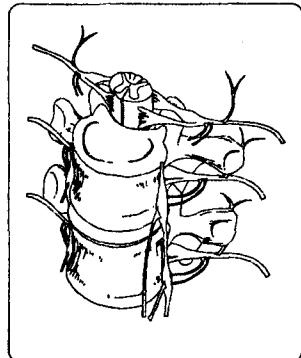


базе отделения формы отчета для детских неврологов дало возможность по-новому взглянуть на проблемы детского церебрального паралича, перинатальной энцефалопатии,нейроинфекций.

За 30 лет работы отделения накоплен огромный опыт по диагностике и лечению различных заболеваний нервной системы у детей. Внедрение новых технологий и схем обследования и лечения, в разработке которых

приняли участие сотрудники отделения, позволит повысить эффективность лечения и снизить заболеваемость детского населения Хабаровского края.



А.М. Хелимский

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОТЕКУЩИХ КОРЭШКОВЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Заболевания
нервной системы, обусловленные поражением позвоночника, занимают одно из первых мест в структуре общей заболеваемости населения Российской Федерации. Среди трудоспособной категории больных, находящихся на лечении более 2–4 мес., наиболее многочисленную группу составляют пациенты с корешковыми болевыми синдромами поясничного остеохондроза. Они нередко попадают в стационары, где им в качестве причины заболевания формулируется диагноз "грыжа диска" и устанавливаются показания к хирургическому вмешательству.

Однако в определении тактики оперативного лечения подобных больных существуют значительные разногласия. При одних и тех же клинических проявлениях заболевания рекомендуются микродискэктомии [7], пластические операции на дисках [5], чрескожная нуклеотомия [11], хемонуклеолизис и другие функциональные вмешательства [2].

Большинство нейрохирургов используют задние доступы в позвоночный канал и декомпрессию корешков спинномозговых нервов путем удаления грыжи межпозвонкового диска (МД), считая их необходимыми у таких больных в подавляющем числе наблюдений [8]. Относительное количество пациентов с корешковыми болевыми синдромами, нуждающихся в декомпрессирующем-стабилизирующем вмешательствах передними доступами к позвоночнику, варьирует, по литературным данным, от 1 до 53% [1, 3], а Г.С. Юмашев и соавт. [6] применяли передние дисектомии на поясничном уровне у 78,5% больных.

Основной причиной подобных противоречий, на наш взгляд, являются различные представления о ведущей патогенетической ситуации, обуславливающей длительно текущие корешковые болевые синдромы поясничного остеохондроза. Если одни авторы, чаще всего нейрохирурги, главными причинами болей считают грыжевые выпячивания МД и рубцово-спаечный процесс в позвоночном канале, то ортопеды называют ведущим фактором нестабильность позвоночника и спондилоартроз. При этом во время рентгенологического обследования и оперативных вмешательств хирурги находят подтверждение своих диагнозов и в тех, и в других случаях.

Анализируя отданные исходы задних декомпрессирующих операций, многие авторы отмечают, что почти у половины пациентов сохраняются алгические ощущения в поясничной области и ноге, а рецидивы заболевания возникают, в среднем, у 10% больных [10]. При оценке экспертами состояния больных, перенесших операцию переднего межтелевого спондилодеза по поводу хронических некупируемых поясничных болей, в 52–68% случаев констатирован плохой результат и лишь 32–42% пациентов вернулись к прежней работе [9, 12].

Неудачные исходы, по нашему мнению, во многом зависят от стандартного применения однотипных вмешательств без учета динамики патоморфологических и патогенетических ситуаций при остеохондрозе позвоночника, лежащих в основе корешковой патологии [4].

Целью настоящей работы была выработка принципов патогенетического нейрохирургического лечения больных с корешковыми болевы-

ми синдромами поясничного остеохондроза.

Материал и методы

Нами проанализирован 11-летний опыт оперативного лечения пациентов с длительно текущими корешковыми болевыми синдромами поясничного остеохондроза в Хабаровской клинике спинальной нейрохирургии (411 случаев). По отношению к общему числу пациентов с хроническими поясничными болями, прошедших консультативный осмотр и стационарное лечение в этот период (около 24 тыс. чел.), это составило 1,7%, что несколько ниже литературных данных (5–8%) и объясняется, вероятнее всего, эффективностью комплекса консервативных методов, применяемых в нейрохирургической клинике.

