

Formanchuk T.V.

CYTOREDUCTIVE SURGERY AND HYPERTHERMIC INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY (HIPEC) - INNOVATIVE METHODS OF THE PERITONEAL CARCINOMATOSIS TREATMENT

Summary. Peritoneal carcinomatosis is a complex problem, despite the diversity of modern methods of the malignant diseases treatment. The combination of high temperatures and the simultaneous deposit of cytotoxic drugs into the intraperitoneal space provides a deeper penetration of the chemotherapy agent into the tumor tissues. Use of the cytoreductive operations in combination with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy provides a high level of clinical performance compared to classical surgical methods of the abdominal or pelvic cancer treatment, which gives a chance to extend the life of the patient. Powered by clinical observation of the combined use of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in patients with ovarian cancer.

Key words: peritoneal carcinomatosis, hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC), cytoreductive surgery.

Рецензент - д.мед.н., проф. Годлевський А.І.

Стаття надійшла до друку 01.06.2015 р.

Форманчук Тетяна Володимирівна - к.мед.н., доц. кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; +38 0432 66-52-72; mityk_t@mail.ru

© Третяк І.Б., Фрейдман М.Ю.

УДК: 616-089.57.086.86:616.743-009.1-089.168

Третяк І.Б.¹, Фрейдман М.Ю.²

¹ДУ "Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України", відділення відновної нейрохірургії (вул. П. Майбороди, 32, м. Київ, Україна, 04050), ²Білоцерківська міська лікарня № 2, нейрохірургічне відділення (вул. Семашко, 9, м. Біла Церква, Київська обл., Україна, 09100)

МІКРОХІРУРГІЧНІ ДЕНЕРВАЦІЙНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ФОКАЛЬНІЙ М'ЯЗОВІЙ ШИЙНІЙ ДИСТОНІЇ: АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ 26 ПАЦІЄНТІВ З ЛАТЕРОКОЛІС

Резюме. В дослідженні приймали участь 26 пацієнтів з латероколіс, усім пацієнтам було виконано 60 мікрохірургічних денерваційних втручань. З них 26 (43,33%) іпсилатеральної (по відношенню до нахилу голови) денервації кивального м'язу, 24 (40%) іпсилатеральних задніх шийних селективних рамісектомій C1-C6 корінців за Vertrand та 10 (16,67%) іпсилатеральних денервацій та міотомій м'язів плечелопаткового трикутника. Оцінку результатів проводили в ранні, пізні та віддалені терміни на основі клініко-неврологічного обстеження, анкетування за Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale. При аналізі результатів мікрохірургічних денерваційних втручань у пацієнтів з латероколіс встановлено: показник важкого перебігу спастичної кривошиї з латероколіс знизився в 3 рази (до 0%), середня важкість спастичної кривошиї з латероколіс превалювала серед усіх пацієнтів (62,5%), у 37,5% ми спостерігали спастичної кривошиї з легким перебігом. Показники важкого рівня інвалідизації знизився з 15,38% до 0%, легкий рівень зріс з 11,54% до 46,71%. Виконання денервації та міотомій м'язів плече-лопаткового трикутника дозволило суттєво вплинути на показники важкості перебігу спастичної кривошиї з латероколіс.

Ключові слова: фокальна м'язова шийна дистонія, спастична кривошия, латероколіс, мікрохірургічні денерваційні втручання.

Вступ

Незважаючи на те, що діагностичні процедури, клінічні прояви та підходи до лікування спастичної кривошиї (СК) - фокальної форми м'язової дистонії - широко висвітлені в офіційних паперах численних закордонних суспільних організацій, присвячених даній патології (NSTA, DMRF, ST Dystonia тощо), та, відповідно, носять лише рекомендаційний характер, на сьогоднішній день не існує єдиної уніфікованої загальноприйнятної як терапевтичної, так й нейрохірургічної стратегії лікування неускладнених випадків СК. Відповідно результати лікування СК лишаються посередніми [Krauss, 2010], зберігається ціла низка невирішених питань етіології та патогенезу. На думку B. Sitthinamsuwan et al. [2012] резекція периферичних нервів має бути основним, первинним методом хірургічного лікування неускладнених випадків СК.

