

Обзор современных аспектов проблем врождённых аномалий ЦНС у детей

Саидов Комрон Жуманазарович

*Ассистент кафедры нейрохирургии Самаркандского Государственного
медицинского Университета*

Аннотация: В последние годы наблюдается рост врождённых аномалий ЦНС у детей, приводящие к инвалидности и снижению функции. Возрастающее с каждым годом число детей с нарушениями ЦНС, часто имеющими свои корни в детском возрасте, заставляет комплексно подходить к решению сложившейся проблемы.

Ключевые слова: врождённые аномалии ЦНС, менингоцеле, пороки развития.

Введение. Последние годы ознаменовались небывалым прогрессом в медицине, тем не менее вызывает беспокойство некоторая асимметрия в развитии этого процесса. С одной стороны, это восхищение многочисленными и разнообразными достижениями биотехнологии, а с другой — все более заметное отставание в тех областях, которые, по сути, являются приоритетными с позиций и биологии, и социологии, и даже философии. Речь идет о заболеваниях репродуктивной системы, большинство из которых ограничивают выполнение основной видовой миссии человека — фертильности. В основе нарушения репродуктивной системы лежат разнообразные обстоятельства. Однако центральное место отводят медико-биологическим факторам, в частности бесплодию, одной из причин которого являются приобретенные, а чаще врожденно-наследственные уроандрологических патологий. Иначе говоря, корни многих форм нарушения репродукции кроются в детском возрасте.

В последние годы наблюдается рост врожденной и приобретенной уроандрологических патологий у детей, приводящие к инвалидности и снижению репродуктивной функции [1].

Возрастающее с каждым годом число мужчин с нарушениями фертильности, часто имеющими свои корни в детском возрасте, заставляет комплексно подходить к решению сложившейся проблемы.

Среди наиболее часто встречающейся патологии ведущее место занимают варикоцеле, фимоз, крипторхизм и гидроцеле [2].

Менингоцеле - одно из андрологических заболеваний, которое прямо ограничивает способность к детопроизводству в будущем. Суть болезни состоит в том, что по ряду анатомических причин в области вен, "обслуживающих яичко", возникает застой, кровь плохо эвакуируется от половой железы и в ней возникают явления нехватки кислорода – гипоксия. Яичко прекращает своё развитие,

нарушается развитие половых клеток – сперматозоидов. По данным некоторых авторов менингоцеле обнаруживают у 29% бесплодных мужчин [3, 4, 7].

По данным J.T. Casey и соавт. у лиц старше 15 лет заболеваемость менингоцеле составила 15%. Отмечено, что негативные эффекты менингоцеле являются долгосрочными и прогрессирующими: уменьшается количество сперматозоидов, их подвижность и морфология, что может стать причиной развития бесплодия в последующие годы [8].

Т.М. Чиркина и соавт. проанализировали частоту встречаемости менингоцеле среди пациентов различных возрастных категорий подростков: 10-11, 12-14 и 15-17 лет. Наиболее часто патологический процесс был диагностирован у пациентов старше 15 лет [9]. Это может быть обусловлено тем, что в период полового созревания происходит ряд гормональных изменений, влекущих за собой чрезмерную нагрузку на вены гроздьевидного сплетения. Основным механизмом влияния менингоцеле на эндокринную функцию и сперматогенез наиболее часто связан с повышением температуры в мошонке [5, 6].

Фимоз – состояние кожи крайней плоти, которое ни при каких условиях не позволяет оголить головку полового члена. Фимоз формируется за счёт появления рубцовой ткани в области кожицы крайней плоти, которая уже никогда и никак не может быть растянута. Часто фимоз возникает по причине того, что в раннем детском возрасте не был обеспечен надлежащий гигиенический уход за крайней плотью. Иногда он возникает, как следствие хронического воспаления крайней плоти и головки полового члена [1, 11, 12].

По данным Кацава Н., статистика современной распространенности фимоза следующая: в возрасте до 6 месяцев фимоз выявляется у 84,3% детей, в 2 года – у 40%, а в 11–15 лет – 8,6% [10].

Крипторхизм – аномалия положения яичка, вследствие нарушения его миграции во внутриутробном периоде из брюшной полости в мошонку. На сегодняшний день патогенетические механизмы крипторхизма окончательно не установлены. В процессе опущения гонад от места первичной закладки в поясничной области через переднюю брюшную стенку в мошонку принимают участие различные анатомические и гормональные факторы и нарушение любого этапа может привести к задержке опускания яичек [13]. Крипторхизм и бесплодие оказываются связаны, так как в процессе своего развития яичко не получает необходимых потенций для закладки нормального канальцевого аппарата.

