



Український нейрохірургічний журнал

ISSN 1810-3154

Украинский нейрохирургический журнал

Ukrainian Neurosurgical Journal

№3 (47) 2009

Науково-практичний журнал

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №3823 від 18 листопада 1999 року

*Рішенням Президії ВАК України від 10.05.2000 р. №1-02/5
журнал включений до переліку фахових наукових видань,
в яких можуть бути опубліковані основні результати дисертаційних робіт*

Зав. редакцією та підготовка до друку
Никифорова А.М.

Літературна редакція
Гатненко С.О.

Засновники та видавці

*Академія медичних наук України
Інститут нейрохірургії
ім.акад.А.П.Ромоданова АМН України
Українська Асоціація Нейрохірургів*

Редакційна колегія:

Головний редактор *Зозуля Ю.П.*
Заст. головного редактора *Цимбалюк В.І.*
Відповідальний секретар *Сапон М.А.*

*Лісяний М.І., Орлов Ю.О., Педаченко Є.Г.,
Розуменко В.Д., Шамаєв М.І., Поліщук М.Є.,
Мосійчук М.М., Сіптий В.І.,
Чеботарьова Л.Л., Лапоногов О.О.*

Редакційна рада:

*Вербова Л.М. (Київ), Главацький О.Я. (Київ),
Зорін М.О. (Дніпропетровськ), Кардаш А.М. (Донецьк),
Кеворков Г.А. (Київ), Потапов О.І. (Ів.-Франківськ),
Руденко В.А. (Київ), Смолянка В.І. (Ужгород), Сон А.С. (Одеса),
Сташкевич А.Т. (Київ), Ткач А.І. (Київ), Трош Р.М. (Київ),
Усатов С.А. (Луганськ), Цімейко О.А. (Київ), Чепкій Л.П. (Київ),
Черненко В.Г. (Харків), Шевага В.М. (Львів), Яковенко Л.М. (Київ)*

Підписано до друку
з оригінал-макета 27.08.2009
Формат 60×84¹/₈
Папір офсетний №1
Тираж 500 прим.

*Оригінал-макет журналу затверджений на спільному засіданні
Проблемної комісії «Нейрохірургія»,
Правління Української Асоціації Нейрохірургів
та Редакційної колегії «Українського нейрохірургічного журналу»
протокол № 14 від 19.06.2009 р.*

Усі права стосовно опублікованих статей належать видавцеві.

Розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за достовірність інформації, що міститься в друкованих матеріалах, несуть автори.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

© *Український нейрохірургічний журнал*
© *Украинский нейрохирургический журнал*
© *Ukrainian Neurosurgical Journal*

Перша сторінка обкладинки:

Бухта Коктебель, корпус туристично-оздоровительного комплексу «Приморье», дом-музей М.А. Волошина, Золотые ворота Карадага

Цей номер містить матеріали науково-практичної конференції нейрохірургів України «Нейрохірургічні аспекти діагностики та лікування нейрогенних больових синдромів» (АР Крим, м.Коктебель, 17–18 вересня 2009 р.)

Этот номер содержит материалы научно-практической конференции нейрохирургов Украины «Нейрохирургические аспекты диагностики и лечения нейрогенных болевых синдромов» (АР Крым, г. Коктебель, 17–18 сентября 2009 г.)

This issue contains materials of scientific and practical conference of neurosurgeons of Ukraine «Neurosurgical aspects of neurogenic pain syndromes diagnosis and treatment» (AR of Crimea, Koktebel, September 17–18, 2009)

Зміст / Содержание / Contents

Комплексное лечение болевого синдрома при спинномозговых грыжах у детей <i>Ахмедиев М.М., Махмудов Ш.Д., Ахмедиева Ш.Р.</i> 6	Нейрофізіологічні (НФ) тести в діагностиці тунельних синдромів верхніх кінцівок <i>Чеботарьова Л.Л., Третьякова А.І.</i> 11
Ликвидация болевого синдрома послеоперационном периоде у детей с врожденной спинномозговой грыжей <i>Ахмедиев М.М., Туляганов Б.А., Махмудов Ш.Д.</i> 6	Комплексна діагностика корінцевих больових синдромів попереково-крижового відділу хребта з використанням магнітної стимуляції (МС) <i>Чеботарьова Л.Л., Третьякова А.І., Червиц Г.К.</i> 12
Ближайшие и отдаленные результаты лечения дискогенных нейрокомпрессионных синдромов методом эндоскопической шейной микродискэктомии <i>Аксёнов В.В., Красиленко Е.П., Педаченко Е.Г.</i> ... 7	Анализ физических процессов при лечении пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника методом пункционной поликанальной лазерной декомпрессии диска <i>Чудновский В.М., Юсупов В.И., Иваненко А.В., Зевагин С.В., Баранцевич Е.Р.</i> 12
Заднебоковой доступ в протезировании поясничных дисков <i>Аль-Кашкиш И.И., Слынько Е.И., Квасницкий А.А.</i> 7	фМРТ в предупреждении двигательных нарушений при хирургическом удалении глиом полушарий головного мозга <i>Чувашова О. Ю.</i> 13
Техника удаления вентральных опухолей шейного отдела спинного <i>Аль-Кашкиш Ияд Исхак, Слынько Е.И.</i> 8	Боли и ригидность позвоночника у детей и подростков <i>Демченко А.В.</i> 13
Применение блокады плечевого сплетения по-Кулленкампу, при операциях на периферических нервах верхних конечностей <i>Белименко В.А., Горенштейн М.Л., Перцов В.И., Ивахненко Д.С., Ульянищева Е.Ю., Шутенко В.И.</i> 8	Вертебропластика в лечении болевого синдрома при остеопорозе позвоночника <i>Дейниченко Ю.К., Середа Д.А., Ивахненко Д.С., Ларин А.В., Нелепин С.Н., Козин М.В.</i> 14
К вопросу лечения туннельных синдромов <i>Берлинер Е.Б.</i> 9	Ефективність пункційної вертебропластики у лікуванні больових вертеброгенних синдромів <i>Дяків В., Струк Ю.</i> 14
Особенности нейрофизиологических показателей при апаллическом синдроме травматической этиологии <i>Бобоев Ж.И., Мирзабаев М.Ж., Абдукадилова И.А.</i> 9	Лікування інвалідизуючої спастики та виражених вертеброгенних нейропатичних больових синдромів методом нейротомії <i>Дяків В., Струк Ю., Батюк А.</i> 15
Лечение болевого синдрома у пострадавших с повреждением позвоночника <i>Боряк А.Л., Бублик Л.А., Лихолетов А.Н.</i> 10	«Запалення трійчастого нерва» архаїзм чи необґрунтовано відкинута вірна назва? <i>Федірко В.О.</i> 15
Повторні оперативні втручання у хворих при больових дискогенних синдромах, оперованих методом микродискэктомії <i>Бублик Л.О., Мироненко І.В.</i> 10	Мікротопографічні особливості взаємостосунків судин і корінців черепних нервів як передумова розвитку нейроваскулярно-компресійних синдромів <i>Федірко В.О.</i> 16
Деструкция входной зоны задних корешков в лечении центральных болевых синдромов <i>Бублик Л.А.</i> 11	Ранні інтракраніальні ускладнення після хірургічного лікування гідроцефалії у дітей діагностовані методом КТ <i>Гетьман О.М., Робак О.П., Робак К.О., Филипас О.Ю., Маховський С.В.</i> 16

Діагностика ефективності лікування токсоплазмозу у хворих на СНІД методом МРТ <i>Гетьман О.М., Робак О.П., Робак К.О., Гетьман Л.І., Пилипас О.Ю., Маховський С.В.</i> 17	Динамика корешкового болевого синдрому при протезированим межпозвоноковых дисков на уровне поясничного отдела позвоночника с использованием заднебокового доступа <i>Квасницький А.Н., Сльнько Е.И., Аль-Кашкиш Ияд Исхак</i> 25
Консервативные методы в системе комплексного лечения дискогенных болевых синдромов <i>Гюев П.М., Яковенко И. В., Худяев А.Т., Кокки Г.С.</i> 17	Эффективность микродискэктомии с последующим протезированием межпозвоноковых дисков подвижными протезами в лечение радикулярного болевого синдрома <i>Квасницький А.Н., Вербов В.В., Сльнько Е.И.</i> 25
Артрозы и лигаментозы позвоночника как причина поясничных болевых синдромов <i>Гюев П.М., Яковенко И.В.</i> 18	Результаты лечения больных с прозопалгиями методом черезкожной баллонной микрокомпрессии Гассерова узла <i>Латышев Д.Ю., Цымбалюк В.И.</i> 26
Електронейроміографічна діагностика дистальної симетричної поліневропатії (ДДСП) у хворих на цукровий діабет з вираженим болевим синдромом <i>Гриб В.А.</i> 18	Подход к выбору транспозиции компримирующей артерии в ходе операции микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва <i>Латышев Д.Ю., Зорин Н.А.</i> 26
Результати лікування поперекового нейрокомпресійного болевого синдрому із застосуванням микродискотомії <i>Гудак П.С., Гиш І.І.</i> 19	Отоневрологическая симптоматика у больных с невралгией тройничного нерва после васкулярной декомпрессии <i>Лебедева М.А., Капитанов Д.Н., Шиманский В.Н., Махмудов У.Б., Тяняшин С.В., Карнаухов В.В., Отарашвили И.А.</i> 27
Принципы лечения цефалгии у больных с травматическими повреждениями лобных долей <i>Хазраткулов Р.Б., Мирзабаев М.Д.</i> 19	Хирургическое лечение болевого синдрома при позвоночно-спинномозговой травме грудного и поясничного уровня <i>Леонтьев А.Ю., Леонтьев Ю.А., Костин Н.Г.</i> ... 27
Дифференцированный подход в лучевой диагностике корешковых болей пояснично-крестцовой области у лиц женского пола <i>Кариева З.С., Пастухова Е.С.</i> 20	Больові синдроми та їх лікування при сакральних нейрогенних кістах <i>Лешко М.М., Сльнько Е.І.</i> 28
Болевые проявления при эпидимоммах конского хвоста, хирургическое лечение и его результаты <i>Карлейчук А. Г., Сльнько Е.И.</i> 20	Особливості болевого синдрому при кістах крижового каналу <i>Лешко М.М.</i> 28
Болевой синдром у детей при травме шейного отдела позвоночника <i>Кеворков Г.А.</i> 21	Боль и иммунная дисфункция <i>Лисяный Н.И.</i> 29
Клиническая оценка боли при спинномозговой травме шейного отдела позвоночника у детей в остром периоде <i>Кеворков Г.А.</i> 21	Причини незадовільних результатів оперативного лікування дискогенних радикулітів <i>Лонтковський Ю.А.</i> 29
Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва <i>Коновалов А.Н., Махмудов У.Б., Шиманский В.Н., Тяняшин С.В., Отарашвили И.А., Лебедева М.А., Семенов М.С.</i> 22	Аналіз ятрогенних інтраопераційних ушкоджень при оперативних втручаннях з приводу дискогенних радикулітів <i>Лонтковський Ю.А.</i> 30
Особенности экстремедуллярных опухолей типа песочных часов <i>Косинов А.Э., Сльнько Е.И., Аль-Кашкиш Ияд Исхак</i> 22	К вопросу о боли при тетринг синдроме <i>Махмудов Ш.Д., Ахмедиев М.М.</i> 30
Особенности хирургической техники удаления экстремедуллярных интрадуральных опухолей спинного мозга <i>Косинов А.Э., Сльнько Е.И., Аль-Кашкиш Ияд Исхак</i> 23	Морфологічна оцінка патології трійчастого нерва в експерименті <i>Малишева Т.А., Чомоляк Ю.Ю.</i> 31
Болевой синдром під час виконання ангіопластики і стентування атеросклеротичних стенозичних уражень сонних артерій <i>Костюк М.Р.</i> 23	Организация скорой медицинской помощи при травматическом шоке на догоспитальном этапе <i>Маманазаров К.М., Курбанов У.К.</i> 31
Вплив керамоспондилодезу поперекового відділу хребта на дегенерацію суміжних сегментів <i>Костицький М.М., Федак В.І., Костицька О.М., Потапов О.І.</i> 24	Перший досвід балонної мікрокомпресії гесероного вузла при рецидивуючій невралгії трійчастого нерва <i>Мартин А.Ю., Потапов О.І., Гринів Ю.В.</i> 32
Эндоскопическая шейная микродискэктомия в устранении дискогенных болевых нейрокомпрессионных синдромов <i>Красиленко Е.П., Аксёнов В.В.</i> 24	Принципы стандартизации диагностики и лечения нейрогенных болевых синдромов <i>Могучая О.В., Щедренко В.В., Себелев К.И.</i> 32
	Оптимизация диагностики и лечения тригеминальной невралгии <i>Могучая О.В., Щедренко В.В., Топольскова Н.В.</i> 33

- Динаміка больових синдромів при консервативному та хірургічному лікуванні тунельних невропатій серединного та ліктьового нервів
Москалик І.Т., Потапов О.І., Гринів Ю.В., Мартин А.Ю., Ткачук Ю.Л. 33
- Качество жизни больных в отдаленном периоде после оперативного лечения по поводу опухоли головного мозга
Можжаев С.В., Волов М.Б. 34
- Криохирургический метод при открытых оперативных вмешательствах у больных опухолями головного мозга
Можжаев С.В., Волов М.Б. 34
- Результаты хирургического лечения аномалии Киари I типа
Можжаев С.В., Стерликова Н.В. 35
- Хирургический лечения экстремедуллярных опухолей спинного мозга вентральной и вентролатеральной локализации
Муравський А.В., Сльнько Е.И., Аль-Кашкиш Ияд Исхак, 35
- Новые возможности лечения послеоперационного миофасциального болевого синдрома
Нарышкин А.Г., Скоромец Т.А., Шустин В.А. 36
- Болевой синдром ампутированных (патофизиологические аспекты и тактика лечения)
Нарышкин А.Г., Скоромец Т.А., Шустин В.А. 36
- Диагностика и лечение травматических повреждений нервов верхней конечности, сопровождаемых болевым синдромом
Нелепин С.Н., Сапон Н.А., Никифорова А.Н., Сапон Д.Н. 37
- Стан надання нейрохірургічної допомоги хворим з невралгією трійчастого нерва в нейрохірургічних відділеннях України
Никифорова А.М., Сапон М.А. 37
- Значение болевого синдрома в развитии различных форм поясничного остеохондроза
Олейник А.Д. 38
- Профилактика рецидива болевого синдрома при оперативных вмешательствах на поясничных межпозвоноковых дисках
Олейник А.Д., Малышко В.Н. 38
- Тактика хирургического лечения корешковых болевых синдромов обусловленных грыжами межпозвоноковых дисков в остром периоде
Пастушин А.И., Сльнько Е.И., Вербов В.В., Цымбал М.Е., Косинов А.Е. 39
- Динамика болевых ощущений у больных после проведения пункционной лазерной микродискотомии (ПЛМ) на шейном уровне
Педаченко Ю.Е., Танасейчук А.Ф., Толстихин О.В. 39
- К вопросу лечения больных с метастатическими опухолями позвоночника
Перфильев С.В. 40
- Опыт применения габапентина в лечении синдрома запястного канала
Перцов В.И., Ивахненко Д.С., Дейниченко Ю.К., Нелепин С.Н. 40
- 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. 41
- Застосування гальваноіндуктотермії при лікуванні хворих з больовими нейрокомпресійними спондилогенними синдромами
Попова І.Ю., Степаненко І.В., Бондар Т.С., Лихачова Т.А. 41
- 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. ... 42
- Комплексное лечение таламического болевого синдрома
Пятыхон В.А., Кутовой И.А. 42
- Болевой синдром при травматическом поражении зрительного нерва и прогноз зрительных функций у больных с травматическими каротидно-кавернозными соустьями
Рахматуллаева Д.С. 43
- Особливості КТ-, МРТ- проявів кавернозних ангиом головного мозку
Робак О.П., Робак К.О., Гетьман О.М., Маховський С.В., Вакарюк В.Є. 43
- Патогномонічні КТ-, МРТ- ознаки мальформацій великої вени мозку
Робак О.П., Робак К.О., Гетьман О.М., Маховський С.В., Вакарюк В.Є., Голубов Є.І. .. 44
- Відновлення функції суглобів при больових контрактурах у хворих з руховими церебральними дефектами
Розуменко В.Д., Хорошун А.П. 44
- Клинико-лучевые сопоставления при дегенеративном поясничном фораминальном стенозе
Себелев К.И., Щедренко В.В., Мозучая О.В., Зевахин С.В., Чижова М.В. 45
- Хирургическое лечение поясничного остеохондроза с нестабильностью позвоночника
Щедренко В.В., Себелев К.И., Иваненко А.В., Мозучая О.В., Панаськов А.В. 45
- Анализ различных пункционных методов лечения остеохондроза позвоночника
Щедренко В.В., Себелев К.И., Мозучая О.В. 46
- Васкулярная декомпрессия в лечении невралгии языкоглоточного нерва
Шиманский В.Н., Коповалов А.Н., Махмудов У.Б., Тяньшин С.В., Карнаузов В.В., Семенов М.С., Отарашвили И.А., Лебедева М.А. 46
- Епідуральні судинні мальформації як причина радикальних поперекових больових синдромів; нейрохірургічне лікування
Шинкарьок С.С., Сльнько Є.І. 47
- Корешковые болевые синдромы при фораминальных и экстрафораминальных грыжах поясничного отдела позвоночника, хирургическое лечение
Шинкарьок С.С., Сльнько Е.И. 47
- Комплексный подход к хирургическому лечению невралгии тройничного нерва методом трансбуккальной высокочастотной селективной ризотомии
Сидорович Р.Р., Алексеевец В.В., Шкут Д.Н., Высотский А.Д., Качинский А.Н., Клишевская Н.Н. 48

Диагностика и дифференцированное применение методов хирургического лечения больных с больвым синдромом, обусловленным секвестрированными грыжами дисков поясничного отдела позвоночника <i>Спитый В.И., Якимив Г.А., Свириденко В.Ю., Куцин В.Н., Воробьев В.В., Бабалян Ю.А. 48</i>	Методы остеосинтеза при болевом синдроме сочетанной травмой у лиц пожилого и старческого возраста <i>Умирсеригов Б.У., Мирзабаев М.Д., Рихсиев М.Д. 55</i>
Нетравматические нейрокомпрессионные синдромы при патологии позвоночника как причина радикулярных и локальных больовых синдромов: нейрохирургические принципы и методы лечения <i>Слышко Е.И., Пастушин А.И., Косинов А.Е., Цымбал М.Е. 49</i>	Візуалізація ускладнень гострого післяопераційного періода артеріальних аневризм головного мозку методом КТ <i>Вакарюк В.Є., Робах О.П., Робах К.О., Гетьман О.М., Яцик В.А., Маховський С.В. ... 55</i>
Результаты нейрохирургического лечения больовых синдромов при аномалии Киари, сирингомиелии <i>Слышко Е.И., Мухамед Камиль 49</i>	Динамика корешковых больовых синдромов при поясничной микродискэктомии с сохранением желтой связки. Результаты клинического применения <i>Вербов В.В., Слышко Е.И., Золотоверх А.М., Пастушин А.И. 56</i>
Прогностическое значение динамики болевого синдрома у больных после поясничной микродискэктомии <i>Сон А.С., Гончарук Е.А., Солодовников В.И. 50</i>	Результаты нейрохирургического лечения радикулярных больовых синдромов при поясничном спондилолистезе <i>Волостюк Я.А. Слышко Е.И. 56</i>
Магнітно-резонансна томографія в діагностиці гематогенного остеомієліту хребта <i>Сташкевич А.Т., Шевчук А.В., Улещенко Д.В., Пашков О.С. 50</i>	Особливості хірургічного лікування рецидивів гриж міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта з вираженим больовим синдромом <i>Єрошкін О.А. 57</i>
Ускладнений перебіг протрузій та гриж міжхребцевих дисків в поперековому відділі хребта при дегенеративних ураженнях <i>Сташкевич А.Т., Антонійчук В.Т., Шевчук А.В. 51</i>	Особливості клінічних проявів та клінічного перебігу рецидивів гриж міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта з вираженим больовим синдромом <i>Єрошкін О.А. 57</i>
Віддалені результати застосування епідурального адгезіолізу на поперековому рівні при вертеброгенних больових синдромах <i>Тхорівський О.Т., Балан С.І., Потапов О.І. 51</i>	Анализ результатов хирургического лечения синдрома «вторичной фиксации спинного мозга» у детей, ранее оперированных по поводу спинальных дизрафизмов <i>Землянский М.Ю., Кушель Ю.В. 58</i>
Динамическая стабилизация сегментарной нестабильности при дискогенных больовых синдромах <i>Толпекин Е.Л., Федулов А.С. 52</i>	Применение пункционной поликанальной лазерной декомпрессии диска у пациентов с проявлениями грыж диска на поясничном уровне <i>Зевахин С.В., Иваненко А.В., Чудновский В.М. 58</i>
Досвід застосування паравертебральних блокад при лікуванні вертеброгенних больових синдромів <i>Толстанов О.К., Гордійчук В.П. 52</i>	Retrogasserian Thermolysis in Trigeminal Neuralgia <i>Zileli Mehmet 59</i>
Больовий синдром за наявності гігантських аневризм інфракліноїдного відділу внутрішньої сонної артерії <i>Цімейко О.А., Костюк М.Р., Орлов М.Ю., Мороз В.В., Скорохода І.І., Ал'межраб С.С., Шахін Н. 53</i>	Posterior Surgery for Kyphosis <i>Zileli Mehmet 59</i>
Результати хірургічного лікування невропатичного больового синдрому у хворих з наслідками травматичних та не травматичних ушкоджень спинного мозку <i>Цимбалюк В.І., Ямінський Ю.Я. 53</i>	Нейрохирургическое лечение больовых проявлений радикулопатии при дегенеративных компрессионных поражениях шейного отдела позвоночника <i>Золотоверх А.М., Слышко Е.И. 60</i>
Хірургічне лікування больових синдромів у хворих з карпальним тунельним синдромом <i>Цимбалюк В.І., Цимбалюк Ю.В., Лузан Б.М., Дунаєвська Л.О. 54</i>	Медикаментозные блокады с КТ ассистенцией в лечении вертеброгенных больовых синдромов <i>Зорин Н.А., Зорин Н.Н. 60</i>
Купирование боли у детей с сочетанной черепно-мозговой травмой сопровождающейся переломами бедренной кости <i>Тулаев Н.Б. 54</i>	Хирургическое лечение болевого синдрома при стенозе позвоночного канала поясничного отдела с помощью имплантата «кофлекс» <i>Зорин Н.А., Кирпа Ю.И., Сальков Н.Н., Овчаренко Д.В., Передерко И.Г. 61</i>
	Алфавітний показчик / Алфавитный указатель / Alphabetical Index 62

Комплексное лечение болевого синдрома при спинномозговых грыжах у детей

Ахмедиев М.М., Махмудов Ш.Д., Ахмедиева Ш.Р.

Республиканский научный центр нейрохирургии МЗ РУз
Ташкент
Узбекистан
+998712649613
kariev@bcc.com.uz

Преимущественной локализацией врожденных спинномозговых грыж с синдромом натянутого спинного мозга является пояснично-крестцовая область. Часто в полость грыжи вовлекаются корешки конского хвоста и спинной мозг. Указанная дистопия нервной ткани в грыжевой мешок является причиной разной степени выраженности неврологических нарушений. В некоторых случаях корешки конского хвоста или спинной мозг, даже при их сохранности, спаяны со стенками грыжевой кисты, что вызывает их натяжение и болевой синдром. В раннем детстве клинические проявления данного синдрома отсутствуют. У более старших детей, в связи с ростом позвоночника, клиническими проявлениями у всех больных были прогрессирующие боли в поясничной области, искривления позвоночника и ограничение подвижности, слабость в ногах, тазовые нарушения, головные боли. Хирургическое лечение направлено на устранение фиксации спинного мозга и его элементов, формирование дурального мешка для исключения углубления неврологического дефицита с развитием вторичного синдрома натянутого спинного мозга. Окаймляющие кожные разрезы дают возможность широко мобилизовать края раны и выделить шейку грыжевого мешка, что имеет большое значение как непосредственно в ликвидации грыжи, так и в косметическом отношении, так как при достаточной мобилизации краев раны ее можно ушить без натяжения. После этого необходимо корректно вскрыть полость грыжи во избежание повреждения корешков конского хвоста или элементов спинного мозга, которые, как правило, спаяны с ее вершиной. Поэтому целесообразно производить щадящее и деликатное их выделение с последующей укладкой в дуральный мешок. Операция удаления спинномозговой грыжи не может считаться конечным этапом лечения. Следующий наиболее продолжительный и трудоемкий этап лечения включает активные реабилитационные мероприятия. Комплексное воздействие на процессы восстановления функции спинного мозга включает следующее: а) нейропротекция с целью восстановления функции корешков спинного мозга, б) использование физических факторов с целью максимальной стимуляции регенераторного потенциала.

Таким образом, адекватное хирургическое лечение должно преследовать раннее устранение грыжи и создание благоприятных условий для восстановления функции спинного мозга и снятие болевого синдрома.

Ликвидация болевого синдрома послеоперационном периоде у детей с врожденной спинномозговой грыжей

Ахмедиев М.М., Туляганов Б.А., Махмудов Ш.Д.