Для выбора оптимального метода лечения корешковой патологии, нами выделены 7 групп пациентов с однотипными патоморфологическими и патогенетическими ситуациями. Группы формировались в зависимости от клинических проявлений заболевания и характера изменений в позвоночном двигательном сегменте (ПДС), определяемого с помощью комплексной лучевой диагностики. Последняя включала обзорную и функциональную спондилографию, обычную и разработанную нами функциональную дисковидографию (патент РФ №2099010), миелографию, компьютерную томографию.

Среди больных с выпадением МД (135 наблюдений) выделены случаи полного (у 29 чел.) и частичного (у 106 чел.) пролапса, а при выпячивании диска (103 случая), дифференцировали наблюдения с секвестрированной (51 чел.) и эластичной (52 чел.) протрузией МД.

У больных с нестабильностью ПДС (173 пациента) мы устанавливали предшествовавшую патологию: выпадение МД (124), протрузию диска (27 случаев) или разрыв фиброзного кольца диска — так называемый "простой" разрыв МД (22 наблюдения).

У пациентов с полным или частичным пролапсом МД на поясничном уровне (135 наблюдений) и у 8 больных с секвестрированной протрузией МД (с клиникой грубых корешковых расстройств) были осуществлены задние декомпрессирующие операции. У 50 пациентов в случаях резкого уменьшения высоты МД после выпадения диска, а также при узком позвоночном канале применена только микрохирургическая декомпрессия. В 93 наблюдениях дополнительно выполнен задний межтеловой спондилодез.

У 271 пациента при диагностике эластичного или секвестрированного выпячивания МД либо нестабильности ПДС, когда методы консервативного лечения были исчерпаны, в качестве первого этапа лечения использовались функциональные манипуляции — дерепозиция и функциональная дерепозиция МД (патент РФ №2099011). Если болевой синдром сохранялся, применялись передние декомпрессирующие-стабилизирующие операции (у 142 больных) на уровне одного (37 наблюдений) или нескольких ПДС (105 случаев).

Отдаленные исходы оперативного лечения в сроки от 1 до 12 лет проанализированы у 223 больных.

Результаты и обсуждение

Клиническая диагностика болевого синдрома, вызванного компрессией или ирритацией корешка спинномозгового нерва, основывалась на следующих признаках.

1. Острый, простирающийся характер болей, локализация болевых

ощущений в зоне определенного дерматома, положительные симптомы "кашлевого толчка", "звонка".

2. Постоянство вертебрального синдрома и мышечно-тонических нарушений, не зависящих от вертикального или горизонтального положения пациента.

3. Двигательные нарушения в миотомах. При явлениях сдавления корешков — выпадение рефлексов, снижение силы мыши, гипотония, а в случаях раздражения — гиперрефлексия, мышечная гипертония.

4. Чувствительные расстройства в зонах дерматомов, причем для сдавления корешков более характерным было развитие гипалгезии, а для ирритации корешка — гиперестезии.

Первые две группы признаков отмечались у всех больных в остром периоде заболевания (по клинико-анамнестическим данным), но у большей части пациентов характер корешкового синдрома в динамике изменялся: снижалась интенсивность болей, менялась их локализация, уменьшались контрактуры паравертебральных мышц и кифосколиоз, преобладающими становились алгические ощущения в ноге миосклеротического характера при движениях и ходьбе. Эта симптоматика указывала на уменьшение степени компрессии корешка вследствие потери объема и частичного рассасывания сместившихся секвестров диска. Появление перечисленных клинических признаков формирования нестабильности ПДС свидетельствовало об изменении ведущей патогенетической ситуации заболевания и являлось принципиальным моментом в определении тактики дальнейшего лечения. Ирезвычайно важное значение имело проведение больным перидуральных (эпидуральных) блокад на уровне пораженного ПДС. Часто они оказывались настолько эффективными, что вопрос о хирургическом вмешательстве снимался. Если же положительной динамики не

отмечалось, необходимость декомпрессирующей операции становилась очевидной.

