Мікротопографічні особливості взаємостосунків судин і корінців черепних нервів як передумова розвитку нейроваскулярно-компресійних синдромів

Федірко В.О.

Інститут нейрохірургії ім.акад.А.П.Ромоданова
АМН України
Київ
Україна
044-486-24-33
fedirkovol@ukr.net

Вступ. Невралгія трійчастого(НТН), язикоглоткового(НЯН) нервів, гемілицевий спазм (ГЛС) та інші синдроми гіперактивної дисфункції(СГД) об'єднані спільним етиопатогенетичним судинно-компресійним механізмом їх розвитку. Разом з тим існуючі щільні контакти судин з черепними нервами(ЧН), як за даними МРТ, морфологічних, так і інтраопераційних досліджень, далеко не завжди призводять до розвитку синдромів.

Метою дослідження було з'ясувати мікротопографічні особливості взаємостосунків судин і корінців черепних нервів при СГД у порівнянні з контролем.

Матеріали і методи: 335 хворим було виконано 355 операцій мікросудинної декомпресії(МСД) ЧН з приводу СГД, з них 7 ревізій і 9 повторних з-за рецидиву болю; в 4 двосторонньої НТН по 2 операції. Вік хворих був від 18 до 80 років. Жінок було 213(63,5%), чоловіків – 121(36,5%).

Результати. Всі взаємостосунки зафіксовано схематично, проведено фото- та відео реєстрацію. Відмічено чіткі особливості взаємостосунків судин і корінців нервів в групі СГД, достовірно відмінні від контролю, що полягають у впливі судини на корінець в напрямку вектору пульсаторної хвилі(ВПХ). При збільшенні операційного мікроскопу х8-12 відмічено зміну кольору в корінці (на сіро-водянистий) в місці компресії. Відмічено, що ці зміни регресують безпосередньо після декомпресії. В переважаючій більшості випадків відмічено наявність виразних арахноідальних злук безпосередньо навколо зони судинно-нервового конфлікту.

Висновки: До розвитку змін у нерві призводить таке розташування судини по відношенню до корінця, при якому ВПХ наближається до перпендикуляра. Чим ближче напрямок ВПХ, що передається з судини на корінець, до прямого кута, тим більше здавлення капілярного русла в корінці і виразніше ішемія. Необхідною умовою розвитку СГД є така ритмічна механічна компресія ЧН, що призводить до порушення мікроциркуляції та розвитку локальної ішемії в ділянці контакту, а з часом - до комплексу дегенеративно-дистрофічних змін. Не „травматизація" корінця нерва під час мікросудинної декомпресії і не „ремієлінізація" дають регрес СГД, але реперфузія чи відновлення нормального кровотоку в корінці нерва сприяють нормалізації його функції. СГД ЧН обумовлені судинною компресією мають характерні прояви порушення функції за гіперактивним типом, що відрізняє їх від інших „невропатій" і повинно бути враховано як при діагностиці, так і відборі хворих для операції МСД, що є запорукою високої ефективності лікування.

Ранні інтракраніальні ускладнення після хірургічного лікування гідроцефалії у дітей діагностовані методом КТ

Гетьман О.М., Робак О.П., Робак К.О., Пилипас О.Ю., Маховський С.В.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова
АМН України
Київ
Україна
0444830668
olegrobak@mail.ru

Лікворошунтуючі та ендоскопічні операції в теперішній час являються найбільш розповсюдженим і ефективним методом лікування гідроцефалії. В результаті цих операцій компенсований перебіг гідроцефалії досягається у 80-90%. Подальший перебіг захворювання може супроводжуватись виникненням післяопераційних ускладнень та погіршити результати лікування. За даними різних авторів ускладнення після хірургічного лікування гідроцефалії виникають у 10-20 % спостережень.

Мета роботи. Оцінка функціонування шунтуючої системи. Уточнення місцеположення шунта та його цілісність. Визначення товщини мозкового плаща та розмірів лікворної системи. Виявлення інтракраніальних ускладнень після хірургічного лікування гідроцефалії у дітей.

Матеріали і методи. Проведено аналіз КТ-обстежень 102 хворих після хірургічного лікування гідроцефалії. 90 хворим було проведено лікворошунтуючі операції, 12 – ендоскопічним методом. Вік пацієнтів становив 1 міс - 16 років, з них жінок - 55, чоловіків – 47. Дослідження проводилися на рентгенівських комп'ютерних томографах.

Результати і їх обговорення. Регрес гідроцефалії був виявлений у 82 (80,4%) хворих, що характеризувалось зменшенням розмірів шлуночкової системи, зникненням перивентрикулярного набряку, потовщенням мозкового плаща. У 20 (19,6%) пацієнтів були виявлені ускладнення після хірургічного лікування. Крововиливи в шлуночкову систему у 1-го хворого. Крововиливи в суб- і епідуральні простори у 11 хворих. Гідроми – 4. Наявність поренцефалічного каналу – 1. екстравентрикулярне розташування краніального кінця шунта – 2. інфекційно-запальні ураження - 1.

Висновки. КТ являється ефективним і достатнім методом діагностики ранніх ускладнень після хірургічного лікування гідроцефалії у дітей. Виконання контрольної КТ у ранньому післяопераційному періоді повинно бути правилом, а динамічне спостереження при погіршенні стану пацієнта та незалежно від його виникнення кожного року