Республиканский научный центр нейрохирургии МЗ РУз
Ташкент
Узбекистан
+998712649625
kariev@bcc.com.uz

Врожденные спинно-мозговые грыжи – это врожденный порок развития, сопровождающийся выраженными неврологическими дисфункциями, которые приводят в большинстве случаев к тяжелой форме инвалидности, а при более благоприятном варианте течения к остаточной неврологической симптоматике. Ввиду разнообразия морфологических форм и тяжести клинических проявлений с трудом поддаются лечению и часто приводят к стойкой инвалидности. У большинства этих больных в клинической картине наблюдается различный по выраженности симптомокомплекс, состоящий из двигательных, чувствительных, урологических и трофических расстройств, а также ортопедической патологии. Эти особенности, накладывая определенный отпечаток на выбор ликвидации болевого синдрома в послеоперационном периоде у детей со спинномозговыми грыжами. Исследования проводились у 25 ребенка в возрасте от 2 до 6 лет, оперированных в плановом порядке в отделении нейрохирургии детского возраста Республиканского научного центра нейрохирургии. Всем детям выполнялась пластика спинномозговой грыжи. Больные были разделены на две группы: в 1-й группе их 12 (48%), применялось в послеоперационном периоде анальгин 50%-1мл в сочетании с димедролом 1%-1мл, 2-й группе их 13 (52%) – применялось в послеоперационном периоде кетонал - 1мл в сочетании с диклофенкаом до 1 мл. У больных в 1-й группе их 12 (48%), болевой синдром в послеоперационном периоде снята частично. у 4 (16%), полностью у 2 (8%), а у 2-й группе их 13 (52%) оперированных детей в послеоперационном периоде болевой синдром снята полностью. Тактика купирования болевого синдрома в послеоперационном периоде у детей со спинно-мозговыми грыжами определяется широким применением нестероидных анальгетиков.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения дискогенных нейрокомпрессионных синдромов методом эндоскопической шейной микродискэктомии**Аксёнов В.В.¹, Красиленко Е.П.², Педаченко Е.Г.³**¹ Одесская областная клиническая больница,² Институт нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины, Научно-практический центр лучевой диагностики АМН Украины,³ Институт нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины

Киев, Одесса

Украина

8067 4864608

krasilenkosempal@com.ua

Проведен анализ результатов операций, выполненных у 92 больных в клинике лазерной и эндоскопической спинальной нейрохирургии Института нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины в 2001-2005 г.г. методом эндоскопической шейной микродискэктомии (ЭШМ). Основными показаниями к операции у 90 больных (97,8%) были шейные дискогенные компрессионные синдромы: корешковый (78 случаев - 84,8%), миелопатический (5 - 5,4%), миелорадикулопатический (7 - 7,6%); и лишь у 2 больных (2,2%) - дискогенные рефлекторные синдромы (ирритативный ангиоспастический синдром позвоночной артерии (АССПА) в сочетании с миосклеротомным синдромом). Всего до операции у 92 больных диагностировано 244 дискогенных неврологических синдрома. Отмечены следующие сопутствующие рефлекторные синдромы: АССПА (17 случаев - 18,5%); миосклеротомные локальный (84 - 91,3%) и отраженные (18 - 19,6%); мышечно-тонический (27 - 29,4%); дистрофический (6 - 6,5%). Средняя продолжительность заболевания составила 129,5±17,4 недель. Пациенты с корешковым синдромом оперировались в среднем после 10,0±0,7 недель безуспешного консервативного лечения. Больным с миелорадикулопатией и изолированной миелопатией 71,4% и 80,0% операций, соответственно, проведено до 1 года с момента заболевания. ЭШМ выполнена на 95 клинически значимых уровнях с С3 по С7 односторонним (91 наблюдение (98,9%)) и двусторонним (1 наблюдение - 1,1%) передним доступом. Удалялись преимущественно (93,7%) медианные и парамедианные грыжи межпозвоночных дисков (МПД) средним размером 4,5±0,7 мм. ЭШМ дополнялась термодископластикой с использованием Nd:YAG-лазера: в равном числе случаев (15 - 16,3%) - на уровне эндоскопического вмешательства и на других клинически значимых шейных МПД. Эффективность операции, оцененная по шкале Nurik, через 2,5-7 лет составила 93,4%. Стойкие положительные результаты получены у 94,8% больных с радикулопатией, у всех пациентов с миелорадикулопатией, у 80,0% больных с изолированной миелопатией, у 78,9% пациентов с АССПА. Повторное открытое вмешательство (1 случай (1,1%)) обусловлено недостаточной декомпрессией корешка во время ЭШМ. Интраоперационное осложнение (частичное повреждение a. transversa colli (1,1%)) не требовало конверсии в открытую операцию. Нетяжелые постоперационные осложнения (асептический спондилит (1,1%) на уровне комбинированного (эндоскопического и лазерного) вмешательства; эпидуральное кровоизлияние (1,1%) на уровне эндоскопического вмешательства) развились в раннем периоде, регрессировали на фоне консервативной терапии.

Заднебоковой доступ в протезировании поясничных дисков**Аль-Кашкиш И.И., Слынько Е.И., Квасницкий А.Н.**

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова

АМН Украины,

Киев

Украина

380509409600

iyad@mail.ru

Цель: Повышение эффективности, уменьшение осложнений при протезировании поясничных дисков путем разработки дифференцированных показаний и разработки хирургической технологии протезирования межпозвоночных поясничных дисков.

Материалы и методы: На протяжении 2 лет в первом спинальном отделении института нейрохирургии им. акад. Ромоданова, было оперировано 6 больных с применением заднебокового доступа для протезирования поясничной дисков. Возраст больных варьировал от 23 до 51 года. Показаниями к операции явилось снижение высоты дискового промежутка меньше 8 мм, в сочетании с грыжей диска, радикулярной симптоматикой.

Результаты: В наших наблюдениях радикулярный болевой синдром полностью регрессировал у всех больных, сенсорные корешковые нарушения полностью регрессировали у 3 больных и частично регрессировали у 2 больных в ранний послеоперационный период. Отдаленные результаты свидетельствуют об излечении и выздоровления всех больных.

Выводы: С разработкой технологии протезирования поясничных дисков мобильными протезами как метода хирургического лечения «дегенеративной болезни дисков» (DDD) появилась возможность высокоэффективного, радикального лечения пациентов с быстрым восстановлением утраченных функций и возвратом к полноценной трудовой деятельности в короткие сроки. Разработанный заднебоковой доступ позволяет значительно уменьшить сроки реабилитации и реадaptации больных по сравнению с передним и передне-боковым доступами которые традиционно используются для протезирования дисков на поясничном уровне.

Техника удаления вентральных опухолей шейного отдела спинного

Аль-Кашкиш Ияд Исхак, Слынько Е.И.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова
АМН Украины,
Киев
Украина
00380509409600
iyad@mail.ru

Целью работы явилось повышение эффективности хирургического лечения больных с опухолями шейного отдела спинного мозга вентральной локализации путем разработки дифференцированных показаний для использования различных хирургических доступов, разработки техники радикального хирургического удаления этих опухолей.

Материалы и методы: На протяжении 10 лет в первом спинальном отделении института нейрохирургии им. акад. Ромоданова, было исследовано 22 больных с экстремедулярными вентральными опухолями шейного отдела спинного мозга. Возраст больных варьировал в пределах от 25 до 70 лет. У 10 - больных опухоли располагались на уровне верхнешейного отдела (С0-С3), у 12 - на уровне нижнешейного отдела (С4- С7).

Результаты: При оперативном вмешательстве были использованы различные оперативные доступы: заднебоковой доступ - у 18 больных, переднебоковой доступ - у 4 больных. К вариантам заднебокового доступа мы относили экстремально-латеральный доступ на уровне С1-С2. Заднебоковой подход включал ламинэктомию и фасетэктомию со стороны опухоли. В последние два года нами активно использован переднебоковой доступ для удаления вентральных опухолей на уровне С3-С7, и экстремально-латеральный доступ для удаления вентральных опухолей на уровне С0-С2.

В результате применения такой хирургической технологии, удалось добиться полной визуализации опухоли, удалить ее под прямым визуальным контролем. Опухоли были удалены тотально во всех наблюдениях.

Применение блокады плечевого сплетения по-Кулленкампфу, при операциях на периферических нервах верхних конечностей

Белименко В.А., Горенштейн М.Л.,
Перцов В.И., Ивахненко Д.С., Ульянищева Е.Ю.,
Шутенко В.И.

Запорожский государственный медицинский
университет
Запорожье
Украина
8(0612)343686
nxx0640354@mail.ru

Цель: изучение эффективности применения блокады плечевого сплетения по-Кулленкампфу 0,5% р-ром бупивокаина при операциях на периферических нервах верхних конечностей.

Материал и методы: Проведено 74 нейрорафий у больных с полными травматическими перерывами нервов верхних конечностей. Из прооперированных 74 больных - 58 мужчин и 16 женщины в возрасте от 19 до 50 лет. В 52 случаях была выполнена блокада плечевого сплетения по-Кулленкампфу на стороне повреждения 0,5% р-ром бупивокаина из расчета 1,5мг/кг с фармакологической седацией сибазоном 0,1-0,15 мг/кг, тиопентала натрия 1% 2-3 мг/кг/час. В контрольной группе, в 22 случаях, нейрорафия проведена в условиях внутривенной анестезии на спонтанном дыхании при $FiO_2=0,5$ с использованием сибазона в дозировке 0,15-0,2 мг/кг, кетамина 2-3 мг/кг и фентанила 5-8 мкг/кг. В группе пациентов, прооперированных в условиях внутривенной анестезии, на этапах диагностической электронейростимуляции и фиксации проксимального участка поврежденного нерва приходилось значительно углублять анестезию с применением вспомогательной масочной ИВЛ при $FiO_2=1,0$. А в двух случаях выполнять оротрахеальную интубацию трахеи с продолжением операции в условиях внутривенной анестезии и ИВЛ. В группе пациентов, прооперированных в условиях блокады плечевого сплетения по-Кулленкампфу, наблюдался стабильный анальгетический эффект, не было признаков ухудшения самочувствия или дискомфорта больного. При этом обеспечивалась анальгезия в послеоперационном периоде от 6 до 9 часов. Отсутствие угнетающих эффектов внутривенных анестетиков в послеоперационном периоде создавало условия для более быстрого перевода больных в палату отделения.

Выводы: Применение региональной анестезии в виде блокады плечевого сплетения на стороне операции 0,5% р-ром бупивокаина по-Кулленкампфу обеспечивает необходимый интра- и послеоперационный анальгетический эффект, создаёт оптимальные условия для работы хирурга, снижает риск возникновения послеоперационных анестезиологических осложнений.

К вопросу лечения туннельных синдромов

Берлинер Е.Б.

Республиканский Научный Центр Нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
+998712649617
kariev@bcc.com.uz

Особенности анатомического строения мышечно-го, связочного, костного аппаратов создают нередко предпосылки для возникновения стойких болевых синдромов. Из наиболее частых заболеваний такого рода следует отметить синдром карпального канала. Причиной возникновения такого может быть как особенность развития в этой области, так и последствие травмы костей предплечья в зоне лучезапястного сустава. В связи с нахождением в канале срединного нерва симптоматика отражает характер нарушений, а также создает стойкий болевой синдром. Лечение консервативным способом, дает, как правило, временный эффект.

Целью нашего исследования является улучшение результатов хирургического лечения туннельных синдромов.

Материал и методы. Работа основана на результатах хирургического лечения 20 больных с туннельными синдромами в РНЦНХ за период с 2004 по 2008 гг. возраст больных от 10 до 45 лет. Всем больным произведено хирургическое вмешательство, предполагающее рассечение поперечной ладонной связки запястья с обязательным невролизом ствола нерва.

Результаты и их обсуждения. В области локтевого сустава наиболее частым объектом туннельного процесса является локтевой нерв. Проходя в зоне внутреннего мышечка плеча он также может быть сдавлен в силу перенесенной травмы или особенностей строения. Область внутреннего мышечка часто подвержена «микротравмам», а также более тяжелым повреждениям, в силу которых возникает рубцовый процесс, приводящий к стойкому сдавлению локтевого нерва. Развивающийся после этого гипотрофия мышц предплечья, особенно самой кисти свидетельствует о компрессии локтевого нерва в этом туннеле. В течение этого периода мы имели возможность наблюдать в 6 случаях описанных синдромов.

Выводы. Тактика хирургического лечения аналогична, как и при карпальном канале. Лечение туннельных синдромов представляет важную проблему, ибо это борьба с болью и нарушениями функции ведущих к снижению трудоспособности.

Особенности нейрофизиологических показателей при апаллическом синдроме травматической этиологии

Бобоев Ж.И., Мирзабаев М.Ж., Абдукадирова И.А.

Республиканский Научный Центр Нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
+998712649625
kariev@bcc.com.uz

Проведено сопоставление клинических данных и показателей ЭЭГ у больных с апаллическим синдромом (АС) травматической этиологии. Обследовано 39 больных с АС, находившихся в РНЦНХ с 2003 по 2007гг. Главным признаком перехода из комы в АС было чередование бодрствования и сна при отсутствии сознания, распад когнитивных функций при сохранности функции ствола. Длительность АС в наших наблюдениях была до года (в среднем 5,4 мес.); 13 больных умерли; у 10 больных в неврологическом статусе изменений не наблюдалось, у 7 больных развивался акинетический мутизм и в 9 случаях отмечался выход из АС с психоневрологическим дефицитом, характерным для деменции. Мониторинг основных нейрофизиологических показателей при АС травматической этиологии показал гетерогенность этих показателей и различные сроки заболевания. Через 1 месяц у 16 больных на ЭЭГ наблюдалось уменьшения индекса \emptyset и Δ волн, амплитуда их снизилась до 50% от исходного уровня, при активизирующих пробах дельта активность исчезала, \emptyset активность возросла до 75-80% против 57-65% от исходных. Через 6 месяцев у 9 больных наблюдалось дальнейшее снижение дельта индекса 59% против исходных и \emptyset -индекс составил 60-87%; α -индекс возрос до 13-15%, что указывало на тенденцию к восстановлению восходящих активизирующих функций ретикулярной формации. Регистрировались БСК \emptyset -волн, характерные признаки дисфункции стволовых структур. У 10 больных не было изменений начальной патологической активности за весь период наблюдения. У 9 больных признаки сознания появились через 3-4 месяца. К таким признакам относились, прежде всего, реакция больных на болевые раздражения, фиксация взгляда, слежение глазами за движущимся предметом. Проявлялись признаки «продуктивного сознания» больные пытались выполнять простые команды, мимические движения при эмоциональных реакциях становились более дифференцированными. Неблагоприятные критерии нейрофизиологических показателей при мониторинговании совпадали с клинически неблагоприятным течением АС и сопровождалась отсутствием какой-либо положительной динамики. Благоприятные критерии нейрофизиологических показателей коррелировали с положительной динамикой в течение разных стадий АС. Таким образом, оценка исхода АС может быть проведена при анализе нейрофизиологических методов, проводимых в динамике.

Лечение болевого синдрома у пострадавших с повреждением позвоночника

Боряк А.Л., Бублик Л.А., Лихолетов А.Н.

НИИТО ДонНМУ им. Горького
Донецк
Украина
(062) 311-08-34
likholetov-an@rambler.ru

Травматические повреждения позвоночника многообразны и относятся к числу наиболее тяжелых травм опорно-двигательной системы, надолго исключая пострадавшего из привычных условий жизнедеятельности, нередко превращая его в инвалида, лишённого возможности трудиться по своей профессии.

Нами произведено эпидемиологическое исследование всех поврежденных позвоночника в г. Донецке за 2008 г, что составило 402 случая. Проанализировано 186 историй болезни пострадавших, находившихся на стационарном лечении. В абсолютном большинстве случаев это мужчины 142 (76.34%), соответственно 44 (23.66%) женщины. Переломы в шейном отделе позвоночника имели место у 39 (20.97%) пострадавших, в грудном у 54 (29.03%), в пояснично-крестцовом у 85(45.7%). Повреждение двух отделов позвоночника отмечено у 8 (4.3%) больных.

В структуре ПСМТ доминировали неосложненные переломы позвоночника 124 (66.7%). На первом месте среди клинических проявлений у абсолютного большинства данной категории имел место болевой синдром различной степени выраженности. С целью купирования болевого синдрома и устранения нестабильности в позвоночных сегментах у 18 (9.7%) выполнены репозиционно-стабилизирующие операции. Из них в 7(38.9%) случаях произведен передний аутометаллоспондилодез на уровне шейного отдела позвоночника, в 5(27.8%)-транспедикулярный металлоспондилодез в грудном отделе позвоночника, в 6(33.3%)-в пояснично-крестцовом отделе. Остальным пострадавшим производилось консервативное лечение, которое включало постельный режим до 1-1.5 мес. с последующим ношением шейного ортеза до 2-4 месяцев при повреждениях шейного отдела, ношение корсета до 4-8 месяцев при повреждениях грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Сроки иммобилизации варьировали в зависимости от локализации и степени повреждения структур позвоночника, а также в зависимости от возраста пациентов, наличия сопутствующей патологии, в частности явлений остеопороза. Этапно выполнялся рентгенологический контроль, при необходимости - СКТ и денситометрия. Больным проводилось лечение препаратами кальция, назначались для снижения интенсивности болевого синдрома анальгетики, НПВС. Также по показаниям проводилась сосудистая, нейротропная терапия.

Отмечено, что болевой синдром регрессировал, либо значительно уменьшался в течение 7-14 дней. Полностью боли в позвоночнике переставали беспокоить больных через 3-5 мес. после травмы.

Повторні оперативні втручання у хворих при больових дискогенних синдромах, оперованих методом мікродискектомії

Бублик Л.О., Мироненко І.В.

НДІ травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету ім. М.Горького
Донецьк
Україна
8 050 965-3999
Lbublik@inbox.ru

Цілью роботи явилось поліпшення результатів лікування хворих з грижами міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта, шляхом аналізу причин проведення повторних оперативних втручань.

Повторні оперативні втручання проведені у 38 хворих, що складає 6,05% з 628 хворих, що оперуються в клініці за 2005 – 2008 рік методом мікродискектомії. Серед всіх повторно оперованих було 3 (7,89%) хворих з дійсними рецидивами гриж міжхребцевих дисків. Крім того, у чотирьох хворих (10,52%) була грижа на тому ж рівні, але з протилежного боку, у 5 хворих (13,15%) повторно оперовані з приводу грижі диска на іншому рівні, тобто з приводу грижі нового диска. Ще п'ять хворих (13,15%) повторно оперовані у зв'язку з тим, що під час першої операції була видалена грижа лише одного диска за наявності у хворого гриж одночасно двох дисків. У 4 хворих (10,52%) при первинній операції грижа диска була видалена недостатньо, тому хворі підлягли повторній операції у зв'язку з відсутністю ефекту від попередньої операції. Десять хворих (26,31%) були повторно оперовані з приводу вираженого рубцово-спаечного процесу із залученням до рубців корінців кінського хвоста, відповідно з розвитком радикулярної симптоматики. Троє хворих повторно оперовані у зв'язку з розвитком в післяопераційному періоді того, що приєднався гнійний епідурит, на тлі розвинутого спондилодисцита. У 5 пацієнтів з грижами дисків на 2-х рівнях виконана однорівнева мікродискектомія, що послужило причиною повторної операції унаслідок рецидиву болевого синдрому. У 4-х хворих при правильно діагностованому проміжку, оперативне втручання виконане на стороні болю, а не грижового випинання. У 8 – мі хворих недостатнє видалення грижі міжхребцевого диска привело до рецидиву корінцевого синдрому і як наслідок цього – повторній операції. У 13 пацієнтів розвинувся спондилодисцит. Одні з основних причин розвитку спондилодисцита в післяопераційному періоді з'явилася недостатня напруженість гуморального імунітету пацієнта. У хворих з пониженим імунітетом фаза альтерації, відповідно, переходила у фазу ексудації. Формування епідуральних абсцесів у 3 пацієнтів зумовило реоперацію з санацією вогнища запалення. Основні клінічні прояви рубцево – спайкового епідурита наступали у віддаленому післяопераційному періоді, коли альтерація і ексудація змінилися фазою проліферації і розвивався больовий синдром, з – за якого хворі оперовані повторно.

Таким чином, адекватний відбір пацієнтів для оперативного втручання методом мікродискектомії, ретельне і всестороннє обстеження хворих в передопераційному періоді, адекватна декомпресія інтраопераційно сприяють зниженню рецидивів болевого синдрому в ранньому післяопераційному періоді.

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 денерваційного 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.

Комплексна діагностика корінцевих больових синдромів попереково-крижового відділу хребта з використанням магнітної стимуляції (МС)

Чеботарьова Л.Л., Третьякова А.І., Червиц Г.К.

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

Метою дослідження було визначення найбільш інформативних нейрофізіологічних (НФ) методів діагностики та критеріїв компресії корінцевих і спинномозгових структур попереково-крижового відділу (ПВСМ) у співставленні з клінічними даними оцінки больового синдрому і неврологічного дефіциту, результатами нейровізуалізуючих досліджень (МРТ, КТ).

В роботі аналізуються результати клініко-інструментальних обстежень 150 хворих з вираженим больовим синдромом на тлі компресійного синдрому L5-S1 корінців, з них 30 хворих з вторинною дискогенною мієлорадикулопатією (або мієлорадикулошемією). Вік хворих від 18 до 72 років. Діагноз встановлено на підставі клініко-інструментальних даних, НФ дослідження: електронейроіографії (ЕНМГ) та транскраніальної магнітної стимуляції (ТМС). Визначено чутливість та специфічність сегментарних викликаних моторних потенціалів (ВМП) на ТМС та магнітну стимуляцію корінців L5-S1, параметрів Н-рефлексу, F-хвилі – для оцінки стану кірково-спінальних (пірамідних) шляхів; рефлекторної збудливості спінальних мотонейронів поперекового потовщення; корінцевого апарату L5-S1; комплексу показників ЕНМГ – для оцінки функції моторних, сенсорних та симпатичних волокон у складі нервів нижньої кінцівки. У діагностиці мієлопатії найбільш інформативними були результати комплексу ТМС-ЕНМГ методів, зокрема, збільшення часу центрального (спінального) моторного проведення з врахуванням F-хвилі. У 10% хворих з больовим синдромом виявили супутню поліневропатію нижніх кінцівок. При цьому найбільшою чутливістю характеризувалися ЕНМГ показники: резидуальна та термінальна латентності, швидкість проведення збудження по моторних волокнах велико- та малогомілкових нервах, сенсорних волокнах поверхневого малогомілкового та литкового нервів, збільшення хроно- і тахеодисперсії, реєстрація А-хвилі.

Висновки. Використання комплексу МС-ЕНМГ методів дозволило удосконалити діагностику корінцевих больових синдромів поперекового рівня, залучення сегментарних та провідникових структур спинного мозку, оцінки ступеня порушення їх функції на доопераційному етапі та оцінку відновлення функцій у післяопераційний період.

Анализ физических процессов при лечении пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника методом пункционной поликанальной лазерной декомпрессии диска

Чудновский В.М.¹, Юсупов В.И.¹, Иваненко А.В.², Зевагин С.В.³, Баранцевич Е.Р.³

¹ НОЦ «Медицинская физика» ИФИТ ДВГУ,
² ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова,
³ СПбГМУ им.акад. И.П. Павлова
Владивосток, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург
Россия
+7-921-903-84-93, 8-812-903-84-93
avivanenko@mail.ru

Цель. Изучить физические процессы возникающие при использовании пункционной поликанальной лазерной декомпрессии диска (ППЛДД).

Материалы и методы. Было проведено экспериментальное исследование физических процессов, возникающих при ППЛДД in vivo и in vitro. Использовано 3 препарата межпозвоночных дисков трупов человека. Исследования проводились при лечении методом ППЛДД у 50 пациентов с протрузиями и грыжами пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Результаты и их обсуждение. Показано, что в условиях контактного лазерирования межпозвоночного диска (МД) излучением полупроводникового лазера мощностью (3 Вт) с длиной волны 0,97 мкм по методике ППЛДД в водонасыщенной ткани МД генерируются мощные акустогидродинамические возмущения ударного типа. Они возникают вследствие контакта разогретого до высоких t (700 – 1000 °C) дистального участка лазерного оптоволокна с водой и водонасыщенной фиброзно-хрящевой тканью МД. Это приводит к взрывному кипению водного раствора и горению коллагенсодержащей хрящевой ткани в пределах лазерного канала. Горение, совместно с кипением воды приводит к появлению многочисленных парогазовых пузырьков, которые поднимают квазистатическое давление в диске до значений $5 \cdot 10^3$ – 104 Па и более. В динамике рост давления промодулирован низкочастотными колебаниями с частотой ~ 1 – 10 Гц и колебаниями ударного типа с частотой порядка 100 Гц, амплитуда которых составляет $\sim 10^2$ – $3 \cdot 10^2$ Па. Предположительно низкочастотные колебания образуются в результате периодического сброса давления при выходе парогазовой смеси из зоны действия лазерного волокна, а колебания ударного типа возникают вследствие возбуждения резонанса Гельмгольца в дегенеративно изменённом участке МД с грыжей. Акустомеханическое возбуждение в условиях резонанса Гельмгольца приводит к перемещению, перемещиванию насыщенной газом дегенеративно изменённой ткани в пространстве дефекта фиброзного кольца и грыжевого выпячивания. Таким образом, менее плотная, насыщенная газом ткань за счёт переноса замещает грыжу, что приводит к видимому при КТ исследовании резкому снижению плотности грыжевого выпячивания (на 20 и более ед. Хаунсвилда) и, как следствие, снижению дискогенной компрессии спинномозговых корешков. Количество разрушаемой ткани диска при этом не более 2-3%.

Выводы. Таким образом, основой действия ППЛДД является не формирование «резервной полости» в диске, а акустические и гидродинамические процессы, приводящие к падению плотности грыжи и в дальнейшем ее резорбции.

фМРТ в предупреждении двигательных нарушений при хирургическом удалении глиом полушарий головного мозга

Чувашова О. Ю.

Научно-практический центр лучевой диагностики
АМН Украины
Киев
Украина
8 044 4832063
chuwashov@ukr.net

Введение. Возможность метода функциональной МРТ неинвазивно получать визуальную информацию о локализации и состоянии моторносенсорной зоны при очаговых поражениях полушарий головного мозга, что имеет важное значение для выбора тактики и оптимизации нейрохирургических вмешательств.

Цель: С помощью фМРТ получить визуально регистрируемые данные об изменениях локализации зоны двигательной активации у больных с глиомами полушарий мозга перед оперативным вмешательством для их учета при планировании доступа, позволяющего уменьшить риск повреждения двигательной зоны.

Методы. фМРТ исследования производились на 1,5 Тесла МР-томографе. Изображение поверхностных восходящих вен полушария мозга на стороне локализации опухоли получалось с помощью МР-венографии. Оценка результатов операции проводилась в двух группах со сходной локализацией и видами глиом, прошедших только фМРТ или только МРТ.

Результаты. фМРТ исследования проведено перед операцией у 37 больных с глиомами полушарий головного мозга разной локализации (15 астроцитом, 5 олигодендроглиом, 17 глиобластом). При планировании и выборе оптимального доступа для удаления внутримозговой опухоли проводилось сопоставление фМРТ данных о локализации двигательной активации с расположением поверхностных вен полушария мозга и опухлю, что давало возможность хирургу в условиях реального операционного поля идентифицировать расположение соответствующих поверхностных вен и ориентироваться в отношении топографии двигательной зоны коры полушария мозга.

Выводы. Сопоставительный анализ двух групп наблюдений показал, что учет данных фМРТ и МР-венограмм во время операции по поводу глиом, локализующихся вблизи функционально значимой – моторносенсорной зоны полушария мозга, позволяет на 16-18 % в раннем послеоперационном периоде уменьшить двигательные нарушения в контралатеральных, по отношению к пораженному полушарию, конечностях.

Боли и ригидность позвоночника у детей и подростков

Демченко А.В.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов
им. проф. М.И. Ситенко» АМН Украины
Харьков
Украина
7153420
ademchenko@yahoo.co.uk

Патология позвоночника и содержимого позвоночного канала различной этиологии у детей и подростков в большинстве случаев сопровождается однотипной клинической картиной: болями и ограничением подвижности в позвоночнике. Важно даже при первичном осмотре больного с защитными миотонически-болевыми синдромами позвоночника точно установить характер и локализацию патологического процесса, потребность в соответствующих лабораторных и эффективных лучевых визуализирующих методах исследования.

Цель: Исследовать особенности миотонически-болевого синдрома у детей с различными заболеваниями и повреждениями позвоночника.

Материал и методы: Результаты клинических рентгенологических, КТ, МРТ, электрофизиологических исследований 350 детей от 3 до 17 лет, с патологией позвоночника различной этиологии.

Результаты: Ошибки в диагностике на начальных этапах обследования больных с воспалительными поражениями позвоночника у 29 больных составляли до 85%. Отсрочка в постановке окончательного диагноза была от 2-х недель до 3,5 месяцев. Основные причины – недооценка общесоматического состояния и недостаточное проведение лабораторных исследований. Опухолевые и опухолеподобные поражения наблюдались у 41 больного. Отсрочка в постановке окончательного диагноза была от 2-х месяцев до 1,5 лет. Основные причины – некачественное и неадекватное лучевое исследование и неквалифицированная трактовка полученных данных. Стрессовые и развивающиеся на их основе ранние дегенеративные заболевания и деформации позвоночника (спондилоартрозы, спондилолизы, спондилостезы) исследованы у 193 больных.