Сдавление корешков спинномозговых нервов с выпадением их функций зафиксированы в 271 наблюдении (65,9%), а признаки ирритации — у 140 пациентов.

Топическая диагностика предположительной локализации патологии МД по клиническим данным об уровнях корешкового поражения дала следующие результаты: поражение МД L_{3,4} определено у 11 больных (2,7%), МД L_{4,5} — в 207 наблюдениях (50,4%), МД L_{5-S₁} — у 193 пациентов (46,9%).

Сопоставление клинических проявлений корешковой патологии с патоморфологическими изменениями ПДС в различных группах больных представлены в таблице.

Таким образом, наиболее частыми причинами корешковых болей были нестабильность ПДС после выпадения МД (30,2%) и частичное выпадение МД (25,6%). Однако поражение корешков отмечалось и при других патогенетических ситуациях, что позволяло использовать в качестве первого этапа нейрохирургического лечения функциональное вмешательство — введение в полость МД спирт-новокаиновой смеси. Химическая деструкция нервных окончаний фиброзного кольца МД, а также задней продольной связки — дерепозиция — позволяла у ряда пациентов купировать болевой синдром и стать основой для запуска саногенетических механизмов в ПДС.

На основании анализа наших наблюдений мы пришли к выводу, что при частичном выпадении МД показанием к задним декомпрессионным операциям является стойкость компрессионного корешкового болевого синдрома, резистентного к консервативной терапии, проводимой не менее 3 мес.

Завершение хирургического вмешательства задним межтеловым спон-

Сопоставление данных клинической диагностики поражения корешков спинномозговых нервов и патологии позвоночного двигательного сегмента у больных с поясничным остеохондрозом

Характер патологических изменений	Состояние корешков спинномозговых нервов									
	Выпадение функций корешков									
	L ₄	L ₅	S ₁	L ₅	S ₁	—	—	—	S _{2-S₃}	
	Иrrитация корешков									
—	—	—	S ₁	L ₅	L ₄	—	—	—	каудо-синдром	
Полное выпадение МД (n=29)	1	1	—	—	—	—	—	—	27	
Частичное выпадение МД (n=106)	—	40	46	—	—	1	10	9	—	
Секвестрированное выпячивание МД (n=51)	—	18	11	3	3	—	10	6	—	
Эластичное выпячивание МД (n=52)	—	8	7	5	4	—	17	11	—	
Нестабильность ПДС после выпадения МД (n=124)	—	28	42	9	6	—	18	21	—	
Нестабильность ПДС после выпячивания МД (n=27)	—	8	5	3	—	—	9	2	—	
Нестабильность ПДС после простого разрыва МД (n=22)	—	4	—	1	1	—	3	13	—	
Всего	1	107	111	21	14	1	67	62	27	

дилодезом оправдано в случаях опасности послеоперационной нестабильности ПДС у пациентов с избыточным весом и ослабленным мышечным корсетом. Основной задачей спондилодеза мы считаем фиксацию высоты межпозвонкового промежутка на период формирования анкилоза смежных позвонков.

Нецелесообразен стабилизирующий этап операции у больных с узким позвоночным каналом (из-за возможной травматизации нервных структур) и при резком уменьшении высоты межпозвонкового промежутка после выпадения МД.

Пункционные вмешательства у пациентов с выпячиваниями МД и нестабильностью ПДС оказались эффективными в 129 наблюдениях (47,6%). На основании дополнительного ретроспективного исследования клинических и рентгенологических признаков, наиболее часто встречавшихся при благоприятном исходе, уточнены показания к последующему выбору этого вида лечения.

Дерепенция МД была показана пациентам, у которых при диско-графическом исследовании установлена внутридисковая дистрофия или разрыв фиброзного кольца на уровне пораженного (по клиническим данным) МД, а в смежном МД — дистрофические изменения.

Функциональная дерепенция МД целесообразна больным с корешковыми синдромами, обусловленными выпячиваниями МД, при выявлении во время диско-графии в соседних дисках разрыва фиброзного кольца или внутридисковой дистрофии.

