

Концепція формування комплексного регіонарного больового синдрому (КРБС) як окремого прояву хронічного неспецифічного больового синдрому (ХНБС) внаслідок нервово-судинного конфлікту

Сапон М.А., Читасва Г.Є.

Інститут нейрохірургії

ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,

м. Київ, 04050, вул. Мануїльського 32

тел. +380 44 4839198, e-mail: sapon@neuro.kiev.ua

Мета. В клініці та експерименті дослідити КРБС, зокрема невралгію трійчастого нерва (НТН), для виявлення найбільш вірогідних механізмів їх реалізації. Ми припускаємо, що провідним фактором у формуванні вищезгаданого КРБС є нервово-судинний конфлікт.

Матеріали і методи. У формуванні нашої концепції ми виходили з теоретичних, клінічних, діагностичних, морфологічних, а також експериментальних даних. Клінічне дослідження проводилося на основі результатів лікування осіб, що страждали на НТН або мали травматичне пошкодження гілок трійчастого нерва. Також використовувалися дані аутопсії пухлин, що локалізувалися в ділянці задньої черепної ямки та різним чином впливали на структури трійчастого нерва. На основі отриманих даних ми висунули припущення про домінування механізму нервово-судинного конфлікту у формуванні КРБС.

Результати та їх обговорення. Згідно з правилом Вальдейєра, в нормі тканини, що в процесі ембріогенезу розвивалися з різних зародкових листків, не переходять одна в одну. Нервова тканина розвивається з зовнішнього зародкового листка — ектодерми, судинна та м'язева — з мезодерми, тобто при всіх варіантах анатомічних взаємодій (сітка судин в нервовій тканині — *vasa nervorum*, чи нерви, які супроводжують судини — *nervi vasorum*) похідні зародкових листків певною мірою відокремлені одна від одної, що добре вивчено на прикладі гематоенцефалічного бар'єру, але має місце і в периферичній нервовій системі. Кожному типу тканин притаманні власні рецептори та біологічно активні речовини, за допомогою яких здійснюється регулювання їх функцій.

Травми нервів супроводжуються пошкодженням як нервової, так і судинної компонент, що спричиняє їх патологічний контакт з подальшим розвитком феномену спраунтингу та ростом спотворених, атипичних рецепторів як на нервових, так і судинних елементах травмованих нервів. Це врешті-решт спричиняє формування периферичної та центральної сенситизації, що з часом призводить до розвитку типового ХНБС. Таким чином, нервово-судинний конфлікт набуває якості больового подразника в результаті, насамперед, патологічного контакту нервових і судинних структур, а не компресії.

Висновки. Висуваючи концепцію нервово-судинного конфлікту як одного з вірогідних механізмів розвитку ХНБС, ми не надаємо йому ані домінуючих, ані універсальних якостей перед вже відомими механізмами розвитку больових станів — компресійним (як, наприклад, у випадку тунельної невропатії) та ішемічним. Ми припускаємо, що існують стани, коли больовий синдром розвивається за іншими механізмами. На нашу думку, за деяких ХНБС (КРБС, зокрема НТН) домінуюча роль належить саме нервово-судинному конфлікту.

Результати лікування хворих з апалічним синдромом методом нейротрансплантації

Латишев Д.Ю., Цимбалюк В.І.

Інститут нейрохірургії

ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,

м. Київ, 04050, вул. Мануїльського 32

тел. +380 44 4838227, e-mail: neuro@tim.dp.ua

Мета роботи вивчення віддалених результатів лікування хворих з апалічним синдромом (АС) методом нейротрансплантації ембріональної нервової тканини (ЕНТ).

Матеріали і методи. Доопераційний стан і віддалені результати лікування у 64 хворих з АС (38-Ч,26-Ж, віком від 1 до 38 років, середній $7,7 \pm 6,3$ років) було оцінено за допомогою шкал Раппопорта (RDRS) і центру Ранчо Лос Амігос (RCFL). АС травматичного походження мав місце у 21 (32,8%) хворих, а нетравматичного — у 43 (67,2%) пацієнтів. У 10 (15,6%) хворих спостерігався нестійкий АС, 8 (12,5%) пацієнтів знаходилися в хронічному вегетативному стані, а у 46 (71,9%) хворих були наслідки АС (з збереженням рухів у кінцівках — 26, без рухів — 20). Нейротрансплантат (НТ) являв собою нативну ЕНТ 1–2 мм³, а також нативну або кріоконсервовану суспензію 7–9 тижнів гестації, $36,7 \pm 11,5 \cdot 10^6$ клітин у 1 мл суспензії. НТ вводився інтракраніально 8 (12,5%) пацієнтам, інтрапаренхіматозно — 46 (71,9%), а 10 (15,6%) — інтракраніально та інтрапаренхіматозно.

Результати та їх обговорення. Відповідно до RDRS “добрий” віддалений результат (зменшення від 6 до 10 балів) отримано у 50% спостережень; “мінімальні зміни” (зменшення від 3 до 5 балів) — в 34,5% випадків; “незадовільний” результат (включаючи трьох померлих пацієнтів через 1,5; 2 і 9 років після операції) мав місце 15,5% спостережень. Відповідно до (RCFL) “добрий” рівень реінтеграції когнітивних функцій (збільшення на 4–6 рівнів) спостерігався у 12,5% пацієнтів; “мінімальні зміни” (збільшення на 2–3 рівня) — в 62,5% спостережень і “незадовільний” результат — у 25% хворих.

Висновок. Нейротрансплантація є ефективною стратегією в комплексному лікуванні хворих з АС. Приводячи до зменшення рухових розладів і підвищення рівня реінтеграції когнітивних функцій, сприяє покращенню якості життя пацієнтів.

Опыт применения крионейротомии чувствительного корешка тройничного нерва у больных с тяжелыми формами невралгии тройничного нерва

Духовский А.Э., Марков А.В.

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,

г. Харьков, 61018, пер. Балакирева, 3-А

тел. +380 57 3437377, 3431013

Прозопалгии (лицевая боль) — наиболее часто встречающиеся формы болевых синдромов — представляют собой интенсивную боль, которая приносит больным тяжкие страдания. Доминирующей причиной лицевой боли выступает поражение системы тройничного нерва.