Гидроцефалия младшего детского возраста

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 20.11.2026 · МКБ-10: P91.7 · Ассоциация нейрохирургов России

Гидроцефалия младшего детского возраста — приобретенная гидроцефалия новорожденных, чаще постгеморрагическая после внутрижелудочкового кровоизлияния, особенно у недоношенных. Рекомендация посвящена раннему выявлению прогрессирования вентрикуломегалии, временной декомпрессии и переходу к постоянному шунтированию.

Главное

- Основной клинический маркер прогрессирования у новорожденных и грудных детей — патологически быстрый рост окружности головы с пересечением центильных коридоров вверх; также настораживают выбухание и напряжение большого родничка, расхождение швов, симптом «заходящего солнца», обильные срыгивания «фонтаном», судороги, вялость.
- Постгеморрагическая вентрикуломегалия развивается примерно у 35% детей после ВЖК; риск выше при тяжелых формах кровоизлияния.
- Первичный осмотр нейрохирурга нужен при признаках внутричерепной гипертензии, прогрессирующем увеличении боковых желудочков более 97-го центиля для гестационного возраста и/или опережающем росте окружности головы (УУР С, УДД 4).
- У недоношенных с ВЖК III степени и гидроцефалией временное дренирование начинают рано: оптимально при вентрикулярном индексе выше 97-го центиля, но до превышения порога «97-й центиль + 4 мм»; экспертный консенсус также указывает на ВИ >0,45 при быстром нарастании симптомов.
- Нормотензивная форма, связанная с перинатальным ишемически-гипоксическим поражением мозга, не требует хирургического лечения.
- После лечения необходимо пожизненное динамическое наблюдение мультидисциплинарной командой; в первый год после операции осмотры проводят каждые 3 месяца, затем каждые 6 месяцев и ежегодно.
- Реабилитацию детей с ВЖК и высоким риском ДЦП начинают как можно раньше; особенно эффективен старт до 6 месяцев жизни (УУР С, УДД 4).

Диагностика

1. Собрать анамнез матери, беременности, родов и жизни ребенка, уделив внимание факторам риска ВЖК; ребенку с ВЖК провести осмотр невролога (УУР С, УДД 4).
2. Измерить окружность головы сантиметровой лентой по затылочному бугру и надбровным дугам в динамике; оценить роднички, швы, неврологический статус и психомоторное развитие (УУР С, УДД 4–5).
3. Выполнить развернутый общий анализ крови для выявления анемии и тромбоцитопении, а также коагулограмму: фибриноген, протромбиновое время, АЧТВ и МНО; коагулограмма нужна также для оценки возможности нейрохирургического вмешательства (УУР С, УДД 4; УУР В, УДД 3).
4. Провести нейросонографию для выявления ВЖК, паренхиматозного кровоизлияния и расширения желудочков (УУР В, УДД 2). У недоношенных с гестационным возрастом 32 недели и менее или массой менее 1500 г плановую НСГ выполняют на 1–2, 3–4 и 7 сутки жизни, далее — по показаниям.
5. Оценить вентрикулярный индекс и ширину переднего рога: расширение боковых желудочков соответствует ВИ выше 97-го процентиля, а ширина переднего рога 6 мм и более расценивается как вентрикуломегалия.
6. При ВЖК 3–4 степени выполнить МРТ для уточнения объема поражения и планирования операции (УУР С, УДД 4); КТ использовать при невозможности МРТ или в экстренной ситуации для быстрой оценки желудочков и кровоизлияния (УУР В, УДД 2).
7. При постгеморрагической гидроцефалии вентрикулярная пункция позволяет измерить ликворное давление, цитоз и белок, а также исключить нейроинфекцию (УУР С, УДД 3).

Лечение

- При расширении желудочков у новорожденного с ВЖК показано нейрохирургическое вмешательство; цель — нормализовать ликвородинамику и удалить кровь с продуктами распада (УУР С, УДД 4).