Уменьшение или исчезновение компрессионного корешкового болевого синдрома после пункционного лечения отмечено у 17,1% пациентов с секвестрированной протрузией МД и в 67,9% наблюдений эластичного выпячивания МД.

Особо следует выделить возможность благоприятных исходов мало-травматичного вмешательства у пациентов с секвестрированными протрузиями МД, которые, по литературным данным, часто подвергались задним декомпрессирующими операциям. Средний срок восстановления трудоспособности после пункционного лечения у этих пациентов составил $13,4 \pm 8,2$ дня. Аналогичный показатель в подгруппе больных с эластичным выпячиванием МД — $15,9 \pm 7,5$ дня.

Примером использования разработанной нами функциональной дерепенции МД может служить следующая история болезни.

Больной К., 36 лет, водитель, поступил в клинику 07.11.95 г. с жалобами на боли в поясничной области, усиливающиеся при ходьбе и уменьшающиеся в горизонтальном положении, ир-

радицирующие по наружной поверхности левой ноги до 1-3 пальцев стопы, и на слабость в левой стопе.

Болен около 10 лет, длительность последнего обострения заболевания, при котором появилась боль в левой ноге — 8 мес. Неоднократно получал лечение в поликлиниках, санаторных и стационарных условиях, но эффекта не было.

В объективном и неврологическом статусе: сколиоз поясничного отдела позвоночника, выпячивостью влево, кифозирование на уровне L_{4-5} , резкая болезненность при пальпации остистого отростка L_5 позвонка с иридиацией боли в левую ногу. Симптом Ласега прямой 40°, перекрестный 80°. Слабость разгибателя 1 пальца левой стопы до 4 баллов. Гипалгезия в зоне дерматома L5 на голени и стопе.

На обзорных спондиограммах отмечено уменьшение высоты диска L_{4-5} . При компьютерной томографии позвоночника на уровне МД L_{4-5} констатировано незначительное выпячивание фиброзного кольца в позвоночный канал (рис. 1).

Сформулирован клинический диагноз: "остеохондроз L_{4-5} , секвестрированная протрузия МД L_{4-5} , со сдавлением корешка L5 слева".

Были установлены показания к проведению функциональной диско-графии и дерепенции МД. 09.11.95 г. в условиях рентген-операционной, произведена пункция дисков L_{4-5} и L_5-S_1 трансдуральным доступом. В МД L_{4-5} введено 1,2 мл 76% верографина — воспроизведены типичные для пациента боли в левой ноге. В МД L_5-S_1 инъецировано 1,3 мл контраста — отмечены незначительные алгические ощущения в поясничной области.

На диско-граммах (рис. 2) установлена секвестрированная протрузия МД L_{4-5} (указано стрелкой), в МД L_5-S_1 — начальная внутридисковая дистрофия. Начата тракция поясничного отдела позвоночника грузом 35 кг в течение 15 мин. Боли в пояснице и ноге прекратились.

На контрольных боковых диско-граммах отмечено значительное увеличение высоты МД и вправление секвестра на уровне L_{4-5} (указано стрелкой) в полость МД (рис. 3).

На фоне вытяжения через иглы 4 раза введено по 0,1 мл 96° спирта с интервалом 1 мин, затем таким же образом произведена инъекция 2% новокаина по 0,2 мл. После снятия тракции иглы из дисков удалены и больному назначен постельный режим на 3 дня.

Боли корешкового характера после функциональной дерепенции МД боль-

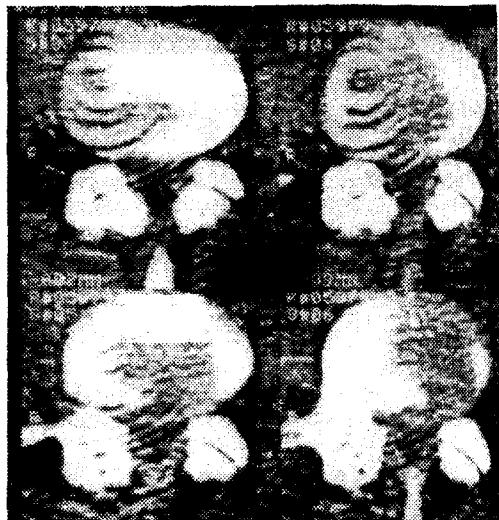


Рис. 1. Компьютерная томография позвоночника на уровне диска L_{4-5} у больного К., 36 лет.