Консервативна терапія СК в першу чергу направле-

на на корекцію нейротрансмітерного балансу в підкіркових гангліях головного мозку. Пролонгована, проте зворотня, хемоденервація м'язів, котрі приймають участь у формуванні клінічного симптомокомплексу СК, досягається введенням препаратів на основі ботуліністичного токсину. Ефективність терапії СК похідними ботулотоксину за даними різних літературних джерел коливається від 70% до 85% [ESDE, 2000].

Хірургічне лікування фокальної м'язової шийної дистонії направлене на чітку ідентифікацію та якнайповніше виключення усіх дистонічних м'язів, котрі приймають участь у формуванні симптомокомплексу спастичної кривошиї (СК) [Muenchau, 2001].

Основні підходи та перелік денерваційних процедур відомий достатньо давно: сформульована мета, визначені мішені, розроблені та впроваджені в повсякденну практику денерваційні втручання [Sitthinamsuwan,

2012]. Накопичено потужний досвід лікування пацієнтів з різними формами СК, перелік ускладнень значно збувся [Sitthinamsuwan, 2012]. Проте результати все ще залишаються далекими від ідеалу: існує високий ризик збереження залишкових явищ та, навіть, рецидив захворювання [Krauss, 2010; Sitthinamsuwan, 2012].

Мета роботи - покращити результати мікрохірургічних денерваційних втручань у пацієнтів із спастичною кривошиєю.

Матеріали та методи

Робота ґрунтується на аналізі хірургічного лікування 26 пацієнтів із СК, що перебували на лікуванні у відділенні відновної нейрохірургії з рентгеноопераційною ДУ "Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України" з 2002 по 2014 роки.

Загальна кількість пацієнтів з латероколіс (Л), котрі приймали участь у дослідженні складала 26. Вікові групи пацієнтів були розподілені наступним чином: пацієнти молодого віку (21-44 роки) - 4 (15,38%), середнього (45-59 років) - 21 (80,77%), та похилого віку (60-74 роки) - 1 (3,85%) відповідно. Переважали пацієнти чоловічої статі: 20 чоловіків (76,92%) та 6 жінок (23,08%). За давністю захворювання пацієнти із Л були розподілені наступним чином: 10 (38,46%) пацієнтів хворіли на Л більше 5 років, 15 (57,69%) - від 5 до 2 років, 1 (3,85%) - менше 2 років. 10 пацієнтам (38,4%) з Л на догоспітальному етапі проводилась терапія ботулотоксином з незначним та/або тимчасовим ефектом. Легкий вихідний ступінь важкості перебігу СК за TWSTRS(I) спостерігався у 3 (11,54%) пацієнтів з Л, середній - у 14 (53,84%) та важкий - у 9 (34,61%) пацієнтів відповідно. 4 пацієнти (15,38%) з Л на момент включення в дослідження вважали себе важко інвалідизованими, 19 (73,07%) - із середнім рівнем інвалідизації, 3 (11,53%) - з легким вихідним рівнем інвалідизації (за TWSTRS(II)).

Пацієнтам з Л було виконано загалом 60 денерваційних хірургічних втручань. З них 26 (43,33%) іпсилатеральної (по відношенню до нахилу голови) денервації кивального м'язу (КМ), 24 (40%) іпсилатеральних задніх шийних селективних рамісектомій С1-С6 корінців за Bertrand (ЗСР) та 10 (16,67%) іпсилатеральних денервацій та міотомії м'язів плечелопаткового трикутника (ДМПЛТ).

ДМПЛТ - передбачає денервацію та міотомію міотомію m. levator scapulae, m. longissimus capitis, m. semispinalis capitis та m. splenius capitis. Основними джерелами іннервації вказаних вище м'язів були передні гілки С3-С4 корінців, дериватів шийного сплетення. ДМПЛТ була розроблена в нашій клініці, а її ефективність доведена результатами проведеного дослідження.

У 3 (11,5%) пацієнтів з вихідним важким перебігом СК з Л, денервація КМ супроводжувалась одномоментною денервацією та міотомією іпсилатеральних дистонічних м'язів плечелопаткового трикутника - ДМПЛТ. Дані за підвищену дистонічну активність м'язів плечелопаткового трикутника були отримані на етапі клініко-не-

врологічного огляду та підтверджені даними електронейроміографії (ЕМГ).

