

5. Не витримує критики пояснення пульсуючого характеру болю при НТН наявністю "пульсуючої судинної компресії".

6. Недостатньо обґрунтованим є пояснення випадків рецидивів НТН при операціях мікрovasкулярної декомпресії.

Висновки. Концепція СНК як причини виникнення НТН спірна. Запропонована гіпотеза НСК припускає контактний, а не компресійний механізм розвитку більового синдрому, що є більш виправданим у разі НТН.

Методика поєднаного хірургічного втручання на периферичних нервах при спастичній кривошії

Медведєв Ю.М., Третяк І.Б., Базік О.М.

*Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,
м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4838183,
e-mail: medvedev@neuro.kiev.ua*

Спастична кривошия — захворювання, що характеризується дистонічним станом м'язів шиї, що призводить до її скривлення і насильницького повороту голови. Причини виникнення спастичної кривошії досить різноманітні. Вимушене положення голови досить часто є компонентом клінічної картини генералізованої форми дистонії. Основне місце серед причин захворювання приходить на інфекційно-токсичне ураження головного мозку. Відзначається також травматичний, інфекційний, вертеброгенний, судинний генез спастичної кривошії.

Мета. Методи хірургічного лікування спастичної кривошії відрізняються значною розмаїтістю. В даний час застосовуються як хірургічні втручання на уражених м'язах, різні види денервації спазмованих м'язів, стереотаксичні операції на підкіркових структурах. Останнім часом чимало повідомлень про ефективність при спастичній кривошії одно чи двосторонньої мікрovasкулярної декомпресії інтрадуральної частини додаткового нерва, чи різні комбінації зазначених методів. Відсутність єдиного підходу до рішення проблеми спастичної кривошії вказує на недосконалість кожного з відзначених методів лікування.

Матеріали і методи. За період з 2000 по 2005 рік в Інституті нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова АМН України знаходилося 55 хворих з різного ступеня вираженості спастичною кривошиєю. Хворі оперовані у віці від 18 до 49 років. Серед денерваційних методів лікування в 42 хворих застосовано вибіркове перетинання гілочок нервів, що іннервують задню групу м'язів шиї і грудинно-ключично-сосцевидний м'яз. Для проведення селективної денервації використовували задній підхід до екстрадуральної частини С1–С6 спинальних нервів від зовнішнього потиличного пагорба до остистого паростка С7 хребця з частковим відсіканням задньої групи м'язів шиї в місці їхнього прикріплення до потиличної кістки. При односторонній денервації перетиналися як задня так і латеральна гілки С1–С2 спинальних нервів та задня порція С3–С6 нервів. Хірургічне втручання доповнювалося вибірково перетинанням гілки додаткового нерва до кивального м'яза. При необхідності проведення двосторонньої нейротомії в пацієнтів з ретроколіс проводили пересічення С1–С5 спинальних нервів з однієї сторони і С1–С4 — із протилежної. Для іден-

тефікації додаткового, спинальних нервів та їх гілок використовували електростимулятор Міуритм-021. При незадовільних результатах лікування спастичної кривошії методами множинних міотомій і нейротомій застосовувалася стереотаксична одностороння таламотомія — 13 хворих (23,6%).

Результати. Застосування селективної різотомії дає досить високий ефект відновлення нормальних рухів голови. Метод використаний у 42 (76,4%) хворих і в 71,4% випадків досягнуто позитивного ефекту. Зазначений метод хірургічного лікування має ряд переваг перед різного виду інтрадуральними радикалотоміями та стереотаксичними таламотоміями у першу чергу мінімальними побічним ефектом, незначним ризиком післяопераційних ускладнень достатньою прогнозованістю результатів. При недостатній ефективності рамісектомії, остання може бути доповнена операціями на задіях у патологічному процесі м'язах, застосуванням препаратів ботулінового токсину і стереотаксичними операціями. Віддалені результати простежені в 28 хворих протягом 2–3 років після проведеного хірургічного лікування. Стійкий ефект утримувався в 25 хворих (89,3%).