Рис. 2. Диско-грамма (боковая проекция) больного К., 36 лет.
(Пояснения в тексте).



Рис. 3. Контрольная диско-грамма (боковая проекция) больного К., 36 лет. (Пояснения в тексте).

ше не возникали, отмечались незначительные миосклеротомные альгические синдромы, нарушения осанки. Симптом Ласега постепенно регрессировал. Через 13 дней отмечено практическое выздоровление пациента. Он был выписан с рекомендацией приступить к облегченному труду.

Частота положительных исходов после применения функциональной дерецепции МД в лечении корешковых болевых синдромов, обусловленных протрузиями МД, достоверно преобладала по сравнению с аналогичными показателями при использовании обычной дерецепции МД ($p < 0,01$).

Если же боли после пункционных вмешательств сохранялись, то возникали показания к тотальной дисектомии и стабилизации позвоночника передним доступом на уровне одного или нескольких ПДС. Мы придерживались мнения о нецелесообразности удаления протрузий МД задним доступом в позвоночный канал, так как считали, что более радикальной и предупреждающей рецидивы заболевания являлась передняя тотальная дисектомия со спондилодезом. Этот же вид вмешательства был показан у пациентов с корешковыми болевыми синдромами, обусловленными нестабильностью ПДС после выпадения МД, выпячивания или простого разрыва МД, хотя по данным лучевой диагностики у них могли обнаруживаться фрагменты диска в позвоночном канале.

Расширение объема операции путем проведения дисектомии и межтелового спондилодеза на смежных уровнях было показано при выявлении выпячиваний соседних МД, а также установлении в них разрыва фиброзного кольца с воспроизведением типичного болевого синдрома во время дисковидии.

Для оценки отдаленных результатов оперативных вмешательств определялись 7 показателей, по которым выделены 4 группы исходов нейрохирургического лечения [4]. Отдаленные исходы дисектомии задним доступом были изучены у 58 больных с полным и частичным выпадением МД, из них операции с применением межтелового спондилодеза были у 37 чел., а без спондилодеза — у 21. Во всех наблюдениях констатировано отсутствие корешковых болевых синдромов, а у 14 больных (24,1%) вообще не отмечалось альгических ощущений. Вместе с тем у большинства пациентов зафиксированы миосклеротомные боли. В 39,6% случаев они носили динамический характер, а в 34,5% — постоянный. У половины пациентов был сохранен полный объем движений в поясничном отделе позвоночника. Двигательные расстройства констатированы у 19 больных (32,7%), чувствительные — у 32 (55,2%). Болевые синдромы и ограничение движений отмечались преимущественно у пациентов с частичным выпадением МД.

В целом, отличные и хорошие исходы задних декомпрессионно-стабилизирующих операций констатированы в 91,4% наблюдений. В группе пациентов, которым проводился межтеловой спондилодез, такие исходы отмечалось чаще, чем в случаях дисектомии без стабилизации ПДС (соответственно, в 94,6 и 85,7%). Результаты зависели от причин, вызвавших корешковые болевые синдромы, и при полном выпадении МД были наименее благоприятными.

Отличные и хорошие отдаленные результаты пункционных вмешательств в группах больных с протрузиями МД и нестабильностью ПДС (практическое выздоровление и улучшение) отмечены в 84,7% наблюдений, причем у 98,1% больных трудоспособность была восстановлена в первые 3 мес. после операции.

Отдаленные исходы дисектомии и переднего межтелового спондилодеза в случаях выпячивания МД были изучены у 20 больных, из них вмешательство на уровне одного ПДС было в 7 случаях, на уровне двух ПДС — в 13. Корешковых болевых синдромов не отмечалось, но в большинстве случаев были миосклеротомные боли постоянного характера (в 25% наблюдений) или динамические (у 65% пациентов). Полный объем движений в поясничном отделе позвоночника был в 35% случаев, отсутствие моторных нарушений констатировано в 85% наблюдений, сенсорных — в 65% случаев.

