

АК) з тим чи іншим синдромом нейроваскулярної компресії, такими як: невралгія трійчастого нерва, гемілицевий спазм, артеріальна гіпертензія. Разом з тим, відсутні роботи щодо взаємозв'язку синдромів нейроваскулярної компресії та синдрому Киарі, відсутні дослідження щодо анатомічних особливостей ЗЧЯ при синдромах НВК.

Матеріали і методи. Ми проаналізували свої спостереження (більше ніж 1500 на амбулаторному прийомі та 243 прооперованих з приводу синдромів гіперактивної дисфункції ЧМН: невралгія трійчастого(223) та язикоглоточного нервів(7), гемілицевий спазм(11), синдром Мен'єра(3), есенціальна пароксизмальна артеріальна гіпертонія(11) з 1996 по 2004р.р.) і відмітили певні особливості будови ЗЧЯ у багатьох пацієнтів групи, що дослідили. Відповідно висловили гіпотезу щодо ролі анатомо-топографічних особливостей ЗЧЯ в патогенезі нейроваскулярно-компресійних синдромів.

Результати і обговорення. Провели порівняння МРТ даних у хворих амбулаторного прийому неврологічного спрямування з хворими з НВК синдромами. Статистично достовірно частіше зустрічається вклинення мигдаликів мозочку в дуральну воронку, синдром Киарі, в групі НВК ніж у пацієнтів амбулаторного прийому (13,2% до 3%, $p < 0,01$), значно частіше має місце низьке розташування венозного стоку, менша висота потиличної кістки; розташування намету мозочку по відношенню до скату близьке до паралельного, на відміну від стандартного з кутом розвороту назад у 15–30 градусів; менший вугол розвороту граней пірамід скроневих кісток; та тенденція до латерально-дорсального напрямку ходу дистальних відділків VII, VIII ЧМН замість стандартного латерально-орального; менший поперечний розмір цистерни мосто-мозочкового кута.

У 242 хворих було виконано операцію мікросудинної декомпресії відповідного черепно-мозкового нерва. Одночасна декомпресія краніоцервікального(ДКС) сполучення із мікросудинною декомпресією(МСД) була виконана в 7 випадках. МСД була виконана в 2 випадках із подальшою ДКС у зв'язку із прогресуванням симптомів вклинення мигдаликів мозочку. ДКС як перший етап втручання була виконана в 3 випадках перед операцією МСД для попередження вклинення мигдаликів мозочку. В одному з цих випадків відмічено регрес невралгії трійчастого нерва без МСД. Симптоматика вклинення мигдаликів мозочку регресувала в усіх 12 випадках після операції ДКС, як і симптоматика компресії черепно-мозкових нервів після МСД.

Висновки. Синдром Арнольд-Киарі та зменшені розміри задньої черепної ями, що достовірно частіше зустрічаються в групі пацієнтів з нейроваскулярно-компресійними синдромами є одним з етіопатогенетичних факторів розвитку цих синдромів.

Хірургічна тактика при сполученні нейроваскулярно-компресійного синдрому та синдрому Киарі в кожному випадку має визначатись індивідуально на основі клінічних та МРТ даних, але при виражених проявах вклинення мигдаликів мозочку операції мікросудинної декомпресії відповідного нерва має передувати операція декомпресії краніоцервікального сполучення.

Зміни імунологічних показників у хворих із запально-дегенеративними ураженнями центральної нервової системи при лікуванні компонентами ембріональних тканин

*Руденко В.А., Пічжур Л.Д.,
Лісяний М.І., Любич Л.Д.*

*Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,
м.Київ, 04050, вул.Мануїльського, 32
тел. +380 44 4833684*

Достатньо широкий спектр важковиліковних патологічних станів організму людини, до яких відноситься і розсіяний склероз, потребує пошуку та використання нових підходів до їх лікування. Багаторічні дослідження переконливо свідчать про доцільність застосування з цієї метою тканинних субстратів різного ступеня диференціювання, що містять стовбурові клітини, та екстрактів з них.

Метою нашої роботи було дослідити вплив ендолумбального введення суспензії клітин ембріональної нервової тканини ЕНКл, препарату „Трофін” (препарат отримано з ембріонального мозку) та внутрішньовенного введення криоконсервованих гематопоетичних клітин на стан імунної системи у хворих на розсіяний склероз (РС). Вивчали імунологічні показники у 26 хворих на РС до- та на етапах лікування, що проходило.

Визначення основних популяцій та субпопуляцій лімфоцитів у хворих на РС з різними формами, тяжкістю, перебігом та тривалістю захворювання на етапах лікування не виявило значних відхилень вмісту в периферичній крові CD3, CD4, CD8, CD20 та CD16 клітин порівняно з контрольними значеннями. Проте у 1/3 хворих кількість CD3, CD4 лімфоцитів була підвищена; у 1/3 хворих — знижена; у 1/3 хворих відповідала контрольним значенням. Підвищений вміст CD8 лімфоцитів виявлявся у 50% хворих, В-лімфоцитів (CD20)—у 40% хворих і тільки CD16—у 18%.

Нейрохірургічне лікування, що проходило покращило рухові функції через декілька тижнів після операції. У цих хворих вміст імунокомпетентних клітин в периферичній крові не змінився. Кількість знижених, підвищених, або відповідних до контролю показників, які визначались, зберігалась така ж, як і до лікування, за виключенням CD8 лімфоцитів, високий рівень яких після лікування зберігався тільки у 10% хворих.