Отсрочка в постановке точного диагноза была от 4-х месяцев до 2 лет. Причины – недостаточная осведомленность врачей о сущности патологии и некачественное лучевое обследование.

Внутриканальная опухолевая патология исследована у 6 больных. Отсрочка в постановке точного диагноза была от 8 месяцев до 6 лет. Причины – отсутствие квалифицированного неврологического, электродиагностического и лучевого обследования.

Травмы позвоночника были причиной болей в спине у 16 больных. Причиной несвоевременной диагностики (апофизеолизы, посттравматическая нестабильность) была недостаточно детальная оценка структурных повреждений позвоночно-двигательных сегментов.

Миотензопатии спины были причиной у остальных больных. Основным источником болевой импульсации являлись сухожильно-мышечные комплексы разгибателей спины. Причины неправильной диагностики этих состояний являлась недостаточная клиническая оценка опорно-двигательной системы.

Выводы. Основой структурно-функционального анализа патологического процесса пораженных позвоночных сегментов может быть синдромологическая оценка их опорной, двигательной и защитной функций.

Вертебропластика в ліченні болевого синдрому при остеопорозі позвоночника

Дейниченко Ю.К., Середа Д.А., Ивахненко Д.С., Ларин А.В., Нелепин С.Н., Козин М.В.

Запорожский государственный медицинский университет
Запорожье
Украина
8(0612)343686
n.xob40354@mail.ru

Цель: изучение метода вертебропластики в лечении болевых синдромов при остеопорозе позвоночника.

Материал и методы: Проведено 59 вертебропластик у больных с болевыми синдромами на фоне остеопороза позвоночника. Из прооперированных 28 больных - 12 мужчин и 16 женщины. В возрасте от 48 до 74 лет. В 42 случаях вертебропластика проведена односторонним доступом, 17 случаев двусторонним. В 38 случаях были проведены многоуровневые вмешательства. Показаниями для проведения вертебропластики были не осложненные патологические переломы позвонков, сколиозы, нарушение биомеханической функции позвоночника, что сопровождалось болевыми синдромами на фоне критического остеопороза. Операции проводились под местной анестезией при контроле операционного ЭОПА всех этапов операции. Для вертебропластики нами использовался костный цемент Simplex в объеме 6,0 – 8,0 мл. на один позвонок. Среднее время при одностороннем доступе на одном уровне составляло 20 мин. При многоуровневых повреждениях операции проводились в несколько этапов с промежутками в 2-3 дня. Все больные активизированы через 2 часа после операции. Уменьшение болевого синдрома отмечено во всех наблюдениях. Умеренные мышечные боли отмечаемые в месте введения операционных игл купировались в течении 2-3 дней консервативными способами. В анамнезе у 18 прооперированных больных примерно через 1 месяц после оперативного вмешательства отмечено кратковременное усиление болевых ощущений в позвоночнике, в последующем эти боли регрессировали. Осложнений и нарастания неврологической симптоматики у прооперированных больных не отмечено.

Выводы: Вертебропластика, как малоинвазивный хирургический метод при критическом остеопорозе позвоночника позволяет добиться уменьшения болевого синдрома, улучшения статики и биомеханической устойчивости позвоночника, что в значительной мере улучшает качество жизни пациентов.

Ефективність пункційної вертебропластики у лікуванні болевих вертеброгенних синдромів

Дяків В., Струк Ю.

Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги
Львів
Україна
0322-597-232
volodfr@yahoo.fr

Пункційна вертебропластика – ефективний малоінвазивний метод для забезпечення стабільності ушкоджених хребців та усунення болевих вертеброгенних синдромів.

Матеріали та методи. Пункційна вертебропластика застосовується в клініці з жовтня 2007 р. За цей період прооперовано 16 хворих: 4 хворих – з агресивними гемангіомами тіл хребців на поперековому рівні; 11 хворих – з патологічними зламами хребців внаслідок остеопорозу та 1 хворий з вираженим болевим синдромом на фоні верифікованої грижі Шморля. Пункція тіла хребця виконувалася голкою системи «Stryker», що вводилася трансперкутанно транспедункулярно з однієї сторони. В одному випадку вертебропластика супроводжувалася також педункулопластикою в зв'язку із поширенням патологічного процесу на дужку хребця. Використовувався кістковий цемент «Palacos» в кількості 3-8 мл, за допомогою якого вдавалося виповнити порожнину гемангіоми та забезпечити опірність пошкодженого тіла хребця вертикальним навантаженням та перешкодити розвитку патологічного зламу. Термічна дія кісткового цементу спричиняла дерецепцію періосту хребців, що призводило до регресу болевого вертеброгенного синдрому.

Результати. У 15 пацієнтів (94%) пацієнтів досягнуто повного регресу болевого синдрому. 1 пацієнт (6%) відмітив зменшення болевого синдрому після вертебропластики, проте після 2 тижнів болюві відчуття частково відновилися.

Висновки. Пункційна вертебропластика є високоефективним малоінвазивним методом лікування цілою ряду патологічних процесів, що супроводжуються деструкцією хребців. Поряд з вираженим терапевтичним та стабілізуючим ефектом досягається значний регрес болевого синдрому та попереджується розвиток неврологічних розладів у майбутньому.

Лікування інвалідизуючої спастики та виражених вертеброгенних нейропатичних больових синдромів методом нейротомії

Дяків В., Струк Ю., Батюк А.

Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги
Львів
Україна
0322-597-232
volodfr@yahoo.fr

Проблема ефективного лікування інвалідизуючої спастики та вертеброгенних нейропатичних больових синдромів є надзвичайно актуальною у випадках неефективності медикаментозної, кінезо- та фізіотерапії.

Матеріали та методи. В 2-му нейрохірургічному відділенні Львівської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за 2003-2008 рік спостерігалось 5 хворих із вираженою спастичністю та вираженими болями нейропатичного характеру нижче рівня пошкодження спинного мозку, які виникли внаслідок перенесеної важкої хребетно-спинномозкової травми з повним ураженням спинного мозку. Всі хворі – чоловічої статі віком від 19 до 52 років. У гострому періоді травми хворим проведено декомпресивно-стабілізуючі операції на рівні грудного (5 хворих) та шийного відділів хребта (1 хворий). Всім хворим тривалий час (більше 1-го року) проводилася протиспастична медикаментозна терапія, фізична реабілітація та санаторно-курортне лікування, що не принесли бажаного ефекту. Під операційним мікроскопом з допомогою нейростимулятора фірми B-Braun проведено нейротомію (DREZ-томію за методом Sandou, 1970) на рівні поперекового потовщення.

Результати. У всіх хворих після проведеного хірургічного втручання методом DREZ-томії відмічався повний регрес спастичності та больового синдрому у нижніх кінцівках, збільшення інтервалів сечопуску в зв'язку із зменшенням спастичності детрузора сечового міхура. Досягнутий ефект проведеного лікування дозволив хворим відмовитися від прийому анальгетиків, протиспастичних та психотропних препаратів. Значно покращився догляд за хворими, що сприяло швидкому загосненні наявних пролежнів (у 2 хворих).

Висновки: DREZ-томія на рівні поперекового потовщення є ефективним методом при лікуванні медикаментозно резистентної інвалідизуючої спастики у нижніх кінцівках у віддаленому періоді важкої хребетно-спинномозкової травми.

«Запалення трійчастого нерва» архаїзм чи необґрунтовано відкинута вірна назва?

Федірков В.О.

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

Вступ. Терміну «невралгія трійчастого нерва»(НТН) у вітчизняній літературі передував термін «запалення трійчастого нерва», та з часом останній втратив свою вагу і застосування. З широким визнанням в якості етіологічного чинника судинної компресії та електронно-мікроскопічні дослідження вражених фрагментів корінця як трійчастого так і язикоглоткового нервів з верифікацією процесів демієлінізації, ремієлінізації, взагалі не розглядається питання про запальний процес в патогенезі НТН. Лікування полягає у застосуванні симптоматичної терапії, при її неефективності чи регресі – проведенні хірургічного втручання, гама-ніж терапії.

Метою роботи було з'ясування механізмів, що лежать в основі патогенезу синдромів гіперактивної дисфункції черепних нервів(СГД ЧН).

Матеріали і методи. Проведено спостереження та дослідження 360 хворих з НТН та інших СГД ЧН, клінічні, вірусологічні, імунологічні, інтраопераційні, гістологічні та електронно-мікроскопічні.

Результати та їх обговорення. Виконано операції ревізії структур мосто-мозочкового кута, мікросудинної декомпресії корінця відповідного нерва, при потребі невролізу, селективної проксимальної ризотомії, у випадку наявності пухлин – їх видалення (загалом 382 операції). Виявляли локальні зміни в зоні ушкодженого корінця у вигляді потовщення і зміни кольору арахноїдальної оболонки на білесо-ваго-мутний. При обстеженні 360 хворих з СГД в 67% виявлено контамінацію герпес-вірусів, лімфоцитоз при маніфестації та рецидивуванні синдромів і лімфопенію при тривало існуючому періоді проявів СГД, в 87% підйом ЦІК, аутонейросенсибілізацію; в 73% виразні арахноїдальні злуки і зміни арахноїдальної оболонки в місці судинно-нервового конфлікту. Проведене гістологічне та електронно-мікроскопічне дослідження фрагментів арахноїдальної оболонки з місця невролізу виявило лімфоцитарні включення та ознаки запального процесу. Розроблено комплекс патогенетично обґрунтованого медикаментозного лікування і застосовано у 192 пацієнтів з позитивним ефектом в 147(76,6%).

Висновки. Інтраопераційні, лабораторні, гістологічні та електронно-мікроскопічні дані вказують на наявність запального процесу або його наслідків в зоні судинно-нервового конфлікту при СГД. Виявлені дані вказують на необхідність перегляду підходів як щодо питань патогенезу, так і, відповідно, лікувальної тактики при СГД. Лікування повинно починатись/включати протизапальну, десенсибілізуючу, імунокорегуючу терапію. У випадку їх неефективності має бути застосована операція ревізії структур відповідного корінця ЧН, невролізу, мікросудинної декомпресії.

Мікротопографічні особливості взаємостосунків судин і корінців черепних нервів як передумова розвитку нейроvasкулярно-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 етіопатогенетичним 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 синдрому.

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 реєстрації. 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 x8-12 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 арахноїдальних 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 „рем'єлінізація” 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

Лікворощунтуючі 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 лікворощунтуючі 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 поренцефального 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

Діагностика ефективності лікування токсоплазмозу у хворих на СНІД методом МРТ

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

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

Ураження центральної нервової системи у хворих на СНІД зустрічається у 30-90% випадків. Токсоплазмоз – найбільш поширена опортуністична інфекція, частота якої становить 33-70%.

Мета роботи. Вивчити зміни в речовині мозку, обумовлені токсоплазмозом, у хворих на СНІД до та після лікування.

Матеріали і методи. Обстежено 56 хворих з ВІЛ-інфекцією. У 32 поставлений діагноз «вторинний токсоплазмоз» з урахуванням МРТ картини та лабораторних методів дослідження. Вік пацієнтів становив 18-41 років, з них жінок – 22, чоловіків – 34. Дослідження проводилися на магнітно-резонансних томографах з напруженістю магнітного поля 0,5-1,5 Тл без та з контрастуванням.

Результати і їх обговорення. На МРТ визначалась моно- чи полівогнищевість з локалізацією в субкортикальних відділах білої речовини і в підкоркових вузлах. Осередки ураження супроводжувались перифокальним набряком. Спостерігалось кільцеподібне чи вузлове посилення після введення контрастуючого агенту. У 98% випадків діагноз токсоплазмозу підтверджувався за допомогою серологічних методів (визначення IgG Тох. gondii в сироватці крові), однак у імунодефіцитних пацієнтів серологічні реакції в 2-3% були негативними. В деяких випадках збудник був виявлений в СМР методом ПЛР. У трьох пацієнтів діагноз верифікований методом стереотаксичної біопсії. Вирішальне значення для діагностики має успішне лікування протитоксоплазмозними препаратами у вигляді зменшення чи повного регресу вогнищ (по даним МРТ).

Висновки. МРТ являється високоінформативним діагностичним методом у хворих з ВІЛ-інфекцією, який дозволяє адекватно оцінити стан як речовини мозку, так і лікворних просторів до і після специфічного лікування.

Консервативные методы в системе комплексного лечения дискогенных болевых синдромов

Гюев П.М., Яковенко И. В., Худяев А.Т.,
Кожин Г.С.

Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт им. проф. А.Л.Поленова
Санкт-Петербург
Россия
+ 7 812 388-28-44, + 7 911 751-77-30
gioeva_e@mail.ru

Цель исследования – уточнение возможностей разработанного авторами метода лечения поясничных болевых синдромов при различных поражениях поясничного отдела позвоночника.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов комплексного клинического обследования и лечения 1010 больных с грыжами межпозвоночных дисков, которым не было показано (или было противопоказано) хирургическое лечение. Всем больным произведено комплексное клиническое и лучевое обследование перед началом лечения, а в дальнейшем проводилось диспансерное наблюдение и, при наличии показаний, повторные курсы лечения 1 раз в 6 месяцев, в амбулаторном режиме, без отрыва от производства. Базовой была методика, основанная на том, что при поражении корешков спинного мозга боли проецируются на кожу, причем их проекция не соответствует дерматомному распределению корешковой иннервации. Создание в этих точках (строго специфичных для каждого спинномозгового нерва) очагов раздражения, путем внутрикожного введения препаратов на основе змеиного яда либо некоторых гомеопатических средств, блокирует проведение импульсов болевой чувствительности по толстым периферическим нервным волокнам. Лечебный комплекс включал также ортезирование, тракцию и фоновую медикаментозную терапию, представленную сосудорасширяющими препаратами, витаминами и стимуляторами репаративных процессов.

Результаты и их обсуждение. В группе больных с дискорadiaкулярными конфликтами, насчитывавшей 330 пациентов, при оценке результатов лечения по Mc. Nab (1976) отличные и хорошие результаты через 1 месяц выявлены в 267 (80,9%) случаях, через 1 год – в 322 (97,5%), через 4 года – в 312 (94,5%) случаях. Удовлетворительные результаты через 1 месяц отмечены у 63 (19,1%) пациентов, через 1 год – у 18 (2,4%) и через 4 года – у 8 (5,4%). У 680 больных, имевших грыжи дисков без четких признаков дискорadiaкулярного конфликта, результаты лечения были следующими. Отличные и хорошие результаты через 1 месяц имели место у 606 (89,1%), через 1 год – 674 (99,1%), через 4 года – 676 (99,4%). Удовлетворительные результаты через 1 месяц – 74 (19,1%), через 1 год – 6 (0,9%), через 4 года – 4 (0,6%). Неудовлетворительных результатов не отмечали.

Выводы. Комплекс консервативных мероприятий на основе блокад по функционально значимым точкам является высокоэффективным методом лечения, позволяющим добиться регресса болевого синдрома (даже при наличии дискорadiaкулярного конфликта) и обеспечивает адекватное качество жизни за счет стойкой и длительной ремиссии.

Артрозы и лигаментозы позвоночника как причина поясничных болевых синдромов

Гюев П.М., Яковенко И.В.

Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт им. проф. А.Л.Поленова
Санкт-Петербург
Россия
+ 7 812 388-28-44, + 7 911 751-77-30
gioeva_e@mail.ru

Цель исследования – уточнение роли и частоты и особенностей клинического течения неврологических проявлений артрозов и лигаментозов поясничного отдела позвоночника.

Материал и методы. Анализу подверглись результаты комплексного обследования и лечения 346 больных, из которых у 240 (69,4%) в качестве ведущей причины заболевания определили спондилоартроз (или артроз задних межпозвоноковых суставов). В 36 (10,4%) случаях был выявлен междужковый лигаментоз или гипертрофия желтой связки. Межостистый лигаментоз в «чистом» виде имел место у 24 (6,9%) больных. Межпоперечный и поперечно-подвздошный лигаментоз достоверно выявлен у 14 (4,0%) пациентов. Межостистый артроз был выявлен в 6 (1,7) случаях. Крестцово-подвздошный периартроз (сакроилиит) имел место у 26 (7,5%) больных. Основным клиническим проявлением артрозов и лигаментозов были локальные болевые синдромы, в «чистых» наблюдениях не сопровождавшиеся очаговой неврологической симптоматикой, что на этапе первичной диагностики было основным дифференциально – диагностическим критерием. Окончательный диагноз ставился по данным лучевой диагностики, причем в большинстве случаев было достаточно проведения спондилографического исследования. Значительно чаще эти заболевания встречались в сочетании с другой патологией поясничного отдела позвоночника и их проявления были завуалированы основной неврологической симптоматикой. Основной причиной долгого и безуспешного лечения этих пациентов было отсутствие у лечащих врачей знаний о роли и течения этих заболеваний, проявления которых в большинстве случаев приписываются остеохондрозу. Если спондилоартроз, междужковый лигаментоз, межостистый артроз и сакроилиит в основном встречались у лиц старше 50 лет, то межостистый и межпоперечный лигаментоз были уделом пациентов молодого возраста, а причиной их появления было травматическое воздействие на позвоночник. Лечение изолированных артрозов и лигаментозов состояло во внутрисвязочном (либо внутрисуставном введении) нестероидных противовоспалительных препаратов либо кеналога. В последние годы с успехом применяли гомеопатические препараты (дискус – композиту и цель – Т). К химической дерезепции суставов и связок прибегли лишь в 82 случаях, в основном у больных со спондилоартрозом и межпоперечным артрозом.

Результаты и их обсуждение. В анализируемой группе больных, хорошие и отличные результаты лечения, получили у 321 (97,7%), удовлетворительные у 25 (3,3%) пациентов.

Выводы. Заболевания суставно-связочного аппарата позвоночника, следует рассматривать как самостоятельные заболевания, с характерными клиническими проявлениями и специфическими способами лечения.

Електронейроміографічна діагностика дистальної симетричної поліневропатії (ДДСП) у хворих на цукровий діабет з вираженим больовим синдромом

Гриб В.А.

Івано-Франківський національний медичний
університет
Івано-Франківськ
Україна
80342503686
enmg@mail.ru

Мета: вивчити електронейроміографічні (ЕНМГ) характеристики стану периферійних нервів у зіставленні з вираженістю больового синдрому у хворих на цукровий діабет з ДДСП.

Матеріали і методи. Обстежено 116 хворих на ДДСП з різним ступенем виразності больового синдрому. Больовий синдром оцінювали з використанням візуально-аналогової шкали (ВАШ). ЕНМГ діагностику проводили за допомогою апарату «Нейрон-ЕМГ-Микро», розраховували показники швидкості розповсюдження збудження моторними волокнами малоомілкових, великоомілкових та серединних нервів, кінцеву та резидуальну латентність, амплітуду, тривалість і площу потенціалів максимальної М-відповіді на стимуляцію нерва в дистальній і проксимальній точках, амплітуду потенціалу дії та швидкість проведення чутливих волокон; аналізували параметри F-хвилі великоомілкових та серединних нервів: мінімальну латенцію, середню амплітуду та середню швидкість. Статистичну обробку проводили з використанням пакетів прикладних програм для статистичного аналізу «StatSoft/ Statistica 6.0».

Результат ти їх обговорення. Больовий синдром спостерігався у 89 (76,7%) обстежених хворих. Використовували факторний аналіз параметрів ЕНМГ, виділили два фактори – інтегральні показники, які містять 56% сумарної інформації, що враховують характеристики ЕНМГ тестування нервів. За допомогою цих інтегральних показників розподілили хворих за переважним ураженням аксонів в структурі нерва – 57 пацієнтів, мієліну – 39 та 9 хворих з рівномірно зміненими показниками ЕНМГ. Знайдено кореляційний зв'язок між показником ВАШ і стадією ДДСП ($r=-0,34$; $p=0,001$), а також типом ураження нерва ($r=0,48$; $p<0,001$) та інтегральними показниками ($r=0,42$; $p<0,001$; $r=0,48$; $p<0,001$). Больовий синдром частіше спостерігається при ІІА стадії ДДСП у хворих з переважним ураженням мієліну, серед хворих на ІІІ стадію та ІІА стадію з переважанням аксонопатії частіше визначалися негативні симптоми.

Висновки. Отримані два інтегральні показники ЕНМГ тестування периферійних нервів у хворих на ЦД 2 типу, ускладнений ДДСП з вираженим больовим синдромом, дають можливість з більшою вірогідністю оцінити стан ураження структур нервових стовбурів, що сприяє індивідуалізації лікувального комплексу, призначенню адекватної терапії, здійсненню моніторингу функціонального стану периферійної нервової системи.

Результати лікування поперекового нейрокомпресійного больового синдрому із застосуванням мікродискеттомії

Гудак П.С., Тиш І.І.

Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського,
Тернопільська обласна клінічна лікарня
Тернопіль
Україна
(0352) 27-33-62
tyshneuro@mail.ru

Мета. Покращити результати оперативного лікування у пацієнтів з патологією міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта.

Матеріали. Проведено аналіз хірургічного лікування 185 хворих після відкритої поперекової мікродискеттомії, які були оперовані протягом 2006-2008 років та 6 місяців 2009 року. Переважну більшість хворих (149) склали пацієнти працездатного віку. МРТ-діагностика проведена у 141 випадку та АКТ – у 44. Середній термін перебування пацієнтів після операції в стаціонарі складав 6 діб. Найбільш типовим в клінічній картині був тривалий(2-6 місяців), різко виражений радикулярний синдром; у 169 хворих були діагностовані явища радикулопатії (LIV - у 32-х випадках, LV - у 52 випадках SI - у 69 випадках та у 16 –патологія 2-х корінців) нерідко в умовах «набутого» стенозу. З кауда – синдромом оперовано 9 пацієнтів. У виключних (3) випадках, де інтраопераційне травмування дилатованих перидуральних вен привело до тривалої кровотечі і застосовані заходи були неефективними, нами успішно був застосований гемостатичний матеріал "Сурджисел-фібрилар", волокна якого розміщували на відстані від корінця. У 12 пацієнтів з надмірною вагою тіла (більше 90 кілограмів) ми застосовували укладку пацієнта на випрямленому операційному столі в колінно – ліктьовому положенні, що покращувало доступ в міждужковому просторі і дозволяло з мінімальною травматизацією виконати оперативне втручання. Повторно оперовано 7 пацієнтів. Для оцінки функціонального статусу, працездатності та інтенсивності больового синдрому ми користувалися 5-ти бальною шкалою D.J.Rivert (2004р.)

Результати. Відмінні результати (5 балів) досягнуті у 32 пацієнтів. Хороший результат (4 бали) – у 113 хворих, задовільний (3 бали) – у 41 пацієнта. У 2-х пацієнтів з кауда – синдромом, де передопераційний термін складав відповідно 8 та 9 діб результат лікування оцінено у 2 бали.

Висновки. Найкращі результати зумовлені ретельно встановленими показами до операції, мінімізацією доступу та хірургічних маніпуляцій в спино-мозковому каналі завдяки використанню операційного мікроскопу, а також дбайливому гемостазу. Незадовільні результати у пацієнтів зумовлені несвоєчасним зверненням до нейрохірурга.

Принципы лечения цефалгии у больных с травматическими повреждениями лобных долей

Хазраткулов Р.Б., Мирзабаев М.Д.

Республиканский Научный Центр Нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
+998712649625
kariev@bcc.com.uz

Повреждения лобных долей головного мозга при черепно-мозговой травме составляют около 40-50% и сопровождаются повышением внутричерепного давления, одним из основных симптомов которого является головная боль.

Целью исследования явилось купирование цефалгии при травматических повреждениях лобных долей. Обследовано 48 больных с изолированным повреждением лобной доли головного мозга в остром периоде находившиеся на лечении в РНЦНХ. При оценке фазы клинического течения ЧМТ находились в стадии умеренной клинической декомпенсации. Уровень сознания по шкале комы Глазго составил 10-12 баллов. Больным проводилась консервативная терапия направления на снижение внутричерепной гипертензии и анальгезию, учитывая искаженное восприятие боли у данной группы больных. Лечение больных проводилось с первых дней после полученной травмы и продолжалось в течение двух недель. В неврологической картине преобладали общемозговая симптоматика, психические расстройства, психомоторное возбуждение, двигательные расстройства. Эффективность лечения оценивалась на основании динамики регресса ощущения болевого симптома, общемозговой симптоматики больного и изменений со стороны глазного дна. Динамика регресса головной боли коррелировали с динамикой изменений на глазном дне. Данные офтальмологического исследования: ангиопатия сетчатки в первые сутки после перенесенной травмы отмечалась у 36(75%) больных. Начальные застойные явления диска зрительных нервов на глазном дне отмечен у 9(18,5%) больных. Чаще всего эти изменения носили начальный характер в виде смывости контуров сосков и расширения вен. Застой ДЗН I – II стадии наблюдались у 3(6,25%) больных. После проведенного лечения на 3-и сутки начальные явления застоя ДЗН регрессировали у 4 больных, на 7-е сутки у 6 больных, а к 14-м суткам у 8 больных. Застой ДЗН I – II стадии на 3-и сохранялись у 2 больных, 14-м суткам у больного.

Таким образом лечение цефалгии при травматических повреждениях лобных долей головного мозга должно быть направлено на снижение внутричерепной гипертензии с применением комплексного медикаментозного лечения.

Дифференцированный подход в лучевой диагностике корешковых болей пояснично-крестцовой области у лиц женского пола

Кариева З.С., Пастухова Е.С.

Республиканский научный центр нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
+998712649625
kariev@bcc.com.uz

Дифференциальная диагностика болей, обусловленных клинической симптоматикой воспалительных процессов в эпидуральном пространстве и проявлениями дискогенной компрессии в отдельных сегментах на пояснично-крестцовом уровне, характеризуется трудностями распознавания, особенно на раннем этапе заболевания. В течение длительного времени при проведении компьютерной томографии позвоночника и спинного мозга женщинам, чаще репродуктивного возраста, жалующимся на боли в пояснично-крестцовой области, порой с висцеральной иррадиацией, патологических изменений со стороны позвоночника и спинного мозга выявлено не было, за исключением картины реактивного эпидурита. В данной работе мы поставили цель во всех подобных случаях обращений проводить этим женщинам в обязательном порядке наряду с КТ и УЗИ органов малого таза. За период с октября 2008 года по июнь 2009 года обследованы 32 пациентки в возрасте от 16 до 50 лет. У 17 пациенток компьютерно-томографическая картина соответствовала только реактивному эпидуриту. При проведении этим 17 пациенткам УЗИ органов малого таза – у 11 пациенток отмечались эхопризнаки воспалительного процесса органов малого таза (эндометрит, оофорит, сальпингоофорит), у 4 пациенток кистозные образования малого таза, у 2 – х – миома матки. Анализ результатов обследования органов малого таза и сегментов поясничного отдела позвоночника предполагает дифференциальный диагностический подход при клинической оценке поясничных болей. Предлагаемый комплекс может быть использован как ассоциированный лучевой тест для выявления патологии эпидурального пространства, дисков на уровне LIII-SI у пациенток с болями в пояснично-крестцовой области. Подобный комплекс исследований также незаменим при дифференцированном подходе к диагностике пациенток с хроническими болями внизу живота длительно, и также без эффекта лечащихся по поводу воспалительных заболеваний женской половой сферы. .

