

лечения детей с врожденными пороками развития позвоночника и спинного мозга позволяет количественно оценить выраженность неврологических дефицитов, нарушении функции тазовых органов, костно-суставной системы и требует широкого внедрения в практическое здравоохранение.

### Проблема хирургия эпилепсии

*Хачатрян В. А., Лебедев К. Э.,  
Маматханов М. Р.*

*ФГУ РНХИ им. проф. А. Л. Поленова,  
Санкт-Петербург, 191014, Маяковского, 12;  
тел. 273-80-96, e-mail: kitoza@mail.ru*

Хирургия эпилепсии подразумевает подавление проявлений заболевания посредством разрушения эпилептического очага и/или эпилептической системы или стимуляцию активности противозащитной системы.

Проведен анализ результатов обследования 264 больных эпилепсией в возрасте от 3 мес. до 62 лет (возраст подавляющего числа больных от 3 до 17 лет) в период с 1970 по 2005 г. Проведено 567 открытых и стереотаксических, деструктивных и стимуляционных операций и ликворощунтирующих вмешательств.

В 8,2% случаев состояние больных медикаментозно-чувствительное. Оперирован 21% больных. Операция оказалась эффективной (I и II тип по Engel) у 65,4% больных. 77,2% больных с медикаментозно-резистентной эпилепсией не оперированы. Основной причиной отказа от операции являлась невозможность сформулировать показания в рамках существующей концепции. Операция оказалась не эффективной у 43,6% больных.

Ретроспективный анализ показал, что в диагностике медикаментозно-резистентной эпилепсии информативно сопоставление клинических данных с результатами ЭЭГ, КТ, МРТ, ПЭТ. Отмечается перспективность применения ЭЭГ мониторинга, использование эпидуральных, глубинных электродов, стереоэлектронцефалографии, функциональной МРТ, ПЭТ и ОФЭКТ. В хирургическом плане перспективным является расширение показаний к применению как малоинвазивных методов (селективная амигдалогиппокампотомия, гирэктомия), стереотаксических, деструктивных вмешательств и стимуляционных методов. Таким образом, на нашем материале хирургическое лечение проведено 1/5 части нуждающихся и оказалось эффективным в половине наблюдений. Вероятно, одним из путей улучшения результатов лечения медикаментозно-резистентной эпилепсии является разработка новых принципов отбора больных (возможно использование центрэнцефалической теории, реципрокных отношений внутринейрональной популяции эпистем, и др.) и создание 3—5 специальных учреждений по хирургии эпилепсии, способных осуществлять 700—1500 операций в год.

### Сравнительная оценка неврологического статуса у детей со стволовыми и парастволовыми новообразованиями в зависимости от зоны вовлечения ствола мозга в бластоматозный процесс

*Ким А. В., Хачатрян В. А.,  
Самочерных К. А., Данилова А. К.,  
Лебедев К. Э.*

*ФГУ РНХИ им. проф. А. Л. Поленова,  
Санкт-Петербург, 191014, Маяковского, 12;  
тел. 273-80-96; e-mail: kitoza@mail.ru*

**Цель:** на основе результатов сравнительной оценки неврологического статуса у детей с субтенториальными новообразованиями распределить зоны ствола мозга по степени их функциональной или витальной значимости.

**Материал и методы.** Работа основана на результатах оценки хирургического лечения 370 детей до 18 лет.

**Результаты.** Астроцитомы и медуллобластомы составляли 2/3. Полная резекция опухоли — в 46,7% случаев, субтотальная — в 31,5%. В 39 случаях опухолевый процесс вовлекал латеральные участки нижнего треугольника ромбовидной ямки, канатчатые тела. Здесь неврологический статус после операции не отличался от предоперационного. 8 случаев с новообразованиями покрывки среднего мозга. Временная дисфункция глазодвигательных нервов в 5 случаях. В 7 наблюдениях опухоль вовлекала треугольники X и XII нервов. У всех пациентов после операции стойкие нарушения дыхания, глотания и тетрапарез. 4 умерли в ближайшем послеоперационном периоде. Из 26 наблюдений с глиомами моста в 17 случаях подход осуществлялся через среднюю мозжечковую ножку. У 10 — временное ухудшение неврологического статуса: атаксия, нистагм, контралатеральный гемипарез. В 9 наблюдениях удаление опухоли осуществлялось непосредственно через дно 4-го желудочка: а) срединная борозда (4 случая); б) супраколликулярный треугольник (3 случая); в) субколликулярный треугольник (2 случая). У пациента из 2 группы развился стойкий двусторонний птоз, еще у одного из 3 группы — паралич отводящего нерва. Ни у одного из 9 пациентов не отмечено стойкое нарушение витальных функций после операции. Опухоли вестибуло-кохlearной области — 10 случаев. 6 из 10 пациентов имели новые неврологические симптомы: атаксия, нистагм, гипоакузия, у 2 — стойкие. В 5 наблюдениях опухоль распространялась на боковую цистерну моста. Временная дисфункция лицевого нерва в 2 случаях.

**Выводы.** Сравнительная оценка неврологического статуса позволила определить 3 группы зон ствола мозга: витально-значимые, функционально-значимые, функционально малозначимые зоны.