Кількість CD5, CD54 клітин, у хворих на РС близька до контрольних значень, проте у 50% хворих визначався низький вміст CD5-клітин. У 50% хворих виявлялась висока кількість CD95 лімфоцитів. Після лікування з використанням ЕНКл вміст CD95+ та C25+ -клітин у крові хворих підвищувався. На всіх етапах обстеження кількість CD45 клітин у крові була високою, поряд з цим визначалась активація спонтанної проліферації лімфоцитів, пригнічення функції Т- та підвищення функції В-лімфоцитів. Після курсу лікування з використанням ЕНКл посилювалась функція супресорів моноцитарного ряду. Із загальної групи хворих у 17% були високими клітинна нейросенсибілізація та рівень антитіл до гліального білку S-100, у 25%— високий рівень антитіл до основного білку мієліну та у 35% — до нейронального білку NSE. Високий рівень у сироватці

крові імунних комплексів визначався у 50% хворих. Після лікування із застосуванням ЕНКЛ та „Трофіну” знижувався рівень антитіл до NSE.

Таким чином виявлені особливості змін імунологічних показників під впливом компонентів ембріональних клітин потребують подальшого вивчення у співставленні з клінічним станом хворого.

Перший досвід проведення стереотаксичної біопсії хворим з локальними ураженнями головного мозку з використанням програмно-комп'ютерного розрахунку координат мішені

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

*Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,
м.Київ, 04050, вул. Мануйльського, 32
тел. +380 44 4838183,
e-mail: kostiuk@neuro.kiev.ua*

Мета. Проведення біопсії вогнищевих уражень головного мозку та наступним гістологічним дослідженням матеріалу з метою встановлення гістологічного діагнозу і визначення подальшої лікувальної тактики.

Матеріали та методи. Стереотаксична біопсія проведена 7 хворим за допомогою стереотаксичної системи Radionics CRW (США). В усіх випадках при цьому виконувалися КТ-МРТ співставлення та розрахунок координат мішені з використанням комп'ютерних програм ImageFusion та StereoPlan. Забір тканини проводився біоптером "Nashold" із різних ділянок ураження. У більшості випадків вдалося провести забір 3-4 зразків тканини на різних рівнях патологічного вогнища.

Результати. Точний гістологічний діагноз було встановлено у 6 випадках (86%). Гліоми різного ступеню диференціації виявлено у 3 хворих, у двох випадках виявлено лімфоми головного мозку, у одного хворого визначено неспецифічне запальне ураження мозку. В одному випадку не вдалося точно встановити гістологічний діагноз, оскільки отриманий матеріал являв собою некротизовану тканину. На основі отриманих даних хворим була призначена відповідна антибластична терапія. Операційних ускладнень, пов'язаних з проведенням стереотаксичних маніпуляцій не було.

Висновки. Стереотаксична біопсія з використанням програмно-комп'ютерних КТ-МРТ співставлення, розрахунку координат мішені біопсії та траєкторії введення біоптеру надає можливість отримати біоптичний матеріал для встановлення гістологічного діагнозу вогнищевих уражень головного мозку у випадках їх глибинного розміщення або їх множинності коли відкриті мікрохірургічні втручання пов'язані із значним ризиком. Використання комп'ютерного розрахунку координат мішені на стереотаксичній системі Radionics CRW надає можливість ефективно виконувати біопсію уникаючи необхідність проведення ангиографії, пневмоенцефалографії, вентрикулографії та інших діагностичних, достатньо травматичних процедур, необхідних для точного визначення координат мішені біопсії. Сте-

реотаксична біопсія є безпечним і інформативним методом уточнення характеру ураження головного мозку, що дозволяє призначити адекватне лікування (хіміотерапію, радіотерапію або радіохірургічне лікування та інші) здебільшого хворим, для яких хірургічне лікування є недоцільним або небезпечним.

Использование направленного пульсирующего магнитного поля в комплексной хирургической реабилитации больных с повреждениями нервных стволов

Кардаш А.М.

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького,
г.Донецк, 83098, пр. Ильича, 16
тел. +380 622 978289*

Цель. Изучить влияние направленного пульсирующего магнитного поля (НПУМП) на регенерацию периферических нервов.

Материалы и методы. Использованию НПУМП для стимуляции регенерации периферических нервов после их хирургического лечения предшествовало экспериментальное изучение влияния магнитного поля (МП) на регенерацию. Было проведено 2 серии экспериментов на 30 беспородных собаках и 32 белых крысах. Собакам пересекались и сшивались малоберцовые нервы задних конечностей. Крысам передавливались седалищные нервы. Затем одна из конечностей подвергалась воздействию НПУМП, вторая была контрольной. Электрофизиологическая оценка регенерации седалищного нерва у крыс на стороне воздействия МП выявила более раннюю двигательную реабилитацию в конечностях, увеличение потенциала действия икроножных мышц, укорочение его латентного периода, кроме того, достоверно возросла масса икроножной мышцы. Морфологические исследования влияния НПУМП на регенерацию малоберцовых нервов у собак выявили ускоренную и более качественную регенерацию на стороне воздействия МП.

Магнитотерапия была проведена 82 больным с повреждением локтевого (45) и срединного (37) нервов на уровне нижней трети предплечья и области лучезапястного сустава.

Результаты и их обсуждение. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с повреждениями периферических нервов, которым для стимуляции регенерации в послеоперационном периоде применялось воздействие МП, собраны у 68 больных (36 с повреждением локтевого нерва и 32 с повреждением срединного). У всех больных получен положительный терапевтический эффект: полное восстановление функции нерва отмечено в 35,3% случаев, частичное восстановление функции нерва с сохранением функции конечности 57,4% и легким ограничением функции конечности в 7,3%.

Выводы. Проведенное клинико-экспериментальное исследование выявило положительное влияние НПУМП на регенерацию периферических нервов после их сшивания. Возросла скорость регенерации и ее направленность. Увеличилось количество пропущенных аксонов.