**Медведєв Юрій Михайлович. Нейрохірургічне лікування хворих з синдромом деформуючої м'язової дистонії: Дис... канд. мед. наук: 14.01.05 / АМН України; Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова. - К., 2002. - 136арк. - Бібліогр.: арк. 111-136**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Медведєв Ю.М.** Хірургічне лікування хворих з синдромом деформуючої м’язової дистонії. — Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.05 — нейрохірургія. — Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова АМН України, м. Київ, 2002.Дисертація присвячена проблемі підвищення ефективності лікування хворих із різними формами синдрому деформуючої м’язової дистонії шляхом вдосконалення та застосування ряду диференційованих та комбінованих нейрохірургічних операцій. Матеріал роботи базується на вивченні клінічної картини та закономірностей перебігу захворювання, аналізі діагностичних можливостей сучасних допоміжних методів обстеження та результатів хірургічного лікування 104 хворих з торсійними гіперкінезами різноманітного генезу.В ході виконання наукової роботи розроблено та впроваджено методики диференційованого нейрохірургічного лікування, розроблені покази та протипокази до проведення різних видів хірургічних втручань в залежності від клінічних форм синдрому деформуючої м’язової дистонії.Впровадження в практику диференційованого комбінованого нейрохірургічного лікування хворих з синдромом деформуючої м'язової дистонії дозволило досягти безпосереднього поліпшення функціонального стану у 72,1 % хворих. Стійкій результат хірургічного лікування протягом щонайменше одного року відмічено у 62,5 % випадків.Основні результати роботи знайшли впровадження в нейрохірургічній практиці. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1.Деформуюча м'язова дистонія — одне із захворювань нервової системи, що проявляється розладами тонусу та стійкими позавольовими спазматичними скороченнями м'язів тіла, шиї, кінцівок, пов'язане із розладами функції підкіркових ядер. Серед захворювань з дистонічними проявами, що зустрічаються в чотирьох випадках на 10 тис. населення, десята частина припадає на синдром деформуючої м’язової дистонії, що на сьогоднішній день, незважаючи на значні досягнення у дослідженні етіологічних факторів та патофізіологічних механізмів, важко піддається медикаментозному та хірургічному лікуванню.1. Синдром деформуючої м'язової дистонії відрізняється поліетіологічністю. Найчастіше причинами виникнення синдрому ДМД були інфекційно-токсичні ураження головного мозку, перинатальна патологія та черепно-мозкова травма. Значний відсоток складають (36,7%) випадки, де причина появи торсійної дистонії так і не була встановлена.
2. Складність патофізіологічних механізмів, що ведуть до рухових розладів при синдромі деформуючої м'язової дистонії, значна різноманітність клінічних проявів, поєднання різних видів гіперкінезів з розладами м'язового тонусу та іншою неврологічною симптоматикою, вплив на клінічну картину емоційного стану та зовнішніх та внутрішніх подразників, вимагають проведення диференційованих комбінованих оперативних втручань на різних рівнях нервової системи.
3. Кріоталямотомія або сагітальна кріоталямотомія залишаються найбільш ефективним методом лікування деформуючої м'язової дистонії. Позитивних результатів досягнуто в 64,4% випадків.
4. З метою поліпшення результатів хірургічного лікування хворих з синдром деформуючої м'язової дистонії (у випадках низької ефективності талямотомії) доцільно проводити комбіноване лікування із застосуванням двохсторонніх стереотаксичних втручань, поє
5. днуючи талямотомію з дентатотомією. Поєднання згаданих методик дозволило поліпшити результати хірургічного лікування до 72,1 %.
6. При локальних формах синдрому деформуючої м'язової дистонії простежується чітка тенденція залежності результатів лікування від переважної локалізації дистонії та використаного хірургічного методу. Локальні форми деформуючої дистонії з переважним проявом у кінцівках та поєднаної форми спастичної кривошиї краще піддаються лікуванню із застосуванням стереотаксичних методів (сагітальної талямотомії та комбінованих методів лікування). Для лікування ізольованої форми спастичної кривошиї кращий результат досягається застосуванням селективних операцій на корінцях та периферичних нервах.
7. Електростимуляція блідої кулі імпульсним струмом — перспективний малотравматичний метод лікування синдрому деформуючої м'язової дистонії. Враховуючи його малоінвазивність, більш доцільним є його першочергове використання з доповненням, при необхідності, в подальшому іншими деструктивними методами лікування.
8. Локальне введення ботулотоксину у ті групи м'язів де, не дивлячись на проведене хірургічне втручання зберігався підвищений тонус, дозволяє знизити тонус у цих групах м'язів, зменшити вираженість насильних рухів та досягти більш повноцінного ефекту хірургічного лікування.
9. Застосування диференційованого підходу до лікування хворих з синдромом деформуючої м'язової дистонії в залежності від етіологічного фактору та клінічних проявів дозволило поліпшити безпосередні результати нейрохірургічного лікування, зменшити вираженість гіперкінезів та дистонічні прояви у 72,1 % випадків, досягнути стабільного поліпшення функціональний стану у 63,2 % хворих.
10. Профілактика післяопераційних ускладнень при операціях на корінцях та нервах полягає у застосуванні вибіркового (селективного) пересічення гілок та волокон, що іннервують залучені у патологічний процес м'язи, використанні мікрохірургічної техніки та збільшувальної оптики. Зменшення кількості ускладнень після стереотаксичних операцій досягається чітким вибором структури деструкції, зменшенням зони деструкції та вибором послідовності та термінів проведення двохсторонніх та комбінованих операцій.
 |

 |