

## Дифференцированное хирургическое лечение больных с тяжелыми формами невралгии тройничного нерва

Посохов Н.Ф., Черненко В.Г., Пыхтин А.В., Бондарь Б.Е., Черненко А.В., Посохов С.Н.

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина,  
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»,  
Харьковский региональный противоболевой центр  
Харьков  
Украина  
+38 (050) 6777753  
posohov@bk.ru

**Цель** — уточнение анатомо- и патофизиологических особенностей боли у пациентов с невралгией тройничного нерва (НТН) с учётом функционального состояния сегментарных рефлекторных дуг, активирующих и тормозных структур ствола мозга, супрастволовых отделов и выбор дифференцированного подхода, который позволит оптимизировать результаты хирургического лечения тяжелых форм НТН.

**Материал и методы.** Проведен анализ отдалённых результатов хирургического лечения 1060 больных (мужчин - 348, женщин - 712) с тяжелыми формами НТН в возрасте от 30 до 87 лет (70% из них — старше 60 лет). У 94% больных лицевые боли были односторонними, у 6% - двусторонними. У всех больных при наличии нестерпимых пароксизмальных болей в зоне иннервации периферических ветвей ТН консервативная терапия была неэффективной или малоэффективной.

Все больные были комплексно обследованы. Наряду с неврологическими исследованиями проводилась регистрация тригеминальных соматосенсорных, акустических стволочных и зрительных вызванных потенциалов, электроэнцефалография, ЭНМГ, консультации врачей смежных специальностей, в т.ч. с использованием методов объективной оценки боли (ВАШ, NADS и др.), КТ/МРТ исследования головного мозга.

Выбор метода хирургического лечения зависел от возраста, соматического состояния, выраженности и длительности болевого синдрома, характера и эффективности применявшихся методов оперативного и консервативного лечения, данных комплексного обследования.

993 (93,68%) больным были произведены блокады периферических ветвей ТН. 37 (3,49%) больным произведена парапонтинная микрососудистая декомпрессия чувствительного корешка ТН с применением прокладок из синтетических (тефлоновая прокладка или вата) и биологических (криоконсервированная амниотическая оболочка человека) высоко инертных материалов. 259 (24,43%) произведена крионейротомия периферических ветвей ТН. 532 (50,18%) больным произведена ретрогассеральная криоризотомия.

**Результаты и обсуждение.** При выявлении сосудистой компрессии чувствительного корешка методом выбора является микрососудистая декомпрессия чувствительного корешка в ранние сроки заболевания.

При отсутствии компрессии чувствительного корешка целесообразна тактика «нарастающего радикализма». Вначале показаны блокады периферических ветвей ТН. Затем производятся крионейротомии периферических нервных стволов.

Чрескожная крионейротомия чувствительного корешка ТН оправдана при неэффективности или недостаточной эффективности других методов оперативного лечения.

**Выводы.** Предлагаемый дифференцированный подход позволяет оптимизировать результаты хирургического лечения тяжелых форм НТН.

## Комплексное лечение таламического болевого синдрома

Пятикоп В.А., Кутовой И.А.

Харьковский национальный медицинский университет  
Харьков  
Украина  
8-050-303-50-92  
Pyatikop@inbox.ru

**Введение.** Таламический болевой синдром (ТБС) относится к группе «центральных» болей и описан в 1914 г. Degerin & Russi. ТБС является одним из наиболее тяжелых проявлений неукротимых болей, которые практически не подлежат купированию.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 3 больных с таламическим болевым синдромом сосудистого происхождения (ишемический инсульт зрительного бугра — Th). Основным методом лечения было проведение стереотаксических операций криодеструкции centrum medianum (CM) в сочетании с локальным введением аутологичных нейроиндуцированных клеток стромы костного мозга (АН КСКМ) в дозе 1x10<sup>6</sup> в 1 мл аутоликвора в постинсультный очаг в области Th. Стереотаксические операции проводили под контролем компьютерного томографа СТ-MAX General Electric.

**Результаты и обсуждение.** Катамнез заболевания составляет 1-3 года. Основные клинические проявления были в виде интенсивных болей в противоположной очагу половине тела с явлениями выраженной гиперпатии. Диагноз устанавливали на основании клинической картины и МРТ головного мозга, при проведении которой четко визуализировались очаги ишемии в области Th округлой формы диаметром от 9 до 14 мм. В результате проведенной криодеструкции CM получали очаг деструкции диаметром до 10 мм, а также наблюдали уменьшение болевого синдрома сразу после операции у двух больных. Вторым этапом операции было стереотаксическое введение АН КСКМ в область постишемической кисты, что способствовало восстановлению анатомо-физиологических взаимоотношений ядер Th, нарушенных вследствие перенесенного инсульта. У одного больного уменьшение болей было отмечено спустя 5-6 недель после операции, что, вероятно, связано с восстановлением морфологической структуры ядер Th. В этот же период наблюдалось значительное уменьшение болей и у первых двух больных, что подтверждает выдвинутое предположение о положительном влиянии введения АН КСКМ за счет выделения нейротрофических факторов и эндорфинов.

**Выводы.** Предложенный метод комплексного лечения больных с ТБС с применением криодеструкции CM и введения АН КСКМ в зону постишемического очага является перспективным и требует дальнейшего клинического изучения и внедрения.