**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 криоприбор КМ- 16М (Б.И. Веркин, В.И. Сипитый, Б.Н. Муринец — Маревич). Пункция овального отверстия и тройничной полости проводилось 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 больового синдрому

*Чеботаръова Л.Л., Сапон М.А., Сапон Д.М.*

*Інститут нейрохірургії*
*ім. акад А.П. Ромоданова АМН України,*
*м. Київ, 04050, вул. Мануїльського 32*
*тел. +380 44 4839198, e-mail: sapo@neuro.kiev.ua*

**Мета та задачі дослідження.** З метою об'єктивізації характеристик невропатичного больового 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 больових відчуттів, а також якісні та кількісні зміни больового 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 больових 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 віддалений післяопераційний 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.Мануїльського, 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, кріонейротомія — 9 хворих, гідротерморізотомія — 2 хворих). Повторні хірургічні втручання застосовувались у випадках неефективності консервативного лікування. Застосовувались методи: периферичної алкоголізації гілок ТН, кріонейротомії 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