

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

Сапон М.А., Читасєва 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 призводять 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 ммЗ, 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.

Цель наших исследований — отразить опыт применения и эффективность селективной крионейротомии чувствительного корешка тройничного нерва.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе нейрохирургической клиники ХГКБ-СМП. Под нашим наблюдением в 2003 — 2006гг. находились 28 больных с невралгией тройничного нерва, с разными сроками заболевания и степенью выраженности клинических проявлений. Процентное соотношение мужчин и женщин составило 20% и 80%. Операция крионейротомия чувствительного корешка тройничного нерва была произведена 19 больным. Все оперированные больные были старше 40 лет со стажем заболевания, не менее 3 лет. Показанием к операции послужили: интенсивный болевой синдром, неэффективность различных методов консервативного лечения и блокад периферических ветвей тройничного нерва. Для проведения операции применялся криоаппарат КМ-16М (Б.И. Веркин, В.И. Сипитый, Б.Н. Муринец — Маревич). Пункция овального отверстия и тройничной полости проводилась по методике Л.Я. Лившица (1965, 1968).

Результаты. В послеоперационном периоде у всех оперированных больных отмечалось стойкое купирование болевого синдрома. Осложнений описанных в литературе, таких как: корнеальная анестезия, кератит, парез жевательных мышц, не было отмечено ни у одного из прооперированных больных. Средняя длительность пребывания оперированного больного на койке составила 2 койкодня.

Выводы. Учитывая тот факт, что большинство больных, страдающих невралгией тройничного нерва, люди пожилого возраста, малоинвазивность методики значительно снижает риск оперативного вмешательства, кроме того низкая материалоемкость и минимальная длительность пребывания больного на койке определяет ее экономическую ценность.

Нові методики в діагностиці хронічного невропатичного болювого синдрому

Чеботарьова Л.Л., Сапон М.А., Сапон Д.М.

Інститут нейрохірургії

ім. акад А.П. Ромоданова АМН України,

м. Київ, 04050, вул. Мануйльського 32

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

Мета та задачі дослідження. З метою об'єктивізації характеристик невропатичного болювого синдрому було застосовано методики, які включали клінічне, нейропсихологічне й електрофізіологічне дослідження, що дозволило одержати кількісні, якісні й тимчасові характеристики болю.

Матеріали та методи. Було обстежено 113 хворих з різними видами ХНБС. Для дослідження характеристик болю використовували набір тестів, що включав шкалу візуальних аналогів, вербальні характеристики болювих відчуттів, а також якісні та кількісні зміни болювого синдрому в різних масштабах часу.

З метою об'єктивізації ХНБС проводили вивчення ЕНМГ-характеристик ноцицептивного флексорного рефлексу, функцій чутливих, рухових і вегетативних волокон у складі периферичних нервів.

Отримавши якісні, кількісні й часові характеристики болювих відчуттів суб'єкта й зіставивши їх з результатами нейрофізіологічних методів дослідження та даними анамнезу, визначали профілі ХБС в різних масштабах часу.

Результати та їх обговорення. Аналіз даних свідчить про те, що після виконання хірургічних втручань було отримано суттєвий протибольовий ефект, більш виражений у віддаленій післяопераційній період.

Використання часових характеристик в зіставленні з даними електрофізіологічної діагностики дало можливість побудувати індивідуальний для кожного пацієнта профіль розвитку ХНБС в різних часових шкалах, що дозволило з достатньою мірою достовірності не тільки оцінити результати лікування, але й прогнозувати його ефективність.

Деякі аспекти повторного хірургічного лікування рецидивів тяжких форм невралгій трійчастого нерва

Дмитерко І.П., Троян О.І.

Кафедра нейрохірургії

НМУ ім.О.О.Богомольця,

м. Київ, 04050, вул. Мануйльського, 32

тел. +380 44 4831253, e-mail: idmiterko@ukr.net

Мета. Покращення результатів хірургічного лікування рецидивів тяжких форм невралгій трійчастого нерва (НТН).

Матеріали і методи. Проведено ретроспективне вивчення результатів повторного хірургічного лікування 160 хворих з рецидивами тригемінального болю після різного роду хірургічних втручань, які лікувались в Інституті нейрохірургії ім.акад. А.П.Ромоданова. Вік хворих становив від 26 до 83 років (середній вік — 54,5 років). Співвідношення між жінками і чоловіками становило 1,36:1. Середня тривалість захворювання 7,8 років. Правобічна невралгія спостерігалась у 55% хворих і у 45% — лівобічна. Середня тривалість ремісії після первинного хірургічного втручання становила 2,9 років. Рецидив у 47,5 хворих виник після медикаментозних блокад, у 45% — після периферичної алкоголізації гілок трійчастого нерва (ТН), решта — 7,5% хворих, у яких відмічався рецидив, первинно перенесли перкутанні нейрохірургічні втручання (центральна алкоголізація — 1 хворий, крионейротомія — 9 хворих, гідротерморізотомія — 2 хворих). Повторні хірургічні втручання застосовувались у випадках неефективності консервативного лікування. Застосовувались методи: периферичної алкоголізації гілок ТН, крионейротомії чутливої порції корінця ТН та мікросудинної декомпресії тригемінального корінця (МСД).

До кожного методу повторного хірургічного втручання, показання та протипоказання визначались окремо. При цьому враховувались: результати консервативного лікування після рецидиву та результати попереднього хірургічного лікування, кількість і якість попередніх хірургічних втручань, тривалість та форма захворювання, а також загальний соматичний та психоемоційний стан пацієнта. Невідмінним вважались дані результатів додаткових методів обстеження, які проводились зразу з початком рецидиву захворювання.

Результати та їх обговорення. Узагальнені дані отримані в результаті повторного хірургічного лікування були відмінними у 41,7% хворих, добрими — у 27,1%, задовільними — у 17% і незадовільними — у 13,9%. Інвалідизуючих ускладнень і летальних випадків не відмічено. При цьому було доведено, що кількість проведених медикаментозних блокад не