

3. Коррекция когнитивных нарушений должна начинаться с момента их выявления и проводиться достаточно длительно, до момента получения стойкой положительной динамики.

4. Применение препарата Актовегин оправдано его влиянием на большую часть патогенетических механизмов когнитивных нарушений при СД 2 типа.

5. Положительное действие Актовегина обусловлено его антиоксидантным, антигипоксантным, инсулиноподобными эффектами, опосредованным улучшением микроциркуляции.

6. По результатам проведенного исследования была доказана эффективность препарата Актовегин в отношении субъективных проявлений диабетической энцефалопатии и объективное улучшение когнитивных функций у пациентов с СД 2 типа.

7. Эффективность Актовегина напрямую коррелирует с длительностью терапии - при длительном применении препарата отмечается нарастание положительной динамики. Это наблюдение обуславливает необходимость достаточного по длительности применения Актовегина - не менее 12-ти недель для достижения максимального улучшения нарушенных функций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гурьева И.В., Бергма И.В., Кузина И.В., Бергма А.Н., Светлова О.В. Патогенетическое лечение Актовегином нейроишемического болевого синдрома в нижних конечностях при сахарном диабете // Русский медицинский журнал. 2009 №10.

2. Дамулин И.В. Легкие когнитивные нарушения // *Consilium medicum*. 2004. № 2.

3. Ефимов А.С. Диабетические ангиопатии. М.: Медицина. 1989.

4. Захаров В.В. Когнитивные нарушения в неврологической практике // *Трудный пациент*. 2005. № 5.

5. Захаров В.В., Сосина В.Б. Возможности антигипоксантов в лечении когнитивных нарушений у больных с сахарным диабетом // *Лечащий врач*. 2010 № 3.

6. Кунц Г., Шуман Г. Использование Актовегина при умеренно выраженной деменции: результаты многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного исследования // *Неврологический журнал*. 2004. № 1

7. Мелешкевич Т.А., Лучина Е.И., Лукашова М.Е. Двойной эффект Актовегина в лечении поздних осложненных диабета // *Русский медицинский журнал*. 2011. № 13.

8. Салтыков Б.Б., Пауков В.С. Диабетическая микроангиопатия // М., Медицина, 2002.

9. Строков И.А., Моргоева Ф.Э., Строков К.И., Аметов А.С. Терапевтическая коррекция диабетической полинейропатии и энцефалопатии Актовегином // *Международный эндокринологический журнал*. 2007. № 2 (8).

10. Шмырев В. И., Остроумова О. Д., Боброва Т. А. Возможности препарата Актовегин в профилактике и лечении деменции // *Русский медицинский журнал*. 2003. № 4.

11. Шпрах В. В., Фалиева Е. М., Акулова Е. М., Саютина С. Б., Михалевиц И. М. Дисциркуляторная энцефалопатия у больных сахарным диабетом // *Неврологический журнал*. 1998. № 6.

12. Чугунов П.А., Семенова И.В. Сахарный диабет и когнитивные нарушения // *Сахарный диабет*. 2008. № 1 (38).

13. Янсен В., Брукнер Г. В. Лечение хронической цереброваскулярной недостаточности с использованием драже Актовегин форте (двойное слепое плацебо-контролируемое исследование) // *Русский медицинский журнал*. 2002. № 12-13.

14. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике // *Неврологический журнал*. 2006, приложение № 1

15. Cox D. J., Kovatchev B. P., Gonder-Frederick L. A. et al. Relationships Between Hyperglycemia and Cognitive Performance Among Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes // *Diabetes Care*. 1997. Vol. 28. P. 71-77.

16. Stewart R., Liolitsa D. Type 2 diabetes mellitus, cognitive impairment and dementia // *Diabet Med*. 1999. Vol. 16. P. 93-112.

ТҮЙІН

Макалада метаболиялык катардан препараттармен когнитивті бұзушылыктардан және түзету мүмкіндіктен қант диабеттен екінші типі диагнозбен емделушілерде когнитивті функциялардың бағалар нәтижелері көрсеткен.

РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты оценки когнитивных функций у пациентов с основным диагнозом «Сахарный диабет 2 типа» и возможности коррекции когнитивных нарушений препаратами метаболического ряда.

Ключевые слова: диабет, когнитивные функции.

SUMMARY

At the article are presented the results of an assessment of cognitive functions at patients with the main diagnosis "Diabetes mellitus type 2" and possibilities of correction of cognitive impairment by metabolic preparations.

Keywords: diabetes, cognitive function.