Крипторхизм может быть диагностирован в любом возрасте, частота заболевания составляет до 10-20% у новорожденных (до 30% – у недоношенных

новорожденных), до 3% – у годовалых детей, 1% – в пубертатном периоде и 0,3% – у взрослых мужчин [14, 15, 21, 22].

Принимая во внимание высокую распространенность заболевания и выраженные отрицательные отдаленные последствия, крипторхизм рассматривают как социально значимое заболевание, оказывающее существенное влияние, как на здоровье отдельного человека, так и на демографическую ситуацию в целом.

Гидроцеле или водянка оболочек яичка - скопление серозной жидкости во влагалищной полости оболочек яичка, между двумя листками собственной оболочки. В патогенезе развития водянки имеют значение наличие сообщения с брюшной полостью, нарушение абсорбции жидкости стенками влагалищного отростка брюшины и несовершенство лимфатического аппарата паховой области. По мере роста ребенка возможно уменьшение и исчезновение водянки. У детей старшего возраста причинами возникновения гидроцеле и фуникулоцеле являются травма, воспаление, ятрогенные нарушения лимфатического аппарата яичка и его оболочек вследствие перенесших оперативных вмешательств по поводу менингоцеле, новообразований и др. [16, 17, 23, 24]

Гидроцеле встречается от 1,5 до 3,9 % случаев как у мальчиков, так и у мужчин всех возрастов. Проблема гидроцеле весьма актуальна в современном мире, что обусловлено широкой распространенностью данного заболевания и отсутствием единого мнения в отношении выбора метода лечения [18, 25, 26].

Также, к одним из самых распространенных уроandroлогических патологий детского возраста относят **синдром отечной мошонки**. В этиопатогенезе синдрома отечной мошонки важную роль играют морфофункциональная незрелость репродуктивного аппарата и диспропорция темпа его роста [1, 19, 27, 28].

До конца 70-х годов 20-го столетия данную патологию лечили консервативно, при этом ребенку ставили диагноз «острый орхит». Лечение заключалось в антибактериальной, антигистаминной терапии, новокаиновых блокадах семенного канатика, физиотерапевтическом воздействии, суспензории с мазевыми повязками. Выше описанное лечение приводило к стиханию воспалительных явлений, восстановлению нормальных размеров яичка. Но изучение отдаленных результатов лечения выявило развитие атрофии пораженного яичка в 57-74% наблюдений. Причинами поражения яичка при данной патологии являются повреждения подвесок, ущемление, заворот, травма яичка, требующие хирургического вмешательства [19, 20, 29].

Несмотря на реализацию в последние годы программ в сфере здравоохранения, проблема недостатка в оказании врождённых аномалий ЦНС помощи детскому населению сохраняет свою актуальность.

Список литературы

1. Hong S. T. et al. Infection status of hydatid cysts in humans and sheep in Uzbekistan //The Korean Journal of Parasitology. – 2013. – Т. 51. – №. 3. – С. 383.
2. Кадыров Р. и др. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 47-49.
3. Сенцова Т. Б. и др. Микрофлора кишечника и состояние противоинфекционного иммунитета у детей с хроническим обструктивным пиелонефритом //Педиатрия. Журнал им. ГН Сперанского. – 1994. – Т. 73. – №. 2. – С. 39-43.
4. Гостищев В. К. и др. Гомеопатия в лечении эхинококкоза печени, осложненного пециломикозом и хронической обструктивной болезнью легких //Традиционная медицина. – 2014. – №. 2 (37) 2014. – С. 18-27.
5. Стреляева А. В. и др. Лечение эхинококкоза легких, осложненного пециломикозом, у взрослых больных //Хирургическая практика. – 2014. – №. 1. – С. 43-50.
6. Ахмедов Ю. М., Курбанов Д. Д., Мавлянов Ф. Ш. Прогноз исхода врожденного гидронефроза у детей //Педиатрическая фармакология. – 2011. – Т. 8. – №. 1. – С. 108-111.
7. Ахмедов Ю. М. и др. Рентгенопланиметрические методы диагностики обструктивных уropатий у детей //Саратовский научно-медицинский журнал. – 2007. – Т. 3. – №. 2. – С. 66.
8. Кадыров Р. и др. Эндоскопические методы гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 4 (97). – С. 44-47.
9. Ахмедов Ю., Кадыров Р. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал вестник врача. – 2017. – Т. 1. – №. 1. – С. 11-14.
10. Стреляева А. В. и др. Лечение эхинококкоза печени взрослых больных, осложненного пециломикозом и ХОБЛ //Хирургическая практика. – 2014. – №. 1. – С. 37-42.
11. Шарков С. М., Ахмедов Ю. М. Сочетанное нарушение уродинамики верхних мочевыводящих путей у детей //Детская хирургия. – 1999. – №. 3. – С. 7-10.
12. Shakirov B. M. et al. Suicidal burns in Samarkand burn centers and their consequences //Annals of burns and fire disasters. – 2013. – Т. 26. – №. 4. – С. 217.