Болевые проявления при эпендимоммах конского хвоста, хирургическое лечение и его результаты

Карлейчук А. Г., Слынько Е.И.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
8044 5921909
eu_slinko@yahoo.com

Цель. Данное исследование проведено с целью изучения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения эпендимом конского хвоста и на основании этого выработке оптимальной хирургической тактики в зависимости от расположения и протяженности опухоли.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 62 больных с корешковыми болевыми синдромами обусловленными эпендимоммами конского хвоста, оперированными с 1988 по 2008 годы. Все опухоли были интрадуральные. По локализации опухоли разделены на: 1) эпендимомы растущие из терминальных отделов спинного мозга (конуса, эпиконуса) и экзофитно распространяющиеся среди корешков конского хвоста каудально; 2) эпендимомы первично расположенные среди корешков конского хвоста и чаще всего возникающие на *filum terminale*.

Результаты и их обсуждение. Обнаружили два кардинально различных типа роста эпендиом конского хвоста: 1) рост единым узлом, по поверхности которого проходят корешки конского хвоста (21 случай); 2) рост между корешками конского хвоста, часть корешков проходят в опухоли (41 случай). При первом типе во всех случаях было проведено удаление опухоли блоком после отделения корешков от поверхности опухоли. При втором типе роста опухоль была удалена кускованием. Использование операционного микроскопа во втором периоде наблюдения позволило детально осмотреть корешки после основного удаления опухоли и «доудалить» с них остатки опухоли. Во всех 62 случаях опухоли удалены тотально.

Выводы. В настоящее время результаты лечения и прогноз эпендимом конского хвоста достаточно благоприятны. Однако, для этого необходимы радикальные оперативные вмешательства которые направлены на тотальное удаление опухолей единым блоком. В случаях, где опухоли удалены тотально, но кускованием послеоперационное облучение позволяет избежать или отсрочить рецидивы.

Болевой синдром у детей при травме шейного отдела позвоночника**Кеворков Г.А.**

Институт нейрохирургии» и.м. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
044 4820736
kevorkov_doc@ukr.net

Спинальный травма у детей имеет значительные отличия от травмы у взрослых по клиническим и анатомо-морфологическим проявлениям. В литературе вопросы клиники СМТ у детей освещены недостаточно. Одним из проблемных вопросов является болевой синдром. Выяснение его особенностей, характеристик, типов, степени выраженности у детей разного возраста является одной из целей наших исследований. Для оценки болевого синдрома применялся стандартизированный подход, модифицированный нами с учетом возрастных групп детей (дети младшего детского возраста, дошкольного, младшего и среднего школьного возраста). Боль оценивалась по факторам усиления/облегчения боли, по локализации, иррадиации, по местной болезненности и длительности. Травмирующее воздействие на шейный отдел позвоночника, вызывающее деструктивные изменения, проявляется, в первую очередь, болевым синдромом вследствие раздражения ноцицептивных волокон. У детей вследствие высокой подвижности позвонков по отношению друг к другу (анатомо-физиологические особенности) возникает перерастяжение связок, натяжение твердой мозговой оболочки в зоне выхода корешков спинного мозга, повреждение сосудов и мышц шеи, приводящее к кровоизлияниям, отеку, что в конечном итоге является пусковым механизмом болевого синдрома. Ощущение боли у детей могут быть достаточно разнообразными, и по длительности, и по проявлениям. Это могут быть боли как умеренные, так и достаточно сильные, не дающие возможности спать или выполнять даже минимальные движения в шейно-плечевом отделе. Отмечается проксимальная и дистальная иррадиация боли. Болевой синдром наиболее интенсивно проявляется в остром и раннем посттравматическом периоде. Уменьшение боли наблюдалось при фиксации шейного отдела, вытяжении, устранении вывиха и подвывиха позвоночника. Длительность болевого синдрома зависела от степени тяжести травмы, особенностей травматических повреждений (переломы, вывихи, кровоизлияния). При анализе болевого синдрома в возрастном аспекте отмечено, что наибольшая выраженность и продолжительность его наблюдается у детей старше 10 лет. Боли становятся постоянными при нестабильности позвоночника, что приводит к расстройствам психо-эмоциональной сферы, астенизации.

Клиническая оценка боли при спинномозговой травме шейного отдела позвоночника у детей в остром периоде**Кеворков Г.А.**

Институт нейрохирургии» и.м. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
044 4820736,
kevorkov_doc@ukr.net

Цель. Основным симптомом травматического повреждения шейного отдела позвоночника у детей является болевой синдром. Целью работы является изучение особенностей болевого синдрома и клинических проявлений травматических повреждений шейного отдела позвоночника и спинного мозга у детей.

Материалы и методы. Проанализированы данные 64 детей в возрасте от 3 до 17 лет с повреждениями шейного отдела позвоночника с выраженным болевым синдромом. У детей до 5 лет болевой синдром можно определить только косвенно: по ограничению объема движений (при демонстрации привлекающих внимание предметов), мимической реакции, плачу и отказу от обследования. Детям более старшего возраста можно провести практически полное физикальное обследование.

Результаты и их обсуждение. У детей старше 5 лет выделены типы болевых синдромов: центральный, корешковый, локальный, смешанный. Центральный тип боли (5,2% больных) возникает вследствие повреждения (или раздражения) афферентных путей спинного мозга. Корешковый тип боли (45,6% больных) проявляется иррадиацией боли соответственно топографии спинномозговых корешков. В зоне их иннервации отмечается гипестезия или гиперпатия. Боли часто имеют стреляющий характер. Локальный болевой синдром (49,2% больных) развивается в области повреждения позвоночника, связочного аппарата, твердой мозговой оболочки. Локализация боли соответствует очагу повреждения, часто боль распространяется в затылочную и плече-лопаточную области. При смешанном типе болевого синдрома наиболее часто встречается сочетание корешкового и локального типов (32% больных). Центральный неукротимый болевой синдром встречался у детей в единичных случаях, как правило, при компрессионных переломах тела и заднебоковых структур позвонков. В других случаях выраженность болевого синдрома носила умеренный характер, уменьшалась при медикаментозной терапии. При компрессии спинного мозга проводится хирургическое лечение (26,6% больных), в послеоперационном периоде болевой синдром регрессировал. При отсутствии компрессии спинного мозга основным методом лечения является устранение вывихов, подвывихов, вытяжение и фиксация шейного отдела для ограничения его подвижности, медикаментозная терапия.

Выводы. При спинномозговой травме у детей оценка болевого синдрома клинически возможна только у детей старших возрастных групп. У детей в возрасте до 5—7 лет болевой синдром оценивается по косвенным признакам. Клинические проявления болевого синдрома, несмотря на тяжесть травматических повреждений, отмечаются, как правило, в течение 3—7 дней с постепенным регрессом. Следует отметить, что в ряде случаев умеренная выраженность болевого синдрома не дает достаточных оснований для всестороннего первичного обследования пострадавших.

Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва

Коновалов А.Н., Махмудов У.Б., Шиманский В.Н., Тяньшин С.В., Отарашвили И.А., Лебедева М.А., Семенов М.С.

НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН
Москва
Россия
+7 495 251-65-26
vadim@shimansky.ru

Введение. Невралгия тройничного нерва (НТН) встречается впервые ежегодно у 4 человек на 100000 населения, как правило, в возрасте старше 50 лет, в 2 раза чаще у женщин. В настоящее время считается доказанным, что главной причиной возникновения тригеминальной невралгии является компрессия корешка тройничного нерва артериальным или венозным сосудом непосредственно у ствола головного мозга.

Цель исследования. Обоснование показаний к проведению операции васкулярной декомпрессии и оценки ее эффективности при НТН.

Материал и методы. За период времени с 1998 по настоящее время в НИИНХ им.акад.Н.Н. Бурденко находилось на лечении 191 больных с НТН, среди которых женщин было 121(63%) пациентов, мужчин 70(37%). Средний возраст 53г. У пациентов нашей группы НТН встречалась чаще более чем в два раза на правой стороне. Всем больным в предоперационном периоде произведена МРТ, которая в 86 % случаев выявила близкое взаиморасположение какого-либо кровеносного сосуда и корешка тройничного нерва. Диагноз НТН устанавливался при наличии у пациента 4 из пяти критериев, предложенных международной общностью головной боли в 1994 г.

Результаты. Регресс болевого синдрома сразу же после васкулярной декомпрессии тройничного нерва достигнут у 186 пациента. У трех пациентов в первые часы после операции отмечено сохранение болевого синдрома. На повторных операциях, произведенных в ближайшие 24 часа, обнаружено смещение протектора. После реоперации у пациентов отмечен полный регресс болей в лице. Через год после однократной васкулярной декомпрессии тройничного нерва отсутствие болей на лице отмечалось у 95% больных.

Выводы. Васкулярная декомпрессия корешка тройничного нерва является высокоэффективным патогномичным методом лечения при НТН.

Особенности экстремедуллярных опухолей типа песочных часов

Косинов А.Э., Слынько Е.И., Аль-Кашиш Ияд Исхак

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
00380509409600
iyad@mail.ru

Цель: Изучить клинические особенности и усовершенствовать методы диагностики интрадуральных экстремедуллярных опухолей спинного мозга типа песочных часов. Разработать хирургические доступы и методы микрохирургического удаления экстремедуллярных опухолей спинного мозга типа песочных на разных уровнях, определить показания для применения различных хирургических доступов.

Материалы и методы: В первом спинальном отделении Института нейрохирургии им. акад. Ромоданова на протяжении 2005–2009г. было оперировано 32 больных с экстремедуллярными опухолями спинного мозга типа песочных часов. Возраст больных варьировал в пределах от 18 до 78 лет. По локализации опухоли спинного мозга типа песочных часов распределялись: (С0–С3) – 10 больных; (С4–С7) – 3 больных; (Th1–Th5) – 5 больных; (Th6–Th10) – 6 больных; (T11–L2) – 8. Из всех изученных опухолей невриномы составляли – 23 (72 %), а нейрофибромы – 9 – (28%). Диагностика локализации опухоли проводилась с помощью МРТ, КТ, МРТ с в/в усилением. Доступ выбирался исходя из локализации опухоли. Мы использовали исключительно заднебоковой доступ с гемиламинэктомией.

Результаты: Опухоли были удалены totally у всех больных. В наших наблюдениях регресс неврологической симптоматики в той или иной мере наблюдался у всех больных: радикулярный болевой синдром полностью регрессировал у всех больных, сенсорные корешковые нарушения полностью регрессировали у 23 больных и частично регрессировали у 9 больных в ранний послеоперационный период. Отдаленные результаты свидетельствуют об излечении и выздоровления всех больных.

Выводы: Интерес к использованию заднебокового доступа для удаления экстремедуллярных опухолей спинного мозга типа песочных часов обусловлен тем, что при выполнении таких операций не нарушается опорная функция позвоночника, сохраняется его стабильность. Также уменьшается тракция мозга или его корешков, которые часто встречаются при использовании задних доступов, упрощается техника оперативного вмешательства, уменьшается время операции, а также значительно уменьшаются сроки реабилитации и реадaptации больных по сравнению с задним доступом и применением ламинэктомии что традиционно применяется при экстремедуллярных опухолях спинного мозга типа песочных часов.

Особенности хирургической техники удаления экстрamedулярных интрадуральных опухолей спинного мозга

Косинов А.Э., Слынько Е.И.,
Аль-Кашкич Ияд Исхаг

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова
АМН Украины,
Киев
Украина
00380509409600
iyad@mail.ru

Цель: Разработать дифференцированные хирургические доступы и методы микрохирургического удаления экстрamedулярных интрадуральных опухолей спинного мозга на разных уровнях, разработать хирургические методы радикальной резекции опухолей с минимальной травматизацией спинного мозга, изучить результаты оперативного лечения.

Материалы и методы: В первом спинальном отделении Института нейрохирургии им. акад. Ромоданова на протяжении 2003–2009г. было оперировано 200 больных с экстрamedулярными интрадуральными опухолями спинного мозга. Возраст больных варьировал в пределах от 20 до 75 лет. Больные распределены следующим образом: верхнешейный отдел (С0–С3) – 63 больных; нижнешейный отдел (С4–С7) – 21 больных; верхнегрудной отдел (Th1–Th5) – 61 больных; нижнегрудной (Th6–Th10) – 30 больных; груднопоясничной отдел (T11–L2) – 25. Из всех изученных опухолей менингиомы составляли – 55%, а невриномы – 35%, другие опухоли – 10%. Диагностика локализации опухоли проводилась с помощью MRT, КТ, MRT с в/в усилением.

Результаты: Доступ выбирался исходя из нейровизуализирующих исследований. Использованы различные оперативные доступы: задний доступ выполнен у 22 больных, заднебоковой доступ – 145 больных, передний доступ – 6 больных, переднебоковой доступ – 10 больных, Far lateral доступ – 17. Преимущество отдавалось доступами, которые позволяли визуализировать опухоль под прямым углом, с минимальной тракцией мозга или его корешков. Опухоли были удалены тотально во всех наблюдениях. Результаты хирургического лечения были лучше в случае следующих факторов: ранние сроки установления диагноза, молодой возраст больных, незначительная степень компрессии спинного мозга, адекватный хирургический доступ, тотальное удаление опухоли, использование микрохирургической техники.

Выводы: Заднебоковой доступ является наиболее оптимальным при вентролатеральных опухолях. Передний боковой доступ является перспективным, новым методом, позволяющим минимизировать травматизацию спинного мозга при удалении опухолей вентральной локализации, и повысит результаты лечения таких больных.

Больовой синдром під час виконання ангіопластики і стентування атеросклеротичних стенотичних уражень сонних артерій

Костюк М.Р.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
(044) 486-95-03
kostiuk@i.com.ua

Мета. Визначити взаємозв'язок між розвитком больових відчуттів під час ендovasкулярних операцій ангіопластики і стентування і характером стенотичного ураження сонних артерій (СА), встановити прогностичне значення больового синдрому у розвитку інтраопераційних ускладнень.

Матеріали і методи. З 2003 року проведено 133 операції ангіопластики і стентування атеросклеротичних стенозів СА високого ступеню з використанням саморозкривних стентів 128 хворим із підвищеним ризиком для прямого оперативного втручання (116 чоловіків і 12 жінок у віці від 39 до 84 років). У 5 випадках втручання було виконано на обох СА. Локальний транзиторний біль в шийній області в проекційній ділянці встановленого стенту було відмічено у 6 випадках (4,7%) під час виконання заключного етапу операцій – постдилатації встановленого стенту. У 3 хворих протягом нетривалого терміну (до 3 днів після операції) зберігались помірної виразності больові відчуття у відповідній шийній ділянці. Інструментальні методи дослідження включали КТ або МРТ головного мозку, УЗ доплерографію мозкових судин, селективну церебральну ангіографію.

Результати. Біль в шийній області на стороні встановленого стенту спостерігався лише у чоловіків. У 4 випадках стенози були симптомними, ступінь звуження внутрішньої сонної артерії (ВСА) у 5 спостереженнях перевищував 80%, в одному – наближався до 70%, у 2 хворих контралатеральна ВСА була оклюзована. Протяжність стенотичного ураження у всіх випадках перевищувала 15мм (від 15 до 27мм), товщина атеросклеротичної бляшки визначалась в межах від 3,4 до 5,3мм. За своєю щільністю бляшки у більшості спостережень були гетерогенні з переважанням гіпоехогенного компоненту (4 спостереження), ознаки вираженого кальцинозу визначались у 2 випадках. Ускладнень при виконанні операцій не було, у 2 хворих мав місце розвиток транзиторної артеріальної гіпотонії після постдилатації. У всіх випадках досягнуто задовільної прохідності ураженої СА, залишкове звуження артерії до 20% визначено у 2 спостереженнях.

Висновки. Розвиток локального болю в шії спостерігається відносно рідко під час ендovasкулярних втручань – менше, ніж у 5% хворих. Біль має транзиторний характер і відмічається лише під час роздування балон-катетеру на етапі постдилатації встановленого стенту. До особливостей структурних характеристик атеросклеротичної бляшки слід віднести переважання гіпоехогенного компоненту в її щільності, ступінь звуження СА понад 80% і довжину бляшки понад 15мм. Поява больового синдрому не може розглядатись в якості фактору ризику щодо розвитку інтра- і постопераційних ускладнень (тромбоемболія церебральних артерій, декомпенсовані порушення системної гемодинаміки) і не впливає на ефективність ендovasкулярного відновлення прохідності СА.

Вплив керамоспондилодезу поперекового відділу хребта на дегенерацію суміжних сегментів

Костицький М.М., Федак В.І., Костицька О.М., Потапов О.І.

Обласна клінічна лікарня
Івано-Франківськ
Україна
(0342)528-173
fedak_v@yahoo.com

При наявному прогресі у хірургічному лікуванні дегенеративних захворювань хребта відзначається значний відсоток відстрочених ускладнень. Значне місце серед них належить розвитку дегенерації у суміжних (до оперованого) хребтових сегментах.

Нами проведено ретроспективний аналіз наслідків керамоспондилодезу поперекового відділу із застосуванням імплантів з корундової та пористої кераміки у 24 хворих, оперованих з приводу грижі диску з дегенеративною нестабільністю ураженого сегменту, нестабільності сегменту чи спондилолістезу.

Обстежили 8 жінок та 16 чоловіків середній вік яких складав 51,3 років (від 24 до 62 років). Віддалений післяопераційний період складав 9,1 рік. Спондилограми були проаналізовані з поглядом на спондилолістез (anterolistes, retrolistes), нестабільність, грижі міжхребцевого диску, стеноз, гіпертрофію дуговідросткових суглобів, формування остеофітів, сколіоз та компресійні переломи хребців суміжних краніальних/каудальних сегментів. Порівнювались рентгенограми пацієнтів до операції, раннього післяопераційного періоду та рентгенограми отримані при останньому огляді.

При спостереженні від 1 до 16 років, виявлено, що в 66,7% хворих відмічено дегенеративні зміни суміжних сегментів. Проте тільки у 8-ми (33,3%) пацієнтів рентгенологічні прояви захворювання корегували з клінічними симптомами та були заплановані на оперативне лікування.

Отже, розвиток дегенерації суміжних сегментів після спондилодезу поперекового відділу наймовірніше пов'язаний як з деякими післяопераційними механічними факторами, так і з процесами нормального старіння хребта. Для вирішення тактики повторного оперативного втручання рентгенологічні ознаки дегенерації суміжних сегментів повинні строко корелювати з клінічними даними.

Эндоскопическая шейная микродискэктомия в устранении дискогенных болевых нейрокомпрессионных синдромов

Красиленко Е.П.¹, Аксёнов В.В.²

¹ Институт нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины,
² Одесская областная клиническая больница
Киев, Одесса
Украина
8044 4864608
krasilenkosempal@com.ua

В клинике лазерной и эндоскопической спинальной нейрохирургии Института нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины методом эндоскопической шейной микродискэктомии (ЭШМ) в 2001-2005 г.г. оперированы 92 больных с дискогенными нейрокомпрессионными синдромами шейного отдела позвоночника. До операции у большинства пациентов доминировал болевой синдром. В 85 случаях (92,4%) он был обусловлен компрессионной радикулопатией - изолированной (у 78 больных - 84,8%) или в структуре миелорадикулопатии (7 - 7,6%). У 83 из этих больных отмечена симптоматика выпадения функции компремированного корешка, у 2 - его ирритация. Сопутствующие дискогенные рефлекторные синдромы обуславливали цервикалгию (локальный миосклеротомный синдром) - у 84 больных (91,3%); шейно-плечевую и межлопаточную боль, цервикогенную краниалгию (отраженные миосклеротомные синдромы) - у 18 больных (19,6%); боль в плечевом суставе (дистрофический синдром - плече-лопаточный периартроз) - у 6 больных (6,5%). Стойкие положительные (отличные и хорошие) результаты ЭШМ получены у 94,8% больных с явлениями выпадения функций компремированного корешка. Полный регресс болевого синдрома и неврологической симптоматики в отдаленном периоде зафиксирован у 89,5% этих пациентов. Средний балл болевых ощущений (СББО), составлявший до операции 2,16±0,07 (по Международной шкале боли), снизился в отдаленном периоде до 0,16±0,05. У одного из двух пациентов с симптомами раздражения компремированного корешка отмечен полный регресс болей в течение первых суток. Во втором случае болевой синдром персистировал в связи с недостаточной декомпрессией корешка; потребовалось повторное открытое вмешательство (1,1%). Отмечено достоверное снижение СББО при рефлекторных болевых синдромах: локальном и отраженном миосклеротомных - с 2,14±0,06 до 0,20±0,05 и с 2,06±0,17 до 0,33±0,14, соответственно; дистрофическом - с 2,50±0,20 до 0. Отличные и хорошие результаты составили 95,1%, 88,9%, 100%, соответственно. Миосклеротомные синдромы в значительной степени регрессировали в первые 3 недели после операции. Полный регресс дистрофического синдрома отмечен в отдаленном периоде.

Динамика корешкового болевого синдрома при протезировании межпозвонковых дисков на уровне поясничного отдела позвоночника с использованием заднебокового доступа**Квасницький А.Н., Слынько Е.И.,
Аль-Кашкиш Ияд Исхак***Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
8044 5921909
eu_slinko@yahoo.com*

Приведены результаты наблюдения за 9 пациентами, у которых осуществлено протезирование межпозвонковых дисков на уровне поясничного отдела позвоночника с использованием впервые в мире разработанного авторами задне-бокового доступа. У всех пациентов диагностирована одноуровневая грыжа межпозвонкового диска с корешковой болевой симптоматикой. Продолжительность наблюдения после операции составила от 6 до 24 мес. Пациенты оценивали выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале и заполняли опросник оценки уровня индекса нетрудоспособности Освестри. По данным рентгенографии оценивали высоту межпозвонковых дисков, объем движений в сегментах. Все пациенты отметили уменьшение интенсивности боли в поясничной области и практически полное исчезновение корешковой боли в нижней конечности после операции. Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ уменьшилась с $87,1 \pm 3,1$ — до операции до $22,3 \pm 6,1$ — через 6 мес после нее; уровень нетрудоспособности по индексу Освестри — соответственно с $72,3 \pm 9,1$ до $26,2 \pm 14,4$; высота пораженного межпозвонкового диска увеличилась с 7 до 12,5 мм; объем движений — с 5 до 11°. Высота дисков на смежных с прооперированным уровнях существенно не изменилась. Проседания протеза, его расшатывания, смещения, поломки металлической или пластиковой части не отмечено. Т.о. применение задне-бокового доступа для установки протезов межпозвонковых дисков у пациентов с грыжей диска и корешковой болевой симптоматикой более эффективно, чем стабилизация с использованием переднего доступа.

Эффективность микродискэтомии с последующим протезированием межпозвонковых дисков подвижными протезами в лечение радикулярного болевого синдрома**Квасницький А.Н., Вербов В.В., Слынько Е.И.***Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
8044 5921909
eu_slinko@yahoo.com*

Разработана конструкция подвижных протезов межпозвонковых дисков, проведены биомеханические исследования на экспериментальных образцах протезов. Изучены топографо-анатомические соотношения, необходимые размеры протезов дисков. Оперативные вмешательства установления подвижных протезов межпозвонковых дисков выполнены в 14 больных с патологией поясничных дисков и у 24 больных с патологией шейных дисков. После оперативного вмешательства проведены клиническая оценка результатов лечения и изучены радиологические особенности установленных протезов дисков, их биомеханические свойства. Доказано, что методика микродискэтомии с последующим протезированием межпозвонковых дисков подвижными протезами позволяет избежать послеоперационной нестабильности позвоночника, восстановить физиологическую мобильность оперированного позвоночного сегмента, существенно уменьшить локальный и корешковый болевой синдром, повысить результаты трудовой реабилитации больных.

Результаты лечения больных с прозопалгиями методом чрезкожной баллонной микрокомпрессии Гассерова узла

Латышев Д.Ю., Цымбалюк В.И.

Центр сосудистой нейрохирургии КУ «ДОКПБ»
Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Днепропетровск, Киев
Украина
+38 056 7534161
neurosurg@i.ua

Целью работы было изучение результатов лечения пациентов с невралгией тройничного нерва (НТН) методом чрезкожной баллонной микрокомпрессии (ЧБМ) Гассерова узла тройничного нерва (ТН).

Материалы и методы. 44 пациентам с НТН, (Ж=29/М=15), средний возраст 69,7 лет (34-89 лет), за период с 2005-2008 гг была произведена 51 операция ЧБМ. Показанием к ЧБМ являлись: выраженный фармакорезистентный болевой синдром, возраст >80 лет, патология внутренних органов у пациентов <80 лет, отказ от проведения микроваскулярной декомпрессии (МВД). Для ЧБМ использовался стандартный набор инструментов. Операции проводились согласно технике предложенной S. Mullan и T. Lictor (1983) в модификации J. Brown (1996), под внутривенным наркозом, контролем ЭОП, с длительностью компрессии 1,47±0,08 мин. и давлением 1,6 bar. Все операции прошли без осложнений.

Результаты и их обсуждение. Перед операцией пациенты были обследованы неврологически и по опроснику McGill Pain Questionnaire (MPQ). С целью исключения патологии мосто-мозжечкового угла производилась МРТ. При подозрении на герпетическое поражение – вирусологическое исследование крови. Идиопатическая НТН (I и II типа) выявлена у 14 (31,8%) пациентов, у 10 – вследствие нейроваскулярного конфликта. Постгерпетическая нейропатия (ПГН) имела место у 19 (43,2%) человек. У 9 (20,4%) больных отмечалась тригеминальные нейропатические боли (ТНБ), вследствие проведенных ранее деструктивных процедур и МВД. У 2 (4,6%) пациентов – симптоматическая НТН. Средняя продолжительность заболевания составила 11,9±3 лет. Доза Карбамазепина 400-1200 мг/сут. Согласно MPQ пациенты были обследованы перед ЧБМ, через 3, 6, 12, 24 мес. Регресс болевого синдрома в день операции отмечен у 41 (93,2%) больного, у остальных – в течение 3-х суток. Возобновление болей через 3 мес. возникло у 5 (11,4%) больных. У 3 (6,8%) пациентов боли возобновились через 6 мес. Через 12 мес. возобновление болей наблюдалось ещё у 3 (6,8%) пациентов, что в итоге составило за год после ЧБМ – 11 (25%) человек. К периоду до 24 мес. возобновление болей отметили еще 4 (9,1%) пациента, что составило 34,1% за два года, а к 36 мес. только у 2 (4,5%), и за три года составило – 38,6%.

Выводы. Результаты хирургического лечения пациентов с прозопалгиями методом ЧБМ, показало высокую эффективность, как в раннем – 6 мес. (81,8%), так и отдаленном – 24 мес. (65,9%) и 36 мес. (61,4%) периодах после операции. Учитывая минимальную деструкцию волокон Гассерова узла, ЧБМ следует отнести к операции выбора, у пациентов с НТН, которым противопоказана операция МВД. Относительная техническая простота и низкий риск осложнений может способствовать широкому внедрению данной методики в нейрохирургических клиниках.

Подход к выбору транспозиции компримирующей артерии в ходе операции микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва

Латышев Д.Ю., Зорин Н.А.

Центр сосудистой нейрохирургии КУ «ДОКПБ»,
Днепропетровская Государственная медицинская академия
Днепропетровск
Украина
+38 056 7534161
neurosurg@i.ua

Цель: изучение анатомических взаимоотношений между root-zone корешка тройничного нерва (ТН) и компримирующими сосудами в ходе операции микроваскулярной декомпрессии (МВД) для выбора оптимального метода транспозиции компримирующего сосуда.