УДК 616.8-08

СОХРАНЕНИЕ ФУНКЦИЙ ЛИЦЕВОГО И СЛУХОВОГО НЕРВОВ В ХИРУРГИИ НЕВРИНОМ VIII НЕРВА

М.М. Мамытов, К.Б. Ырысов

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Введение. В 1894 г. сэр Charles Balance выполнил первую успешную операцию с удалением невринома VIII нерва, но смертность в прошлом столетии была сравнительно высокой. Harvey Cushing путем улучшения хирургической техники добился снижения смертности до 20%. Новые технологии как операционный микроскоп и улучшенная

операционная техника снизили частоту смертности ниже 2% в наши дни. Эти достижения также изменили и задачи операции. Сохранение функции лицевого нерва сейчас является стандартной задачей хирургии и сохранить слух удается чаще, когда больные имеют маленькие опухоли и полезный дооперационный слух [1-10].

Мониторинг лицевого нерва улучшил шансы на сохранение послеоперационной функции лицевого нерва и сейчас рассматривается как стандартный вспомогательный метод в современном лечении и хирургии невриноном VIII нерва. МРТ с контрастированием (Gadolinium) сейчас широко используется и дала возможность диагностике даже очень маленьких и интраканальных опухолей. Несколько систем градаций были предложены для оценки и стандартизации функций лицевого нерва и слуха. В 1985 г. House и Brackmann (НВ) предложили систему градации функции лицевого нерва и в 1994г. Committee of Hearing and Equilibrium опубликовал руководство для оценки сохранения слуха в хирургии невриноном VIII нерва [5-10].

Результаты хирургического лечения больших невриноном VIII нерва ведут назад к 70-годам, если не использовать технологические достижения, которые уже стали стандартными. Эти результаты много лет считались хорошими, но трудно это сравнить с результатами тех пациентов, которые подверглись современной и ранней диагностике, лучшему интраоперационному мониторингу. Поэтому понимание исходов современной хирургии невриноном VIII нерва является необходимым в принятии рационального решения в различных исследованиях статистическим путем [1-10].

Целью настоящей работы было описание результатов хирургического лечения, которое проведено с использованием современной технологии и техники со стандартной системой градации функций лицевого нерва и слуха.

Материал и методы. Нами проведено ретроспективное изучение результатов хирургического лечения пациентов с диагнозом невриноном VIII нерва. Были использованы четыре хирургических доступа. Субокципитальный доступ использован у 69% пациентов, транслабиринтный доступ у 23%, комбинированный субокципитальный/транслабиринтный доступ у 7%. Шесть пациентов были оперированы предварительно в других клиниках, включая двух пациентов с анастомозом hypoglossus/facialis из-за рассечения лицевого нерва во время первой операции. Два пациента из этой серии имели нейрофиброматоз типа II и у них были билатеральные опухоли. Всем пациентам до операции проводилась аудиограмма и МРТ с контрастированием. Попытка сохранения слуха предпринята у всех пациентов, которые имели полезный слух до операции, независимо от размеров опухоли. Полезный слух определен как уровень А или В. Размер опухоли измерялся по наибольшему экстраканальному диаметру. Полностью интраканальные опухоли рассмотрены отдельно.

Все процедуры выполнялись с использованием мультидисциплинарного подхода с участием нейроотолога и нейрохирурга. Всем больным проводился интраоперационный мониторинг и в большинстве случаев он выполнялся нейрофизиологом, который определял интраоперационные стволовые слуховые вызванные ответы при попытке сохранить полезный слух.

Маленькими опухолями считались невриномы VIII нерва менее чем или равные к 2 см (включая интраканальные), средними более чем 2 см и менее чем или равные 4 см; и большими более чем 4 см.

Результаты. Нами изучены результаты хирургии невриноном VIII нерва у 97 пациентов, которые были оперированы с удалением опухоли. 49 больных были мужского пола (53%) и 44 были женского пола (47%). Минимальный период наблюдения после операции был 12 месяцев и максимальный 6 лет (средний период 49 месяцев). У 56 пациентов были маленькие опухоли, у 24 пациентов средние опухоли и у 13 были большие

