

**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 — 2006 гг. 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

*Чоботарьова 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 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. 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, 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

впливають на ефективність повторних хірургічних втручань, що не можна сказати про алкоголізацію периферичних гілок, проводити яких не варто більше 7–8 разів в одній ділянці, такі втручання негативно впливають на результати повторного хірургічного лікування. За даними вказаного дослідження визначено, що ефективність малоінвазивних деструктивних нейрохірургічних операцій при лікуванні НТН вища якщо анамнез захворювання не перевищує 5 років, при цьому відмічено, що при наявності показань до проведення операції — МСД, тривалість захворювання не впливає на результати останньої.

**Висновки.** Порівняльний аналіз вищевказаних хірургічних методів лікування рецидивів в тяжких формах НТН показав вагомість кожного методу окремо.

Всі методи мають як певні переваги, так і недоліки, а диференційований підхід до їх застосування в кожному окремому випадку НТН дає можливість покращити результати лікування, що характеризується продовженням ремісії тригеміналії, а також можливістю прогнозування подальшого перебігу і лікування цієї тяжкої недуги.

### Метод аутоотрансплантації фрагментів симпатического ганглия у пацієнта с болезню Паркинсона: клиническое наблюдение

*Цымбалюк В.И., Латышев Д.Ю.*

*Институт нейрохирургии*

*им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины,  
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32  
тел. +380 44 4838227, e-mail: neuro@nit.dp.ua*

Морально-этические, правовые и религиозные вопросы, сопровождающие применение эмбрионального материала в лечении болезни Паркинсона (БП), заставляют ученых искать альтернативные источники донорского материала для лечения пациентов.

**Целью** работы было исследование потенциала фрагментов симпатического ганглия, как альтернативного источника донорского материала, при внутримозговой аутоотрансплантации в лечении пациента с БП.

**Результаты и их обсуждение.** У пациента 53 лет, 8 лет страдающего акинетико-ригидной формой БП, несмотря на прием противопаркинсонических препаратов (“Юмекс”, “Мидантан”) наблюдалось прогрессирующее течение заболевания. Состояние пациента до операции, согласно унифицированной рейтинговой шкале оценки проявлений паркинсонизма (УРШОПП), оценено: мышление, поведение, настроение — 4 (тах 16); повседневная активность — 22 (тах 52); оценка — 70 (тах 124); осложнение проводимого лечения — 8 (тах 11). Больному произведена операция: аутоотрансплантации фрагментов левого звездчатого ганглия стереотаксическим методом в скорлупу слева. В послеоперационном периоде наблюдался синдром Горнера слева. Первые клинические результаты в виде уменьшения брадикинезии и ригидности в правых конечностях отмечены через 3 месяца после операции. Оценка состояния по УРШОПП через 3 года после операции: мышление, поведение, настроение — 10; повседневная активность — 45; оценка — 110; осложнение проводимого лечения — 4. Больной начал самостоятельно ходить, полностью себя обслуживает

в повседневной жизни. Принимает только “Акинетон”. Появился тремор в левой руке. Сохраняется легкий синдром Горнера слева.

**Выводы.** 1. Фрагменты собственного симпатического ганглия могут быть источником донорской ткани для проведения нейротрансплантации у пациентов с БП. 2. Внутримозговая аутоотрансплантация фрагментов симпатического ганглия у пациента с БП имеет клиническую эффективность в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

### Гіпербарична оксигенація в реабілітації хворих з інтракраніальними інфекційно-запальними ураженнями

*Оришака М.І.*

*Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,  
м. Київ, 04112, вул. Дорогожицька, 9  
e-mail: orishakani@mail.ru*

**Мета та методи дослідження.** З метою розширення можливостей реабілітації хворих з інтракраніальними інфекційно-запальними ускладненнями гіпербарична оксигенація (ГБО) була проведена у 74 хворих молодого та середнього віку. Причинами виникнення інтракраніальної інфекційно-запальних процесів були швидкий ріст стійкості до хіміопрепаратів гноєродної мікрофлори, стан системи імунітету, анатомо-біологічні особливості осередку укорінення мікрофлори, невиконання положень та правил асептики та антисептики з профілактики повітряно-крапельного та контактного інфікування.

**Результати та їх обговорення.** Усі хворі пройшли 6–12 баросеансів в процесі реабілітації барокамери „ОКА” через 5–7 днів після виявлення інтракраніальних інфекційних запальних ускладнень. До і після лікування крім загальноклінічного обстеження з дослідженням крові на наявність мікрофлори, проведені електрофізіологічні дослідження (ЕЕГ, Ехо-ЕГ, РЕГ) які визначали дозу гіпербаричного кисню для кожного пацієнта, важливим і обов'язковим є дослідження системи перикисного окислення ліпідів до і після ГБО з подальшим призначенням антиоксидантних препаратів.

**Висновки.** В результаті проведеного дослідження визначено, що ГБО є ефективним методом лікування з інтракраніальними інфекційно-запальними ускладненнями у хворих працездатного віку і може бути рекомендовано для широкого запровадження в практику неврологічних та нейрохірургічних відділень

### Хірургічне лікування паркінсонізму у хворих з раннім дебютом захворювання

*Лапоногов О.О., Костюк К.Р.,  
Медведєв Ю.М., Попов А.О.*

*Институт нейрохирургии  
им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины,  
м. Киев, 04050, вул. Мануильского, 32  
тел. +380 44 4838183, e-mail: kostiuk@neuro.kiev.ua*

**Мета.** Вивчення особливостей перебігу та результатів хірургічного лікування хворих паркінсонізмом з раннім дебютом захворювання.