Материалы и методы: Проведено 34 операций МВД согласно стандартной методике, описанной P. Jannetta, по поводу невралгии тройничного нерва (НТН), вследствие нейро-сосудистого конфликта в области root-zone корешка ТН. Изучены микроанатомические взаимоотношения между компримирующими сосудами и корешком ТН, а также применены различные методы их транспозиции: установка тefлоновой прокладки (ТП) Teflon felt «Jonson&Jonson» и ТП на моноволоконной нити «Eticon» 5/0, фиксированной к намету мозжечка (НМ).

Результаты и их обсуждение: В 21 случае выявлена компрессия ТН одной артерией, в 6 – двумя артериями, в 4 наблюдениях – артерией и веной и в 3-х только веной. Основными компримирующими ТН образованиями были: верхнее-мозжечковая артерия (ВМА) (n=18); передне-нижняя мозжечковая артерия (ПНМА) (n=6); понтичная ветвь основной артерии (МА) (n=3); и поперечная вена моста (ПМВ) (n=7). Поиск альтернативных методов транспозиции был обусловлен результатами исследований Chen J., (2000) и Oiwa Y., (2004), подтвердивших возникновение гранулем вследствие адгезивного воспаления и арахноидита в области ТП и нерва, и как следствие – возобновление боли. Определяющим фактором для выбора метода транспозиции являлись анатомические взаимоотношения в области root-zone корешка ТН. ПМВ – пересекалась в 24 случаях. При компрессии ВМА, МА или ПНМА устанавливали ТП в виде «Н»-образной «распорки», ввиду малого диаметра артерий и отсутствия достаточной их мобильности после диссекции. При избыточной петле ВМА, достаточной мобильности последней и отсутствия тонких ветвей осуществлялась транспозиция артерии ТП с моноволоконной нитью фиксированной к НМ. В ходе 23 операций МВД выполнена только установка ТП, в восьми – транспозиция ВМА осуществлена ТП с моноволоконной нитью фиксированной к НМ. Применение обоих методов выполнено в 3 случаях.

Выводы: При наличии соответствующих анатомических условий в ходе операции МВД, помимо «классической» транспозиции ТП предложенной P. Jannetta, с успехом может быть применена транспозиция компримирующей артерии ТП с моноволоконной нитью, фиксированной к НМ. Данная методика позволяет предупредить возникновение гранулем в области ТП и нерва, и как следствие – улучшить отдаленные результаты хирургического лечения НТН.

Отоневрологическая симптоматика у больных с невралгией тройничного нерва после васкулярной декомпрессии

Лебедева М.А., Капитанов Д.Н., Шиманский В.Н., Мазмудов У.Б., Тяняшин С.В., Карнаухов В.В., Отарашвили И.А.

НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН
Москва
Россия
+7 495 251-65-26
vadim@shimansky.ru

Введение: Патогномичным методом лечения одного из видов нейрогенной боли - невралгии тройничного нерва (НТН) - является васкулярная декомпрессия (ВД), которая заключается в разобщении сосудисто-нервного конфликта, лежащего в основе заболевания. Как и любая нейрохирургическая операция, васкулярная декомпрессия тройничного нерва несет в себе риск послеоперационных осложнений. Наиболее частыми из них являются кохлеовестибулярные нарушения (снижение слуха, шум в ушах, головокружение).

Цель: Изучении отоневрологической симптоматики у больных с НТН, изучение механизма развития кохлеовестибулярных осложнений после ВД.

Материал и методы: В НИИНХ за 2005 – 2008 гг обследовано и оперировано 82 больных с НТН. Всем пациентам проводилось отоневрологическое обследование, пороговая тональная аудиометрия, акустическая импедансометрия, регистрация задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ), экстрагипанальная электрокохлеография (ЭЭКоГ).

При отоневрологическом обследовании в дооперационном периоде слабовыраженная симптоматика поражения тройничного нерва выявлялась у 38 больных. По данным ЭЭКоГ признаки гидропса лабиринта получены у 21 больного. Клинического проявления гидропса не было ни у одного больного.

После операции у 52 больных нарушение слуха не отмечалось. У 30 больных с НТН в раннем послеоперационном периоде отмечено снижение слуха на стороне операции. При этом в большинстве случаев нарушение слуха наблюдалось у пациентов с выявленным в предоперационном периоде гидропсом. Транзиторные нарушения в виде стволовой вестибулярной симптоматики (SNy) выявлены в 20 случаях, нарушение походки и статики – у 63, нарушение чувствительности на половине лица – 47; периферический парез лицевого нерва – 10, нарушение вкуса на передних 2/3 языка – у 9 больных.

Выводы: Гидропс лабиринта является возможной причиной развития кохлеовестибулярных осложнений МВД у больных с НТН и ГС. Стволовые вестибулярные расстройства расцениваются нами как результат воздействия на ствол головного мозга и/или нарушения кровообращения указанной локализации во время проведения оперативного вмешательства и имеют транзиторный характер.

Хирургическое лечение болевого синдрома при позвоночно-спинномозговой травме грудного и поясничного уровня

Леонтьев А.Ю., Леонтьев Ю.А., Костин Н.Г.

Херсонская областная клиническая больница
Херсон
Украина
80667552614
Alexas22@mail.ru

Цель: изучить эффективность хирургического лечения болевого синдрома и основные факторы на неё влияющие.

Материалы и методы: в исследование включены 121 пациент в среднем возрасте 33,9 лет, которым оперативное вмешательство было выполнено в пределах 30 дней с момента травмы. Мужчин было 73%. У всех пациентов по данным дополнительных методов исследования (КТ, МРТ, спондилограммы) были выявлены признаки сужения позвоночного и/или корешковых каналов с наличием (66%) или без признаков нарушения функции нервных структур позвоночного канала (34%). Интенсивность болевого синдрома оценивалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Оценка выполнялась сразу после поступления и перед выпиской. Оперативные вмешательства выполнялись через переднебоковые (3), боковые (15), задние (72), заднебоковые (25) и комбинированные доступы (6). Статистически значимым отличие считалось при $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Средний балл ВАШ до операции составил $7,3 \pm 1,75$ в пределах от 2 до 10 баллов. Средний срок с момента травмы до операции составил $9,7 \pm 8,2$ дней. При исследовании всех факторов, которые были доступны в предоперационном периоде с болевым синдромом слабо коррелировал только пол ($P = 0,038$). В послеоперационном периоде болевой синдром был значимо меньшим ($0,99 \pm 1,45, P < 0,000$). Определены факторы, которые значимо ($P < 0,05$) влияли на уровень болевого синдрома после операции: чувствительность до операции, класс по классификации ASIA до операции, вид боли после операции, бал двигательных расстройств после операции, нарушение функций мочевого пузыря и прямой кишки после операции, показатель нарушения неврологических функций и целостности задних костно-связочных структур по шкале TLICS, с методами декомпрессии: фасетэктомия, частичная корпэктомия, удаление оболочечной гематомы. Встречены следующие виды болевого синдрома: локальный, радикулярный и их комбинация. Статистических различий между результатами снижения уровня в зависимости от выбранного доступа не получено ($P > 0,05$).

Выводы. Декомпрессивно-стабилизирующие операции при позвоночно-спинномозговой травме грудного и поясничного уровня позволяют достигнуть существенного снижения уровня боли (на 6,31, $P < 0,05$) у пострадавших. Уровень боли значимо ($P < 0,05$) зависел от таких методов декомпрессии: фасетэктомия, частичная корпэктомия, удаление оболочечной гематомы. Регресс болевого синдрома не зависел от выбранного хирургического доступа.

Больові синдроми та їх лікування при сакральних нейрогенних кістах

Лешко М.М., Слинко Е.І.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова
АМН України
Київ
Україна
8044 5921909
eu_slinko@yahoo.com

Проаналізовано 29 хворих яким проводилися оперативні втручання з приводу больових синдромів при кістах крижового каналу, віком від 40 до 55 років (19 жінок та 10 чоловіків). Виділені варіанти кіст: 1) Периневральні або Тарловські кісти (16 хворих); 2) Екстрадуральні менингеальні кісти (6 хворих); 3) Менингеальні дивертикули (2 хворих); 4) Інтрадуральні лептоменингеальні кісти (2 хворих); 5) Сакральні-пресакральні кісти в складі Currarino триади (3 хворих). Всі хворі оперовані. Безпосередньо після втручання регрес неврологічної симптоматики досягнуто у 26 хворих. За даними останнього контрольного обстеження яке вдалося провести у хворих (перед випискою, якщо хворий більше не звертався, чи повторних оглядах) у всіх хворих зник радикальний больовий синдром, майже в усіх випадках суттєво зменшилися прояви радикулопатії. Порушення функції тазових органів та потенції (нетримання сечі, дисменореї, імпотенції) частково регресували в усіх оперованих хворих. Було виявлено виражену позитивну кореляцію між наявністю радикальних симптомів та відмінним результатом операцій.

Особливості больового синдрому при кістах крижового каналу

Лешко М.М.

Київська обласна клінічна лікарня
Київ
Україна
+38(050)5235217, +38(044)4891279
michael_leshco@mail.ru

Метою даної роботи було вивчення характерних особливостей больового синдрому у хворих з кістами крижового каналу (ККК).

Матеріали і методи. Нами обстежено 68 хворих, що лікувались з приводу ККК в Інституті нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України та Київській обласній клінічній лікарні в період з 1996 по 2009 рр. Для кількісної оцінки больового синдрому ми використали збірник питань, що оцінює ступінь інвалідизації внаслідок люмбагії, Oswestry low back pain disability questionnaire (OPQ).

Результати і їх обговорення. Тривалий час ККК протікає субклінічно і може стати випадковою знахідкою на КТ чи МРТ. Маніфестація може бути як поступовою, так і гострою. Біль різної вираженості спостерігався у всіх обстежених хворих і в більшості випадків саме він був першим симптомом захворювання. Ми виділили 2 типи больового синдрому – локальний біль у крижовій ділянці, зумовлений подразненням больових закінчень (44 хворих, 64,7%), та корінцевий біль, обумовлений компресією чи тракцією волокон заднього корінця (53 хворих, 77,9%). На початку захворювання спостерігається переважно локальний біль, що розповсюджується у попереково-крижову і/або куприкову ділянку спини. З часом він розповсюджується на нижні кінцівки та аногенітальну зону, переходячи з однієї локалізації у двобічну. З'являються симптоми корінцевого натягу. Біль посилюється в положенні сидячи, а особливо сидячи навпочіпки та при підйомі зі стільця чи з ліжка, а також при кашлі, нахилах та підйомі вантажів. Полегшення настає в положенні лежачи на спині. Така динаміка може бути обумовлена натягом корінців при розтягненні кісти під дією підвищеного люмбального тиску. У хворих з великими кістами та менингеальними дивертикулами спостерігався головний біль, появу якого можна пояснити змінами ліквородинаміки та зниженням люмбального тиску внаслідок всмоктування ліквору в кісті. Частота болів у зоні дерматомів L5-S3, що спостерігалися у 53 хворих (77,9%), суттєво перевищує частоти інших больових симптомів ($P < 0,05$). Не локалізований за дерматомами біль в нижніх кінцівках відмічали 61,8% обстежених. 31 хворий (45,6%) скаржився на прогресуючий біль у нижній частині поперекового відділу спини, по 15 (22,1%) – на біль у крижовій кістці та прямій кишці, 7 (10,3%) – на больові відчуття в ділянці куприка. При оцінці інвалідизації за OPQ середній бал становив 16,2 з 23 можливих (70,4%), причому максимальна інвалідизація спостерігалася саме внаслідок радикального та сегментарного больового синдрому – 2,9 з 5 (58,6%).

Висновки. Больовий синдром спостерігається у всіх хворих з ККК, прогресує з часом і робить найбільший внесок в їх інвалідизацію.

Боль и иммунная дисфункция

Лисянь Н.И.

Институт нейрохирургии им.акад.А.П.Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
8 044 483-81-93
nitin.neuro@gmail.com

Болевые ощущения являются клиническим признаком наличия воспалительной реакции организма. Физиологические механизмы ее развития остаются во многом не изученными, так же, как и переход защитной боли в патологическую, хроническую невропатическую боль. В последние годы много уделяется внимания генетической детерминированности боли, что связывают с полиморфизмом целого ряда генов. Описана связь хронической боли с полиморфизмом десятков генов провоспалительных цитокинов, нейротрансмиттеров, нейротрофических факторов, внутриклеточных месенджеров и т.д. Учитывая то, что иммунная дисфункция, проявляющаяся как в виде хронического воспалительного процесса в различных органах, в том числе и различных отделах нервной системы, так и в виде прогрессирующих ремиттирующих нейроаутоиммунных реакций, может способствовать гиперпродукции многих интерлейкинов (ИЛ), в частности, ИЛ-1,-6,-10, которые, как известно, индуцируют продукцию болевых нейротрансмиттеров типа субстанции Р, а следовательно, формировать острый и хронический болевые синдромы. Вторым важным фактором в формировании хронического болевого синдрома является иммунная недостаточность, которая сопровождается активацией условнопатогенной микрофлоры, в частности, нейровирусной герпесинфекции, особенно вирусов герпеса 4,6,7 типов.

Изучение иммунного статуса у более 300 больных с разнообразными хроническими болевыми синдромами (полирадикулоневриты, невралгии тройничного нерва, мигрень, краниалгии, синдром хронической усталости, демиелинизирующие заболевания) позволило выявить наличие интенсивных аутоиммунных реакций к нейроантигенам у большинства больных с гиперпродукцией ИЛ-1 и ФНО-альфа, а также наличие в слюне и реже в периферической крови герпесвирусной инфекции, наиболее часто вирусов герпеса 4,6,7 типов. Общепринятая антиоцидетивная терапия в большинстве случаев оказывалась малоэффективной или эффект был кратковременным. Подключение к данной терапии противовирусных препаратов, а также иммуномодуляторов способствовало более эффективному лечению болевых синдромов. Среди иммуномодуляторов наиболее эффективными были дексон, преднизолон, полиоксидоний, галавит, циклоферон.

Таким образом, исходя из полученных нами данных и патогенеза упорных болевых синдромов, целесообразно у данного контингента больных определять наличие иммунной дисфункции и активацию нейроинфекции бактериального и вирусного генеза, а также включать в комплексную терапию этиотропные и иммуномодулирующие препараты, направленные на коррекцию иммунного статуса и уменьшение системной и местной воспалительной реакции.

Причины незадовільних результатів оперативного лікування дискогенних радикулітів

Лонтовський Ю.А.

Кам'янець-Подільська міська лікарня № 1
Кам'янець-Подільський
Україна
8-03849-9-08-03, 8-050-537-47-39
yulont@rambler.ru

З 1999 року прооперовано 523 хворих з приводу дискогенних радикулітів. При виборі методу втручання перевага надавалась малотравматичним доступам. Переважали інтерлямінектомії (67 % операцій) та флявотомії (12 %). У разі необхідності детальної ревізії корінця та виконання кюретажу міжхребцевого простору інтерлямінектомії доповнювались медіальною фасетектомією (12 %). Гемілямінектомії виконувались у 6 % випадків, лямінектомії менш ніж у 3 %. Кюретаж міжхребцевого простору виконувався у 54 % випадків. Показами до виконання кюретажу вважали неможливість видалення випавшої частини диску «одним фрагментом». У 32 % грижеві маси видалялись одномоментно, при чому візуально дефект задньої поздовжньої зв'язки у місці випадіння грижі не визначався і від кюретажу утримувались. У 14 % випадків відмічалась негрижева компресія (остеофіти, тунельна радикулопатія, гіпертрофія жовтої зв'язки та ін.) і оперативне втручання завершувалось адекватною декомпресією корінця. У 5 випадках (при середніх грижах), після тотальної дискектомії виконувалась задній міжтіловий спонділодез (PLIF). Спостереження за прооперованими хворими тривало близько 3-х років. Через рік після втручання 26 % хворих оцінювали свій стан як відмінний, 37 %, як добрий і 30 %, як задовільний. 37 хворих (7 %) були незадоволені своїм станом. У структурі скарг на перше місце виходять часті люмбалгії (86 % невдоволених хворих), оніміння в ураженій кінцівці (89 %), болі в кінцівці (95 %), статодинамічні порушення (97 %). Всім хворим повторно виконувалось МРТ або КТ. 84 % невдоволених хворих (31 особа) були повторно прооперовані. Виконувались розширені інтерлямінектомії, медіальні фасетектомії, гемілямінектомії. У 14 хворих оперативне втручання полягало у ревізії корінця, радикулолізі та декомпресії. Ознак рецидиву грижі міжхребцевого диску не виявлено. Причиною погіршення стану в цих випадках став розвиток рубцево-злукового процесу в епідуральному просторі. В 17 випадках причиною погіршення стану були рецидивні грижі (в 5 випадках за рахунок вільних секвестрів, у 12 за рахунок екструзії міжхребцевого диску). Оперативне втручання в даному випадку завжди закінчувалось кюретажем міжхребцевого простору. Цікавим слід відмітити той факт, що ні одному із прооперованих повторно хворих під час першого втручання не виконувалась кюретаж міжхребцевого простору.

Висновок. На нашу думку, виконання кюретажу міжхребцевого простору певною мірою може запобігти рецидиву грижі у майбутньому. Бажаним доповненням втручання є виконання заднього міжтілового спонділодезу (PLIF, TLIF).

Аналіз ятрогенних інтраопераційних ушкоджень при оперативних втручаннях з приводу дискогенних радикулітів

Лонтковський Ю.А.

Кам'янець-Подільська міська лікарня № 1
Кам'янець-Подільський
Україна
03849-9-08-03, 9-15-09
yulont@rambler.ru

Метою дослідження є з'ясування найбільш частих причин виникнення інтраопераційних ятрогенних ушкоджень при оперативних втручаннях з приводу дискогенних радикулітів. Проблема ятрогенних ушкоджень, на жаль, не може стояти осторонь тих досягнень та перемог, які ми отримуємо при оздоровленні наших пацієнтів. Життя безжалісно надає нам сюрпризи у вигляді післяопераційних лікворей, наростання неврологічного дефіциту, посилення больового синдрому. Закривати очі на ці проблеми, безумовно, недоречно. З 1999 року прооперовано 523 хворих. У 11 хворих відмічалась післяопераційна лікворея. При чому у 7-ми хворих лікворея була діагностована інтраопераційно та були виконані всі заходи по її зупинці. У 4-х хворих видимих інтраопераційних причин не відмічалось. В одному випадку консервативні заходи по зупинці ліквореї були неефективні, тому виконувалось повторне оперативне втручання та закриття норичі. Ятрогенне ушкодження дурального мішка найчастіше відмічалось у місці виходу корінця, при медіальному зведенні. Ушкодженню сприяли злуковий епідурит та малі розміри інтерлямінектомого вікна, через що відмічалась погана візуалізація нервових структур. Вважаємо, що у випадку відсутності чітких даних за інтраопераційне ушкодження дурального мішка, при виникненні ліквореї в п/о періоді, причиною її могло бути не діагностоване ушкодження дурального мішка з тимчасовою тампонадою отвору павутинною оболонкою та послідуємим післяопераційним розривом її. Досить часто (35 % випадків) в післяопераційному періоді, на фоні зменшення больового радикулярного синдрому, у хворих виникало відчуття оніміння ураженої кінцівки. Це відчуття могло тривати від 5-ти днів до місяця, а могло залишитись назавжди (34 % від числа незадоволених). Причина розвитку симптому полягає у травматизації корінця при медіальному і особливо латеральному зведенні. Така ситуація часто виникає при бажанні видалити грижу через невеликий інтерлямінектомний отвір. Корінець при цьому мобілізується недостатньо, що і призводить до його надмірного натягу та травматизації. У 24 пацієнтів, після видалення грижі, на другу добу відмічалось різке посилення радикулярного больового синдрому. У 8 випадках причиною стало подразнення корінця дренажною трубкою, в 16-ти – скопичення раньового вмісту через неадекватне дренивання. Після усунення причин подразнення больовий синдром зникав.

Висновки. Для запобігання утворень ятрогенних інтраопераційних пошкоджень, слід виконувати адекватний операційний доступ для повноцінної ревізії нервових структур (флявотомія, інтерлямінектомія), проводити достатню мобілізацію ураженого корінця (від місця виходу до форамінальної частини), забезпечити адекватне дренивання раньової порожнини.

К вопросу о боли при тетринг синдроме

Махмудов Ш.Д., Ахмедиев М.М.

Республиканский научный центр нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
+998712649613
kariev@bcc.com.uz

Тетринг синдром или, или фиксированный спинной мозг (СФСМ) в 11-27% случаев встречается у детей со спинальной дизрафией (Sargwark J.F. et all., 1996). Он представлен фиксацией корешков, конечной терминальной нити или самого спинного мозга на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника. В свою очередь СФСМ может быть как первичным, так и вторичным. Первый вариант, встречается при скрытых спинальных дизрафиях, когда терминальная нить тесно спаяна с позвоночным столбом или близ лежащими мягкими тканями (Spina bifida occulta). Вторичный (retethering cord syndrome) возникает после хирургических вмешательств по поводу удаления спинномозговых грыж (Spina bifida aperta et complicata), чаще всего в экстренном порядке, при разрывах грыжевого мешка, когда первой задачей хирурга является тщательная пластика, для предупреждения осложнений. Нами проанализировано 8 детей с синдромом натянутого спинного мозга (СФСМ). Возраст больных варьировал от 2 до 10 лет, из которых у 7 была первичная фиксация и у 1 вторичный тетринг синдром. Каждый ребенок прошел тщательное обследование, которое включало в себя исследование соматоневрологического статуса и клинико-инструментальных методов диагностики. В клинике у всех больных отмечались боли в поясничной области, ограничение подвижности и искривления позвоночника, слабость в ногах, ортопедические и тазовые нарушения. Все больные были прооперированы, при этом хирургическое лечение было направлено на устранение фиксации спинного мозга и его элементов. В послеоперационном периоде во всех случаях мы наблюдали положительный эффект со стороны болевого синдрома, больные не жаловались на симптом боли, который был до этого, а также отмечалось значительное улучшение со стороны функции тазовых органов и нижних конечностей. Боль в области послеоперационной раны отмечалась только после операции, которая купировалась анальгетиками.

Таким образом, что боль, возникающая при спинальных дизрафиях - признак «фиксированного спинного мозга» и должна быть корригирована операцией в обязательном порядке, так консервативная терапия не целесообразна. В последующем ребенок, оперированный в раннем детстве по поводу спинномозговой грыжи, должен находиться под контролем смежных специалистов.

Морфологічна оцінка патології трійчастого нерва в експерименті

Малишева Т.А.¹, Чомоляк Ю.Ю.²

¹ Інститут нейрохірургії ім.акад. А.П.Ромоданова АМН України,

² Ужгородський національний університет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії

Київ, Ужгород

Україна

8044 483 92 08

morpho.neuro@gmail.com

Механізми, причини та структурні зміни при нейрогенному больовому синдромі активно вивчаються.

Мета дослідження: вивчення структурних змін при експериментальній демієлінізації корінця трійчастого нерва для з'ясування патогенетичних механізмів нейрогенного болю й обґрунтування шляхів корекції цієї патології.

Матеріал: стали 32 тварини (20 експериментальних та 12 група порівняння). Після декапітації з виділенням зони дослідження виконано морфологічні дослідження.

Методи: хронічний експеримент, морфологічні дослідження (в т.ч. гістохімічні), статистичні.

Встановлено: Патологічні зміни в осьових циліндрах в залежності від ступеню ураження виявляються в помірному зморщуванні осьових циліндрів власне корінця на тлі явищ периаксонального набряку; реактивно-деструктивних змінах усіх структур корінця та тканині стовбура мозку. Вогнища демієлінізації не залежать від наявності чи відсутності лімфоцитарно-макрофагальної запальної інфільтрації. Патологічні зміни з боку мікросудин: виражений перикапілярний набряк, стійке звуження, та паретичне розширення просвіту судин (ангіодистонія). Визначаються поодинокі дрібні перивазальні геморагії з еритроцитарними екстравазатами (свідчення порушення проникності мікросудин). Визначаються ознаки набряку сполучної тканини корінця (пери-, епі- та ендоневрію). Таким чином, при морфологічному дослідженні особливостей структурних змін в корінці, ганглії трійчастого нерва та місці входу корінця в стовбур головного мозку при моделюванні виявлена своєрідна гістологічна картина, що характеризується дистрофічно-дегенеративними змінами глії та фокальною демієлінізацією аксонів при відсутності виражених гліозних та сполучнотканинних рубців та запальних змін. В окремих нервових волокнах відбуваються явища висхідної дегенерації з ознаками гангліоніту. В корінці – деструктивні зміни, власне в тканині вузла трійчастого нерва – груба дистрофія тіл псевдоуніполярних нейронів, з руйнуванням окремих з них та активація мантійних гліоцитів та клітин сполучної тканини.

Висновки: описані при комплексному морфологічному дослідженні зміни відповідають ознакам сегментарної демієлінізації, що є однією з складових нейрогенного болю при тригемінальній невралгії.

Организация скорой медицинской помощи при травматическом шоке на догоспитальном этапе

Маманазаров К.М., Курбанов У.К

Сурхандарьинский областной многопрофильный центр, Термез

Узбекистан

+998712649617

kariev@bcc.com.uz

За последние годы достигнуты определённые успехи в профилактике и лечении травматического шока. Тем не менее, было бы ошибкой считать, что эта проблема разрешена. До настоящего времени остаётся ряд сложных и нерешённых вопросов в организации противошоковой помощи на догоспитальном этапе. Нами ретроспективно были проанализированы 83 больных с сочетанной тяжёлой черепно-мозговой травмой, осложнившейся травматическим шоком. Первая помощь оказывалась врачом скорой помощи. Из анализированных больных было 76,2% мужчин и 23,5% женщин. Какую профилактику и терапию шока может и должен провести врач скорой помощи на догоспитальном этапе? Этот вопрос до сих пор остаётся открытым, хотя имеет большое практическое значение. Мы, прежде всего, коснёмся профилактических мероприятий при травматическом шоке, так как врачу скорой помощи приходится больше заниматься профилактикой шока, чем его терапией. Судя по нашим данным, по частоте шока при повреждениях можно до известной степени определить комплекс профилактических мер при тех или иных травмах. Если учесть зависимость возникновения травматического шока от локализации и характера повреждений, то следует полагать, что максимальный объём профилактических и противошоковых мероприятий необходимо осуществлять при сочетанной тяжёлой черепно-мозговой травме с повреждением конечностей, таза, живота и грудной клетки. Таким образом, организация медицинской помощи при травматическом шоке на догоспитальном этапе зависит от тяжести внечерепных повреждений.

Перший досвід балонної мікрокомпресії гесерового вузла при рецидивуючій невралгії трійчастого нерва

Мартин А.Ю., Потапов О.І., Гринів Ю.В.

Медуниверситет
Івано-Франківськ
Україна
8-0342-528191
martyn@okl.if.ua

Невралгія трійчастого нерва є однією з найчастіших причин лицевих больових синдромів. Є три відомі черезшкірні операції при даному захворюванні, такі як радіочастотна різотомія, ретрогесерове введення гліцерину та балонна компресія корінця трійчастого нерва, але немає єдиної згоди серед нейрохірургів відносно того що краще. Кожний метод приводить до певної кількості рецидивів та ускладнень.

Ціль роботи: оцінка перших результатів черезшкірної балонної компресії Гесерова вузла при невралгії трійчастого нерва.

Матеріали та методи дослідження: обстежено 7 хворих із стійкою рецидивуючою невралгією. Серед хворих чоловіків було 4, жінок 3. Вік хворих коливається від 57-77 років. Серед них невралгія II-ї вітки діагностовано у 4 хворих, III-ї вітки у 3 хворих. Найбільш часто зустрічається невралгія правого трійчастого нерва. Усім хворим неодноразово проводилися спиртові блокади, вони постійно приймали карбамазепін у великих дозах. Операції проведено за методикою розробленої S.Mullan, та модифікованою J.Brown.

