта накладывают стому и расширяют с помощью баллоного катетера Фогарти путем введения физраствора в объеме 2 мл, после расширения и наблюдения активного оттока ликвора в субарахноидальные пространства удаляют эндоскоп, далее на месте входного места накладывают кусочек Тахакомбы.

Компьютерный набор: Газиев М.Х.

Заказ	Тираж	Подписное
Национальный патентно-информационный центр РТ 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а		