

можен перевод на интермиттирующий режим через день (3 раза в неделю). Длительность интенсивной фазы химиотерапии определяется индивидуально решением КЭК, но должна быть не менее 3 месяцев. Продолжающаяся фаза химиотерапии проводится 2-3 противотуберкулезными препаратами (изониазидом, рифампицином, этамбутолом или пиразинамидом). Продолжительность химиотерапии определяется клинико-рентгенологическими и лабораторными данными СМЖ, она может составлять 8-12 месяцев.

При наличии показаний проводится люмбальная пункция кратностью в первые 2-3 недели 2 раза в неделю, затем 1 раз в неделю, 1 раз в две недели, 1 раз в месяц (до полной санации ликвора).

Патогенетическая терапия

Глюкокортикостероиды и препаратов калия (панангин, аспаркам).

Дегидротационная терапия. В тяжелых случаях отека мозга и нарастающей гидроцефалии применяются осмотические диуретики: манит, фуросемид (лазикс); диакарб. Для улучшения реологии и дезинтоксикации показано назначение реополиглобина и гемодеза, но с обязательным учетом выделенной мочи.

Симптоматическая терапия

Противосудорожная (реланиум, дроперидол, седуксен, ГОМК).

Сосудистая терапия: кавинтон, трентал, пирацетам (ноотропил).

Рассасывающая терапия: подкожные инъекции стекловидного тела или фибса. Начинать рассасывающую терапию после 3-4-х месяцев этиотропной терапии.

В период регрессии воспалительных изменений назначается церебролизин.

Реабилитационные мероприятия: лечебная гимнастика, массаж (после 4-5 месяцев лечения (при санации ликвора)).

Хирургическое лечение заключается в шунтирующих операциях по поводу гидроцефалии.

Выводы

Особенность клинической картины туберкулезного менингита заключается в малосимптомности проявлений. Основным способом диагностики является исследование спинномозговой жидкости. Ключевыми направлениями терапии туберкулезного менингита являются этиотропное с применением основных противотуберкулезных препаратов и симптоматическое лечение. При своевременной диагностике и адекватном лечении туберкулезного менингита положительный результат наступает у 90% больных, в то время, как при поздней постановке диагноза (после 18 дня) в большинстве случаев характерно развитие осложнений, вплоть до летального исхода.

Список литературы

1. Коровкин В.С. Особенности диагностики туберкулеза менингеальных оболочек. Мед. новости, 2004, № 5, С. 3-10
2. Кошечкин В.А., Иванова З.А., Туберкулез: учебное пособие, 2007. С. 167-171.
3. Вишневский А.А., Олейник В.В., Решетнева Е.В., Полякова Н.Г., Диденко Ю.В., Шулепова Н.В. Туберкулезный менингит и менингоэнцефалит у больных туберкулезным спондилитом на фоне вич-инфекции. Неврологический журнал, 2013. № 2. С. 32-36.
4. Поддубная Л.В., Федорова М.В., Пряхина В.Н., Зырянова Т.В., Теньковская Т.Г., Дербицова Т.И., Шкунов А.Н., Кононенко В.Г. Актуальные вопросы туберкулеза: учеб. пособие. Новосибирск, 2006. С. 19-26.
5. Диссеминированный туберкулез легких – острое течение. Туберкулезный менингит. Методическая разработка к практическим занятиям для студентов 4 курса специальности – лечебное дело по учебной дисциплине «Фтизиатрия». Ставрополь, 2015.
6. Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г., Митронин А.В. и др. Фтизиопульмонология: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 504 с.: ил.
7. Внутренние болезни: учебное пособие под ред. Елисеева Ю.Ю. М.: КРОН-ПРЕСС, 1999. С. 223-236.
8. Karpov S.M., Dolgova I.N., Vishlova I.A. The main issues of topical diagnosis of nervous system diseases.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ПАРКИНСОНИЗМА

Закота А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,
aleksandra.zakota@mail.ru

Актуальность

Распространенность болезни Паркинсона по данным мировой статистики составляет от 60 до 180 случаев на 100000 населения. В настоящее время медикаментозная терапия является основной в медицинской практике, однако, после 3-5 лет консервативного лечения БП в большом количестве случаев наступают осложнения, одними из которых является лекарственная дискинезия и моторная флюктуация, что приводит к ранней инвалидизации пациентов. Появление подобных осложнений приводит к необходимости консультации нейрохирургов и решении о проведении эффективного хирургического лечения паркинсонизма. Это стало возможным лишь в последние годы после разработки и внедрения в нейрохирургическую практику стереотаксического метода.

