

Краниосиностоз в практике участкового педиатра

Е.А. Курмаева, Г.А. Кулакова, Н.А. Соловьева

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

Craniosynostosis in the pediatric practice

E.A. Kurmaeva, G.A. Kulakova, N.A. Solovyeva

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

Авторы приводят собственные клинические наблюдения детей с несиндромальным краниосиностозом. Отмечают, что знание участковыми педиатрами данной патологии и внимательный осмотр костной системы в частности, черепа новорожденных, будет способствовать ранней диагностике краниосиностоза. Своевременное направление к генетику и нейрохирургу позволит провести раннюю коррекцию, что обеспечит профилактику нежелательных последствий краниосиностоза.

Ключевые слова: дети, ранний возраст, череп, краниосиностоз, диагностика, коррекция.

Для цитирования: Курмаева Е.А., Кулакова Г.А., Соловьева Н.А. Краниосиностоз в практике участкового педиатра. Рос вестн перинатол и педиатр 2019; 64:(2): 100–101. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2019-64-2-100-101>

The authors describe their own clinical observations of children with non-syndromic craniosynostosis. They note that knowledge of this pathology by local pediatricians and a comprehensive examination of the skeletal system, in particular, the skull of the newborn, contributes to the early diagnosis of craniosynostosis. Timely direction to genetic and neurosurgeon allows for early correction preventing undesirable effects of craniosynostosis.

Key words: children, early age, skull, craniosynostosis, diagnosis, correction.

For citation: Kurmaeva E.A., Kulakova G.A., Solovyeva N.A. Craniosynostosis in the pediatric practice. Ros Vestn Perinatol i Peditr 2019; 64:(2): 100–101 (in Russ). <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2019-64-2-100-101>

Краниосиностоз — заболевание, характеризующееся врожденным отсутствием швов черепа или ранним их закрытием. Частота развития несиндромального краниосиностоза составляет 1/1600–1/2500 новорожденных. Своевременно не диагностированный, а в связи с этим и не корригируемый синостоз в области швов черепа приводит к замедлению развития его костей, краниоцеребральной диспропорции, микроцефалии. При этом у детей выявляются периоды длительного беспокойства, плача, нарушение сна, отказ от пищи, тошнота, рвота, головные боли. У детей старшего возраста наблюдаются резкие перепады настроения, отставание в умственном и физическом развитии. Ранняя диагностика и коррекция краниосиностоза более чем актуальна, поскольку их отсутствие могут привести к инвалидизации ребенка.

Приводим два случая краниосиностоза из своей практики.

Клиническое наблюдение 1. Данияр С., 2 мес. Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности на 5-й нед.

© Коллектив авторов, 2019

Адрес для корреспонденции: Курмаева Елена Анатольевна — к.м.н., асс. кафедры госпитальной педиатрии Казанского государственного медицинского университета

e-mail: Kurmaelena@rambler.ru

Кулакова Галина Александровна — к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Казанского государственного медицинского университета

Соловьева Наиля Анасовна — к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Казанского государственного медицинского университета

420012 Казань, ул. Бутлерова, д. 49

Роды срочные, родоразрешение оперативное в связи с узким тазом у матери. Масса при рождении 4100 г, рост 56 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. В родильном доме вакцинирован против туберкулеза и гепатита В. Выписан домой по состоянию матери на 6-е сутки. Наследственность не отягощена. Находился на исключительно грудном вскармливании, отмечалась хорошая прибавка массы тела.

С рождения наблюдалась деформация черепа, которую участковый педиатр объяснял как результат внутриутробного сдавления. Однако маму это волновало и она обратилась за медицинской помощью.

В момент осмотра кожа и слизистые оболочки чистые, физиологической окраски, обращают внимание бипариетальное сужение, проминирующее выбухание лобных и теменных костей; передний родничок закрыт, в проекции сагиттального и лямбдовидных швов — костные гребни. Психомоторное развитие: четкий ритм сна и бодрствования, улыбка при общении со взрослым, интонационно выразительный крик, начальное гуление. Удерживает голову лежа на животе, в вертикальном положении — постоянно. Следит за движущейся в горизонтальном положении игрушкой, имеется слуховое сосредоточение. Патологии внутренних органов не выявлено. Направлен на консультацию генетика и нейрохирурга.

Заключение генетика: сагиттальный синостоз несиндромальный.

Осмотрен нейрохирургом, рекомендовано проведение компьютерной томографии (КТ) черепа, функциональной ультразвуковой (УЗ) венографии.

Результат КТ черепа: преждевременное закрытие сагиттального шва с деформацией черепа по типу скафоцефалии. При нативном исследовании очаговых изменений в веществе ствола, мозжечка и головных полушарий не выявлено. По данным функциональной УЗ-венографии: увеличение упругости и скорости венозного кровотока. Заключение: частичный краниосиностоз. Сагиттальный синостоз. Скафоцефалия.

Проведена операция реконструкции костей свода черепа с эндоскопической ассистенцией. Операция прошла успешно. После хирургического вмешательства деформация головы уменьшилась. На 1-м году жизни нервно-психическое и физическое развитие ребенка соответствовало возрасту. В возрасте 1 года масса тела 11 кг, рост 78 см, окружность головы 47 см; ходит самостоятельно, произносит отдельные слова. В настоящее время растет творческим ребенком, посещает школу изобразительного искусства, любит рисовать.

Клиническое наблюдение 2. Булат Ф., 3 мес. Родители обратились с жалобами на сохраняющуюся после родов деформацию черепа, со слов мамы она стала даже более выраженной. Свои сомнения о форме черепа ребенка мать высказывала участковому педиатру, но ее успокаивали, объясняя, что форма черепа выправится. Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре. Роды срочные, естественным путем. Масса при рождении 3900 г, рост 55 см, окружность головы 35 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен после рождения, вакцинирован против туберкулеза и гепатита В. Выписан из родильного

Поступила: 18.01.19

Конфликт интересов:

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

дома на 4-е сутки. Наследственный и аллергологический анамнезы неотягощены. Голову держит с 2 мес, в 3 мес переворачивается с небольшой помощью.

При осмотре обращает внимание деформация головы — череп удлинённой неправильной формы, имеются вдавленность висков, нависание лобной зоны, чрезмерно большой затылок, некоторое увеличение глазницы, наличие бугристых выступов вдоль сагиттального шва; большой родничок закрыт. Предположен краниосиностоз, и ребенок направлен на консультацию к генетику и нейрохирургу.

Заключение генетика: сагиттальный синостоз несиндромальный. По данным УЗ-венографии — выраженное увеличение упругости и скорости венозного кровотока. Проведена КТ черепа: синостоз сагиттального шва, скафоцефалия. Окончательный диагноз: частичный краниосиностоз. Сагиттальный синостоз. Скафоцефалия.

Для устранения деформации костей черепа путем удаления преждевременно заросшего шва успешно проведена эндоскопическая краниопластика. Послеоперационный период протекал без осложнений. В последующие периоды наблюдения физическое, нервно-психическое развитие соответствовали возрасту.

Таким образом, своевременное выявление краниосиностоза у младенцев участковым педиатром с последующим обследованием у генетика и нейрохирурга с проведением корректирующего оперативного вмешательства будет способствовать предупреждению нежелательных последствий краниосиностоза и обеспечит ребенку гармоничное развитие во все возрастные периоды.

Received on: 2019.01.18

Conflict of interest:

The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.