Висновки. Серед методів лікування спастичної кривошії селективна денервація м'язів, задіях у патологічний процес, відрізняється найнижчим відсотком ускладнень, забезпечує досить ефективне усунення насильницьких рухів голови, забезпечує збереження нормальних, чи близьких до нормального рухів голови.

При недостатній ефективності селективної нейротомії остання може бути доповнена операціями на задіях у патологічному процесі м'язах, застосуванням препаратів ботулінового токсину і стереотаксичними операціями.

Нормобарична переривчаста гіпоксія в лікуванні постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС

Степаненко І.В., Попова І.Ю., Бондар Т.С., Лихачова Т.А.

*Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,
м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4838219, e-mail: brain@neuro.kiev.ua*

Вступ. Здатність організму переносити різні ступені кисневого голодування відноситься до числа еволюційно стародавніх і найбільш досконалих засобів адаптації (Агаджанян Н.А., 1987; Караш Ю.М. с соавт., 1988). Особливості реакції на гіпоксію в значній мірі характеризують резервні пристосувальні можливості організму при дії різних несприятливих факторів, а тренування саме до гіпоксії створює довготривалу стійкість організму до різноманітних екстремальних впливів, нормалізує реактивність і активізує компенсаторно-пристосувальні (адаптаційні) резерви. Метод нормобаричної переривчастої гіпоксії (НПГ) не тільки забезпечує пристосування організму до нестачі кисню, але також викликає широкий спектр захисних перехресних реакцій, сприяє більш економному використанню кисню, підвищує толерантність до його нестачі і активізує енергетичні процеси (Старых Е.В. с соавт., 2002). В зв'язку з розвитком у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС регуляторної патології з розбалансуванням та дезінтеграцією систем регуляції і суттєвим зниженням неспецифічної резис-

тентності організму, що супроводжується і високою терапевтичною резистентністю таких хворих, для їх лікування був застосован метод НПП, здатний підвищити адаптаційно-компенсаторні можливості опроміненого організму і оптимізувати його резервні можливості.

Матеріали і методи. Проліковано 45 хворих (чоловіків) на післярадіаційну енцефалопатію віком від 32 до 48 років, які приймали участь у ліквідації аварії на ЧАЕС в травні — липні 1986р. Доза опромінення становила від 25 до 100 бер.

Для виконання НПП використовували модифіковану киснево-інгаляційну установку КІС-2. Контроль відсоткового вмісту кисню в дихальній газовій суміші проводили за допомогою оксигеномонітора ОТ-101 фірми "Datex" (Фінляндія). Перед курсом лікування вивчали індивідуальну переносимість хворим кисневої недостатності. Лікування здійснювали в поступово зростаючому режимі жорсткості (від $17,0 \pm 2\%$ O₂ до $8,0 \pm 2\%$ O₂). П'ятихвилинні експозиції чергували з відповідними інтервалами відпочинку, всього 30–40 хвилин експозиції, на курс — 10–13 сеансів з інтервалом між сеансами один-два дні, залежно від індивідуальної переносимості. Лікування призначалось на фоні стандартної схеми медикаментозного лікування. Для оцінки клінічного стану враховувалась частота і вираженість скарг і об'єктивних симптомів. Використовувався розроблений математично клінічний індекс тяжкості, а також 5-ти бальна оцінка симптомів. Аналіз результатів лікування полягав в оцінці динаміки клінічної симптоматики, змін біохімічних і імунологічних показників, характеру загальних адаптаційних реакцій (АР) Гаркаві і темпів функціонального відновлення в динаміці лікування. Статистичний аналіз проводився з використанням електронних таблиць Excel-97 і статистичного пакету Statistika 5.0. Для визначення вірогідності відмінностей між кількісними показниками використовувалась t-критерій Стьюдента. Для оцінки ефективності застосованих методів лікування використовувались стохастичні моделі процесів функціонального відновлення (Погожев І.Б., 1988).