Практическое выздоровление установлено у всех больных с секвестрированными выпячиваниями МД. Отсутствие эффекта было в 1 наблюдении у больного с эластичной протрузией МД. Рецидивов корешковых болей не отмечалось. Различия в исходах хирургического пособия в зависимости от вмешательства на уровнях одного или нескольких ПДС не установлено.

Отдаленные исходы дисектомии и переднего межтелового спондилодеза при корешковых болевых синдромах, обусловленных нестабильностью ПДС, были изучены у 62 больных, из них вмешательство на уровне одного ПДС было в 17 случаях, на уровне двух ПДС — в 40, на уровне трех ПДС — в 5. Межтеловой спондилодез аутотрансплантатом был осуществлен в 38 случаях, титановым имплантатом — в 24.

Отличные и хорошие результаты констатированы в 86,5% наблюдений, причем 35,5% пациентов вернулись к труду в первые 5 мес. после вмешательства. В большинстве случаев это стало возможным при использовании титановых имплантатов, позволяющих осуществить надежную первичную

стабилизацию ПДС. Это же обстоятельство дало возможность снизить частоту стойкой утраты трудоспособности в сроки свыше 1 года после операции. Результаты были хуже в группах больных с нестабильностью ПДС после простого разрыва МД и после выпадения МД.

Выводы

1. Причинами длительно текущих корешковых болевых синдромов поясничного остеохондроза могут быть 7 видов патологии позвоночного двигательного сегмента, что необходимо учитывать при определении тактики лечения.

2. Дифференцированное нейрохирургическое лечение пациентов с корешковыми болевыми синдромами поясничного остеохондроза, направленное на ликвидацию раздражения или сдавления корешка и при необходимости на стабилизацию пораженного двигательного сегмента позвоночника, показано в случаях безуспешности в течение 3 мес. консервативной терапии (вертеброневрологические методы и местноанестезирующие процедуры в стационарных условиях)

3. При выпадении МД на поясничном уровне показана операция, предусматривающая полноценную микрохирургическую декомпрессию с использованием щадящих задних доступов в позвоночный канал и позволяющая достичь отличных и хороших отдаленных результатов у 91,4% больных.

4. При секвестрированном выпячивании МД пункционное лечение приводит к практическому выздоровлению 17,1% больных, а при эластичных протрузиях — 67,9% пациентов. Передние декомпрессионно-стабилизирующие операции целесообразны при отсутствии эффекта от внутридисковых вмешательств.

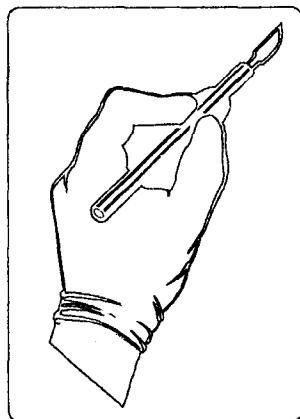
5. При нестабильности ПДС после выпадения, выпячивания или простого разрыва МД пункционное лечение эффективно практически у половины больных. При отрицательных результатах внутридискового вмешательства необходимо осуществлять передние декомпрессионно-стабилизирующие операции на уровнях одного или нескольких позвоночных двигательных сегментов.

6. Разработанные принципы нейрохирургического лечения пациентов с корешковыми болевыми синдромами поясничного остеохондроза дали возможность добиться практического выздоровления у 68,8% и улучшения — у 17,5% больных. Рецидив корешковых болей зафиксирован лишь в 0,2% случаев.

Л и т е р а т у р а

1. Благодатский М.Д., Мейерович С.И. Диагностика и лечение диско-

- генного пояснично-крестцового радикулита. Иркутск: Изд-во Иркут. унта, 1987. 272 с.
2. Мусалатов Х.А. и др. // Тез. докл. I съезда нейрохирургов России. Екатеринбург, 1995. С.304.
 3. Хвисюк Н.И. Нестабильность поясничного отдела позвоночника: Дисс. ... докт. мед. наук. Харьков, 1977. 472 с.
 4. Хелимский А.М. Нейрохирургическое лечение хронических диско-
- генных болевых синдромов шейного и поясничного остеохондроза: Дисс. дра мед. наук. Хабаровск, 1996. 378 с.
5. Шульман Х.М. // Вопр. нейрохирургии. 1977. №2. С.17-23.
 6. Юмашев Г.С., Фурман М.Е. Остеохондрозы позвоночника. М.: Медицина, 1984. 384 с.
 7. Caspar W. // Adv. neurosurg. 1977. Vol.4. P.74-77.
 8. Devis R.A. // J. Neurosurg. 1994. Vol.80, No.3. P.415-421.



