

до хибних висновків та встановлення помилкового діагнозу: шийного остеохондрозу, сирингомелії, аномалії Арнольд-Кіарі, тунельного карпального синдрому, нормотензивної гідроцефалії, розсіяного склерозу чи БАС [2,4,9].

Одним з перших симптомів є болі в потиличній ділянці та шиї, а також парестезії в пальцях однієї чи обох кистей. Іншими важливими проявами були порушення ходи, м'язова слабкість в кінцівках, головні болі при оклюзії лікворопровідних шляхів та наростанні обструктивної гідроцефалії, блювота та дисфагія.

Методи та матеріали. За період з 1994 по 2004 рік в Інституті нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова знаходились на лікуванні та були прооперовані 48 пацієнтів з пухлинами вказаної локалізації (29 (60,4%) жінок, 19 (39,6%) чоловіків). Серед них 44 з менингеомами, 4 невриноми (3 — С1, С2 та 1 — XI пари ЧМН). Менингеоми були розділені залежно від місця початкового росту: 27 — спінокраніальних, 17 — краніоспінальних. Середній вік хворих на момент встановлення діагнозу 51 рік (від 19 до 73 років). Для оцінки стану пацієнтів використовувалась шкала Karnofsky Performance Scale (KPS). У більшості, за виключенням 4 хворих (KPS у одного — 30 та у трьох — 40), визначається рівень KPS від 60 та вище (91,6%).

В середньому від появи початкових симптомів до встановлення діагнозу проходило від 3 до 36 місяців (в середньому 14 місяців), причому проявляється тенденція до швидшого наростання клінічної симптоматики саме краніоцервікальних пухлин (3–12 місяців, в середньому 7 місяців), порівняно зі спінокраніальними (6–36 місяців, в середньому 14 місяців).

В передопераційному періоді у хворих визначались: моторні порушення у 35 (72,9%) хворих, серед них тетрапарез чи тетраплегія у 12 (25%) хворих; порушення чутливості: больової та температурної у 31 (64,5%) хворих, гіпалгезія С2 регіону 16 (33,3%); порушення функцій каудальної групи черепно-мозкових нервів: IX пари ЧМН — 2 (4,16%), X пари ЧМН — 1 (2,1%), XI пари ЧМН — 6 (12,5%), XII пари ЧМН — 6 (12,5%).

Результати. Тотально та субтотально було видалено пухлину у 35 (75%) випадків. Померло 3 (6,8%) хворих. Поглиблення неврологічного дефіциту в ранній післяопераційний період визначався у 14 (31,8%) пацієнтів. Тимчасове погіршення функції каудальних ЧМН, визначалось у 6 пацієнтів (12,5%). У 9 (18,75%) хворих визначалось тимчасове наростання слабкості в кінцівках після операції. І хоча пірамідна недостатність та атаксія дещо регресували в післяопераційному періоді, патологічні зміни з боку черепно-мозкових нервів звичайно довгий час залишалися незмінними. Рецидив пухлини визначався у 5 хворих. Ретроспективно визначається покращення якості життя хворих (по шкалі Карновського) у 41 (85,4%) хворого порівняно зі станом до операції.

Висновки. Чітка неврологічна оцінка та ретельний аналіз клінічних проявів у хворих з пухлинами краніо-вертебрального з'єднання дозволяють вчасно та правильно встановлювати діагноз на ранніх стадіях розвитку захворювання, коли порушення життєво-важливих функцій стовбуру мозку не є фатальним, а хірургічні втручання проходять з мінімальним післяопераційним дефіцитом.

Современные методы восстановительного лечения у больных с оружием-взрывными ранениями позвоночника и спинного мозга мирного времени

Могола В.В., Куртеев С.В., Максимов С.А.

Крымский государственный медицинский
университет им. С.И.Георгиевского,
г.Симферополь, 95000, б. Ленина, 5/7
тел. +380 652 247598

Оружейно-взрывные ранения позвоночника и спинного мозга (ОВРПСМ) мирного времени представляют собой один из сложных и малоизученных разделов нейротравматологии. Большая часть больных с подобными ранениями являются глубокими инвалидами с выраженными двигательными, чувствительными, висцеральными нарушениями и осложнениями, которые требуют активных хирургических и консервативных методов лечения.

Цель исследования: улучшение исходов у больных с ОВРПСМ.

Материалы и методы. Обследовано 120 больных с ОВРПСМ мирного времени. Из них 82,5% — мужчины. Возраст раненых от 8 до 69 лет.

Проникающие ранения позвоночника и спинного мозга были отмечены у 99 (83%) пострадавших, непроникающие — у 21 (17%) раненого. Ранения шейного отдела ПСМ отмечались у 24 (20%) человек, грудного — у 73 (60,8%) пострадавших, пояснично-крестцового — у 23 (19,2%) пациентов.

Результаты и их обсуждение. Все больные оперированы в остром периоде по поводу оружейно-взрывных повреждений позвоночника и спинного мозга. С целью хирургической реабилитации у 21 раненого с клиникой полного поперечного поражения спинного мозга в позднем периоде были предприняты реконструктивно-восстановительные операции — менингомиелорадикулолиз, которые у 4 пациентов дополнялись нейротрансплантацией эмбриональной нервной ткани в зону повреждения спинного мозга. У одного пациента менингомиелорадикулолиз дополнялся пластикой спинного мозга *n.suralis*. Ещё у одного пациента менингомиелорадикулолиз дополнялся пластикой спинного мозга двойным комбинированным сосудисто-невральным трансплантатом.

Неврологический контроль у больных с нейротрансплантацией и пластикой невральными трансплантатами в течение 1,5–2 лет не выявил существенных изменений в их состоянии. Сохранились двигательные, чувствительные и тазовые расстройства. Однако, достоверно улучшилось состояние трофики — регрессировали травматические язвы и пролежни.

Выводы. Необходимо продолжить поиски эффективных методов восстановительного лечения у больных с ОВРПСМ.