

вертебральний синдром, улучшалась вертебродинамика, была снижена продолжительность пребывания больного в стационаре на $1,2 \pm 0,3$ дня.

Использование щадящих методик МТ в комплексном сочетании с физиотерапией в лечении и реабилитации больных и инвалидов с компрессионными корешковыми и рефлекторными синдромами остеохондроза поясничного отдела позвоночника позволило качественно улучшить результаты лечения и существенно снизить процент инвалидизации у больных этой нозологической группы.

УДК 616.831-089-053.2

*Варешнюк О. В., Духовський О. Е.
Міський Центр Дитячої Нейрохірургії ХМКЛШНМД
ім. проф. О. І. Мещанінова (м. Харків)*

МОЖЛИВОСТІ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО НЕЙРОМОНІТОРИНГУ ПІД ЧАС НЕЙРОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ДІТЕЙ

Використання нейрофізіологічних тестів під час нейрохірургічних операцій дає можливість зменшити або усунути неврологічні розлади внаслідок оперативних втручань. Це можливо завдяки непереривній реєстрації спонтанної нервової та м'язової активності.

Вибір тестів залежить від виду та обсягу оперативного втручання. Моніторинг провідних шляхів та функцій черепно-мозкових нервів проводять під час оперативних втручань на основі черепу, при видаленні пухлин задньої черепної ями, при мікровазкулярних декомпресіях черепно-мозкових нервів. Досліджують: викликані сенсорні потенціали нервів, спонтанну електроміографію, стимуляційну електроміографію.

Моніторинг функцій спинного мозку проводять під час операцій виправлення деформацій хребта, стабілізуючих та артродезуючих операціях, при видаленні пухлин спинного мозку та хребта. Застосовують викликані сенсорні потенціали, викликані моторні потенціали, досліджують спонтанну електроміографію, стимуляційну електроміографію.

При судинній нейрохірургії проводять контроль викликаних сенсорних потенціалів та електроенцефалограми для запобігання післяопераційних ішемічних уражень головного мозку.

Кортикальну стимуляцію застосовують для виявлення епілептиформних розрядів мозку при хірургії епілепсії та для виявлення локалізації функціональних зон півкуль мозку при видаленні пухлин.

3 грудня 2011 року Міський Центр Дитячої Нейрохірургії забезпечений 40-канальним апаратом для інтраопераційного нейромоніторингу Endeavor, виробництва США. Ми виконали 3 операції видалення кистозного компонента пухлини стовбура головного мозку, 3 операції тотального видалення пухлин задньої черепної ями, 3 операції тотального видалення пухлин півкуль головного мозку, 5 спинальних операцій та 1 нейрорафію. В післяопераційному періоді неврологічний статус пацієнтів не погіршився, у трьох пацієнтів після видалення пухлин та кист спинного мозку вдалось частково відновити втрачені функції, позбавити больового синдрому. Після нейрорафії вдалось відновити втрачену функцію кисті дитини.

Застосування сучасних методик діагностики та лікування в нейрохірургії дає можливість розширити обсяг оперативних втручань, зберегти функції нервової системи та покращити якість життя дитини та її сім'ї.

УДК 616.853-07-036

*Васильєва О. А., Череватенко Г. Ф.
ГУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології
НАМН України» (г. Харків)*

ДИНАМІКА НЕВРОЛОГІЧЕСЬКОЇ СИМПТОМАТИКИ ПОД ВЛИВНЯМ ТРАНСФОРМАЦІЙ ЕПІЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ

Обязательным критерием отбора больных эпилепсией для основной группы наблюдений было наличие трансформации эпилептических приступов (ТЭП) в анамнезе и/или их эволюция за время наблюдения — видоизменений клинической картины приступа, замены одного типа эпилептического припадков на другой, а так же присоединение к имеющимся другим типам припадков под влиянием различных факторов. Было обследовано 72 взрослых больных эпилепсией с разными типами эпилептических приступов, в возрасте от 20 до 59 лет (средний возраст — $46,5 \pm 1,2$). Под понятием «трансформация» эпилептических приступов в данной работе рассматривалось изменение