опухоли. Всем больным, кроме двух, сделано тотальное удаление опухоли. Субтотальная резекция опухоли у 2 пациентов выполнено из-за спаянности опухоли к стволу мозга. Целостность лицевого нерва была сохранена у 96 из 97 пациентов (99%). Все больные с интраканальными опухолями (n=8) имели хорошую функцию лицевого нерва (НВ 1-2). У пятидесяти двух из 55 пациентов (95%) с маленькими опухолями достигнута хорошая функция лицевого нерва, у 15 из 24 (63%) со средними опухолями – НВ 1-2 и у 5 из 7 с большими опухолями достигнуты хорошие результаты. У двух пациентов с нейрофиброматозом типа II, функция лицевого нерва в отдаленном периоде была на уровне НВ 1-2. Шесть пациентов были оперированы предварительно. Из них у 3 функция была НВ 1, у двух НВ 3, и у одного НВ 4. Подъязычно-лицевой анастомоз был произведен с результатом НВ 3. У пациента с НВ 4 лицевой нерв был рассечен при первой операции и был выполнен подъязычно-лицевой анастомоз.

Попытка сохранения слуха была предпринята у 44 пациентов через субокципитальный ретросигмовидный доступ. Все эти больные до операции были со слухом уровня А и В. У тридцати одного пациента были маленькие опухоли и у 5 были опухоли среднего размера. Пациенты с большими опухолями не подвергались слухосохраняющей операции. Двадцать семь больных были подвергнуты аудиограмме до операции и после нее для сравнения. У восьми пациентов (29%) был сохранен полезный слух; слух был сохранен у 7 из 24 (29%) пациентов с маленькими опухолями и у одного из трех пациентов со среднего размера опухолями. Ни один пациент с нейрофиброматозом типа II не сохранил слуха. Один из них оперирован транслабиринтным доступом и другие через субокципитальный доступ. У 4 из 6 пациентов, которые были оперированы повторно, был использован транслабиринтный доступ; у двух других пациентов был использован субокципитальный доступ без сохранения слуха.

Развилось 3 осложнения с частотой 2%. Наиболее частым осложнением было истечение ликвора. Смертности среди этой группы пациентов не отмечалось. Лицевой нерв был рассечен у пациента с опухолью 3 см. Анастомоз «конец в конец» был выполнен незамедлительно и у этого больного сохранена функция лицевого нерва на уровне НВ 4.

Заключение. Функция лицевого нерва может быть сохранена в большинстве случаев и сохранение слуха является осуществимым у пациентов с хорошим дооперационным слухом. Каждый пациент, который имел интраканальную опухоль, сохранил отличную функцию лицевого нерва и 95% пациентов с опухолями 2 см и менее сохранили функцию лицевого нерва на уровне НВ 1-2. Сохранение слуха было достигнуто у 29% пациентов с полезным слухом. Хирургическое лечение остается методом выбора при невриномах VIII нерва.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Махмудов У.Б. Хирургическое лечение невриноном слухового нерва: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.28. - М., 1981. - 23с.
2. Никитин И.А. Хирургия больших и гигантских невриноном VIII нерва: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.28. - Л., 1989. - 35с.
3. Рзаев Д.А., Шулев Ю.А., Бикмуллин В.Н. Ретросигмовидный доступ как основа малоинвазивной хирургии мосто-мозжечкового угла // III съезд нейрохирургов России, Санкт-Петербург, 4-8 июня, 2002 г. - С.144-145.
4. Смянович А.Ф. Микронейрохирургия невриноном слухового нерва: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.28. - Киев, 1981. - 44с.

5. Халед Бу Х.Э. *Диагностика и хирургическое лечение невринома слухового нерва: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.28. - М., 1993. - 18с.*
6. Ырысов К.Б. *Диагностика и нейрохирургическое лечение вестибулярных шванном (невринома VIII нерва): Дис... д-ра мед. наук: 14.00.28. - Бишкек, 2005. - 200с.*
7. Arriaga M.A., Chen D.A. *Facial function in hearing preservation acoustic neuroma surgery. // Arch Otolaryngol Head Neck Surg., 2007. - Vol. 127 (5). - P. 543-6.*
8. Axon P.R., Ramsden R.T. *Assessment of real-time clinical facial function during vestibular schwannoma resection. // Laryngoscope, 2009. - Vol. 110 (11). - P. 1911- 5.*
9. Bani A., Gilsbach J.M. *Incidence of cerebrospinal fluid leak after microsurgical removal of vestibular schwannomas. // Acta Neurochir., 2007. - Vol. 144. - P. 979-982.*
10. Becker S.S., Jackler R.K., Pitts L.H. *Cerebrospinal Fluid Leak after Acoustic Neuroma Surgery: A Comparison of the Translabyrinthine, Middle Fossa, and Retrosigmoid Approaches. // Otol Neurotol., 2008. - Vol. 24 (1). - P. 107-112.*

РЕЗЮМЕ

Сохранение функций лицевого и слухового нервов в хирургии невринома VIII нерва

Целью хирургии невринома VIII нерва является сохранение функции лицевого нерва и, если это возможно, сохранение слуха. В данном исследовании мы представили результаты хирургии невринома VIII нерва с применением современной техники и оборудования, а также стандартной системы градаций.