Збір первинних результатів хірургічного лікування розпочинався не раніше, ніж через 14 днів (ранні результати) після закінчення усіх запланованих етапів хірургічної денервації, що співпадав з моментом виписки пацієнта із клініки, та включав оцінку клініко-неврологічних даних, та анкетування за TWSTRS (*Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale*). При збиранні пізніх (до 1 року після виконання денерваційних втручань) та віддалених (пізніше 2 років після виконання денерваційних втручань) результатів, ми проводили ретельне клініко-неврологічне обстеження пацієнтів та анкетування за TWSTRS. Крім того, клініко-неврологічне обстеження та збір анкетних даних проводився в будь-який момент звернення пацієнта в клініку, максимальний термін спостереження за пацієнтом після виконання денерваційних мікрохірургічних втручань при СК складав 11 років. В середньому 5 років \pm 2 місяці.

Анкетування передбачало визначення важкості СК (TWSTRS(I)) та рівня інвалідизації (TWSTRS(II)) - збирання ранніх, пізніх та віддалених результатів мікрохірургічних денерваційних втручань. Розрахунок важкості СК за (TWSTRS(I)) передбачає анкетування пацієнта та оцінку ним власного стану за бальною системою на основі 6 показників: максимальної пасивної екскурсії голови та шиї в 3-х основних площинах; тривалість патологічної установки/напруження м'язів протягом доби; наявність чи відсутність певних тригерних точок, котрі полегшують стан пацієнта; ступінь підняття плеча; активний обсяг рухів; час, протягом якого пацієнт може утримувати голову/шию в нейтральному положенні. Сума балів показників визначатиме ступінь важкості СК: 0-10 балів - легкий ступінь, 11-25 балів - середній ступінь, 26-35 балів важкий ступінь.

Розрахунок рівня інвалідизації від СК за (TWSTRS(II)) передбачав анкетування пацієнта та оцінку ним за бальною системою власної активності в 6 типових оточеннях: робота, щоденна активність, читання, перегляд телевізора, активність поза домом. Сума балів показників визначатиме рівень інвалідизації: 0-10 балів - легкий рівень, 11-20 балів - середній рівень, 21-30 балів - важкий рівень інвалідизації.

Статистична обробка даних, отриманих в результаті проведеного дослідження, проводилась наступним чином: проводили визначення критерію χ^2 Пірсона задля виявлення зв'язку між факторними та результативними ознаками. Так, факторними ознаками в нашому дослідженні були терміни, в які проводили аналіз результатів (до та після проведених мікрохірургічних денерваційних втручань). Результативними ознаками: 3 ступеня/рівня важкості/інвалідизації при оцінюванні ранніх, пізніх та віддалених результатів.

Всі статистичні розрахунки виконувались за допомогою програми "Excel" з пакету програм "Microsoft Office 2003".

Результати. Обговорення

Всі денерваційні хірургічні втручання у пацієнтів з Л супроводжувались загалом 2 основними видами ускладнень: дизестезією в дерматомі, автономна іннервація котрого забезпечується С2 спінальним нервом; інфекційними ускладненнями з боку післяопераційної рани.

Загальна кількість ускладнень складала 20 випадків: серед них значно переважала дизестезія в зоні іннервації С2 спінального нерва після ЗСР - 18 (90%). Інфекційні ускладнення в післяопераційному періоді спостерігались у 2 пацієнтів (10%). Ускладнень при виконанні ДМПЛТ в нашому дослідженні ми не спостерігали.

Слід зазначити, що 2 пацієнти (7,7%) з вихідним легким перебігом СК з Л відмовились від проведення інших етапів хірургічних денервацій, вважаючи, що їх стан значно покращився після виконання денервації іпсилатерального КМ.

