

Симптоматические тригеминальные боли в хирургии опухолей основания черепа

Полищук Н.Е., Возняк А.М., Каминский А.А., Облывач А.А., Сичинава В.Г., Гудым М.С.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Кафедра нейрохирургии Национальной медицинской академии последипломного образования им П.Л. Шупика
Киев
Украина
8 (044)518-15-83, 8(067)7460002
oblyvach@ukr.net

Цель: Изучить качественные и количественные особенности тригеминальной головной боли (ТГБ) у больных с опухолями основания черепа (ООЧ) до и после хирургического вмешательства.

Материал и методы: В течение последних 3 лет было прооперировано 26 пациентов с ООЧ с признаками ТГБ. Средний возраст пациентов составил 39 лет (от 23 до 59 лет); 11 мужчин (45,8%) и 13 женщин (54,2%). Всего было выполнено 28 хирургических вмешательств. Распределение опухолей по локализации: СЧЯ (13) - кавернозного синуса (5); медиальных отделов крыла основной кости (5); экстрадуральные опухоли (3); ЗЧЯ (4) - задней поверхности пирамиды височной кости (2), мосто-мозжечкового угла (2); супра-субтенториальные опухоли (9) - опухоли тройничного нерва (4), петроклиальные опухоли (5). Для удаления опухолей были использованы: базальный лобно-височный доступ в различных модификациях (12), подвисочный экстрадуральный (2), передний чрезкаменистый (2) и ретросимовидный доступ (10). В ходе операции использовались: хирургический микроскоп, электротрепан, высокоскоростной бор, ультразвуковой аспиратор, мозговые ретракторы и микрохирургический набор инструментов. Рутинно проводился интраоперационный мониторинг функции черепно-мозговых нервов.

Результаты и их обсуждение: Тригеминальные боли различной интенсивности в описанных случаях рассматривались как один из симптомов заболевания и чаще не являлись ведущим для определения лечебной тактики. Однако, в 11 случаях именно клиника поражения тройничного нерва была первым симптомом заболевания, а у 6 пациентов интенсивные и продолжительные во времени боли были единственным показанием к хирургическому вмешательству. Среднее пребывание пациента в стационаре составило 9 дней. Радикальность операций: тотальное удаление опухоли - 17 наблюдений, субтотальное - 7, частичное - 2. Во время вмешательства декомпрессия корешка тройничного нерва дополнялась его неврוליзом на всем протяжении. Результаты патоморфологического исследования: менингиомы типического строения - 9, атипического строения (дифференцированные) - 8, анапластические менингиомы - 2, невриномы - 5, хордома - 1, метастаз рака - 1. Результаты операций: улучшение - 18, стабилизация состояния - 4, ухудшение - 2, летальный исход - 0. Катамнез неизвестен в 3 случаях. Во всех случаях достигнут позитивный результат в виде прекращения болей. У 8 пациентов в послеоперационном периоде отмечалось снижение чувствительности на лице от легкой гипестезии до полной анестезии.

Выводы: Микрохирургическая техника и использование стандартов хирургии основания черепа обеспечивает положительный результат лечения пациентов с базальными опухолями. Залогом положительной динамики ТГБ в послеоперационном периоде является декомпрессия и неврוליиз корешка тройничного нерва.

Застосування гальваноіндуктотермії при лікуванні хворих з больовими нейрокомпресійними спондилогенними синдромами

Попова І.Ю., Степаненко І.В., Бондар Т.С., Лихачова Т.А.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України
Київ
Україна
(044) 483-82-19
reabilit@ukr.net

Мета роботи. Розробити методіку фізіотерапевтичного лікування хворих з больовими нейрокомпресійними спондилогенними синдромами (БНКСС) для ефективного зменшення інвалідизації та строків непрацездатності.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 118 хворих з БНКСС з вираженими болями в поперековому відділі хребта. 1 групу склали 33 хворих, яким проводилась медикаментозна терапія: знеболююча, протизапальна, судиннорозширююча, седативна, протиспастична, тощо (дексон по схемі внутрішньом'язово, сирдалуд, ксантинол, гліцесед). 75 хворим проводилась гальваноіндуктотермія по розробленій методиці. Для оцінки ступеня інвалідизації хворих використана шкала Oswestry low back pain disability, яка представляє собою запитник, що складається з 10 розділів і визначає ступінь інвалідизації хворих в процентах. Рівень тривожності пацієнтів, особисті та реактивної, визначався за шкалою Спілбергера.

Результати та їх обговорення. В лежачому положенні хворого на животі на область поперекового відділу хребта накладався активний електрод (катод) площею 10x15 см, змочений розчином дексаметазону і розчином гідрокарбоната натрію. Пасивний електрод розташовувався в області пупка. Процедура проводилась при силі струму 10-20 мА протягом 10-15 хвилин одночасно з короткохвильовою індуктотермією при другому ступені потужності, безконтактно за допомогою індуктора-диска, розташованого над поперековим відділом хребта. На курс призначали 10-15 процедур. В обох групах хворих до лікування процент інвалідизації складав 40-42%. Після лікування в 1 групі він вірогідно ($p < 0,05$) знизився до 28%, в другій - до 12% ($p < 0,01$). Рівень реактивної тривожності за шкалою Спілбергера до лікування становив відповідно $16,21 \pm 0,23$ та $18,07 \pm 0,09$ балів, після лікування в 1 групі він був $12,11 \pm 0,21$, в 2- $10,55 \pm 0,04$. Нижчий рівень реактивної тривожності у хворих 2 групи пояснюється швидкою ліквідацією больового синдрому. Кращі результати лікування хворих 2 групи пояснюються якісно новим анальгетичним ефектом, який отримується в результаті синергічної дії гальванічного струму та магнітного поля. Локальний вплив депонованого дексаметазону на зону ушкодження виключає можливість побічного ulcerогенного, гіпертонічного, гіперглікемічного ефекту.

Висновки. Застосування гальваноіндуктотермії при лікуванні хворих з БНКСС є ефективним методом підвищення якості життя за рахунок покращення фізичного та емоційного статусу та скорочення строків непрацездатності.