Цель

Получить представления о наиболее современном и эффективном методе лечения паркинсонизма, о ходе деструктивных стереотаксических операций и достигнутых результатах подобного вмешательства.

Материалы

Материал собран из статей с практического семинара по стереотаксической и функциональной нейрохирургии, проводившемся компаниями Radionics (США) и Alpha Omega (Израиль) 1-3 сентября 2010 года.

Результаты

Стереотаксический метод основан на деструкции глубоких отделов мозга. В настоящее время наиболее эффективной операцией при паркинсонизме является стереотаксическая деструкция вентролатерального ядра зрительного бугра.

Показания к операции

Недостаточная эффективность антипаркинсонических препаратов ;

Плохая переносимость медикаментозных препаратов ;

Дрожательно-ригидная, ригидно-дрожательная, ригидная формы заболевания, особенно в случаях длительно существующей асимметрии поражения, при 2й и 3й стадии (степени выраженности) заболевания (по Хен и Яру) ;

Лекарственные дискинезии

Этот метод представляет собой совокупность расчетов и приемов, позволяющих при помощи системы координат определить заданную структуру в глубоких отделах мозга, а затем произвести ее деструкцию. Для проведения операции необходимо :

Доступ .Контрастирование желудочков мозга для попадания в заданную глубокую структуру мозга. С этой целью используют ряд внутримозговых ориентиров — III желудочек, отверстие Монро, переднюю и заднюю комиссуры. Для этого канюлю вводят в вышеуказанную структуру с помощью стереотаксического аппарата под рентгенологическим контролем. Электростимуляция подкорковых структур, отведение от них биопотенциалов и специальные функциональные тесты являются дополнительными методами контроля точности попадания в заданную глубокую структуру мозга. Операция проводится под местной анестезией. Это позволяет контролировать эффект проводимого вмешательства непосредственно в ходе операции.

Собственно деструкция. Для локальной деструкции подкорковых структур применяют несколько методов:

- введение 96° спирта,
- анодный электролиз,
- высокочастотная электрокоагуляция,
- замораживание и пр.

Операция производится под местной анестезией, что позволяет оценить эффект вмешательства непосредственно на операционном столе.

В настоящее время методом выбора считается локальное замораживание с помощью жидкого азота.

Для выполнения подобных вмешательств был разработан специальный прибор с вакуумной изоляцией. На конце канюли этого прибора создается температура (40 градусов) способная превращать определенный (рассчитанный) участок мозга в лед при помощи жидкого азота. Замороженный участок мозга после оттаивания подвергается полному некрозу, не приводящему к общей перифокальной реакции тканей мозга. Сразу же после деструкции вентролатерального ядра таламуса исчезают (или резко уменьшаются) тремор и мышечная ригидность в контралатеральных (по отношению к стороне операции) конечностях, восстанавливаются быстрые и свободные движения в них. При двустороннем поражении операцию обычно производят слева (для восстановления функции правой руки).

Противопоказаниями к операции на базальных ганглиях мозга являются:

- пожилой возраст (старше 60 лет),
- гипертоническая болезнь,
- стенокардия,
- грубые нарушения психики,
- амиостатическая форма заболевания.

Послеоперационные осложнения чаще проявляются нарушением психики и парезами конечностей. Их частота не превышает 5-6%. Как правило, осложнения проходят в течении 2-3 недель.

Послеоперационная летальность не превышает 2-3%.

У 75-80% оперированных больных имеют место хорошие или вполне удовлетворительные отдаленные результаты.

Полное или частичное исчезновение тремора и мышечной ригидности;

- Уменьшение общей скованности;
- Улучшение походки;
- Исчезновение пропульсии;
- Мышечные боли;
- Уменьшение вегетативных симптомов.

