

Оцінка якості життя хворих після хірургічних втручань з приводу ушкодження периферичних нервів та больових синдромів

Електрофізіологічні (ЕФ) критерії для оцінки якості життя хворих після нейрохірургічного лікування ушкоджень лицевого нерва

Чеботарьова Л.Л., Третьякова А.І., Третяк І.Б.

Інститут нейрохірургії ім. акад.

А.П. Ромоданова АМНУ м. Київ,

01050, Україна, Київ, вул. Мануїльського, 32, тел. 483-95-35, e-mail: alia_t@mail.ru

Мета. З метою об'єктивізації оцінки якості життя хворих після нейрохірургічного лікування ушкоджень лицевого нерва (ЛН) створити систему клініко-нейрофізіологічних критеріїв оцінки функціонального стану ЛН та мімічних м'язів (ММ) на етапах хірургічного та комплексного лікування.

Матеріали та методи. Дослідження виконано у 171 хворого з травматичними ураженнями ЛН та їх наслідками, з них 44% чоловіків, 56% жінок, у віці 1 міс — 73 роки, переважали (80%) хворі 25—55 років. 18% були з наслідками ЧМТ, 62,5% — наслідки операції з приводу пухлини VIII нерва чи мосто-мозочкового кута, 4,5% — з травмою ЛН та м'яких тканин обличчя, 3% — з ятрогенним пошкодженням ЛН під час ЛОР операцій. Екстракраніальні травматичні ушкодження ЛН становили 10%, інтракраніальні — 90%. Використано методи діагностики: загальноклінічні; за показами, ретгенографія, КТ, МРТ; неврологічного дослідження з тестуванням функцій ЛН-ММ за шкалою House-Brackmann; ЕФ діагностики (ЕНМГ, голкової ЕМГ, мигального рефлексу (МР) тощо); статистичної обробки. 122 (71%) хворих отримали оперативне лікування.

Результати та їх обговорення. I ступеню за House—Brackmann (клінічно норма, умовна оцінка функції 100%) відповідали такі ЕФ показники: амплітуда М-відповіді (мкВ) 91,5—97,2%; латентний період компонентів МР R1psi 10,9±2,2мс, R2psi 33,7±4,9мс, R2contr 34,2±3,9мс. II ст.: (незначна дисфункція, 99—75%): амплітуда М 79,9%-83,4%; R1psi 12,6±1,1мс, R2psi 40,7±3,8мс, R2contr 37,7±4,5мс, постстимуляційна активність (ПСА) відсутня (-). III ст. (помірна дисфункція, 75—50%): амплітуда М 52,4—61,9%; R1psi (-) або 13,3±0,9мс, R2psi (-) або 39±4,3мс, R2contr 39,5±4,2мс; ПСА (+); синкінезія ММ (±); коефіцієнт латенцій R1psi/M >4,6; спонтанна активність ММ (±). IV ст. (виражена дисфункція, 50—25%): амплітуда М 29,4—43,5%; R1psi (-) або 14,7±0,7мс, R2psi (-) або 42,9±2,9мс, R2contr 37,5±4,7мс; коефіцієнт латенцій R1psi/M >4,6; ПСА (+); синкінезія ММ; спонтанна активність ММ. V ст. (тяжка дисфункція, 25—0%): амплітуда М 0 або 17,5—28%; відсутні R1psi, R2psi (або 45,2±2,8мс), R2contr (або 38,2±4,5мс); синкінезія ММ (±); спонтанна активність ММ. VI ст. (тотальний параліч, 0%): відсутні М-відповіді, R1psi, R2psi (в окремих випадках 40,1±4,9мс), R2contr (в окремих

випадках 39,3±3,1мс), ПСА, синкінезія та спонтанна активність ММ.

Висновки. За результатами порівняльного аналізу клініко-ЕФ даних на етапах хірургічного та відновного лікування ушкоджень ЛН систематизовано та уточнено об'єктивні кількісні критерії відповідно I—VI клінічними ступеням шкали House-Brackmann, що дозволило уточнити оцінки якості життя хворих після нейрохірургічного лікування.

