

впливають на ефективність повторних хірургічних втручань, що не можна сказати про алкоголізацію периферичних гілок, проводити яких не варто більше 7–8 разів в одній ділянці, такі втручання негативно впливають на результати повторного хірургічного лікування. За даними вказаного дослідження визначено, що ефективність малоінвазивних деструктивних нейрохірургічних операцій при лікуванні НТН вища якщо анамнез захворювання не перевищує 5 років, при цьому відмічено, що при наявності показань до проведення операції — МСД, тривалість захворювання не впливає на результати останньої.

Висновки. Порівняльний аналіз вищевказаних хірургічних методів лікування рецидивів в тяжких формах НТН показав вагомість кожного методу окремо.

Всі методи мають як певні переваги, так і недоліки, а диференційований підхід до їх застосування в кожному окремому випадку НТН дає можливість покращити результати лікування, що характеризується продовженням ремісії тригеміналії, а також можливістю прогнозування подальшого перебігу і лікування цієї тяжкої недуги.

Метод аутоотрансплантації фрагментів симпатического ганглия у пацієнта с болезню Паркинсона: клиническое наблюдение

Цымбалюк В.И., Латышев Д.Ю.

Институт нейрохирургии

*им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины,
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32
тел. +380 44 4838227, e-mail: neuro@itn.dp.ua*

Морально-этические, правовые и религиозные вопросы, сопровождающие применение эмбрионального материала в лечении болезни Паркинсона (БП), заставляют ученых искать альтернативные источники донорского материала для лечения пациентов.

Целью работы было исследование потенциала фрагментов симпатического ганглия, как альтернативного источника донорского материала, при внутримозговой аутоотрансплантации в лечении пациента с БП.

Результаты и их обсуждение. У пациента 53 лет, 8 лет страдающего акинетико-ригидной формой БП, несмотря на прием противопаркинсонических препаратов (“Юмекс”, “Мидантан”) наблюдалось прогрессирующее течение заболевания. Состояние пациента до операции, согласно унифицированной рейтинговой шкале оценки проявлений паркинсонизма (УРШОПП), оценено: мышление, поведение, настроение — 4 (тах 16); повседневная активность — 22 (тах 52); оценка — 70 (тах 124); осложнение проводимого лечения — 8 (тах 11). Больному произведена операция: аутоотрансплантации фрагментов левого звездчатого ганглия стереотаксическим методом в скорлупу слева. В послеоперационном периоде наблюдался синдром Горнера слева. Первые клинические результаты в виде уменьшения брадикинезии и ригидности в правых конечностях отмечены через 3 месяца после операции. Оценка состояния по УРШОПП через 3 года после операции: мышление, поведение, настроение — 10; повседневная активность — 45; оценка — 110; осложнение проводимого лечения — 4. Больной начал самостоятельно ходить, полностью себя обслуживает

в повседневной жизни. Принимает только “Акинетон”. Появился тремор в левой руке. Сохраняется легкий синдром Горнера слева.

Выводы. 1. Фрагменты собственного симпатического ганглия могут быть источником донорской ткани для проведения нейротрансплантации у пациентов с БП. 2. Внутримозговая аутоотрансплантация фрагментов симпатического ганглия у пациента с БП имеет клиническую эффективность в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Гіпербарична оксигенація в реабілітації хворих з інтракраніальними інфекційно-запальними ураженнями

Оришака М.І.

*Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,
м. Київ, 04112, вул. Дорогожицька, 9
e-mail: orishakani@mail.ru*

Мета та методи дослідження. З метою розширення можливостей реабілітації хворих з інтракраніальними інфекційно-запальними ускладненнями гіпербарична оксигенація (ГБО) була проведена у 74 хворих молодого та середнього віку. Причинами виникнення інтракраніальної інфекційно-запальних процесів були швидкий ріст стійкості до хіміопрепаратів гноєродної мікрофлори, стан системи імунітету, анатомо-біологічні особливості осередку укорінення мікрофлори, невиконання положень та правил асептики та антисептики з профілактики повітряно-крапельного та контактного інфікування.

Результати та їх обговорення. Усі хворі пройшли 6–12 баросеансів в процесі реабілітації барокамери „ОКА” через 5–7 днів після виявлення інтракраніальних інфекційних запальних ускладнень. До і після лікування крім загальноклінічного обстеження з дослідженням крові на наявність мікрофлори, проведені електрофізіологічні дослідження (ЕЕГ, Ехо-ЕГ, РЕГ) які визначали дозу гіпербаричного кисню для кожного пацієнта, важливим і обов'язковим є дослідження системи перикисного окислення ліпідів до і після ГБО з подальшим призначенням антиоксидантних препаратів.

Висновки. В результаті проведеного дослідження визначено, що ГБО є ефективним методом лікування з інтракраніальними інфекційно-запальними ускладненнями у хворих працездатного віку і може бути рекомендовано для широкого запровадження в практику неврологічних та нейрохірургічних відділень

Хірургічне лікування паркінсонізму у хворих з раннім дебютом захворювання

*Лапоногов О.О., Костюк К.Р.,
Медведєв Ю.М., Попов А.О.*

*Институт нейрохирургии
им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины,
м. Киев, 04050, вул. Мануильського, 32
тел. +380 44 4838183, e-mail: kostiuk@neuro.kiev.ua*

Мета. Вивчення особливостей перебігу та результатів хірургічного лікування хворих паркінсонізмом з раннім дебютом захворювання.