клинических проявлений в виде смены характеристик и типа припадков у одного и того же больного под влиянием различных причинных факторов, что могло свидетельствовать как об ухудшении клинического состояния и прогрессировании заболевания — негативные трансформации эпилептических припадков (НТЭП), так и об улучшении клинического течения болезни — позитивные трансформации эпилептических припадков (ПТЭП). Выяснилось, что большинство больных эпилепсией имели на момент обследования или в анамнезе коморбидную патологию в виде присоединения одного или 2-х заболеваний, таких как последствия перенесенной черепно-мозговой травмы; последствия хронического инфекционно-аллергического энцефалита различной этиологии; последствия общих инфекционных или вирусных (ОРЗ, грипп и т. п.) болезней ЛОР-органов; соматических заболеваний (в виде патологии печени и почек, поражения суставов, проявлений хронического гастрита и язвы, сахарного диабета, анемии и т. п.), хронической сердечно-сосудистой патологии (кардиальные аритмии, артериальная гипертензия и пр.). Эти заболевания оценивались как возможный фактор провоцирования формирования трансформаций эпилептических приступов.

Неврологические нарушения у больных с НТЭП. Неврологические расстройства у больных с негативной трансформацией эпилептических приступов были выражены и носили стойкий и, в ряде случаев, прогрессирующий характер. Чаще всего у больных с НТЭП были выявлены изменения в виде нарушения статики — 58,8 % и координации — 24,5 %, умеренной и значительной степени выраженности нарушения сухожильных рефлексов — около 60 % и чувствительности — 66,4 %, нарушения функций черепно-мозговых нервов — в 25 %, признаки ликворной гипертензии (болезненность и ограниченность движений глазных яблок) — у 30 % больных, вегетативная дисфункция — около 60 %. У всех больных на фоне НТЭП в ходе заболевания нарастали признаки пирамидной недостаточности, вестибуло-атактические и вегетативные нарушения.

Изменение неврологического статуса у больных с ПТЭП. У группы больных эпилепсией с позитивными трансформациями эпилептических приступов была выявлена рассеянная неврологическая микросимптоматика. При объективном обследовании у 20—40 % больных обнаружены начальные или умеренные неврологические изменения в виде нарушения статики — 40,8 % и координации — 20,6 %, вегетативная дисфункция — 39,2 %, легкой и умеренной степени выраженности нарушения сухожильных рефлексов и чувствительности — 29,4 %, нарушения функций черепно-мозговых нервов — в 25 % и признаки ликворной гипертензии — у 20 % больных. Неврологические расстройства у больных с ПТЭП проявлялись во время судорожных припадков и сохранялись в течение какого-то времени, в отличие от больных с НТЭП, у которых симптоматика неврологических нарушений разной степени выраженности была постоянной и усиливалась после эпилептических припадков.

Динамику неврологических нарушений под влиянием трансформации эпилептических приступов необходимо учитывать для своевременной ее коррекций у данной категории больных эпилепсией.

УДК: 615.711-073.43-08:001.8

Васильева-Линецкая Л. Я., Фурса И. А.**, Кас И. В.*
Харьковская медицинская академия последипломного образования*; Центральная клиническая больница «Укрзалізниці» (г. Харків)***

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОМПРЕССИОННО-КОРЕШКОВЫМИ СИНДРОМАМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ, ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКОГО И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ

В настоящее время консервативное лечение используется у 85—90 % больных с компрессионно-корешковыми синдромами, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков. Традиционно его эффективность оценивают с позиций влияния на клинико-неврологические нарушения, однако развитие методов визуализации позволяет определять возможности воздействия и на саму грыжу межпозвоночного диска.

Цель исследования: изучение эффективности комплексного консервативного лечения больных с компрессионно-корешковыми синдромами, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков, на основании показателей клинико-неврологического исследования и компьютерной томографии (КТ).