Результати і їх обговорення: У ранньому післяопераційному періоді позитивний результат отриманий у всіх 7 хворих, з них у 5 хворих болі зникли відразу після виходу з наркозу, у двох на 2 та 7 день. Ускладнень після операції не було. При цьому слід відмітити що грубих порушень чутливості на відповідній стороні обличчя не було, було незначна гіпестезія обличчя як регресувала до 3 місяців (2 хворих), короткотривала слабкість жувального м'язу у одного хворого та поява герпетичного висипання теж у одного хворого. Спостереження за хворими на протязі 18 місяців показало, що рецидиви приступів болів були лише у одного хворого, але інтенсивність та частота больового синдрому була значно меншою ніж до операції. Прийом фінлепсину в дозі 100мг/добу був достатній для попередження болів.

Таким чином, можна вважати операцію балонної компресії корінця трійчастого нерва як метод вибору в лікуванні рецидивуючої невралгії.

Принципи стандартизації діагностики і лічення нейрогенних больових синдромів

Могучая О.В., Щедренок В.В., Себелев К.И.

Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт им. проф. А.Л.Поленова
Санкт-Петербург
Россия
+7-921-656-14-47
ovm55@yandex.ru

Цель работы – разработка принципов стандартизации диагностики и лечения нейрогенных больовых синдромов.

Материал и методы. В работе обобщен 20-летний опыт Санкт-Петербургского городского противобольового центра комплексного лечения заболеланий нервной системы (руководитель – проф. В.В. Щедренок). Не менее 95% контингента составили пациенты с дегенеративно-дистрофическими заболеланиями позвоночника и лицевыми болями. Длительность течения нейрогенных больовых синдромов и сложность соблюдения преемственности в учреждениях разной подчиненности определяют необходимость стандартизации диагностики и лечения. Кроме того, изучены принципы и подходы к диагностике и лечению нейрогенных больовых синдромов в различных лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга, проведено сравнение результатов лечения.

Результаты и их обсуждение. Исследование показало, что для диагностики необходимо знать суть патологического процесса, его уровень и выраженность, а также степень вовлечения нейро-сосудистых образований. В связи с этим основой диагностики должен стать метод нейровизуализации. Пациентам следует проводить компьютерную или магнитно-резонансную томографию, чаще всего – с последующим динамическим контролем развития процесса. Наиболее перспективной лечебной тактикой при различных нейрогенных больовых синдромах является принцип нарастающей радикальности. Сущность его заключается в том, что лечение начинают с консервативной терапии и наименее инвазивных методик. При длительном и осложненном течении фармако-резистентного процесса необходим индивидуальный подход с рациональным выбором консервативного и, особенно, хирургического лечения.

Выводы. Основой стандарта диагностики нейрогенных больовых синдромов должна стать нейровизуализация, а стандарта лечения – принцип нарастающей радикальности.

Оптимизация диагностики и лечения тригеминальной невралгии

Мозгуля О.В., Щедренок В.В., Топольскова Н.В.

Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт им. проф. А.Л.Поленова
Санкт-Петербург
Россия
+7-921-656-14-47
ovt55@yandex.ru

Цель исследования – улучшение результатов диагностики и лечения фармакорезистентных форм тригеминальной невралгии с оптимизацией протокола клинично-неврологического и клинично-лучевого обследования больных при поражении интра- и экстракраниальных структур трехнейронной системы тройничного нерва.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 720 пациентов с тригеминальной невралгией, среди которых выделены 3 группы: с интракраниальной, экстракраниальной и смешанной (экстра- и интракраниальной) формами. В 1 группу (136, 18,9%) включены пациенты с поражением тригеминальной системы на уровне третьего нейрона (подкорковых структур с клиничной таламического синдрома, нейроваскулярного конфликта в области входа корешка нерва в ствол мозга и постгерпетическим поражением его узла). Во 2 группу (421, 58,5%) вошли больные с поражением нерва на уровне первого нейрона, обусловленного посттравматическими и поствоспалительными изменениями лицевого скелета – зубочелюстной системы и придаточных носовых пазух – в зоне каналов и выходных отверстий периферических тригеминальных ветвей. В 3 группу (163, 22,6%) включены пациенты с поражением двух или трех нейронов тригеминальной системы и клиникой сочетанного вовлечения в процесс экстра- и интракраниальных структур.

Результаты и их обсуждение. Методы хирургического лечения тригеминальной невралгии подразделяют на пункционные и открытые. Пункционные различают по уровню и способам воздействия. По уровню воздействия выделяют операции на периферических ветвях и чувствительном корешке тройничного нерва. К открытому способу относят микроваскулярную декомпрессию чувствительного корешка тройничного нерва в области задней черепной ямки. Воздействие на периферические тригеминальные ветви осуществляют чаще всего в просвете подглазничного и нижнечелюстного каналов, а также в надглазничной вырезке. Хирургические вмешательства на периферических ветвях показаны при поражении тригеминальной системы на уровне первого нейрона.

Выводы. Наиболее рациональной тактикой является принцип «адекватной радикальности»: начинать хирургическое лечение тригеминальной невралгии следует с учетом формы заболевания. Предлагаемая оптимизация клинично-неврологического и клинично-лучевого обследований различных форм может существенно улучшить результаты диагностики и хирургического лечения с использованием при смешанной форме сочетанных хирургических манипуляций.

Динаміка больових синдромів при консервативному та хірургічному лікуванні тунельних невропатій серединного та ліктьового нервів

Москалик І.Т., Потапов О.І., Гринів Ю.В., Мартин А.Ю., Ткачук Ю.Л.

Медуніверситет
Івано-Франківськ
Україна
8(0342)528191
martyn@okl.if.ua

Тунельна невропатія периферичних нервів по даних різних авторів зустрічається в 25-40% усіх захворювань периферичних нервів. Одним з клінічних ознак невропатії є больові синдроми у ділянках іннервації відповідних нервів.

Ціль дослідження: Оцінка результатів консервативного та хірургічного лікування тунельних невропатій серединного та ліктьового нервів за ступенем вираженості больового синдрому та парестезій.

Матеріал досліджень: Нами спостерігалось 37 хворих з тунельною невропатією серединного та ліктьового нервів /карпальним та кубітальним тунельними синдроми/. Чоловіків було 21, жінок 16 (вік 22-69 років). Клінічно у хворих поряд з болями різної інтенсивності та парестезіями в ділянці стиснення і іннервації нерва спостерігалась атрофія м'язів тенора та гіпотенора, вегетативно-трофічні розлади. На ЕНМГ відмічались зниження швидкості проведення збудження аж до повного його блоку та ознак дегенерації м'язів тенора і гіпотенора. Використовувались консервативний та хірургічні методи лікування.

Результати та їх обговорення: Консервативне лікування проведено у 20 хворих. Воно включало внутріканальні блокади гідрокортизону з новокаїном, дексаметазоном, вітамінами групи В. Хірургічне втручання виконане у 17 хворих, з них: 6 хворим проведено декомпресію ліктьового нерва в кубітальному каналі, 11 хворим декомпресія серединного нерва у карпальному каналі. Показанням до операції крім атрофій відповідних м'язів, гіпестезій, служив стійкий прогресуючий больовий синдром. При консервативному лікуванні значне покращення із зменшенням больового синдрому та парестезії спостерігалось у 51,7% хворих на 7-10 добу від початку консервативної терапії. У 82,3% хворих яким проведено хірургічне втручання регрес больового синдрому та парестезії спостерігалась вже на другу добу. Спостереження за хворими від 3-х місяців до 1-го року виявило відсутність болів. Що торкається інших симптомів тунельних невропатій /порушення чутливості, обмеження рухів китиці, атрофія м'язів/ то регрес їх був повільний і переконливо не відрізнявся від результатів консервативної терапії.

Таким чином отримані нами результати консервативного та хірургічного лікування тунельних невропатій серединного та ліктьового нервів вказують на більшу перевагу хірургічної тактики лікування.

Качество жизни больных в отдаленном периоде после оперативного лечения по поводу опухоли головного мозга

Можжаев С.В., Волов М.Б.

Институт мозга человека РАН имени Н.П. Бехтеревой
Санкт-Петербург
Россия
(812) 234 92 41
volovmb@rambler.ru

Цель: оценить качество жизни больных в отдаленном периоде после открытого оперативного вмешательства с и без использования криохирургического воздействия по поводу опухоли головного мозга.

Материал и методы: Качество жизни больных спустя 3 года и более после оперативного лечения по поводу опухоли головного мозга изучалось при помощи русской версии опросника «SF-36» в 2 группах больных опухолью головного мозга: I группа – 28 больных, оперированных с использованием криохирургического воздействия (муж. 10, жен. 18, ср. возраст $44,5 \pm 3,0$); II группа – 26 больных, оперированных без использования криохирургического воздействия (муж. 10, жен. 16, ср. возраст $43,3 \pm 3,7$). Качество жизни больных в сравниваемых группах сопоставлялось с аналогичными данными группы из 30 «здоровых» людей, сопоставимых по социально-демографическим характеристикам (14 муж., 16 жен., ср. возраст $46,4 \pm 1,9$).

Результаты: Установлено снижение качества жизни за счет всех показателей в обеих группах по сравнению со здоровыми лицами. Показатель по шкале «Физическое функционирование» у больных I группы составил $84,7 \pm 2,1$, у пациентов II группы – $82,1 \pm 2,2$, а у здоровых – $90,6 \pm 3,1$; показатель по шкале «Физически-ролевое функционирование» составил соответственно $64,0 \pm 5,1$; $60,4 \pm 3,3$ и $75,2 \pm 2,7$. Снижение физической функции у больных, оперированных по поводу опухоли головного мозга, проявлялось в ограничении выполнения тяжелых физических нагрузок. При оценке шкалы «Общее здоровье» выявлено, что ни один из тестируемых больных обеих групп не определял свое здоровье, как «отличное» в момент исследования, год назад и в перспективе. Оценивая свое здоровье, большая часть больных, несмотря на высокую физическую активность и высокую социальную роль, определяли свое здоровье как «посредственное». У больных I и II групп по сравнению со здоровыми лицами отмечалось значимое снижение качества жизни по шкале «Социальное функционирование» ($60,6 \pm 2,1$ в I группе; $61,4 \pm 1,2$ – во II группе и $79,5 \pm 2,7$ – в группе здоровых лиц) и некоторое снижение показателей качества жизни, обусловленных психо-эмоциональным статусом. Так, показатель по шкале «Эмоционально-ролевое функционирование» у больных I группы составил $63,4 \pm 3,14$, у пациентов II группы – $65,8 \pm 2,9$, у здоровых – $66,1 \pm 3,3$; по шкале «Ментальное здоровье» у больных I группы – $62,4 \pm 2,2$, у пациентов II группы – $60,8 \pm 2,3$ и у здоровых – $62,7 \pm 1,9$.

Выводы: снижение качества жизни по сравнению со здоровыми лицами отмечалось в обеих группах больных, оперированных по поводу опухоли головного мозга (с и без использования криохирургического воздействия). Наиболее существенный вклад в снижение качества жизни у больных обеих групп вносит ограничение физической активности и социального функционирования, в меньшей степени – эмоциональное состояние.

Криохирургический метод при открытых оперативных вмешательствах у больных опухолями головного мозга

Можжаев С.В., Волов М.Б.

Институт мозга человека РАН имени Н.П. Бехтеревой
Санкт-Петербург
Россия
(812) 234 92 41
volovmb@rambler.ru

Цель исследования: оценить возможности криохирургического метода при открытых оперативных вмешательствах у больных опухолями головного мозга.

Материал и методы: Обследовано 2 группы больных опухолями головного мозга: I группа – 62 больных, которых оперировали с применением криохирургического метода (26 муж., 36 жен., средний возраст $44,1 \pm 2,1$ года) и II группа (контрольная) – 67 больных, оперированных без применения криохирургического метода (32 муж., 35 жен., средний возраст $46,3 \pm 1,7$ года). Группы были однородны и достоверно не различались по локализации, гистоструктуре опухоли, неврологическому статусу, данным инструментальных методов исследования. Всем больным выполнялась костно-пластическая трепанация черепа с последующим удалением опухоли. Криодействие в ходе оперативного вмешательства использовали в виде: криофиксации, криодерезекции, криодеструкции, криокоагуляции, а так же в виде сочетания методик. Радикальность удаления опухоли оценивали по данным контрольной компьютерной, магнитно-резонансной и позитронно-эмиссионной томографии головного мозга.

Результаты: В ходе оперативного вмешательства при использовании криохирургического метода развития осложнений не отмечено. Тотальное удаление опухоли головного мозга достигнуто достоверно чаще в I группе по сравнению с группой контроля (37 и 28 больных соответственно, $p=0,04$). Субтотальное их удаление выполнено 22 больным I группы (35,48%) и 31 – контрольной (46,27%); частично опухоль удалили – у 3 больных I группы (4,84%) и у 8 пациентов группы контроля (11,94%). Средняя кровопотеря в ходе оперативного вмешательства была достоверно меньше в I группе по сравнению с группой контроля ($621,9 \pm 48,1$ и $804,6 \pm 67,3$ мл соответственно, $p=0,03$). Продолжительность операции при использовании метода криохирургии значимо не менялась по сравнению со стандартной методикой и составила в I группе $263,9 \pm 13,1$ мин и $257,5 \pm 19,5$ мин – в контрольной $p=0,71$.

Выводы: Использование криохирургического воздействия в ходе открытого оперативного вмешательства у больных с опухолью головного мозга увеличивает степень радикальности удаления опухоли, уменьшает кровопотерю в ходе оперативного вмешательства и не удлиняет продолжительность операции.

Результаты хирургического лечения аномалии Киари I типа

Можжаев С.В., Стерликова Н.В.

Институт мозга человека Российской академии наук
им. Н.П. Бехтеревой
Санкт-Петербург
Россия
(812) 234-92-41 234-92-40
sterliknat@rambler.ru

Цель – улучшение результатов лечения аномалии Киари I типа на основании усовершенствования хирургической тактики.

Материалы и методы. В Институте мозга человека РАН с 1996 г. по 2009 г. пролечено 132 больных с аномалией Киари I типа. Основную группу составили 42 оперированных пациента, 90 больных, получавших консервативную терапию, включены в контрольную группу. Жалобы и объективные симптомы были количественно оценены по шкале клиничко-неврологической симптоматики (Bindal A.K., Stewart B.D. et al., 1995). Средний балл составил в основной группе $123,8 \pm 3,9$, в контрольной – $80,2 \pm 3,5$ баллов. Клиническая картина АК I типа была представлена гипертензионно-гидроцефальным (72,3%), бульбарно-пирамидным (64,5%), мозжечковым (76,7%), корешковым (91,2%) синдромами, синдромом вертебрально-базиллярной недостаточности (55,4%), синдромом сирингомиелии (31,5%) и дизэнцефальным синдромом (40,6%). Болевой синдром являлся у части больных следствием внутричерепной гипертензии, а у большинства пациентов (68,6%) возникал в результате компрессионного воздействия на корешки черепных и верхнешейных нервов. Больные основной группы оперированы по единой методике, включавшей резекционную трепанацию задней черепной ямки, рассечение рубцов и спаек в зоне операции, субпиалярную резекцию миндалин мозжечка в объеме 2/3 и пластику дефекта твердой мозговой оболочки фрагментом затылочного апоневроза для реконструкции большой затылочной цистерны.

Результаты и их обсуждение. Положительные результаты лечения достигнуты у всех оперированных больных ($p < 0,01$). После операции отмечен регресс проявлений внутричерепной гипертензии, уменьшение бульбарно-пирамидного (59,2%), мозжечкового (64,5%), корешкового синдромов (63,7%), проявлений сирингомиелии (74,5%), вертебрально-базиллярной недостаточности (38,6%) и дизэнцефального синдрома (34,9%). В контрольной группе показатели динамики основных синдромов были значительно хуже. В отдаленном периоде средний балл по шкале клиничко-неврологической симптоматики уменьшился в основной группе до $38,1 \pm 3,6$ баллов. В группе консервативной терапии положительной динамики не отмечалось, напротив, этот показатель увеличился до $82,3 \pm 4,7$ баллов. Индекс Карновского в основной группе увеличился в послеоперационном периоде с $58,7 \pm 2,7$ баллов до $88,4 \pm 2,1$ баллов. В контрольной группе индекс не изменился. Трудовая адаптация в основной группе также имела положительную динамику в отличие от контрольной группы.

Выводы. Хирургическое лечение аномалии Киари I типа с применением данной методики оперативного вмешательства позволяет устранить основные патогенетические аспекты аномалии и достичь значительного уменьшения ее неврологических проявлений и улучшения качества жизни больных.

Хирургическое лечение экстремедуллярных опухолей спинного мозга вентральной и вентролатеральной локализации

Муравський А.В., Сльнсько Е.І., Аль-Кашжиш Іяд Ісхак,

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова
АМН Украины,
Киев
Украина
80509409600
iyad@mail.ru

Цель: Разработать нейродиагностический комплекс для вентральных и вентролатеральных опухолей спинного мозга, изучить топографо-микрoанатомические особенности локализации вентральных и вентролатеральных опухолей на разных уровнях спинного мозга и на этой основе определить показания для применения хирургических доступов, разработать новые хирургические методы радикальной резекции опухолей с минимальной травматизацией спинного мозга, изучить результаты оперативного лечения.

Материалы и методы: В первом спинальном отделении института нейрохирургии им. акад. Ромоданова на протяжении 2005–2008г. было оперировано 90 больных с экстремедуллярными опухолями спинного мозга. Возраст больных варьировал в пределах от 19 до 75 лет. Средний возраст больных с менигиомами составил – 55 лет, с невриномами – 45 лет. Внеозгочные спинальные опухоли по уровню локализации мы классифицировали следующим образом: 1) верхнешейной (C0–C3); нижнешейной (C4–C7); 3) верхнегрудной (Th1–Th5); 4) нижнегрудной (Th6–Th10); 4) груднопоясничной (Th11–L1). Согласно этой классификации, нами изучены вентральные и вентролатеральные опухоли на уровне: (C1–C3) – 26, из них 11 – менигиом и 15 – неврином; (C4– C7) – 10, из них 5 – менигиом и 5 – неврином; (Th1–Th5) – 25, из них 18 – менигиом и 7 – неврином; (Th6–Th10) – 14, из них 7 – менигиом и 7 – неврином; (T11–L2) – 15, из них 6 менигиом, 9 неврином. Из всех изученных опухолей менигиомы составляли – 60%, а невриномы – 40%. Было установлено, что у 69 (76,6%) больных опухоли располагались вентролатерально и у 21 (23,4%) больных – вентрально. Диагностика локализации и расположения опухолей спинного мозга проводилась с помощью МРТ, КТ, МРТ с в/в усилением. Доступ выбирался исходя из нейровизуализирующих данных о локализации опухоли. Использованы различные оперативные доступы: задний доступ выполнен у 5 больных, заднебоковой доступ – 58 больных, передний доступ – 4 больных, переднебоковой доступ – 6 больных, Far lateral доступ – 13, Extremal lateral доступ – 4 больных. Преимущество отдавалось доступам, которые позволяли визуализировать опухоль под прямым углом, с минимальной тракцией мозга или его корешков.

Результаты: Опухоли были удалены тотально во всех наблюдениях. Результаты хирургического лечения были лучше в случае следующих факторов: ранние сроки установления диагноза, молодой возраст больных, незначительная степень компрессии спинного мозга, адекватней выбор хирургического доступа, тотальное удаление опухоли, использование микрохирургической техники.

Выводы: Заднебоковой доступ с гемиламинэктомией является наиболее оптимальным при вентролатеральных опухолях. Передний боковой доступ является перспективным, новым методом, позволяющим минимизировать хирургическую травматизацию спинного мозга при удалении опухолей вентральной локализации, и повысить результаты лечения таких больных.

Новые возможности лечения послеоперационного миофасциального болевой синдромы

Нарышкин А.Г., Скоромец Т.А., Шустин В.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург
Россия
+78125677288
tskoromets@mail.ru

Миофасциальный болевой и тоннельный болевые синдромы у больных после удаления грыжи диска могут иметь ярко выраженный, мучительный характер. Боли по своей интенсивности приближаются к болям дооперационного периода, что заставляет усомниться хирурга в правильности выбранной хирургической тактики, или предполагать рецидив грыжи. Эти боли могут являться поводом к проведению неоправданной реоперации, или быть причиной повторной госпитализации. По нашим данным упорный, неподдающийся традиционному лечению миофасциальный синдром после удаления грыжи диска на нижнепоясничном и пояснично-крестцовом уровне возникает в 7% случаев (Нарышкин А.Г., Скоромец Т.А., Бухарцев Н.Н и др., 2009). Под нашим наблюдением находилось 11 больных с послеоперационными болевыми синдромами (после микрохирургической дискэктомии на пояснично-крестцовом уровне). Характерными признаками миофасциального и тоннельного болевого синдрома являются: возникновение на фоне регресса корешковой симптоматики, отсутствие связи болевого синдрома с поворотами в постели, кашлем, натуживанием, мучительный, «мозжащий» характер. Качественным отличием болевого миофасциального синдрома от дооперационных компрессионно-ишемических радикулопатий являются: болезненность при пальпации триггерных точек, наличие локального гипертонауса или резко болезненных мышечных уплотнений, значительное усиление болевого синдрома в ночные часы, отсутствие эффекта от обезболивающих средств. Показательным фактором является исчезновение боли при проведении блокады болезненных триггерных точек местными анестетиками. У таких больных мы использовали введение в заинтересованные мышцы ботулотоксина А (диспорт) в дозе 100 – 200 ед. После введения отмечался быстрый и стойкий эффект в виде регресса болевого синдрома. Внедрение этой методики позволяет быстро купировать упорные, не поддающиеся другим методам лечения миофасциальные послеоперационные боли, а также боли тоннельного происхождения, и значительно сокращает время пребывания больного в стационаре.

Болевой синдром ампутированных (патофизиологические аспекты и тактика лечения)

Нарышкин А.Г., Скоромец Т.А., Шустин В.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург
Россия
+78125677288
tskoromets@mail.ru

После ампутации конечности у пострадавших довольно часто возникают различные болевые ощущения. Большая часть этих ощущений имеет местный характер. Болевые ощущения могут быть вызваны наличием болезненных невром пересеченных нервов (чаще седалищного), иметь миофасциальный характер, определяться зонами нейроостеофиброза, процессами дефектного рубцевания культи, а также носить сосудистый характер. Однако наиболее тяжелым, по праву, считается фантомно-болевым синдром (ФБС). Фантомные боли после ампутации конечности встречаются в 32 – 35% от числа ампутированных (Шмидт Е.В., 1948, Feinstein B. et al., 1954). У большинства больных в течение первого года после ампутации фантомно-болевым синдром регрессирует и формируется правильное ощущение культи. Однако у 10% лиц, перенесших ампутацию конечности, болевые ощущения являются устойчивыми на протяжении многих лет, и с годами их интенсивность может усиливаться (Мелзак Р., 1981, Шмидт Е.В., 1948.). Именно эта категория больных и явилась объектом нашего исследования. Ранее нами в эксперименте на животных была разработана модель ФБС (Нарышкин А.Г., 1991). Было показано, что вероятной причиной его развития у человека является феномен двойной (восходящей и нисходящей) денервации сегментарного аппарата спинного мозга) за счет ампутации и недостаточности нисходящих норадренергических антиноцептивных влияний. На основании полученных в эксперименте результатов был предложен метод лечения ФБС с использованием $\alpha 2$ – адреномиметика – клофелина и ГАМК В – агониста – баклофена. Нами было пролечено 25 больных в возрасте от 20 до 73 лет со сроками анамнеза от 1 года до 43 лет. В группе больных было 19 мужчин и 6 женщин. Наибольшему количеству больных (17) ампутация была произведена вследствие тяжелой травмы конечности. У большинства больных (19) была ампутирована нижняя конечность. У обследованных больных выявлялись признаки денервационной симптоматики в виде гиперестезии смежных с культей (выше и ниже) спинальных сегментов, которой не было в контрольной группе – 12 ампутированных без ФБС. У всех больных получены отличные и хорошие результаты в виде исчезновения фантомных болей и ощущения фантома. Курс лечения составлял 3 недели. При катamnестическом наблюдении в течение 3 лет рецидив ФБС возникал у 7 больных, что требовало проведение противорецидивных курсов аналогичного лечения. Хирургическое лечение в виде иссечения невром, рубцов проводилось лишь в тех случаях (5 больных), когда их наличие вызывало болезненные ощущения при ношении протеза.

Диагностика и лечение травматических повреждений нервов верхней конечности, сопровождаемых болевым синдромом

Нелепин С.Н., Сапон Н.А., Никифорова А.Н., Сапон Д.Н.

Запорожская ГКБ экстренной и неотложной медицинской помощи,
Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины
Запорожье, Киев
Украина
8 0612 34-36-86
n.xo640354@mail.ru

Приблизительно у трети больных с травматическими повреждениями нервов верхних конечностей развивается хронический невропатический болевой синдром (ХНБС), приобретающий в ряде случаев исключительно интенсивный упорный характер и лечение которого становится отдельной задачей восстановления качества жизни пациентов.

Цель — определение зависимости выраженности болевого синдрома от характера повреждения, а также методов и сроков проведенного лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 74 больных с повреждениями нервов верхней конечности, сопровождаемыми ХНБС, прошедших лечение в Институте нейрохирургии. С повреждением локтевого нерва было 24 пациента, лучевого — 30, срединного — 12, срединного и локтевого — 8. Открытая травма была у 46 больного, закрытая — у 28. Все больные были оперированы в сроки после травмы: до 6 мес — 48, 6–12 мес — 13, более 12 мес — 13. Степень выраженности болевого синдрома до и после операции оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты и их обсуждение. Наиболее выраженный болевой синдром (7,0 баллов по ВАШ) наблюдали при одновременном повреждении срединного и локтевого, затем по мере уменьшения выраженности боли следуют изолированные повреждения срединного (6,8), локтевого (6,5) и лучевого (6,0) нервов. После операции наибольший противоболевой эффект (–4,6 балла) достигнут при оперативном лечении сочетанного повреждения срединного и локтевого, затем по степени убывания эффекта — срединного (–3,9), лучевого (–3,7) и локтевого (–3,3) нервов.

При закрытых повреждениях нервов степень выраженности болевого синдрома оценивалась в 6,7 баллов по ВАШ, открытых — 6,5. После лечения уменьшение боли наблюдали: при открытых повреждениях — на 3,9, закрытых — на 3,7 балла.

При проведении операции в сроки до 6 мес после травмы выраженность боли в среднем составила 6,2 балла по ВАШ, 6–12 мес — 6,3, более 12 мес — 6,5. Регресс боли после операции составил соответственно 4,2, 4,1 и 3,5 баллов.

Выводы.

- Болевой синдром более выражен:
 - при одновременном повреждении срединного и локтевого нервов;
 - при закрытых повреждениях нерва;
 - при сроке проведения оперативного вмешательства больше 12 мес после травмы.
- Противоболевая эффективность оперативного вмешательства более выражена:
 - при одновременном повреждении срединного и локтевого нервов;
 - при открытых повреждениях нервов;
 - сроках проведения операции менее 6 мес после травмы.

