

**Деструкция входной зоны задних корешков в лечении центральных болевых синдромов**

Бублик Л.А.

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького  
Донецк  
Украина  
8 050 965-3999  
Lbublik@inbox.ru

Центральные болевые синдромы при последствиях повреждения спинного мозга и его корешков являются наиболее тяжелыми и мучительными состояниями, характеризующимися как «денервационные», «деафферентационные» боли. Нами коагуляция входной зоны задних корешков произведена у 12 пациентов. Из них центральный болевой синдром был обусловлен последствиями повреждения спинного мозга и корешков конского хвоста у 8 больных, повреждением плечевого сплетения – у 3, ампутацией на уровне верхней трети плеча – у одного. Операция включала в себя одновременное проведение менингомиелорадикулолиза с двухсторонней коагуляцией входной зоны задних корешков. Протяженность деструкции осуществлялась через каждые 2мм на протяжении 2 сегментов выше места повреждения, в месте повреждения и на 1 сегмент ниже с 2-х сторон. Протяжении двух сегментов выше места повреждения спинного мозга. Для коагуляции входной зоны задних корешков с максимальной точностью и меньшей травматизацией структур спинного мозга применялся разработанный стереотаксический аппарат. DREZ позволяет произвести менингомиелолиз, устранить болевой синдром. У трех больных с последствиями разрыва плечевого сплетения во время операции на шейном отделе спинного мозга на уровне С4-С6 позвонков разделялись арахноидальные сращения, образовавшиеся после травмы в месте отрывов корешков от спинного мозга на стороне повреждения. Протяженность деструкции входной зоны задних корешков в интермедиолатеральной борозде (от 10 до 20 очагов) определялась количеством поврежденных корешков. Стойкий положительный эффект значительного уменьшения интенсивности боли, частоты ее появления и количества потребляемых анальгетиков отмечено у 8 больных.

**Нейрофізіологічні (НФ) тести в діагностиці тунельних синдромів верхніх кінцівок**

Чеботарьова Л.Л., Третьякова А.І

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова  
АМН України  
Київ  
Україна  
(044) 483-9535  
admin@trainingforce.ua

Мета дослідження – удосконалення діагностики функціонального стану чутливих та рухових волокон нервів верхньої кінцівки при тунельних синдромах, що супроводжуються болем.

Матеріал та методи дослідження. Клініко-НФ дослідження проведені у 80 пацієнтів з тунельними синдромами верхньої кінцівки Переважали чоловіки-55% обстежених, вік хворих від 18 до 65 років. З них – 35 хворих із карпальним синдромом, 20 – кубітальним синдромом, 5 – компресія в каналі Гійона, 10 – синдромом верхньої апертури грудної клітини. Використано комплекс НФ методів діагностики: ЕНМГ визначення швидкості проведення збудження по сенсорних, моторних та вегетативних волокнах нервів; за допомогою методу інчингу – наявність і поширеність локального блоку проведення сенсорними та моторними волокнами. Для диференційної діагностики з корінцевими порушеннями на шийному рівні використовували дослідження F-хвилі з розрахунком проксимальної швидкості проведення та метод сегментарної магнітної стимуляції (МС) з визначенням корінцевої затримки (КЗ). При клінічній оцінці звертали увагу на прогресуючий больовий синдром, ранні прояви трофічних порушень. Больовий синдром оцінювали за візуальною аналоговою шкалою та співставляли з результатами ЕНМГ діагностики.

У 80% випадків з неврологічним дефіцитом та вираженими змінами при ЕНМГ діагностиці проведено оперативне втручання (невроліз та декомпресія нерва на відповідному рівні, видалення шийного ребра). Позитивними результатами лікування вважали: зникнення або послаблення больового синдрому, покращення чутливості та рухової функції нерва, відновлення провідності в зоні демієлінізації, підвищення М-відповідей м'язів в зоні іннервації. У 20% пацієнтів з діагностованим тунельним синдромом позитивна динаміка спостерігалася при проведенні повторних курсів консервативного лікування з широким використанням фізіотерапевтичних методів. ЕНМГ діагностику проводили на всіх етапах лікування. Якщо через 1-1,5міс після курсу консервативного лікування не спостерігалася позитивна динаміка, хворим пропонували хірургічне втручання. При двобічному синдромі карпального каналу оперували спочатку більш уражену руку.

В цілому, НФ діагностика тунельних синдромів верхньої кінцівки є стандартом для встановлення рівня і ступеня тяжкості ураження нервів, фокальної демієлінізації, виразності та гостроти денервационного процесу, залучення постгангліонарних симпатичних волокон. Завдяки отриманню об'єктивних критеріїв стану нерва забезпечується обґрунтування показів та вибору оптимальної тактики хірургічного лікування, удосконалення контролю ефективності застосованого лікування.