

Морфологічна оцінка патології трійчастого нерва в експерименті

Малишева Т.А.¹, Чомоляк Ю.Ю.²

¹ Інститут нейрохірургії ім.акад. А.П.Ромоданова АМН України,

² Ужгородський національний університет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії

Київ, Ужгород

Україна

8044 483 92 08

morpho.neuro@gmail.com

Механізми, причини та структурні зміни при нейрогенному больовому синдромі активно вивчаються.

Мета дослідження: вивчення структурних змін при експериментальній демієлінізації корінця трійчастого нерва для з'ясування патогенетичних механізмів нейрогенного болю й обґрунтування шляхів корекції цієї патології.

Матеріал: стали 32 тварини (20 експериментальних та 12 група порівняння). Після декапітації з виділенням зони дослідження виконано морфологічні дослідження.

Методи: хронічний експеримент, морфологічні дослідження (в т.ч. гістохімічні), статистичні.

Встановлено: Патологічні зміни в осьових циліндрах в залежності від ступеню ураження виявляються в помірному зморщуванні осьових циліндрів власне корінця на тлі явищ периаksonального набряку; реактивно-деструктивних змінах усіх структур корінця та тканині стовбура мозку. Вогнища демієлінізації не залежать від наявності чи відсутності лімфоцитарно-макроскулярної запальної інфільтрації. Патологічні зміни з боку мікросудин: виражений перикапілярний набряк, стійке звуження, та паретичне розширення просвіту судин (ангіодистонія). Визначаються поодинокі дрібні перивазальні геморагії з еритроцитарними екстравазатами (свідчення порушення проникності мікросудин). Визначаються ознаки набряку сполучної тканини корінця (пери-, епі- та ендоневрію). Таким чином, при морфологічному дослідженні особливостей структурних змін в корінці, ганглії трійчастого нерва та місці входу корінця в стовбур головного мозку при моделюванні виявлена своєрідна гістологічна картина, що характеризується дистрофічно-дегенеративними змінами глії та фокальною демієлінізацією аксонів при відсутності виражених гліозних та сполучнотканинних рубців та запальних змін. В окремих нервових волокнах відбуваються явища висхідної дегенерації з ознаками гангліоніту. В корінці – деструктивні зміни, власне в тканині вузла трійчастого нерва – груба дистрофія тіл псевдоуніполярних нейронів, з руйнуванням окремих з них та активація мантійних гліоцитів та клітин сполучної тканини.

Висновки: описані при комплексному морфологічному дослідженні зміни відповідають ознакам сегментарної демієлінізації, що є однією з складових нейрогенного болю при тригемінальній невралгії.

Организация скорой медицинской помощи при травматическом шоке на догоспитальном этапе

Маманазаров К.М., Курбанов У.К

Сурхандарьинский областной многопрофильный центр, Термез

Узбекистан

+998712649617

kariev@bcc.com.uz

За последние годы достигнуты определённые успехи в профилактике и лечении травматического шока. Тем не менее, было бы ошибкой считать, что эта проблема разрешена. До настоящего времени остаётся ряд сложных и нерешённых вопросов в организации противошоковой помощи на догоспитальном этапе. Нами ретроспективно были проанализированы 83 больных с сочетанной тяжёлой черепно-мозговой травмой, осложнившейся травматическим шоком. Первая помощь оказывалась врачом скорой помощи. Из анализированных больных было 76,2% мужчин и 23,5% женщин. Какую профилактику и терапию шока может и должен провести врач скорой помощи на догоспитальном этапе? Этот вопрос до сих пор остаётся открытым, хотя имеет большое практическое значение. Мы, прежде всего, коснёмся профилактических мероприятий при травматическом шоке, так как врачу скорой помощи приходится больше заниматься профилактикой шока, чем его терапией. Судя по нашим данным, по частоте шока при повреждениях можно до известной степени определить комплекс профилактических мер при тех или иных травмах. Если учесть зависимость возникновения травматического шока от локализации и характера повреждений, то следует полагать, что максимальный объём профилактических и противошоковых мероприятий необходимо осуществлять при сочетанной тяжёлой черепно-мозговой травме с повреждением конечностей, таза, живота и грудной клетки. Таким образом, организация медицинской помощи при травматическом шоке на догоспитальном этапе зависит от тяжести внечерепных повреждений.