Синдроми гіперактивної дисфункції черепно-мозкових нервів. Віддалені результати та функціональний стан

Федірко В.О.

Інститут нейрохірургії ім. акад.

А.П. Ромоданова АМН України, м. Київ, вул. Мануїльського, 32, 04050, тел. 486-24-33, e-mail: fedirkovol@ukr.net

Мета. Синдроми гіперактивної дисфункції (СГД) черепно-мозкових нервів (ЧМН) (невралгія трійчастого (ТН) та язикоглоткового (ЯН) нервів, гемілицевий спазм (ГС), Меньєроподібний синдром (МС), та ін.) складають значну проблему з огляду на функціональну дезадаптацію пацієнтів як щодо порушення працездатності, так і суттєве зниження якості життя. Методи лікування, що застосовували досі, практично не покращували ситуацію. Метою роботи є проаналізувати результати хірургічного лікування СГД у віддалений термін огляду на функціональний стан.

Матеріали і методи. В Інституті нейрохірургії за період з 1996 по 2006р. р. було прооперовано 300 пацієнтів із СГД ЧМН: 274 — з ТН, 14 — з ГС, 4 — з МС, 7 — ЯН, 12 — з артеріальною пароксизмальною гіпертензією (АГ).

Результати та їх обговорення. Віддалені результати, 1 рік і більше, після операції мікросудинної декомпресії (МСД) відповідного до синдрому черепно-мозкового нерва, чи видалення новоутворення в мосто-мозочковому куті, відомі щодо 207 пацієнтів (189 з ТН, 10 з ГС, 3 з МС, 5 з ЯН, 8 з АГ).

З 189 пацієнтів з ТН за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) розподіл був таким: 161 — «0» балів; 15 — «1—3» (з них 5 після видалення новоутворень в мостомозочковому куті); 9 — «4—6» (2 після видалення новоутворень); 2 — «7—10»; 1 помер від серцево-судинної недостатності, 1 від злоякісної пухлини внутрішніх органів у віддалені терміни. З 5 пацієнтів з ЯН: 4 — оцінено як «0», 1 помер від новоутворення через 8 міс. З 10 з ГС 9 не мають проявів гемілицевого спазму, 1 помірно виражені прояви без прийому медикаментів (випадок ГС в результаті компресії нерва ліпоною). З 3 з МС 2 мають повний регрес проявів, в 1 — знижений слух з явищами шуму. З 8 пацієнтів з АГ в 3 тиск в межах норми без прийому медикаментів (140/90мм. рт. ст.), 5 ко-

регулюють до норми гіпотензивними препаратами (до операції тиск був неконтрольований).

Висновки. Нейрохірургічне лікування направлене на усунення основного і найбільш поширеного етіологічного чинника — нейроваскулярної компресії відповідного черепно-мозкового нерва, дає високий відсоток усунення проявів СГД і змогу повернути пацієнтам попередній функціональний стан в переважній більшості випадків.

Microvascular decompression: Analysis of un-successful cases and long term outcome

Tetsuo KANNO

*Fujita Health University, Japan,
Address: 1-98, Dengakugakubo Kutsukake-cho,
Toyoake Aichi 470-1192, JAPAN
TEL:+91-562-93-9253
FAX:+91-562-93-3118
E-mail: tkanno@fujita-hu. ac. jp*

Background. Microvascular decompression (MVD) is a well know surgical procedure with one of the best long term results in the therapy of trigeminal neuralgia.

It is a highly accepted and effective method in cases where vascular compression of a nerve is implicated in the pathogenesis of disease. In any surgical method applied, good outcome depends on proper diagnosis and patient selection.

Objective. To evaluate the long term results and un-successful cases of MVD in trigeminal neuralgia (TN) and hemifacial spasm (HFS), and to bring new insight about the role of case selection and surgical techniques have, in their management.