Результати. Аналіз динаміки клінічної симптоматики виявив достовірні її зміни внаслідок лікування, при цьому більшість симптомів зменшувалась за рахунок інверсії виражених і постійних (дуже тяжких) проявів до легких і нормальних, тоді як при лікуванні лише медикаментозними засобами, зменшення вираженості більшості скарг і симптомів відбувалось частіше за рахунок помірних і, в меншому ступені, виражених змін, тобто вираженість позитивних зрушень при застосуванні НПП була більшою. Отже, в результаті лікування значне покращення виявлялось у 6,7% хворих, помірне — у 56,7% і незначне — у 36,7% хворих. Крім того, включення в курс лікування НПП суттєво підвищувало адаптаційні можливості організму і його неспецифічну резистентність (за даними безбілкових SH-груп), впливало на пластичні і синтетичні здібності, що супроводжувалось зменшенням конформаційних порушень білкових молекул у частини хворих (за даними білкових SH-груп, загального білку, альбумінів, АЛТ, АСТ), посилювало дезінтоксикаційні можливості, що проявлялось зменшенням ознак ендогенної інтоксикації (за динамікою СМ, АЛТ, загального білірубину), суттєво покращувало функціонування клітинної мембрани і клітин за рахунок нормалізації іонного гомеостазу, зменшувало прояви ацидозу переважно за рахунок респіраторних механізмів, суттєво покращувало колоїдно-осмотичні і реологічні власти-

вості крові (за рахунок підвищення осмолярності і зниження гематокриту), що зменшувало прояви гіпоксії і кислородного боргу тканинам. В динаміці імунологічного статусу простежувалось часткове покращення клітинного імунітету (за даними Т-лімфоцитів) і суттєві зміни гуморальної ланки імунітету з достовірним підвищенням і нормалізацією загальних і регуляторних лімфоцитів і ІРІ, зниженням і нормалізацією всіх класів імуноглобулінів, аАТ до НСБ, покращенням нейротрофічних впливів і функціонування ГЕБ, функціональної активності лімфоцитів і моноцитів (за даними фагоцитарного індексу і числа, спонтанної і індукованої проліферативної і супресорної активності, активності ПКК). Така динаміка імунологічного гомеостазу поряд з позитивними зрушеннями метаболічного і клінічного статусу свідчить про покращення регуляторних впливів переважно за рахунок зниження активності симпатичної ланки вегетативної нервової системи, підвищення адаптаційних можливостей і неспецифічної резистентності організму. Крім того, наприкінці курсу лікування було відмічено зростання сприятливих АР — РТ, РСА і РПА, зменшення зони нестійких АР і регрес ХС, які реєструвались на більш високих рівнях реактивності (ВРР), що являється ознакою значного покращення стану хворих (одужання) і свідчить про підвищення адаптаційних можливостей і неспецифічної резистентності організму. Оцінка темпів функціонального відновлення за динамікою клінічного індексу тяжкості і індексу напруження АР свідчить про те, що однаковий клінічний ефект в групі медикаментозного лікування одержувався ціною більшого напруження механізмів адаптації, в той час як призначення НПП значно полегшувало досягнення бажаного результату, що також свідчить про підвищення адаптаційно-компенсаторних можливостей і неспецифічної резистентності організму.

Висновки. Таким чином, виявлена позитивна динаміка вивчених показників підтвердила, що під впливом лікування відбувається включення основних життєво важливих систем організму в складний комплекс компенсаторних реакцій, спрямованих на підтримку гомеостазу, що супроводжується покращенням інтегративних і регуляторних функцій головного мозку за рахунок впливу на гіпоталамічні відділи головного мозку з послабленням симпатикотонічних і посиленням тропотропних регуляторних впливів. Клінічна ефективність і патогенетична обоснованість методу НПП дозволяє рекомендувати його використання в лікуванні обстеженого контингенту хворих.

Особенности иммунологических и адаптационных нарушений у больных с цереброваскулярными заболеваниями

Степаненко И.В., Попова И.Ю.,
Лихачева Т.А., Бондарь Т.С.

Институт нейрохирургии
им. акад. А.П.Ромоданова АМН Украины,
м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4838219, e-mail: brain@neuro.kiev.ua

Введение. Перспективным подходом в оценке состояния организма является изучение механизмов гомеостатического регулирования, определяющих уровень функционирования организма и его систем. С целью изучения особенностей гомеостатического регулирования было проведено сравнительное изучение выраженности нарушений неврологической