При аналізі *ранніх результатів* (до 14 днів), ми спостерігали у 23 пацієнтів (88,46%) з Л клініко-неврологічний регрес симптоматики СК: тонус денервованих дистонічних м'язів був відсутній, положення голови та шиї набувало наближеного до фізіологічного. У 3 пацієнтів (11,54%) клініко-неврологічна картина супроводжувалась вираженими болями в післяопераційних ранах (особливо після ЗСР), що значно ускладнювала оцінку регресу симптоматики СК - пацієнти намагались зберегти анталгічні пози. Кількість пацієнтів з Л, котрі при аналізі *ранніх результатів* вважали, що ступінь важкості їх захворювання зменшився, складало загалом 4 (15,38%) пацієнти. Цікавим є той факт, що виконання саме ДМПЛТ (2 пацієнти (7,69%)) дозволила їм стверджувати, що важкість перебігу їх захворювання зменшилась. У 1 випадку (3,85%) виконання ДМПЛТ не вплинула на оцінку важкості захворювання самим пацієнтом. Кількість пацієнтів з Л, що при аналізі *ранніх результатів* вважали, що рівень їх інвалідизації зменшився, складало загалом також 4 пацієнти.

При аналізі *пізніх результатів* у 10 пацієнтів з Л ми відмітили клініко-неврологічний регрес симптоматики СК: тонус денервованих дистонічних м'язів був відсутній, положення голови та шиї набувало наближеного до фізіологічного. ЕМГ обстеження не виявило патологічної дистонічної активності денервованих м'язів. У 7 пацієнтів (29,16%) при проведенні клініко-неврологічного обстеження ми відмітили ознаки персистуючого захворювання: тонус м'язів омотрапецієвидного трикутника був підвищений, голова та шия зігнуті в бік раніше денервованих м'язів при ЗСР, спостерігалась елевація лопатки та плеча. Дані ЕМГ виявили характерні зміни іпсилатерального LS та, загалом, м'язів плечелопаткового трикутника шиї. Усім 7 пацієнтам для зниження тонусу дистонічних м'язів було запропоновано проведення ДМПЛТ - усі пацієнти погодились на проведення денерваційної хірургії. У 18 пацієнтів (100%), у котрих

на момент виписки із клініки спостерігали дизестезію в зоні іннервації С2, ми не спостерігали повного регресу чутливого дефіциту. У 5 пацієнтів (27,78%) із 18, у котрих на момент виписки із клініки дизестезію в зоні іннервації С2, ми спостерігали значний, проте частковий регрес чутливого дефіциту. У 2 пацієнтів (11,11%) дизестезія значно погіршувала якість життя, що відобразилось на показника інвалідизації.

Кількість пацієнтів з Л, що при аналізі *пізніх результатів* вважали, що ступінь важкості їх захворювання зменшився, складало загалом 5 пацієнтів. Так, ще у 4 пацієнтів з вихідним важким перебігом СК з Л перемістились в групу пацієнтів з середнім ступенем важкості СК. Слід відмітити той факт, що при аналізі *пізніх результатів* ми спостерігали чітку, проте незначну, тенденцію до зниження ступеню важкості захворювання у пацієнтів з Л в динаміці: так, вихідний важкий ступінь захворювання спостерігався у 34,61% пацієнтів, середня важкість захворювання - у 53,84% пацієнтів. При аналізі *пізніх результатів*, середній ступінь важкості складав вже 70,83%, переважно за рахунок пацієнтів з вихідним важким ступенем. Відповідно, кількість пацієнтів з важким ступенем перебігу Л складала 16,67%. Показники легкого перебігу СК складала 12,5%. Аналіз *пізніх результатів* на основі анкетування у пацієнтів з Л, дозволив виявити наступні зміни в рівнях їх інвалідизації. 2 пацієнта з вихідним важким рівнем інвалідизації від СК з Л перемістились в групу пацієнтів з середнім рівнем інвалідизації, таким чином загальна кількість пацієнтів із середньою важкістю перебігу СК складала 22. 1 пацієнт з вихідним середнім рівнем інвалідизації, перемістився в групу пацієнтів з легким рівнем інвалідизації. Ми спостерігали чітку тенденцію до зниження рівня інвалідизації у пацієнтів з Л в динаміці: так, вихідний важкий рівень спостерігався у 15,38% пацієнтів, при аналізі *пізніх результатів* таких пацієнтів вже не було. При аналізі *пізніх результатів* середній рівень інвалідизації складав вже 91,66% при вихідних показниках 73,07%. Зниження вихідного важкого рівня інвалідизації спостерігався у 100% пацієнтів з терміном існування СК більше 5 років.

