

частоте развития гипоксии плода выявлено не было, как и в частоте развития ЗРП, в средних оценках по шкале Апгар и в среднем весе новорожденных.

Течение послеродового периода. Отмечено, что каких-либо осложнений, предположительно связанных с действием препаратов, во время родов не наблюдалось. Во всех случаях резкого, неконтролируемого подъема АД после родов выявлено не было.

Выводы:

- 1) терапия ХАГ метопрололом и метилдопой минимальными терапевтическими дозами в первый месяц гестации имеет существенные различия во влиянии на динамику САД;
- б) терапия ХАГ при сопоставимых начальных значениях САД метопрололом и метилдопой указала на более низкую эффективность последней;
- в) выявлено ренопротективное действие метопролола, отсутствующее у метилдопы;
- г) частота развития побочных неблагоприятных реакций на фоне лечения метилдопой оказалась выше, чем возникающих на фоне терапии метопрололом;
- д) статистически значимых различий в группах по частоте развития гипоксии плода выявлено не было, как и в частоте развития ЗРП, в средних оценках по шкале Апгар и в среднем весе новорожденных;
- е) каких либо существенных различий в течении послеродового периода выявлено не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каскаева, Д. С. Выбор антигипертензивных препаратов у беременных женщин с эссенциальной гипертонией / Д. С. Каскаева, В. В. Костина // Сибирское медицинское обозрение. — 2011. — № 3. — С. 70–74.
2. New-onset ventricular tachycardia during pregnancy / M. Brodsky [et al.] // Am Heart J. — 1992. — Vol. 123. — P. 933–941.
3. Maternal antihypertensive therapy with beta-blockers associated with poor outcome in very-low birthweight infants / R. Kaaja [et al.] // Int J Gynecol Obstet. — 1992. — Vol. 38. — P. 195–199.

УДК 616.8-009.2:616.74-089

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТОРСИОННОЙ ДИСТОНИИ

Николаенко А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Дистония традиционно считается редким заболеванием, хотя она занимает третье по частоте место среди всех расстройств движений. Торсионная дистония может наблюдаться в различных возрастных периодах, но чаще дебютирует до 20-летнего возраста; 65 % случаев приходится на первые 15 лет жизни. Встречаемость в различных популяциях составляет от 1 случая на 160 тыс. чел, в среднем — 40 случаев на 100 тыс. населения. Это редкое заболевание, характерное в основном для мужчин. Неуклонное прогрессирование, приводящее к инвалидизации людей молодого возраста, делает торсионную дистонию актуальной проблемой современной неврологии.

Цель

Оценить эффективность стереотаксических операций на структурах головного мозга, изучить новые направления в лечении торсионной дистонии.

Материал и методы исследования

Изучение и анализ научной литературы по лечению торсионной дистонии.

Результаты исследования и их обсуждение

Торсионная дистония (от лат. *torsio* — «вращение, скручивание»; от греч. *dys tonos* — «напряжение») — это хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, при котором главным образом поражается экстрапирамидная система. Клинической особенностью данного заболевания являются произвольные мышечные сокращения с неравномерным

распределением мышечного тонуса в отдельных областях тела, что сопровождается своеобразными гиперкинезами, нередко с вращательными движениями, которые заставляют пациентов принимать вынужденную позу.

Хирургическое лечение торсионной дистонии

За последние десятилетия достигнуты значительные успехи в хирургическом лечении торсионной дистонии, в первую очередь благодаря внедрению в клиническую практику метода стереотаксических операций на базальных ганглиях головного мозга.

Оперативное лечение (стереотаксические операции) применяют в тех случаях, когда заболевание прогрессирует и лишает пациента трудоспособности и возможности самообслуживания.

Стереотаксические операции на базальных ядрах мозга основываются на деструкции одной или двух подкорковых структур, что обуславливает разрыв патологической цепи, по которой циркулируют импульсы, вызывающие гиперкинезы и дефекты мышечного тонуса. Подготовка к стереотаксической операции проходит в несколько этапов. Сначала на голове пациента закрепляется специальная стереотаксическая рама. Выполняется магнитно-резонансная или компьютерная томография головного мозга. Затем с помощью специальных расчетов, использующих томограмму и стереотаксические ориентиры, рассчитываются координаты структуры-мишени. Хирург выполняет доступ к требуемому отделу головного мозга и выполняет деструкцию требуемых структур. При локальной форме торсионной дистонии деструкцию базальных ядер головного мозга осуществляют на стороне, противоположной той стороне тела, на которой имеются нарушения мышечного тонуса и гиперкинезы. При генерализованной форме торсионной дистонии производят обычно две операции с интервалом между ними примерно в 6–8 месяцев. Первую операцию, как правило, производят на стороне, противоположной более пораженным конечностям. Если поражение выражено с обеих сторон одинаково, то первую операцию осуществляют слева для восстановления в первую очередь функций правой руки. С целью повышения эффективности лечения осуществляют комбинированную деструкцию вентролатерального ядра таламуса и субталамической области, благодаря которому более чем у 80 % пациентов наблюдается стойкое и значительное улучшение состояния.

Электростимуляция подкорковых структур — новейшая методика, заключающаяся в том, что в область, ответственную за патологическую импульсацию, вживляются электроды, продуцирующие электрические разряды. Эти импульсы подавляют активность патологической зоны головного мозга. Операция выполняется также с использованием стереотаксического наведения. После определения координат нахождения структуры-мишени хирург выполняет оперативный доступ под интраоперационным рентгенологическим контролем, устанавливает электроды в определенные подкорковые ядра. Основной мишенью является медиальный сегмент бледного шара. Сам нейростимулятор, продуцирующий электрические импульсы, представляет собой небольшой прибор, который имплантируется в подкожно-жировую клетчатку подключичной области. После операции в мозг пациента постоянно подаются высокочастотные электрические импульсы. Также пациент может регулировать параметры работы нейростимулятора в зависимости от своего самочувствия.

Данный метод лечения позволяет снизить тяжесть двигательных нарушений на 50–80 % у большинства оперированных пациентов.

Выводы

Проанализировав данную литературу можно сделать выводы о доказанной эффективности стереотаксических операций, которые на длительное время позволяют пациентам сохранять способность к самообслуживанию, возможность ходить и производить другие сложные двигательные акты. Эффект сохраняется у 70 % пациентов на протяжении длительного периода времени.

Стереотаксические операции являются относительно безопасным методом лечения и остаются методом выбора, когда консервативное лечение неэффективно.

Разработаны новые методы лечения торсионной дистонии, заключающиеся в электростимуляции подкорковых структур головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шток, В. Н. Экстрапирамидные расстройства / В. Н. Шток, И. А. Иванова-Смоленская, О. С. Левин. — Минск: Медпресс-информ, 2002. — 700 с.
2. Кандэль, Э. И. Функциональная и стереотаксическая нейрохирургия / Э. И. Кандэль. — М.: Медицина, 1981. — 368 с.