Material and Methods. The senior author (KN) analyzed approximately 900 cases of MVD: trigeminal neuralgia (313) and hemifacial spasm (587), whom he had surgically treated between 1980—2006. MVD was performed using Janetta's technique and endoscopic assistance was used in some cases. Intra-operative monitoring for facial nerve was done in all cases of HFS. The mean follow up was 10,5 years. The short and long term results were evaluated, along with the analysis of un-successful cases.

Outcome. Our results are comparable to other series published in literature.

Vascular compression was found to be the most common cause, usually the vessel being anterior inferior cerebellar artery for HFS and superior cerebellar artery in TN.

Complete short term pain relief was observed in 94% of the cases. Excellent long term results were observed in 100% cases in HFS and 92,3% in TN. There were no serious complications in our series and the surgical complications were not related to the age of the patient. The mortality rate was 0,1%. Three patients were re-operated for HFS.

Three patients had facial palsy, while 1 had mild hearing loss post-operatively, which gradually improved. Endoscope provided a clear visualization and better understanding of the lesion, leading to accuracy in surgery. Some of the most common causes for non-successful cases were: inappropriate «C» shaped skin incision; non-accurate or small craniotomy, intra operative disorientation regarding location of REZ,

excessive retraction or manipulation of the facial nerve.

Conclusion. According to our large experience with both open and endoscopic techniques, it seems that MVD is a good alternative strategy with low complication rates in comparison to ablative procedures. It is a safe and effective method of treatment. Proper surgical technique helps in reduction of un-successful cases and it should be proposed as first choice of surgery to all patients affected by trigeminal neuralgia and hemifacial spasm.

Алгоритм оценки эффективности микрохирургии поврежденных нервно- мышечного аппарата конечностей

*Лисайчук Ю.С., Гончарук. О.А.,
Павличенко Л.Н., Четверус Р.В.,
Бовкун В.Н.*

*Медицинский институт УАНМ,
кафедра хирургических болезней
(зав. проф. Скиба В.В.), КМКЛ № 1
(гл. врач Салюта Н. Е), г. Киев, 02154,
Харьковское шоссе 121, каб. 205,
тел. 561-17-42, e-mail: lisaychuk@athena.com.ua*

Цель. Предложить алгоритм оценки эффективности микрохирургии поврежденных нервно-мышечного аппарата (НМА) конечностей по схеме M0-M5 и S0 — S4 и с учетом глубины и распространенности его разрушения и вида операции.

Материалы и методы. Достижением микрохирургии последних десятилетий можно считать внедрение целого ряда новых методик, к которым можно отнести аутонейропластику, ортотопическую невротизиацию, «прямую» невротизиацию, мионевротизиацию, пересадку сложных лоскутов и мышц, шов нервов по типу конец в бок и другие. Современные методы оценки дооперационного состояния и эффективности лечения рассматривают нерв, как самостоятельную в анатомическом и функциональном плане единицу, не учитывая того, что он является звеном комплекса нерв-мышца и на возможность его эффективной работы влияет сохранность покровных тканей, и целая группа факторов, которыми мы определяли условия для регенерации элементов нервно-мышечного аппарата. По этой причине мы в нашей работе при оценке дооперационного статуса и эффективности операции рассматривали все элементы НМА, и прежде всего составляющие периферического нерва, состояние мышцы, сохранность покровных тканей. Кроме того ввели понятие «дефект», когда обязательной была пластика элементов НМА. Мы также обязательно учитывали состояния покровных тканей. Ожидаемый результат формировали с обязательным учетом вида восстановительной операции и условий для регенерации.

Результаты и их обсуждение. Оценивая результаты более 600 операций, мы выделили такой результат операции как полезное восстановление, когда оно было на M3 и S2. При этом для шва нерва это был минимальный уровень восстановления, то для, например, для прямой невротизиации его считали отличным.

Заключение. При оценке результатов операций при повреждении периферических нервов необходимо учитывать вид и глубину повреждения НМА,