И.В. Галанин, В.А. Шустин, В.В. Пушкин

ЛЕЧЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ МЕТОДОМ ИНТРАЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕЙРОТРАНСПЛАНТАЦИИ

Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, г. Санкт-Петербург

В последние годы в качестве метода лечения поражений ЦНС различной этиологии получила признание нейротрансплантация [7]. В российской медицине накоплен уникальный опыт использования интрацеребральной нейротрансплантации эмбриональной нервной ткани для лечения резистентных форм эпилепсии и различных неврологических расстройств центрального генеза [1], последствий черепно-мозговых травм [4], болезни Паркинсона [2], при вегетативных состояниях [6] и выраженных формах олигофрении различного генеза и других психических расстройств у детей [8].

В западной медицине интрацеребральная нейротрансплантация традиционно применяется при болезни Паркинсона [5], так как адекватные научные обоснования для этой операции были корректно сформулированы раньше, чем для какой-либо другой патологии ЦНС. Только в последние годы во Франции успешно проведены несколько операций при хорее Гентингтона [9], а в Америке несколько десятков операций при лечении последствий геморрагических инсультов [11]. В связи с этическими, техническими и правовыми проблемами, возникающими при использовании свежей аллогенной abortированной нервной ткани для нейротрансплантации, ведется активный поиск альтернативных донорских материалов. Одним из наи-

более перспективных направлений является клонирование эмбриональных стволовых клеток (ЭСК), обладающих потенцией к неограниченной пролиферации и вторичной дифференцировке в культуре. Применительно к нейротрансплантации это культура клонированных нейробластов или олигодендроцитов (так называемые прогениторные популяции ЭСК, в отличие от специализированных нейронов), которые при нейротрансплантации в мозг реципиента специализируются, приобретая при этом свойства окружающей ткани, а в ряде случаев мигрируют к очагу поражения [12]. К сожалению, основные правовые, этические и научные аспекты, связанные с нейротрансплантацией в нашей стране остаются непроработанными [3].

При обследовании больных детей, которым была сделана операция нейротрасплантации для лечения резистентных к терапии пароксизмальных и неврологических расстройств центрального генеза, мы обратили внимание на то, что у большей части этих больных улучшался интеллект и значительно повышалось качество жизни [1]. В связи с этим наше внимание привлекла проблема больных с детства, страдающих олигофренией различной степени выраженности. Мы провели клинико-социальное эпидемиологическое исследование таких больных методом сплошной выборки на базе одного из городских психоневрологических диспансеров. Было выявлено и обследовано более 300 чел. Больных

с самой легкой степенью олигофрении (легкая степень дебильности) и самой тяжелой (идиотия) исключали из исследования. Лишь несколько человек были старше 50 лет.

Большая часть пациентов имела инвалидность с детства. Больные с дебильностью средней степени выраженной получали профессиональное образование лишь в 11% случаев и занимались малоквалифицированным трудом (разнорабочие, подсобники, дворники и т.п.). Больным с выраженной дебильностью по достижении 17–20 летнего возраста в 88% случаев ставился диагноз "имбэцильность" и определялась нерабочая группа инвалидности.

Мы применили метод нейротрансплантации у 18 больных с выраженным формами олигофрении. Все больные неоднократно госпитализировались в различные стационары, где получали активную терапию современными медикаментозными средствами, а в промежутках между госпитализациями постоянно принимали лекарства. Возраст больных был от 4 до 16 лет.

Помимо оценки неврологического и психического статуса проводилось нейроофтальмологическое, отоневрологическое и психологическое обследование. При подготовке к операции и после нее с определенными интервалами проводилась электроэнцефалография (ЭЭГ), компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ, МРТ) и в некоторых случаях