Все пациенты были подвергнуты хирургическому вмешательству с удалением невринома VIII нерва, проходили предоперационную аудиограмму и контрастную МРТ. Дополнительно, всем больным до и после операции исследованы функции лицевого нерва по шкале House/Brackmann и проводился мониторинг лицевого нерва интраоперационно. Сохранение слуха было достигнуто у пациентов с опухолями любых размеров.

Ключевые слова: Невринома VIII нерва, лицевой нерв, слуховой нерв, хирургическое лечение, интраоперационный мониторинг.

SUMMARY

Facial and cochlear nerves function preservation in acoustic neuroma surgery

The goals of acoustic neuroma surgery are now preservation of facial nerve function and, when feasible, hearing preservation. The purpose of this study was to present the results of acoustic neuroma surgery using the most modern techniques and equipment, using standardized grading systems.

All patients underwent acoustic neuroma surgery and had preoperative audiograms and MRI with contrast. In addition, all patients had preoperative and postoperative facial function graded by the House/Brackmann scale and intraoperative facial nerve monitoring. Hearing preservation was attempted in patients with tumours of any size.

Key words: Acoustic neuroma, facial nerve, cochlear nerve, surgical excision, intraoperative monitoring.

УДК 616.71-089.844

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА

Ш. Ж. Машрапов

Ошская межобластная клиническая больница, г.Ош, Кыргызская Республика

Введение. Краниопластика – восстановление целостности черепа после декомпрессивных операций, вдавленных переломов, огнестрельных ранений, а также других патологических процессов. Одно из первых упоминаний о краниопластике относится к XVI в., когда Fallopius Gabriele (1523–1562 гг.) описал методику замещения костного дефекта черепа с помощью пластины из золота. Дальнейшее развитие методики было посвящено подбору материала. С различным успехом использовались: целлюлоид (1890 г.), алюминий (1893 г.), платина (1929 г.), серебро (1950 г.), виталлий – сплав кобальта и хрома (1943 г.), тантал (1942 г.), нержавеющая сталь (1945 г.), полиэтилен (1947 г.).

Несмотря на постоянную разработку новых методик и материалов для устранения дефектов черепа проблема краниопластики остается, по-прежнему, актуальной. На данный момент не существует однозначных алгоритмов выбора пластических материалов и сроков проведения оперативного вмешательства.

Клиническая картина. Неврологическая симптоматика у больных с дефектом костей черепа обусловлена последствием перенесенной черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в сочетании с синдромом «трепанованного черепа». Синдром трепанованного черепа может включать в себя несколько компонентов в виде метеопатии, астении, психопатии, парезов конечностей, эписиндрома и афазии. Основными причинами развития посттрепанационного синдрома являются: влияние атмосферного давления на головной мозг через область дефекта, пролабирование и пульсация мозгового вещества

в дефект и возникающая в связи с этим травматизация мозга о края дефекта, нарушения ликвороциркуляции, нарушения церебральной гемодинамики. Часто у больных с посттравматическим дефектом костей черепа отмечаются эпилептические приступы. Как правило, фокальный компонент имеет топографическую локализацию, соответствующую локализации костного дефекта, что в первую очередь связано с образованием оболочечно-мозговых рубцов.

Методы исследования. Краниография, выполненная в стандартных укладках в 2 проекциях, является обязательным методом исследования у больных с дефектом костей черепа. По рентгенограммам черепа можно судить о размерах, форме, состоянии краев дефекта черепа, сопутствующих воспалительных изменениях в костях черепа, наличии инородных тел. Исследование проводится перед оперативным вмешательством, в раннем послеоперационном периоде для контроля установки трансплантата, а также выполняются периодические контрольные исследования через 12 и 24 мес после операции в случае установки алло- или аутоотрансплантата для контроля его лизиса.

Наиболее полную информацию о состоянии костного дефекта можно получить при выполнении компьютерной томографии (КТ). Исследование выполняют в аксиальной плоскости в тканевом и костном режимах. При локализации дефекта на основании черепа, а также при вовлечении в дефект костей лицевого скелета обязательным является выполнение исследования во фронтальной плоскости. Для максимально точного определения локализации формы