- Для временного купирования внутричерепной гипертензии применяют вентрикулярный резервуар, наружный вентрикулярный или вентрикулосубгалеальный дренаж, а также нейроэндоскопический лаваж (УУР С, УДД 4).
- Нейроэндоскопический лаваж механически удаляет сгустки и токсичные продукты распада и связан со снижением частоты последующего шунтирования; в публикациях частота шунтирования после него близка к 55–58%.
- Серийные люмбальные пункции не используют для профилактики прогрессирования гидроцефалии или снижения потребности в шунте (УУР В, УДД 2); допустима только экстренная пункция у очень нестабильного ребенка для временного снижения внутричерепного давления.
- Внутрижелудочковые тромболитики, включая алтеплазу и стрептокиназу, не применяют для уменьшения потребности в шунтировании (УУР А, УДД 2). Ацетазоламид и фуросемид также не используют рутинно с этой целью (УУР А, УДД 2).
- Постоянное шунтирование показано при сохраняющейся гидроцефалии и неэффективности временного дренирования, особенно при прогрессировании желудочков, симптомов внутричерепной гипертензии или избыточном росте окружности головы (УУР В, УДД 2). Основной вариант — вентрикулоперитонеостомия (УУР В, УДД 3).
- Постоянный шунт устанавливают после достижения массы тела более 1500–2000 г, полной санации ликвора, компенсации сопутствующей соматической патологии и отсутствия инфекции; нужны нормальные показатели системного воспаления и стабильное соматическое состояние без активной респираторной поддержки (УУР С, УДД 4).
- Эндоскопическая тривентрикулостомия у недоношенных с постгеморрагической гидроцефалией не рекомендуется из-за недостатка доказательств эффективности (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- При нарастании размеров боковых желудочков у ребенка с ВЖК нужен первичный или повторный осмотр нейрохирурга для определения показаний к вмешательству (УУР С, УДД 4).
- Помощь следует организовать в медицинской организации 2-го или 3-А уровня с реанимацией, НСГ, МРТ и консультациями невролога, нейрохирурга и офтальмолога.
- При подозрении на ВЖК или острую постгеморрагическую вентрикуломегалию в учреждении без УЗИ ребенка обследуют выездной бригадой или переводят в специализированный стационар.
- Повторная госпитализация показана при подозрении на прогрессирование гидроцефалии, нарастании симптомов внутричерепной гипертензии, признаках прогрессии по НСГ/МРТ, судорогах, возбуждении или угнетении, нарушении сосания или глотания.
- При подозрении на дисфункцию шунта или стомы — вялости, рвоте, головной боли, судорогах, покраснении по ходу шунта или быстром увеличении окружности головы — требуется экстренная консультация нейрохирурга и нейровизуализация.

Частые вопросы

Какой главный признак прогрессирования гидроцефалии у младенца?

Патологически быстрый рост окружности головы с пересечением центильных коридоров вверх. Дополнительные признаки — выбухание и напряжение большого родничка, расхождение швов и симптомы внутричерепной гипертензии.

Когда при постгеморрагической гидроцефалии нужен нейрохирург?

При прогрессирующем увеличении боковых желудочков более 97-го центиля для гестационного возраста и/или опережающем росте окружности головы, особенно при клинических признаках внутричерепной гипертензии.

Какие методы временного лечения используют у недоношенных?

Вентрикулярный резервуар, наружный вентрикулярный или вентрикулосубгалеальный дренаж и нейроэндоскопический лаваж. Выбор метода принимает нейрохирург.

Нужно ли назначать ацетазоламид или фуросемид, чтобы избежать шунтирования?

Нет. Эти препараты не рекомендуются для снижения потребности в шунтировании у недоношенных с постгеморрагической гидроцефалией (УУР А, УДД 2).

Когда устанавливают постоянный вентрикулоперитонеальный шунт?

При сохраняющейся гидроцефалии и неэффективности временного дренирования, после полной санации ликвора, отсутствия инфекции и компенсации соматического состояния; масса тела должна быть более 1500–2000 г.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1093-gidrocefaliya-mladshego-detskogo-vozrasta. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1093_1