При аналізі *віддалених результатів* у 8 пацієнтів з Л ми відмітили клініко-неврологічний регрес симптоматики СК (зокрема суттєве покращення у 7 пацієнтів, котрим було проведено ДМПЛТ): тонус денервованих дистонічних м'язів був відсутній, положення голови та шиї набувало наближеного до фізіологічного. ЕМГ обстеження не виявило патологічної дистонічної активності денервованих м'язів.

У 12 пацієнтів (100%), у котрих на момент виписки із клініки спостерігали дизестезію в зоні іннервації С2, ми не спостерігали повного регресу чутливого дефіциту. У 5 пацієнтів (66,67%) із 18, у котрих на момент виписки із клініки дизестезію в зоні іннервації С2, ми спостерігали значний, проте частковий регрес чутливого дефіциту. У 2 пацієнтів (11,11%) дизестезія про-

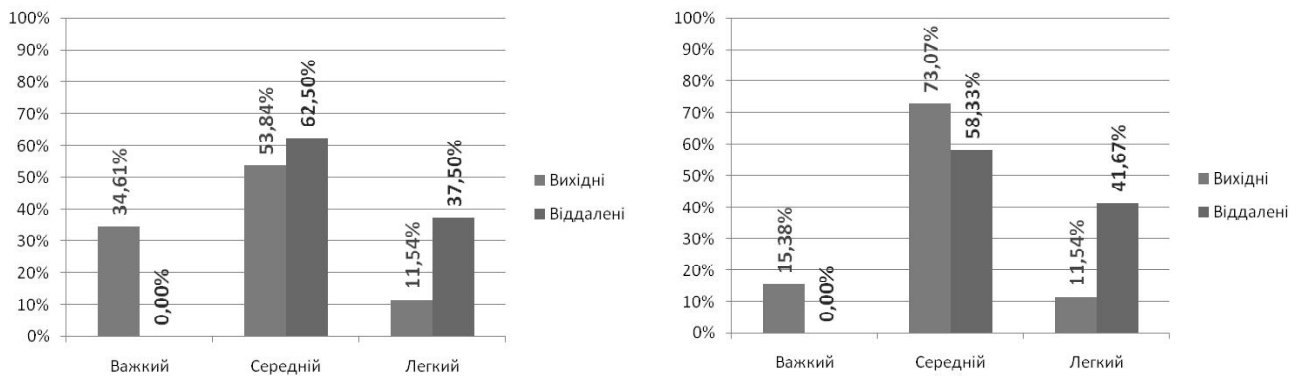


Рис. 1. Динаміка змін ступеню важкості перебігу та рівнів інвалідизації у пацієнтів з Л.

довжувала значно погіршувати якість життя, що відобразилось на показниках інвалідизації.

Кількість пацієнтів з Л, що при аналізі віддалених результатів вважали, що ступінь важкості їх захворювання зменшився, складало загалом 8 пацієнтів. Так, ще 4 пацієнти з вихідним важким перебігом СК з Л перемістились в групу пацієнтів з легким (2 пацієнти) та середнім ступенем важкості СК (2 пацієнти). 4 пацієнти з середнім ступенем важкості СК перемістились в групу пацієнтів з легким ступенем важкості. Слід відмітити той факт, саме 7 пацієнтів з Л, котрим було виконано ДМПЛТ, склали найбільшу групу тих пацієнтів, важкість перебігу Л яких суттєво зменшилась. Так, серед них були 4 пацієнти з вихідним важким (1 пацієнт) та середнім (3 пацієнти) ступенем важкості перебігу СК, та стажем захворювання більше 5 років - легкий перебіг СК з Л при аналізі віддалених результатів. 3 пацієнти із стажем захворювання від 2 до 5 років (2 з вихідним важким та 1 з вихідною середньою важкістю перебігу СК) - легкий перебіг СК з Л (1 пацієнт) та середня важкість перебігу СК з Л (2 пацієнти) при аналізі віддалених результатів. Таким чином, ми спостерігали чітку тенденцію до зниження ступеню важкості захворювання у пацієнтів з Л в динаміці: так, вихідний важкий ступінь захворювання спостерігався у 34,61% пацієнтів, середня важкість захворювання - у 53,84% пацієнтів. При аналізі віддалених результатів встановили, що середній ступінь складає вже 62,5% та не було пацієнтів з важким ступенем Л. Група пацієнтів з легким ступенем суттєво збільшилась та складала загалом 9 пацієнтів (37,5%) (рис. 1).