Матеріали та методи. За останні 5 років нами проведено 217 стереотаксичних операцій хворим паркінсонізмом віком від 31 до 70 років. Ранній дебют захворювання (до 40 років) відмічено у 25 хворих. Середня тривалість хвороби становила 5,5 років. За модернізованою шкалою Хент та Яхра стан хворих був оцінений 3 до 4 бали. Комбіновану L-дора терапію отримувало 23 хворих (92%). Одностороння деструкція вентро-латеральних ядер таламусу проведена 20 хворим (80%); двостороння деструкція виконана 5 хворим (20%).

Результати. Виявлені певні клінічні особливості перебігу паркінсонізму у цієї групи хворих, а саме: переважання ригідно-тремтячих форм, частіше визначалося постуральне та кінетичне тремтіння; поєднання симптоматики паркінсонізму із дистонією; відсутність деменції та інших психічних розладів; виражений позитивний ефект при призначенні левадопи на ранніх стадіях хвороби. Після стереотаксичної деструкції нормалізація м'язевого тону спостерігалася у 23 із 25 хворих (92%). Припинення тремтіння мало місце у 19 хворих (76%), зниження вираженості тремтіння відмічено у 4 хворих (16%); у двох хворих вираженість тремтіння після операції не змінилася. Один хворий помер на 8 добу після повторної операції внаслідок крововиливу у вогнище деструкції з тампонадою шлуночкової системи мозку.

Висновки. Стереотаксична деструкція вентро-латеральних ядер таламусу є ефективним, малотравматичним та безпечним методом лікування хворих паркінсонізмом. Підґрунтям отримання позитивного результату хірургічного лікування хворих паркінсонізмом з раннім дебютом хвороби є переважна відсутність у них вираженої загальної соматичної патології та відсутність когнітивних розладів.

Изменения электрической активности гиппокампа крыс с экспериментальной эпилепсией после трансплантации криоконсервированных эмбриональных нервных клеток

Цымбалюк В.И.¹, Кочин О.В.,
Петренко А.Ю.²

¹Институт нейрохирургии
им. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины,
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32
тел. +380 57 7025054,
e-mail: kochin_o@yahoo.com

²Институт проблем криобиологии и
криомедицины НАН Украины, г. Харьков

В настоящее время возможность применения стволовых нервных клеток в лечении различных заболеваний нервной системы привлекает все больший интерес. Одним из заболеваний, при котором трансплантация стволовых нервных клеток может быть весьма эффективной, является эпилепсия. Перспективным источником стволовых нервных клеток является нервная система эмбриона ранних сроков гестации.

Цель исследования. Целью работы стало изучение влияния трансплантации суспензии криоконсервированных эмбриональных нервных клеток (КЭНК) в область экспериментального эпилептического очага

в гиппокампе, на динамику электрической активности гиппокампов билатерально.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 20 самцах крыс линии Вистар в возрасте 6 месяцев с установленной исходной низкой аудиогенной судорожной готовностью. Экспериментальный эпилептический очаг у животных воспроизводился путем стереотаксической инъекции раствора пенициллина в правый гиппокамп.

Запись электрической активности проводилась методом монополярных отведений с вживленных в правый и левый гиппокамп нихромовых электродов. Индифферентный электрод вживлялся в лобную пазуху. Регистрация электрической активности выполнялась на 10-е, 30-е и 60-е сутки после трансплантации в условиях свободного поведения животных. Для обработки электрических сигналов использован метод спектрального анализа.

Результаты и обсуждение. При исследовании электрической активности установлено, что у животных с низкой судорожной готовностью в гиппокампах билатерально доминирующим типом электрической активности был высокочастотный θ -ритм (5–8 Гц).

У эпилептизированных крыс на протяжении всего периода наблюдения в области эпилептического очага доминировал δ -ритм (1–2 Гц). В контралатеральном гиппокампе определялась стойкая дезорганизация электрической активности с преобладанием активности в низкочастотном спектре.

В группе животных, которым была выполнена трансплантация КЭНК, уже на 10 сутки после операции отмечено повышение мощности волн θ -диапазона в гиппокампах билатерально. На 30-е и 60-е сутки после трансплантации отмечалось дальнейшее повышение выраженности θ -ритма. Активности в диапазоне низких частот в указанные сроки практически не наблюдалось.

Таким образом, трансплантация КСКМ в область экспериментального эпилептического очага оказывает значительное влияние на электрическую активность в виде практически полного восстановления θ -ритма, характерного для гиппокампа животных с низкой судорожной готовностью.

Анатомотопографічні особливості структур задньої черепної ями у хворих із синдромами нейроваскулярної компресії

Федірко В.О.

Институт нейрохірургії
ім. акад. А. П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4862433,
e-mail: fedirkovol@ukr.net

Вступ. Проблемі етіології та патогенезу синдромів нейроваскулярної компресії (НВК) черепно-мозкових нервів, таких як невралгія трійчастого та язикоглоткового нервів, гемілицевий спазм, синдром Мен'єра, пароксизмальна артеріальна гіпертонія, присвячено багато робіт, що розглядають ці синдроми як результат судинної компресії, локальної демієлінізації корінця нерва та розвитку патологічної передачі імпульсів в зоні компресії. В літературі зустрічаються поодинокі повідомлення про сполучення синдрому Арнольда-Кіарі (Кіарі,