Для полного функционального восстановления часто необходима повторная операция (на другой стороне). Однако показания к ней строго индивидуальны, и производить вторую операцию следует не ранее чем через 3-4 месяца после первой.

Лишь примерно у 15% больных через длительные сроки после операции наблюдается ослабление полученного эффекта, однако рецидив симптомов паркинсонизма в полном объеме бывает не чаще чем в 6-8% случаев.

Вывод

Стереотаксический метод является наиболее прогрессивным методом лечения паркинсонизма.

Эффективность проводимых операций достигает 80%, а осложнения наступают в 5-6% случаев. Также необходимо отметить, что после проведения стереотаксических операций значительно улучшается состояние пациентов, уменьшается суточная потребность леводопасодержащих препаратов, что имеет важное клиническое и экономическое значение.

Список литературы

1. <http://www.stereotaxis.ru>
2. Презентации с практического семинара по стереотаксической и функциональной нейрохирургии, проводившемся компаниями Radionics (США) и Alpha Omega (Израиль) 1-3 сентября 2010 года.
3. Славин К.В. Основы стереотаксической нейрохирургии / Практический семинар по стереотаксической и функциональной нейрохирургии. 2010.
4. Славин К.В. Оперативное лечение двигательных расстройств. Использование физиологического мониторинга с помощью микроэлектродных записей в функциональной нейрохирургии / Практический семинар по стереотаксической и функциональной нейрохирургии. 2010.
5. Ширшов А.В. Стереотаксические операции при паркинсонизме / Практический семинар по стереотаксической и функциональной нейрохирургии. 2010.
6. Габидуллин А.Ф. Опыт хирургического лечения больных с болезнью Паркинсона / Практический семинар по стереотаксической и функциональной нейрохирургии. 2010.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СОСУДИСТОЙ И СМЕШАННОЙ ДЕМЕНЦИИ (КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ И НЕЙРОВИЗУАЛИЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Илимова Н.С.

Ставропольский Государственный Медицинский университет, Ставрополь, Россия, naragul.ilimova@mail.ru

Актуальность. В последнее время проблема деменции выходит на одно из первых мест среди причин необратимой инвалидизации и смертности больных. В наибольшей степени деменция затрагивает лиц пожилого и старческого возраста. Так, в популяции людей 65-79 лет ее распространенность составляет 10-15%, а в возрасте 80 лет и старше достигает 20%. Вероятность развития деменции у больных с инсультом возрастает в 4-9 раз, по сравнению с лицами без инсульта. По данным некоторых исследователей, значительные сосудистые изменения обнаруживаются у 48% пациентов болезнью Альцгеймера и у 33% лиц такого же возраста без ее признаков. По данным I.Skoog (2005), болезнь Альцгеймера обнаруживалась в 77% случаев сосудистой деменции и только в 17% случаев сосудистой деменции выявлялась изолированная сосудистая патология. Сочетание болезни Альцгеймера с цереброваскулярной патологией наблюдается у более, чем у 80% больных деменцией. Диагностика сосудистой и смешанной деменции, осуществляется преимущественно по клиническим и нейровизуализационным данным. При сосудистой и смешанной деменции в качестве нейровизуализации широко используются методы КТ и МРТ головного мозга. [1, 3]

Цель работы: улучшить диагностику сосудистой (постинсультной) и смешанной деменции с помощью анализа данных нейровизуализации и динамики иммунных реакций организма.

Материалы и методы. Обследовано 110 человек: 80 больных, перенесших ОНМК (50 женщин, 30 мужчин) с когнитивными расстройствами различной степени выраженности (группа 1), и 30 больных, перенесших ОНМК, без когнитивных расстройств (группа 2) - группа сравнения. Средний возраст больных группы 1 составил 71,8 ± 6,8 лет (основная группа) и больных группы 2 - 70 ± 5 лет. Всем больным проводили комплексное обследование, которое включало: тестирование по шкале MMSE State Examination), оценка неврологического статуса, ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов (УЗДГ БЦС) с дуплексным сканированием на аппарате «Дженерал. [2,4,5]

Выводы. 1. К основным факторам риска развития сосудистой и смешанной деменции можно отнести гипертоническую болезнь у 75%, сахарный диабет у 27%, фибрилляцию предсердий у 29% больных и