При аналізі віддалених результатів, ми виявили тісний статистичний зв'язок між зміною важкості захворювання та проведеними хірургічними втручаннями ($\chi^2=11,974$, $\chi^2_{\text{критичне}}=9,21$, $p<0,01$). Інакше кажучи, при аналізі віддалених результатів ми виявили статистично значущий вплив проведених денерваційних хірургічних втручань на зменшення ступеню важкості захворювання у пацієнтів з Л. Ми виявили статистично значущий зв'язок між важкістю захворювання, пізніми та віддаленими результатами ми (? $^2=7,125$, ? $^2_{\text{критичне}}=5,991$, $p<0,05$). Це означає, що спостерігалось ста-

тистично достовірне зменшення важкості захворювання у віддалені терміни в порівнянні з пізніми термінами спостереження. Необхідно підкреслити, що саме виконання ДМПЛТ у 7 пацієнтів, дозволив статистично достовірно зменшити важкість перебігу СК з Л в часовому проміжку між збиранням пізніх та віддалених результатів - саме в цьому часовому проміжку 7 пацієнтам було виконано ДМПЛТ.

Аналіз віддалених результатів на основі даних анкетування, дозволив виявити наступні зміни в рівнях інвалідизації пацієнтів з Л. 8 перемістились в групу пацієнтів з легким рівнем інвалідизації. Ще раз слід відмітити той факт, саме 7 пацієнтів з Л, котрим було виконано ДМПЛТ, склали найбільшу групу тих пацієнтів, важкість перебігу Л яких суттєво зменшилась. При аналізі віддалених результатів ми спостерігали чітку тенденцію до зниження рівня інвалідизації у пацієнтів з Л в динаміці: так, вихідний важкий рівень спостерігався у 15,38% пацієнтів. При аналізі віддалених результатів, важкого рівня інвалідизації після проведення усіх етапів денерваційних хірургічних втручань не було. Вихідний середній рівень інвалідизації складав 73,07%, а при аналізі віддалених результатів - 58,33%. Вихідних легких рівнів було 11,53%, при аналізі віддалених результатів - 41,66%, що більше ніж в 4 рази був більшим за вихідні показники (рис. 1). При аналізі віддалених результатів, ми виявили тісний статистичний зв'язок між зниженням рівня інвалідизації та проведеними хірургічними втручаннями ($\chi^2=8,460$, $\chi^2_{\text{критичне}}=5,991$, $p<0,05$). Інакше кажучи, ми виявили статистично значущий вплив проведених денерваційних хірургічних втручань на зниження рівня інвалідизації від СК у пацієнтів з Л у віддалених термінах спостереження. Необхідно підкреслити, що саме виконання ДМПЛТ у 7 пацієнтів, дозволив статистично достовірно знизити рівень інвалідизації пацієнтів з Л у порівнянні з вихідними показниками.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. При аналізі результатів мікрохірургічних денерваційних втручань у пацієнтів з Л встановлено: вихідні показники важкого перебігу спастичної кривошиї з ла-

тероколіс знизився в 3 рази, що ще раз підкреслює ефективність та адекватність вибраних хірургічних мішеней та методів денерваційних втручань.

2. Середня важкість спастичної кривошії з латероколіс превалювала серед усіх пацієнтів у віддалених термінах спостереження (62,5%). При аналізі віддалених результатів встановили, що левову частку становила саме ця важкість перебігу захворювання. Інші 37,5% належали спастичній кривошії з латероколіс та легким перебігом.

3. Таким чином, проведені нами мікрохірургічні де-

нерваційні втручання, зокрема виконання денервації м'язів плече-лопаткового трикутника, дозволили нам досягти позитивного результату, в контексті зменшення важкості перебігу спастичної кривошії з латероколіс, у 100% пацієнтів.

Зважаючи на отримані в нашому дослідженні результати, ми вважаємо, що денервація м'язів плече-лопаткового трикутника може широко використовуватись в клінічній практиці у пацієнтів із латероколіс для покращення результатів мікрохірургічних денерваційних втручань.