13. Shakirov V. M. et al. SUICIDAL BURNS IN SAMARKAND BURN CENTERS AND THEIR CONSEQUENCES.
14. Хайитов У., Ахмедов Ю., Бегнаева М. Клинико-рентгенологическая картина септической пневмонии у детей //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3.2. – С. 35-36.
15. Яцык П. К. и др. Функциональное состояние фагоцитарной активности нейтрофилов и характер бактериурии у детей с хроническим обструктивным пиелонефритом //Урол. и нефрол. – 1986. – Т. 5. – С. 24.
16. Стреляева, А. В., Сапожников, С. А., Чебышев, Н. В., Эгамбердыев, Б. Н., Садыков, Р. В., & Ахмедов, Ю. М. & Шамсиев, АМ (2014). *Лечение эхинококкоза легких, осложненного пециломикозом, у взрослых больных. Хирургическая практика, (1), 4350.*
17. Стреляева, А. В., Сагиева, А. Т., Абдиев, Ф. Т., Садыков, Р. В., Садыков, В. М., Габченко, А. К., ... & Закирова, Ф. И. (2012). Поражение сердца при эхинококкозе печени у взрослых больных. *Медицинская паразитология и паразитарные болезни, (4), 40-42.*
18. Ишкабулов, Д. У., Ахмедов, Ю. М., Ишкабулова, Г., & Эргашев, А. (2008). Хроническая почечная недостаточность у детей: современные методы оценки течения, лечения и прогноза хронических заболеваний почек в стадии почечной недостаточности. *Вестник врача, 1, 73-83.*
19. Akhmedov I. Y. et al. IS THE MEGAURETER THE PROBLEM OF YESTERDAY, TODAY OR TOMORROW? //European journal of molecular medicine. – 2021. – Т. 1. – №. 1.
20. Мавлянов Ш. Х. и др. Наша тактика в лечении ущемленных паховых грыж у детей //Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2020. – Т. 10. – №. 5. – С. 99-99.
21. Стреляева, А. В., Гаспарян, Э. Р., Сагиева, А. Т., Курилов, Д. В., Щеглова, Т. А., Зуев, С. С., ... & Ахмедов, Ю. М. (2011). Гомеопатические препараты в лечении преэклампсии, осложненной пециломикозом. *Традиционная медицина, (4 (27) 2011), 23-28.*
22. Ибрагимов, Э. К., Ахмедов, И. Ю., Мирмадиев, М. Ш., & Ахмедов, Ю. М. (2022). хирургическая коррекция кист холедоха в детском возрасте. *FORCIPE, 5(S1), 83-83.*
23. Ахмедов Ю. М. и др. Особенности патологического протеолиза в развитии ожоговой пневмонии у детей //IV съезд комбустиологов России: сб. науч. трудов. М. – 2013. – С. 44-45.
24. Шарков, С. М., Яцык, С. П., Фомин, Д. К., & Ахмедов, Ю. М. (2012). Обструкция верхних мочевых путей у детей. Союз педиатров России, Научный центр здоровья детей. *Москва.*
25. Ишкабулов Д. И., Ахмедов Ю. М. Наследственные заболевания почек //Нефро-урология у детей. – 2008. – С. 205-207.

26. Akhmedov Y. M. et al. X-ray planimetric methods for the diagnosis of obstructive uropathy in children //Saratov Journal of Medical Scientific Research. – 2007.
27. Ахмедов Ю. М., Сабиров Б. У., Мамышева Н. О. Местная тканевая реакция со стороны организма-носителя в зависимости от наличия патогенной микрофлоры в эхинококковых кистах //IBN SINO-AVICENNA. – 2005. – №. 1-2. – С. 13.
28. Яцык П. К., Ахметов Ю. М. Микрофлора мочи у детей с хроническим обструктивным пиелонефритом Ю. м. Ахмедов, ЛК Катосова //депонированная рукопись. – 1991. – С. 24.
29. Ахтамов М. А., Рахимов А. У., Ахмедов Ю. М. Применение продигиозана при хроническом гематогенном остеомиелите у детей //Хирургия. – 1985. – №. 7. – С. 92.

ИКСОС.РУ