Стан надання нейрохірургічної допомоги хворим з невралгією трійчастого нерва в нейрохірургічних відділеннях України

Никифорова А.М., Сапон М.А.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины
Киев
Украина
8 044 483-91-98
anna.neuro@gmail.com

Згідно даних про поширеність невралгії трійчастого нерва (30–50 осіб на 100 тис. населення) та захворюваність (2–4 випадки на 100 тис. населення щорічно) сьогодні в Україні близько 19 тис. осіб страждають на невралгію трійчастого нерва (НТН). Близько третини з них (6 тис. хворих) мають форми хвороби, резистентні до фармакотерапії, тобто потребують нейрохірургічного втручання.

Мета. Визначити стан та перспективи надання нейрохірургічної допомоги хворим з невралгією трійчастого нерва в Україні.

Матеріали і методи. Аналіз проведений на підставі статистичних звітів нейрохірургічних відділень України за 1997–2008 рр.

Результати та їх обговорення. З 1997 до 2002 р. включно в нейрохірургічні відділення щорічно госпіталізували 620–690 хворих на НТН. 2003 р. кількість пролікованих хворих знизилась до 590 хворих і до теперішнього дня ця тенденція зберігається — у 2008 р. в нейрохірургічних відділеннях України проходили лікування 549 хворих з НТН. Таке положення може бути викликано ретельнішим підходом до показань до госпіталізації, оскільки за цей же період хірургічна активність серед хворих з НТН значно зросла. У 1997 р. цей показник становив 25,3%, у 2003 р. — 32,4%, у 2008 р. — 46,6%.

У 2008 р. найвищий показник хірургічної активності серед хворих з НТН відмічений в Інституті нейрохірургії — 100% (всім 76 госпіталізованим хворим надана нейрохірургічна допомога), у нейрохірургічних відділеннях Черкаської області — 80% (прооперовані 12 із 15), Дніпропетровської — 65,9% (27 із 41), Івано-Франківської — 58,0% (29 із 50), Полтавської — 57,1% (16 із 28).

Висновки. При відносній стабілізації числа госпіталізованих хворих з НТН відмічене значне зростання хірургічної активності, що обумовлене:

- відпрацьованими показаннями до проведення оперативного втручання;
- покращенням технічної оснащеності нейрохірургічних відділень України.

Значение болевого синдрома в развитии различных форм поясничного остеохондроза

Олейник А.Д.

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа
Белгород
Россия
8 4722 26 82 50
doctorolan@mail.ru

Одним из основных клинических проявлений поясничного остеохондроза является болевой синдром различной выраженности. В ряде случаев данная патология позвоночника сопровождается церебральными нарушениями, которые значительно усугубляют течение болезни и приводят к стойкой нетрудоспособности пациента. До последнего времени такие церебральные нарушения рассматривались, как сопутствующая патология, что заставило нас провести анализ влияния болевого синдрома при поясничном остеохондрозе на центральную нервную систему. Учитывая данный факт, цель нашего исследования – выявить зависимость клинических и нейровизуализационных проявлений поясничного остеохондроза в зависимости от выраженности и длительности болевого синдрома. С этой целью проведен анализ данных комплексного клинического обследования и хирургического лечения 114 больных поясничным остеохондрозом. Выявлено, что пациенты с выявленными церебральными нарушениями в 81,6% оценили свой болевой синдром в интервале 40–60 мм, что соответствует постоянной боли, усиливающейся при движении (выраженность болевого синдрома определялась по визуальной-аналоговой шкале субъективного восприятия боли Кариха). Длительность заболевания до оперативного лечения в 45,6% составила 1–6 лет, в 38,6% менее года. В 84,2% у этих больных выявлены нейровизуализационные признаки поражения головного мозга (на фоне выявленных патологических изменений одного или нескольких межпозвонковых дисков). В том числе: перивентрикулярный отёк с единичными мелкоочаговыми изменениями в 62,3%, не выраженный лейкоареоз с множественными мелкоочаговыми изменениями – 17,5%, лейкоареоз с гипотрофией вещества головного мозга – 4,4%. Важно отметить, что при этом 79,8% больных не имели ни какой сопутствующей патологии, способствующей развитию указанных изменений. Полученные данные позволили нам обозначить подобное проявление заболевания, как радикулоцеребральная форма поясничного остеохондроза, отмечена она 84,2% случаев. Следует отметить, что поражение только поясничных межпозвонковых дисков без церебральных нарушений, обозначенное нами, как радикулопатическая форма, выявлена в 15,8%. Сравнительный анализ групп пациентов с различными формами поясничного остеохондроза выявил их достоверную зависимость от длительности и выраженности болевого синдрома. Полученные данные указывают на необходимость определения срока оперативного лечения поясничного остеохондроза в индивидуальном порядке, т.е. до развития вторичных изменений центральной нервной системы, что в итоге способствует улучшению лечения и реабилитации, больных поясничным остеохондрозом.

Профилактика рецидива болевого синдрома при оперативных вмешательствах на поясничных межпозвонковых дисках

Олейник А.Д., Малышко В.Н.

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа
Белгород
Россия
8 4722 26 82 50
doctorolan@mail.ru

В структуре причин рецидива болевого синдрома при поясничном остеохондрозе самой частой является рецидив грыжи диска и эпидурит на уровне оперированного сегмента. Обусловлено это тем, что в послеоперационном периоде при подъеме больного на ноги, возникает патологическая ситуация в виде выпадения не удаленных фрагментов или микрочастиц оперированного диска в искусственно созданный дефект задней продольной связки в область корешка спинного мозга, вызывая при этом в дальнейшем его компрессию или рубцово – спаечный процесс вокруг него. Избежать данной патологической ситуации возможно при образовании за короткие сроки после оперативного вмешательства в полости межпозвонкового диска грубого послеоперационного рубца. Учитывая данный факт цель нашей работы – разработать и внедрить в практику эффективный способ профилактики рецидива болевого синдрома при оперативных вмешательствах на поясничных межпозвонковых дисках. Сущность разработанного способа заключается в том, что после удаления патологически измененного межпозвонкового диска во время оперативного вмешательства по поводу остеохондроза пояснично – крестцового отдела позвоночника проводится орошение образовавшейся полости и оставшейся в ней не удаленной части пульпозного ядра хондролитическим ферментом. В качестве хондролитического фермента используется карипазим (35 ПЕ растворенных в 1мл изотонического раствора), который вводится в полость оперированного межпозвонкового диска с помощью специального устройства для орошения хондролитическим ферментом полости оперированного межпозвонкового диска. Орошение полости оперированного межпозвонкового диска, производится в положении больного на животе, что исключает попадание фермента в эпидуральное пространство. В таком положении больной находится в течение часа, т.к. активность вводимого фермента составляет 60 мин. Подъем больного на ноги проводится после завершения некробиотического процесса через 3–4 дня. Данный способ использован при лечении 24 больных поясничным остеохондрозом. Всем больным в послеоперационном периоде была проведена МРТ поясничного отдела позвоночника в срок от 2-х до 6-ти недель. Признаков рецидива грыжи оперированного межпозвонкового диска выявлено не было. Полученные первоначальные результаты предлагаемого способа хирургического лечения поясничного остеохондроза позволяют использовать его для профилактики рецидива болевого синдрома при данной патологии позвоночника.

Тактика хирургического лечения корешковых болевых синдромов обусловленных грыжами межпозвонковых дисков в остром периоде

Пастушин А.И., Сльинько Е.И., Вербов В.В., Цымбал М.Е., Косинов А.Е.

*Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
8044 5921909
eu_slanko@yahoo.com*

Проанализирована тактика и результаты хирургического лечения 500 больных с острыми случаями возникновения грыж межпозвонковых дисков. При остром возникновении клинической симптоматики монорадикулярного и бирадикулярных синдромов дополнительными методами обнаружено, что в 65% случаев такую симптоматику вызывали заднебоковые грыжи дисков, в 23% - парамедиальные, в 9%-фораминальные, и в 3%- экстратораминальные латеральные грыжи. Положительные результаты хирургического лечения больных с моно и бирадикулярной симптоматикой обусловленной парамедианными и заднебоковыми вариантами грыж получены в 34% больных которым выполнена стандартная микродискэктомия, в 56% больных которым проведена микродискэктомия с медиальной транспедункулярной фораминотомией и в 79% больных у которых микродискэктомия дополнена транспасс (через боковые массы суставных отростков) фораминотомией. Комбинация микродискэктомии с более расширенной трансартрикулярной фораминотомией не улучшала результаты хирургического лечения. Медиальная транспедункулярная фораминотомия с микродискэктомией давала положительный эффект в 83% больных при фораминальных вариантах грыж, латеральная транспедункулярная фораминотомия с дискэктомией при этом варианте грыж приносила улучшение только в 32% случаев. Грубая полирадикулярная неврологическая симптоматика встречалась в 79% больных с двусторонним стенозом латеральных рецессусов (субартикулярный стеноз) на уровне межпозвонковых суставов или корней дуг и только в 14% больных с исключительно односторонним но всегда выраженным стенозом бокового выворота. В 87% больных обнаруживались медианные или парамедианные грыжи дисков. В 57% случаев при остром возникновении полирадикулярной симптоматики обнаруживались остеозные изменения вентральных краев тел позвонков на уровне грыжи диска, в 87% - таковые изменения выявлены на множественных уровнях, и в 54% случаях выявлена гипертрофия задней продольной связки. Анализ хирургических вмешательств при этой патологии показал что, интерляминарная дискэктомия с медиальной фасетэктомией или резекцией боковой массы в зависимости от уровня стеноза боковых рецессусов дает положительный результат в 45%, а интерляминарная дискэктомия с медиальной фасетэктомией и резекцией вентральных остеозных образований дают улучшение в 62% оперированных таким способом больных.

Динамика болевых ощущений у больных после проведения пункционной лазерной микродискэктомии (ПЛМ) на шейном уровне

Педаченко Ю.Е., Танасейчук А.Ф., Толстихин О.В.

*Национальная медицинская академия им. П.Л.Шупика,
Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
38 067 960 98 77
pedachenko_yura@mail.ru*

Дискогенные нейрокомпрессионные синдромы на шейном уровне занимают отдельное место в структуре синдромов, возникающих вследствие остеохондроза позвоночника. Это обусловлено разнообразием их клинических проявлений и подходов к лечению. В последнее время отмечается внедрение малоинвазивных методов лечения, в частности, пункционной лазерной микродискэктомии (ПЛМ). Одним из наиболее частых и клинически значимых синдромов является радикулопатический, который сопровождается болью различной степени выраженности и часто достигает 3 б согласно Pain Score Scale.

Цель работы – определить эффективность ПЛМ в устранении боли у пациентов с проявлениями шейного остеохондроза. В период с 1997 по 2006 г. в клинике лазерной и эндоскопической нейрохирургии были прооперированы 150 больных с шейными дискогенными нейрокомпрессионными синдромами (ДНС) методом ПЛМ. У 150 больных выявлены 244 клинически значимых грыжи межпозвонковых дисков и соответственно проведено 244 операции. Проведя посиндромный анализ клинических проявлений шейного остеохондроза было выявлено, что у преобладающего большинства (134 из 150) отмечались боли в шее с иррадиацией в руку, как проявление нейрокомпрессионного синдрома. Так как боль была основной причиной обращения к нейрохирургу, то её динамика является наиболее показательной в плане эффективности ПЛМ при шейных ДНС. Так, если до операции средний балл болевых ощущений составлял $2,34 \pm 0,23$, то в раннем послеоперационном периоде он снизился до $1,09 \pm 0,11$, а в отдалённом – до $0,68 \pm 0,09$. Проведя анализ динамики других синдромов (миелопатии, синдрома позвоночной артерии) было обнаружено, что наиболее благоприятный прогноз ПЛМ характерен для больных с преобладанием радикулопатического синдрома, который сопровождается болью в шее с иррадиацией в руку. Мы предполагаем, что данный эффект обусловлен в основном сочетанием как эффектом дискдекомпрессии так и дерезецепции.

Вывод: применение ПЛМ является эффективным методом для устранения самого частого проявления шейного остеохондроза – боли в шее с иррадиацией в руку.

К вопросу лечения больных с метастатическими опухолями позвоночника

Перфильев С.В.

РНЦНХ
Ташкент
Узбекистан
371 2449163
perfilyevsv@rambler.ru

Не редко, локализуясь в позвоночнике метастатические опухоли сопровождаются интенсивным болевым синдромом, синдромами сдавления нервных корешков и спинного мозга. Выработка тактики лечения сложна и требует оценки многих факторов, характеризующих состояние больного, опухоль и ее чувствительность к противоопухолевому лечению. В РНЦНХ оперировано 28 больных (12 мужчин и 16 женщин) от 18 до 72 лет. Операции выполнялись по поводу метастазов рака молочной железы (у 11 больных), рака легкого (6), почки (1), простаты (2), щитовидной железы (1), других опухолей (3) и метастазов из невыявленного первичного очага (4). Поражения локализовались в шейном отделе позвоночника (10), в грудном (12) и поясничном (6). Операции дополнялись лучевой, химио- и гормонотерапией. Выполнены декомпрессионные ламинэктомии (16) и декомпрессионно-стабилизирующие (12) операции. Стабилизацию позвоночника осуществили из заднего доступа у 8 больных, а в 4 случаях использован передний доступ. Для суммарной оценки статуса больного в пред- и послеоперационном периоде применялась классификация по Бирке. Эффективность лечения оценивалась по состоянию неврологической симптоматики (прекращению болевого синдрома, уменьшению степени пареза и пlegии, улучшения функции тазовых органов). В большинстве случаев (80%) операции выполнялись в течение 1-го месяца от начала компрессии спинного мозга. Полное нарушение проводимости спинного мозга в сроки более 1-2-х недель, а так же отсутствие болевого синдрома являлись противопоказаниями к хирургическому вмешательству. В послеоперационном периоде обязательным было назначение стероидов, диуретиков, сосудистых и ноотропных препаратов, витаминов группы В. Регресс неврологических нарушений отмечен у 14 больных после декомпрессионных, и у 3 после декомпрессионно-стабилизирующих операций; ухудшение развилось у 3 больных.

Таким образом, у большинства больных с метастатическим поражением позвоночника происходит улучшение неврологического статуса, стихание болевого синдрома и улучшение качества жизни. Лечение должно быть комплексным и проводится в высокоспециализированных клиниках в минимальные сроки с момента появления проводниковых нарушений со стороны спинного мозга.

Опыт применения габапентина в лечении синдрома запястного канала

Перцов В.И., Ивахненко Д.С., Дейниченко Ю.К., Нелепин С.Н.

Запорожский государственный медицинский университет
Запорожье
Украина
+380679013701
dimaneuro@list.ru

Одна из основных и частых жалоб пациентов, страдающих синдромом запястного канала (СЗК) – это выраженная, жгучая, усиливающаяся в ночное время боль в кисти и пальцах. Именно боль является основной причиной обращения к врачу, поскольку нестероидные противовоспалительные препараты малоэффективны, а нарушения двигательной, чувствительной и трофической функций уходит на второй план. Составными такого болевого синдрома служат нейропатический и ноцицептивный компонент. Разорвать порочный круг между морфологическими дегенеративными изменениями области карпального канала и прогрессирующей гиперпатией – задача комплексного консервативного и хирургического лечения.

Цель исследования — определить терапевтическую эффективность габапентина в до- и послеоперационном периоде СЗК.

Методы и материалы. Наблюдалось 16 пациентов с СЗК сопровождающимся гиперпатической болью превышающей 6 баллов по ВАШ в фазу обострения. Преимущественно женщины среднего возраста (10). В большинстве случаев в анамнезе имелись указания на травму лучезапястного сустава или хроническая травматизация, связанная с трудовой деятельностью. Неудовлетворительный результат консервативного лечения с применением различных групп НПВП и антиконвульсантов и частые рецидивы гиперпатии были показанием к оперативному вмешательству. Клиническая оценка неврологических расстройств проводилась по общепринятой шкале оценки мышечной силы M0-5, чувствительности S0-5, болевой синдром оценивался по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Габапентин (Тебантин «Гедон Рихтер») в дозе от 900 до 1800 мг/сут в течение 7 дней в дооперационном периоде получали 8 пациентов и в раннем послеоперационном периоде – 8 пациентов. Хирургическое вмешательство заключалось в пересечении ладонного авоневроза и удерживателя сгибателей.

Результаты. Наблюдалось клиническое улучшение в виде купирования болевого синдрома до 0-2 баллов по ВАШ на 3-4 сутки приема габапентина до хирургического вмешательства. Регресс гиперпатии снижал мотивацию пациентов к применению хирургических методов лечения. Однако, на первый план выдвигались жалобы на двигательный и чувствительный дефицит функции кисти и пальцев, что послужило показанием к декомпрессии срединного нерва в карпальном канале. Другая группа пациентов начинала прием габапентина в той же дозировке за 1 сутки до оперативного вмешательства, на 2-3 сутки во всех случаях отмечен четкий противоболевой эффект наряду с улучшением двигательной и чувствительной функций.

Выводы. Во всех клинических наблюдениях отмечен положительный результат применения данной методики лечения. Хотя исследование статистически недостоверно, субъективная оценка пациентов ближайших результатов была более позитивной при проведении хирургического лечения на фоне приема габапентина.

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
oblyvacht@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), петрокливалынные 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 черпно-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, особистої 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.

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 стволовых 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 1x10⁶ 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.

Болевой синдром при травматическом поражении зрительного нерва и прогноз зрительных функций у больных с травматическими каротидно-кавернозными соустьями

Рахматуллаева Д.С.

Республиканский Научный Центр Нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
+998712649625
kariev@bcc.com.uz

Травматические каротидно-кавернозные соустья – тяжелая патология сосудов головного мозга, связанная с образованием фистулы внутренней сонной артерии в кавернозном синусе. Офтальмологические симптомы являются ведущими в клинической картине заболевания, наиболее тяжелое из них, понижение зрения и слепота отмечаются у половины больных с ТККС. Болевой синдром обусловлен парезом первой ветви тройничного нерва на стороне соустья, а также застойными явлениями в глазном яблоке и глазнице.

Цель: Изучить состояние зрительных функций в зависимости от особенностей клинического течения заболевания.

Материалы и методы: Обследовано 52 больных, проведено полная нейроофталь-мологическое обследование.

Результаты: Исследования показали, что в 16 % наблюдений основной причиной зрительных нарушений являются травматическое поражение зрительного нерва в области его канала во время травмы, вызвавшей формирование соустья. У 46 % больных понижение зрения и слепота обусловлены гемодинамическими нарушениями в глазу и глазнице в результате функционирования соустья. При этом выявляется прямая зависимость степени поражения зрительных функций от тяжести офтальмокопической патологии. Наиболее низкое зрение вплоть до слепоты отмечаются у больных с картиной острого нарушения кровообращения в сосудах питающих зрительный нерв и сетчатку по типу тромбоза центральной вены сетчатки (ТЦВС), особенно при длительном течении заболевания. Клиническая картина заболевания после эндоваскулярных операций показала, что зрительные функции не восстанавливаются у больных с острым нарушением кровообращения по типу ТЦВС. Выключение соустья в ранние сроки заболевания позволяет сохранить зрительные функции у этих больных.

Выводы: Таким образом, грубая патология глазного дна у больных с ТККС являются показанием к ускоренному выключению соустья с целью сохранения зрения.

Особенности КТ-, МРТ- проявів кавернозних ангиом головного мозку

Робак О.П., Робак К.О., Гетьман О.М.,
Маховський С.В., Вакарюк В.Є.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова
АМН Украины
Київ
Україна
0444830668
olegrobak@mail.ru

Мета роботи. Визначити специфічні комп'ютерно-томографічні та МРТ прояви особливого виду судинних мальформацій головного мозку – кавернозних ангиом з метою покращення їх диференційної діагностики.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз КТ-, МРТ- та АГ-обстежень 106 хворих з клінічно встановленим діагнозом кавернозна ангиома. Вік пацієнтів становив 5-76 років, з них жінок – 65, чоловіків – 41.

Результати і їх обговорення. Більшість кавернозних ангиом протікали безсимптомно (57%) та були діагностовані як випадкові знахідки при зверненні до невролога з приводу цефалгії або легкої черепно-мозкової травми. У 32% хворих було запіодіагностовано порушення мозкового кровообігу та діагностовано спонтанний субарахноїдальний крововилив (14%), внутрішньомозкову гематому (10%) та ішемічне ураження мозку (8%). В 11% випадків спостерігалися різного типу епілептичні напади. В двох останніх групах переважали пацієнти молодого віку. При КТ-обстеженнях діагноз каверноми виявлявся у разі виявлення невеликих, здебільш множинних (63%) осередків неправильної форми (діаметром від 0,5 до 3,5 см), що мали підвищену щільність. Досить часто в осередках зустрічалися невеликі петрифікати. Симптоми об'ємної дії та перифокальний набряк були відсутні. Для диференційного діагнозу, в першу чергу з пухлинами мозку, проводилося внутрішньовенне підсилення. Накопичення контрасту при кавернозних ангиомах відбувалось досить слабо. Так як кавернозні ангиоми складаються з мілких, щільно розташованих венозних порожнин, в яких досить часто зустрічаються тромбози, крововиливи та звапнення, МРТ-картина їх була різноманітною. При наявності крововиливу, вміст каверноми мав гіперінтенсивний МР-сигнал на T1 зважених зображеннях в підгостру фазу, гіпо- та гіперінтенсивний сигнал на T2 W1. У хронічній фазі (1,5-2,0 міс) на периферії осередка крововиливу на T2 зважених зображеннях спостерігався феномен втрати сигналу, зумовлений наявністю гемосидерину по його контуру. При наслідках раніше перенесених геморагій у віддаленому періоді (півроку-рік) кавернома мала ізо-, гіпоінтенсивний на T1 W1 і гіпоінтенсивний МР-сигнал на T2 W1. При введенні контрастуючого агента відмічалось незначне підвищення сигналу в каверномі. При виконанні селективної церебральної ангиографії кавернозні ангиоми не контрастувалися. Виявляючої локалізації каверном в якомусь із відділів головного мозку не визначено.

Висновки. Радіологічно достовірний діагноз кавернозної ангиоми можливий при використанні декількох методів обстеження та клініко-томографічного співставлення.

Патогномонічні КТ-, МРТ- ознаки мальформацій великої вени мозку

Робак О.П., Робак К.О., Гетьман О.М.,
Маховський С.В., Вакарюк В.Є., Голубов Є.І.

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

Мета роботи. Визначити особливості комп'ютерно-томографічних та МРТ проявів особливого виду судинних мальформацій головного мозку – мальформацій вени Галена з метою покращення їх диференційної діагностики.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз КТ-, МРТ-обстежень 65 хворих з АГ-верифікованим діагнозом. Вік пацієнтів становив 6 міс-53 роки, з них жінок - 31, чоловіків - 34. Дослідження проводилися на рентгенівських комп'ютерних томографах, магнітно-резонансних томографах, церебральних ангиографах.

Результати і їх обговорення. Нами встановлено два типи мальформації великої вени мозку, які в літературі класифікуються як хоріоїдальний та муральний. Джерелами кровопостачання при хоріоїдальному типі були різко розширені хоріоїдальна, перикальозна та перфорууюча артерії зорового пагорба. Із обстеженої групи хворих такий тип спостерігався у 87%. У 13% випадків (так званій, муральний тип мальформації) джерелом кровопостачання була задня хоріоїдальна артерія. Розмір мальформації даного типу був набагато більшим, а кількість артеріовенозних шунтів – менша. Практично у всіх хворих мальформація супроводжувалась внутрішньою гідроцефалією, вираженість якої була набагато більшою при муральному типі мальформації, внаслідок стенозу водопроводу мозку. При КТ-обстеженні в ділянці цистерни великої вени мозку, пінеальній області спостерігалась наявність широких стрічкоподібних звитих осередків підвищеної щільності, зумовлених розширеними судинами мальформації. Після введення контрастної речовини спостерігається значне підвищення їх щільності. Крім того відмічається контрастування прямого та злиття синусів. При муральному типі аневризми вени Галена відмічаються великих розмірів кулеподібне об'ємне утворення підвищеної щільності, яке значно підсилюється після контрастування. При МР-томографії на T1 і T2 WI спостерігається виражена гіпертрофія вени Галена з фономеном втрати сигналу від току крові, що є диференціально-діагностичною ознакою у порівнянні з пухлинами даної ділянки. МР-АГ, як і церебральна селективна ангиографія, дозволяє ідентифікувати аферентні судини мальформації та шляхи її венозного відтоку. При наявності в мальформації тромботичних мас МРТ виявляє в ній осередки підвищеного сигналу як на T1, так і на T2 WI.

Висновки. Вказані ознаки можна вважати патогномонічними для судинної мальформації ділянки великої вени мозку, що сприяє постановці правильного діагнозу за сукупності використання декількох радіологічних методів.

Відновлення функції суглобів при больових контрактурах у хворих з руховими церебральними дефектами

Розуменко В.Д., Хорошун А.П.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова
АМН України
Київ
Україна
тел./факс (044) 483-92-19
rozumenko.neuro@gmail.com

Мета. Визначити ефективність застосування лазерної терапії (ЛТ) в лікуванні рухових порушень ускладнених больовими контрактурами суглобів у ранньому післяопераційному періоді хворих нейроонкологічного профілю.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 11 хворих із внутрішньомозковими пухлинами півкуль великого мозку, які у післяопераційному періоді мали рухові розлади з проявами больових контрактур суглобів. У клінічній картині основними проявами були: рухові порушення різного ступеня виразності, больовий синдром, зменшення об'єму рухів у суглобах. Лікування призначалось індивідуально з урахуванням ступеня злоякісності пухлини та клінічних проявів захворювання. ЛТ проводилась як складова курсу комплексного лікування. Застосовували лазерне випромінювання з довжиною хвилі 870 нм в імпульсному режимі (80 Гц) та потужністю 3 — 4 Вт/імп. Використовували методику опромінення суглобів. Курс включав 7 — 12 сеансів по 6 — 8 хвилин. Лікування проводилось один раз на день. Курс лікування проводили на фоні масажу та лікувальної фізкультури. Причому масаж проводили через 30 хвилин після сеансу ЛТ, а лікувальну фізкультуру через 1 — 1,5 години після масажу (Патент України №36036, 2008 р.).

Результати і їх обговорення. Проведений курс лікування сприяв зменшенню больового синдрому, збільшенню об'єму рухів у суглобах, розширенню рухового режиму, покращенню загального стану хворого та стану емоційно-вольової сфери. Заходи теплотікування (парафіно- або озокеритотерапія), що традиційно застосовуються в курсі лікування хворих з контрактурами суглобів, мають головний недолік за його відношенням до канцерогенезу, що можна вважати реальним протипоказанням до використання стимулюючої дії теплових процедур у нейроонкології. Задачею було створення способу лікування, що сприяє зменшенню больового синдрому, відновленню рухів у суглобах хворого без ознак стимулювання росту пухлин мозку у ранньому післяопераційному періоді після хірургічного видалення пухлини. Така задача вирішується тим, що у даному способі відновлення рухів у суглобах хворих з руховими церебральними дефектами, що мають больові контрактури суглобів, підібрані оптимальні параметри лазерного випромінювання із відповідною довжиною хвилі, а по закінченні ЛТ організовується захисний лікувально-реабілітаційний режим у відповідності із методиками протинабрякової та медикаментозної відновлюваної терапії.

Висновки. Методика комплексного використання ЛТ, лікувальної фізкультури та масажу є ефективною за своєю дією у клінічній практиці, бо сприяє зменшенню больового синдрому, відновленню рухів та підвищенню якості життя хворих нейроонкологічного профілю.