Список літератури

- Collaborative Group. The Epidemiological Study of Dystonia in Europe (ESDE). A prevalence study of primary dystonia in eight European countries // J. Neurol. - 2000. - Vol. 247. - P. 787-792.
- Krauss J. K. Surgical Treatment of Dystonia / J. K. Krauss // Eur. J. Neurol. - 2010. - Vol. 17, Suppl. 1. - P. 97-101.
- Prospective Study of Selective Peripheral Denervation for Botulinum-Toxin Resistant Patients with Cervical Dystonia / A. Muenchau, J. D. Palmer, D. Dressler [et al.] // Brain: A Journal of Neurology. - 2001. - Vol. 124, Pt. 4. - P. 769-783.
- Sitthinamsuwan B. Dystonia - The Many Facets / B. Sitthinamsuwan, S. Nunta-Aree. - Changhai, China: InTech, 2012. - 220 p.

Третьяк И.Б., Фрейдман М.Ю.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ДЕНЕРВАЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ФОКАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ ШЕЙНОЙ ДИСТОНИИ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ 26 ПАЦИЕНТОВ С ЛАТЕРОКОЛЛИС

Резюме. В исследовании приняло участие 26 пациентов с латероколлиз, всем пациентам было выполнено 60 микрохирургических денервационных вмешательств. Из них 26 (43,33%) ипсилатеральной (по отношению к наклону головы) денервации кивательной мышцы, 24 (40%) ипсилатеральных задних шейных селективных рамисектомий по Bertrand и 10 (16,67%) ипсилатеральных денерваций мышц плече-лопаточного треугольника. Оценку результатов проводили в ранние, поздние и отдаленные сроки на основании клинико-неврологического обследования, анкетирования по Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale. При анализе результатов микрохирургических денервационных вмешательств у пациентов с латероколлиз установлено: показатель тяжелого течения спастической кривошеи с латероколлиз снизился в 3 раза (до 0%), средняя тяжесть спастической кривошеи с латероколлиз превалировала среди всех пациентов (62,5%), у 37,5% пациентов мы наблюдали спастическую кривошею с легким течением. Показатель тяжелого уровня инвалидизации снизился с 15,38% до 0%, показатель легкого уровня возрос с 11,54% до 46,71%. Выполнение денервации мышц плече-лопаточного треугольника существенно повлияло на показатели тяжести течения спастической кривошеи с латероколлиз.

Ключевые слова: фокальная мышечная шейная дистония, спастическая кривошея, латероколлиз, микрохирургические денервационные вмешательства.

Tretyak I.B., Freidman M.Yu.

MICROSURGICAL DENNERVATION IN TREATMENT OF FOCAL CERVICAL MUSCULAR DYSTONIA: ANALYSIS OF TREATMENT OF 26 PATIENTS WITH LATEROCOLLIS

Summary. 26 patients with laterocollis were enrolled into the study. All enrolled patients underwent 60 microsurgical denervations of dystonic muscles, including 26 (43,33%) selective denervations of ipsilateral sternocleidomastoid muscle, 24 (40%) selective posterior ramisectomy of C1-C6 rootlets (Bertrand's procedure), 10 (16,67%) denervations and myotomias of dystonic muscles of omo-trapezoid triangle (DMOTT). The outcome evaluation was conducted via neurological examination and Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale questionnaire. The outcomes showed 3-times decrease of severe laterocollis (up to 0%), the average severity of spastic torticollis with laterocollis prevailed among all patients (62,5%), in 37.5% we observed spastic torticollis with mild. Indicators of severe disability decreased from 15,38% to 0%, light level increased from 11,54% to 46,71%. Implementation of denervation and muscle myotomes shoulder-blade triangle allowed to significantly affect the performance of spastic torticollis severity of laterocollis.

Key words: focal muscular cervical dystonia, spasmodic torticollis, laterocollis, microsurgical denervations.

Рецензент - д.мед.н., проф. Сапон М.А.

Стаття надійшла до редакції 29.06.2015 р.

Третьяк Игорь Богданович - д.мед.н., проф., зав. відділення відновної нейрохірургії ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України", зав. відділу науково-медичної інформації ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України", лікар-нейрохірург вищої категорії; +38 044 483-12-53; ihor.tretyak@gmail.com

Фрейдман Марк Юрійович - лікар-нейрохірург нейрохірургічного відділення Білоцерківської міської лікарні №2; +38 067 295-71-07; mf86neuro@gmail.com