Клинико-лучевые сопоставления при дегенеративном поясничном фораминальном стенозе

Себелев К.И., Щедренко В.В., Могучая О.В., Зевахин С.В., Чижова М.В.

Российский научно-исследовательский нейро-хирургический институт им. проф. А.Л. Поленова Санкт-Петербург Россия
+7-921-656-14-48
ovm55@yandex.ru

Цель исследования – оптимизация лучевого обследования для диагностики фораминального стеноза при дегенеративных заболеваниях поясничного отдела позвоночника.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов комплексного клинического обследования и лечения 127 больных с компрессионными формами поясничного остеохондроза, которым было предпринято хирургическое лечение по поводу грыж межпозвонковых дисков (МПД) и нестабильности позвоночника. Всем больным произведено комплексное лучевое обследование перед операцией, во время вмешательства и в различные сроки после него с использованием обзорной и функциональной спондилографии при помощи цифровой рентгенодиагностической системы, мультиспиральной КТ, МРТ и ЭОП, применяемого во время хирургического вмешательства.

Результаты и их обсуждение. При поясничном остеохондрозе, осложненном грыжеобразованием МПД, возникает возможность развития нестабильности в различных отделах позвоночно-двигательного сегмента, одним из ранних признаков которой является изменение формы и площади межпозвонкового пространства (МПП) и межпозвонкового или фораминального отверстия (МПО). Осуществлена хирургическая коррекция нестабильности с помощью «открытых» операций (102 наблюдения), в основном, с помощью переднего и заднего спондилодеза кейджами (65 пациентов), а также лазерным пунктирным воздействием на МПД с помощью диодного лазера (25 наблюдений). У всех больных обнаружено различной степени выраженности снижение высоты МПП и МПО. Значительные изменения (III степень) с существенным снижением высоты МПП имели место в 41 наблюдении (32,3%) и высоты МПО – у 34 человек (26,8%). Наиболее значимыми клиническими признаками при этом являлись наличие радикулопатии, симптома «уступа» и перемежающейся хромоты. Немаловажным фактом является не только снижение высоты МПО, но и наличие его деформации, особенно в переднезаднем направлении. Снижение высоты МПП может носить неравномерный характер в различных его отделах. Для грыжи МПД характерен так называемый симптом «распорки», который наблюдался в 16 случаях (12,6%). Таким образом, данные обзорной и функциональной спондилографии, СКТ и МРТ позволяют при комплексном использовании выявить основные клинико-лучевые признаки нестабильности позвоночника, для оценки степени которой следует учитывать такие параметры, как высота МПП и МПО, а также величину смещения тела вышележащего позвонка.

Выводы. При установлении показаний к хирургическому лечению больных с компрессионными формами поясничного остеохондроза необходимо иметь в виду возможность развития у них нестабильности позвоночника, одним из ранних признаков которой является изменение формы и размеров фораминального отверстия.

Хирургическое лечение поясничного остеохондроза с нестабильностью позвоночника

Щедренко В.В., Себелев К.И., Иваненко А.В., Могучая О.В., Панаськов А.В.

Российский научно-исследовательский нейро-хирургический институт им. проф. А.Л. Поленова Санкт-Петербург Россия
+7-921-656-14-48
ovm55@yandex.ru

Цель исследования – оптимизация хирургического лечения компрессионных форм поясничного остеохондроза путем применения различных способов фиксации позвоночника при его нестабильности.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов комплексного клинического обследования и лечения 102 больных с компрессионными формами поясничного остеохондроза, которым было предпринято хирургическое лечение по поводу грыж межпозвонковых дисков (МПД) и нестабильности позвоночника. Всем больным произведено комплексное лучевое обследование перед операцией, во время вмешательства и в различные сроки после него.

Результаты и их обсуждение. При поясничном остеохондрозе, осложненном грыжеобразованием МПД, возникает возможность развития нестабильности в различных отделах ПДС (изолированном или сочетанном поражении переднего, среднего и заднего опорных столбов). Осуществлена оценка переднего спондилодеза кейджами (23 наблюдения), заднего спондилодеза аутокостью и кейджами (36), задней фиксации позвоночника нитиноловыми конструкциями (15), а также комбинированных способов стабилизации в виде сочетания заднего спондилодеза с ТПФ (22) или нитиноловыми конструкциями (6). Исходы лечения оценивали по шкале MacNab, согласно которой выделили хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты. В ближайшие сроки после операции хорошие и удовлетворительные результаты наблюдались у 97 пациентов (95,1%). Под влиянием последующих курсов реабилитационной терапии число больных с хорошими и удовлетворительными результатами лечения составило 98 наблюдений (96,1%). Следует обратить внимание, что число пациентов с хорошим исходом в отдаленные сроки после операции увеличилось на 4% (с 68,6 до 72,6%), в основном, за счет группы с удовлетворительным результатом. Среди 82 больных, которым был выполнен спондилодез, наблюдение в сроки более 18 месяцев после операции показало, что к этому времени формирование костного блока наступило у 76 пациентов (92,7%). Неудовлетворительные исходы отмечены в 4 наблюдениях (3,9%), во всех случаях имело место наличие рубцово-спаечного процесса в виде эпидурального и перирадикулярного фиброза. У двух больных было предпринято повторное хирургическое лечение с проведением мениголиза и радикулолиза, которое не имело длительного позитивного результата.

Выводы. В зависимости от вовлечения в патологический процесс передних, средних или задних структур позвоночного столба следует применять различные способы стабилизации и фиксации позвоночника, к использованию каждого из которых существуют определенные показания и противопоказания.

Анализ различных пункционных методов лечения остеохондроза позвоночника

Щедренко В.В., Себелев К.И., Мозучая О.В.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова Санкт-Петербург
Россия
+7-921-656-14-48
ovm55@yandex.ru

Цель исследования – сравнительный анализ использования механической, химической и лазерной пункционных методик лечения остеохондроза позвоночника.

Материал и методы. Проведено комплексное клиничко-лучевое обследование 752 больных остеохондрозом различных отделов позвоночника с наличием компрессионных и ирритативных синдромов. У всех больных было выявлено дегенеративное поражение межпозвонковых дисков (МПД) с наличием протрузий и грыж до 4 – 6 мм. У 143 (19%) пациентов установлено наличие начальных признаков нестабильности в виде гипермобильности. Проведено лечение методом пункционной фенестрации и декомпрессии поясничных МПД 302 больных на уровне L4 – L5 и L5 – S1. Осуществляли боковой доступ к МПД, отступая латерально 7 – 10 см от линии остистых отростков. Осложнений не было. У 265 больных с ирритативными формами шейного остеохондроза предпринята дерезепция МПД, преимущественно на уровне С4 – С5, С5 – С6 и С6 – С7. Пункцию МПД осуществляли передним доступом. В каждый диск вводили дерезепирующий раствор, состоящий из спирта 70% и анестетика в равных частях. Осложнений не было. У 185 больных осуществлено лечение методом пункционной лазерной термопластики на шейном (65), грудном (3) и поясничном (117) уровнях. Термопластику проводили с помощью лазерного скальпеля «ЛС-0,97 ИРЭ-Полус». Осложнений не было. Пункцию дисков проводили под местной анестезией под контролем ЭОП. После пункции диска, как правило, с диагностической целью проводили дискографию с омнипаком.

Результаты и их обсуждение. Критериями оценки пункционных методов лечения в ближайшем и отдаленном периодах служили изменение характера болевого синдрома, данных МРТ или КТ позвоночника и спинного мозга, а также сроки восстановления трудоспособности. Катамнестическое исследование проведено у всех больных на протяжении 3 лет после операции. Исходы лечения оценивали по шкале MacNab, согласно которой выделили хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты (отсутствие эффекта). Катамнестическое исследование на протяжении 3 лет после малоинвазивных операций позволило выявить достаточно стойкий положительный эффект фенестрации (71,9%), дерезепции (64,1%) и лазерной нуклеопластики (78,5%) МПД. Лучшие исходы наблюдаются при использовании лазерной термопластики МПД.

Выводы. Пункционные способы лечения дегенеративных заболеваний позвоночника в виде механической фенестрации, химической дерезепции и лазерной нуклеопластики МПД являются малотравматичными, не имеющими осложнений и эффективными манипуляциями при компрессионных и ирритативных формах остеохондроза различных отделов позвоночника.

Васкулярная декомпрессия в лечении невралгии языкоглоточного нерва

Шиманский В.Н., Коновалов А.Н., Махмудов У.Б., Тяняшин С.В., Карнаузов В.В., Семенов М.С., Отарашвили И.А., Лебедева М.А.

НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН Москва
Россия
+7 495 251-65-26
vadim@shimansky.ru

Введение. Васкулярная декомпрессия является общепринятой операцией в лечении нейрогенных болевых синдромов, какими являются невралгия тройничного нерва (НТН) и невралгия языкоглоточного нерва. Языкоглоточная невралгия (ЯН) является редким заболеванием и встречается в одном случае на 70 больных с тригеминальной невралгией. Основным симптомом этого заболевания является острая приступообразная боль в корне языка или в миндалине, распространяющаяся на небную занавеску, глотку. Боль часто иррадирует в ухо, нижнюю челюсть, шею и провоцируется движением языка, глотанием, особенно, при приеме горячей или холодной пищи, что приводит к алиментарной дисфункции. Главной причиной возникновения ЯН является компрессия языкоглоточного нерва артериальным сосудом, чаще всего задней нижней мозжечковой, реже – вертебральной артерией.

Цель исследования. Обоснование показаний к проведению операции васкулярной декомпрессии и оценки ее эффективности при невралгии языкоглоточного нерва.

Материал и методы. За последние 10 лет в НИИИХ им.акад.Н.Н. Бурденко Российской АМН находилось на лечении 191 больных с НТН, 33 – с гемифациальным спазмом и всего 2 больных разного пола с невралгией языкоглоточного нерва. Мужчине было 52 года, женщине – 59 лет. У обоих пациентов отмечалась левосторонняя невралгия языкоглоточного нерва. При исследовании на магнитно-резонансном томографе выявлялось близкое взаиморасположение задней нижней мозжечковой артерии и языкоглоточного нерва. Диагноз невралгии языкоглоточного нерва устанавливался при наличии у пациента характерных симптомов, подтверждался данными нейровизуализации (МРТ). Согласие больных на оперативное у обоих пациентов диктовалось страданиями вследствие наличия болевого синдрома и невозможностью полноценного питания. Во время оперативного вмешательства в обоих случаях выявлена пульсирующая компрессия корешка языкоглоточного нерва указанной выше артерией. Нейроваскулярный конфликт устранен путем разобщения артерии и нерва и установления тefлонового протектора.

Результаты. Регресс болевого синдрома сразу же после васкулярной декомпрессии языкоглоточного нерва достигнут у 2 пациентов (100%).

Выводы. Васкулярная декомпрессия языкоглоточного нерва является высокоэффективной патогномоничным методом лечения при ЯН.

Епідуральні судинні мальформації як причина радикалярних поперекових больових синдромів; нейрохірургічне лікування

Шинжарюк С.С., Слинко Є.І.

Институт нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова
АМН України
Київ
Україна
8044 5921909
eu_slinko@yahoo.com

Спинальні епідуральні судинні мальформації зустрічаються рідко. Серед них виділяють артеріо-венозні фістули, венозні мальформації та варикоз епідуральних вен. В даний час що до їх діагностики, лікування та результатів існує мало робіт. З ціллю вивчення клінічного перебігу, лікування та його результатів проведено дане дослідження. Матеріал і методи. Сорок один випадок хворих з больовими синдромами викликаними судинними мальформаціями які уражають спинальні епідуральні простори вивчений ретроспективно. Були розглянуті методи лікування, гістологічні данні, відмінності кожного типу мальформацій. Результати. У двох хворих мали місто артеріо-венозні фістули, 3 хворі мали венозні мальформації та 36 - варикоз епідуральних вен. Артеріо-венозні фістули представляли прямий контакт корінцевої артерії з епідуральними венами. Патологія призводили до шунтування крові в епідуральні вени, їх розширення та підвищення в них тиску. Венозні мальформації виявлялись як конгломерати невеликого розміру тонкостінних вен в епідуральних просторах. Варикоз епідуральних вен був представлений розширенням цих вен невідомої природи. Порушення венозного відтоку вважають головною причиною розширення епідуральних вен при їх варикозі. Розширення вен призводить до компресії невральних структур, що частіше проявляється радикалярними синдромами. Лікування артеріо-венозних фістул та венозних мальформацій включає їх деваскуляризацію та резекцію. В хірургічній техніці при епідуральному варикозі застосовується коагуляцію вен, декомпресія невральних структур.

Корешковые болевые синдромы при фораминальных и экстрафораминальных грыжах поясничного отдела позвоночника, хирургическое лечение

Шинжарюк С.С., Слинко Е.И.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
8044 5921909
eu_slinko@yahoo.com

Цель исследования. Анализ хирургического лечения больных с фораминальными и экстрафораминальными грыжами межпозвонковых дисков и объема оперативного вмешательства в зависимости от локализации грыжи в межпозвонковом отверстии.

Материал и методы. Среди больных, оперированных нами по поводу болевых синдромов при грыжах межпозвонковых дисков в 2006 – 2009 гг., фораминальная и экстрафораминальная локализация грыж встречалась в 29 (19%) случаях. В клинической картине доминировали резко выраженный радикалярный болевой синдром, проводниковые двигательные и чувствительные нарушения. Показания к хирургическому лечению устанавливались при неэффективности консервативной терапии в течение 4-5 недель. Диагностика и планирование операции осуществлялись на основе данных СКТ и МРТ. Доступов справа выполнено 13, слева – 16. В промежутке L3-L4 дискэктомия выполнена 7 пациентам, L4-L5 – 15 пациентам, L5-S1 – 7 пациентам, 4 пациентам после дискэктомии установлен кейдж из заднебокового доступа (TLIF). Операцией выбора при фораминальных медиальных грыжах являлась интерламинаэктомия с медиальной фасетэктомией (10 случаев), при интрафораминальных грыжах – фасетэктомия (14 случаев), при фораминальных латеральных и экстрафораминальных грыжах – латеральная фасетэктомия или фораминотомия (5 случаев).

Результаты и их обсуждение. Оценка результатов проводилась непосредственно после операции, через 3 и 6 месяцев. Использовалась шкала NASS. Отличные и хорошие результаты в отдаленном периоде (через 6 месяцев и более) сохранялись у 25 (86%) больных, без изменений – у 3 больных, ухудшение – у 1 больного.

Выводы. Дифференцированный выбор метода оперативного вмешательства в зависимости от расположения фораминальной грыжи в межпозвонковом отверстии обеспечивает хорошую возможность для необходимого объема дискэктомии и адекватной декомпрессии нервного корешка, а также позволяет повысить эффективность хирургического лечения.

Комплексный подход к хирургическому лечению невралгии тройничного нерва методом трансбуккальной высокочастотной селективной ризотомии

Сидорович Р.Р., Алексеевец В.В., Шкут Д.Н., Высотский А.Д., Качинский А.Н., Клишевская Н.Н.

Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии
Минск

Республика Беларусь
+375447581938
vladimir_a@tut.by

Цель: Найти объективные предикторы успешности хирургического лечения невралгий тройничного нерва методом высокочастотной селективной ризотомии (ВЧС-ризотомия).

Материалы и методы. В течение года выполнено 17 ВЧС-ризотомий у 8 мужчин и 9 женщин, средний возраст 69,8 лет. По локализации: II ветвь – 3 пациента, III ветвь – 4, I-II ветви – 2, II-III ветвь – 8, справа – 9, слева – 8. Длительность заболевания от 2 до 17 лет. Для верификации характера и интенсивности боли использовался опросник «pain detect» R.Freyhagen, R.Varon, U.Gockel, для объективизации наличия вегетативных изменений применена термография. В случае локализации боли внутри ротовой полости (слизистая щек, губ, десен) принималась во внимание асимметрия общего термографического фона лица. Термографический контроль проводился до операции, на 9, 21 и 36 день после операции. Показаниями к оперативному лечению считались оценка по опроснику «pain detect» 13 баллов и более, наличие вегетативных изменений подтвержденных термографически, отсутствие психических изменений влияющих на ощущение боли, а так же отсутствие наркотической и медикаментозной зависимости. Ход операции: Под внутривенным наркозом, рентгенконтролем подводилась игла с использованием трансбуккального доступа через овальное отверстие к Гассерову узлу. Пациента пробуждали и выполнялся функциональный тест с использованием нейростимулятора «Leksell» (Elekta Швеция), в ходе которого уточнялось место нахождения иглы по отношению к корешкам нерва, в проекции которых, у пациента отмечались болевые ощущения. Затем проводилась ВЧС-ризотомия.

Результаты и обсуждение. При выполнении контрольной термографии выявлена четкая корреляция между субъективным ощущением отсутствия боли и стабилизацией термографического фона, который стал нормальным к 21 суткам у 11 пациентов и к 36 суткам у 6 пациентов. В послеоперационном периоде улучшения состояния отмечено у 15 (88%) пациентов, у 2 болевой синдром сохранился.

Выводы: Зависимость изменений на термограмме с болевыми ощущениями до и после лечения, позволяет утверждать, что термография является надежным методом объективизации болевых ощущений и может быть включена в алгоритм показаний к оперативному лечению. Предложенный комплексный подход в лечении невралгии тройничного нерва методом ВЧС-ризотомии позволяет улучшить качество и повысить эффективность хирургических вмешательств.

Диагностика и дифференцированное применение методов хирургического лечения больных с болевым синдромом, обусловленным секвестрированными грыжами дисков поясничного отдела позвоночника

Сипитый В.И., Якимив Г.А., Свириденко В.Ю., Куцин В.Н., Воробьев В.В., Бабалян Ю.А.

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра нейрохирургии
Харьков
Украина
(057) 705-67-48
babalyan_y@rambler.ru

Введение. Секвестрированные грыжи диска являются наиболее агрессивным вариантом дискогенной патологии поясничного отдела позвоночника [Полищук М.Е., Слынько Е.И., 2001, 2002, Epstein N.E., 1995].

Материалы и методы. С 1998 г. по 2009 г. проведено хирургическое лечение 137 пациентов с секвестрированными грыжами дисков поясничного отдела позвоночника. По уровню секвестрированные грыжи различали на L3-L4 – 12 (8,9%), L4-L5 – 25 (18,2%), L5-S1 – 92 (67,1%), полисегментарные – 8 (5,8%). Все больные разделены на 2 группы: 1 группа – 50 пациентов, которым оперативное вмешательство выполнялось с учетом топографо-анатомических вариантов секвестрированных грыж: а) при фораминальных и задне-боковых грыжах выполнялся интерламинарный доступ с аркотомией и частичной фасетэктомией, микрохирургической декомпрессией нейроваскулярных структур в сочетании с ассистирующей видеоэндоскопией, б) при парамедианных и медианных грыжах – выполнялся задний интерламинарный доступ со значительной резекцией смежных краев каудальной и краниальной дужек до их середины с микрохирургической декомпрессией нейроваскулярных структур в сочетании с ассистирующей видеоэндоскопией, 2 группа – 87 пациентов, которым выполнялись дискэктомии, без применения микрохирургии и ассистирующей видеоэндоскопии, оперативный доступ – гемиламинэктомия, ламинэктомия.

Результаты оценивались с использованием шкалы J. MacNab с изучением катамнеза на глубину до 10 лет. При этом в 1-ой группе получены хорошие результаты – 45 (89%), удовлетворительные – 3(6%), неудовлетворительные – 2(5%) случаев, а во 2-ой группе хорошие результаты – 64 (73,5%), удовлетворительные – 20 (22,9%), неудовлетворительные – 3 (3,6%) наблюдения.

Выводы. Внедрение миниинвазивных хирургических методов с применением эндоскопической видеоассистенции и микрохирургии позволило повысить эффективность хирургического лечения больных с секвестрированными грыжами дисков на поясничном уровне.

Нетравматические нейрокомпрессионные синдромы при патологии позвоночника как причина радикулярных и локальных болевых синдромов: нейрохирургические принципы и методы лечения

Слынько Е.И., Пастушин А.И., Косинов А.Е., Цымбал М.Е.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
8044 5921909
eu_slinko@yahoo.com

Нетравматические нейрокомпрессионные синдромы при патологии позвоночника характеризуются компрессией спинного мозга и его корешков, соответствующей неврологической симптоматикой. При выборе метода лечения необходимо учитывать клинические проявления и стадию заболевания, анатомо-функциональные изменения позвоночника и межпозвоночных дисков. Основные нейрохирургические принципы лечения таких синдромов заключаются в хирургической декомпрессии спинного мозга и корешков, стабилизации и фиксации позвоночника. Цель: повышение эффективности хирургического лечения нетравматических нейрокомпрессионных синдромов при патологии позвоночника. Материалы и методы: Группа нетравматических нейрокомпрессионных синдромов при патологии позвоночника была неоднородна и включала: а) дегенеративные процессы позвоночника, протекающих с компрессией спинного мозга и корешков - 3000 больных (2003-2008 годы); б) опухоли позвоночника - 480 больных; в) диспластические аномалии позвоночника - 27 больных. Всем больных проведены нейрохирургические вмешательства с соблюдением двух основных принципов - декомпрессия нервных структур, стабилизация и фиксаций позвоночника. Результаты и обсуждение. Показана более высокая эффективность вмешательств, где применены прямые методы декомпрессии спинного мозга и корешков - с применением передних доступов в случае вентральной и вентролатеральной компрессии и с применением задних доступов в случае дорсальной и дорсолатеральной компрессии. В случае вентральной декомпрессии применялись межтеловой корпородез титановыми имплантатами при удалении дисков или тел позвонков и соответствующая фиксация имплантатов. При задней декомпрессии в случае дестабилизации позвонков, возникающей при необходимости одно или двусторонней резекции суставных отростков, применялись модификации транспедикулярной системы фиксации для шейного или грудно-поясничного отделов позвоночника. Показано, что при костных резекциях или удалении диска, ведущих к дестабилизации позвоночника применение соответствующих методов фиксации значительно улучшает непосредственный и отдаленный результат.

Результаты нейрохирургического лечения болевых синдромов при аномалии Киари, сирингомиелии

Слынько Е.И., Мухамед Камиль

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
8044 5921909
eu_slinko@yahoo.com

Цель. Данное исследование проведено с целью выработки оптимальной хирургической тактики в зависимости от типа аномалии Киари.

Материал и методы. Среди 93 больных аномалия Киари 0 отмечена у 5 больных, аномалия Киари I у 57 больных, аномалия Киари 1,5 - у 16 больных, аномалия Киари II - у 13 больных, аномалия Киари III отмечена не была, аномалия Киари IV - отмечена у 2 больных.

Результаты и их обсуждение. В 1995-1997 годах хирургическое лечение применяли в основном для сирингомиелии, выполнялось сиринго-субарахноидальное шунтирование. В 1998-1999 применяли комбинацию сиринго-субарахноидального шунтирования и декомпрессии костных структур краниовертебрального перехода. В 2000-2008 мы выполняли оперативные вмешательства, преследующие три цели в зависимости от типа аномалии Киари - 1) костную декомпрессию нижних отделов мозжечка, верхнешейного уровня 2) восстановление ликворотока в области краниовертебрального перехода, 3) увеличение общего объема задней черепной ямы и/или краниовертебрального перехода. Наиболее эффективно клиническая и радиологическая симптоматика при всех видах аномалии Киари купировалась с применением хирургической тактики, где оперативные вмешательства были направлены на декомпрессию нижних отделов мозжечка, увеличение общего объема задней черепной ямы и/или краниовертебрального перехода, восстановление ликворотока в области краниовертебрального перехода.

Выводы. Для достижения наилучшего результата хирургическое вмешательство должно быть направлено на лечение аномалии Киари и соответственно: декомпрессию нижних отделов мозжечка, восстановление ликворотока в области краниовертебрального перехода, увеличение общего объема задней черепной ямы и/или краниовертебрального перехода.

Прогностическое значение динамики болевого синдрома у больных после поясничной микродискотомии

Сон А.С., Гончарук Е.А., Солодовников В.И.

Одесский государственный медицинский университет
Одесса
Украина
80679411915
Zavoloka77@mail.ru

Вертеброгенные болевые синдромы ведут к длительной утрате трудоспособности и к социальной дезадаптации лиц зрелого возраста в период активной трудовой деятельности и приобретают характер эпидемии во многих странах независимо от степени их экономического развития. Наиболее тяжелой клинической формой течения дегенеративного процесса опорно-двигательного сегмента позвоночного столба является грыжевая компрессия содержимого спинномозгового канала или спинномозговых корешков, когда комплексное лечение медикаментозными и физиотерапевтическими методами не дает клинического эффекта, обуславливая тем самым необходимость проведения хирургической операции.

Цель нашего исследования: выявление особенностей динамики болевого синдрома и его прогностическое значение у больных оперированных методом поясничной микродискотомии/

Всего в исследовании приняли участие 97 пациентов, которым выполнена поясничная микродискотомия, обследованных до- и на 6-7-е сутки после оперативного вмешательства. Катамнестический контроль составили 58 больных, которые были обследованы повторно через 6 месяцев после операции. Болевой синдром до операции характеризовался ощущениями высокой интенсивности, по данным визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) в среднем составил $(8,8 \pm 0,1)$ балла. В послеоперационном периоде у 92 (94,8 %) из 97 пациентов были достигнуты хорошие и удовлетворительные клинические результаты. Интенсивность боли снизилась до $(1,4 \pm 0,2)$ баллов по ВАШ ($p < 0,001$). Через полгода после операции у 14 (15,5 %) больных сформировался постдискотомический синдром. У 5 из них (5,15%) не было выявлено объективных причин для возникновения боли, интенсивность которой составила по ВАШ $3,3 \pm 0,4$ баллов. Представляет интерес причина возникновения постдискотомического синдрома у пациентов с умеренно выраженным болевым синдромом, без клиники компрессионной радикулопатии и/или слабopоложительными симптомами натяжения.

Нами получены данные о прогностическом значении степени выраженности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде. Так, прогностически неблагоприятными показателями являются интенсивность боли более 3,0 баллов (по данным ВАШ) и менее 18 баллов - по шкале японской ортопедической ассоциации. Для больных, у которых до операции регистрировалась симпатикотония, а в раннем послеоперационном периоде — зйтония, с интенсивностью боли $(1,4 \pm 0,2)$ балла ($p < 0,001$), по ВАШ, в послеоперационном периоде не характерно развитие постдискотомического синдрома.

Магнітно-резонансна томографія в діагностиці гематогенного остеомієліту хребта

Сташків А.Т., Шевчук А.В., Улещенко Д.В., Пашиков О.Є.

ДУ "Інститут травматології та ортопедії
АМН України"
Київ
Україна
(044) 486-33-39
fast@gala.net

Остеомієліт хребта (спондиліт, спондилодисцит) є відносно рідким захворюванням, що тяжко діагностується, характеризується, зазвичай, тяжким перебігом із загрозою для життя пацієнта та складним довготривалим лікуванням. Складність діагностики полягає в тому, що основний клінічний симптом остеомієліту хребта – біль в спині, притаманний багатьом захворюванням: дегенеративно-дистрофічним та специфічним ураженням хребта, пухлинам, травмам, спондилодисплазії та іншим.

Мета: визначити особливості МРТ-діагностики на ранніх стадіях гематогенного остеомієліту хребта.

Матеріал та методи. Робота ґрунтується на аналізі МРТ-обстеження 52 хворих на остеомієліт хребта, мешканців України, що проходили лікування в ДУ «Інститут травматології та ортопедії АМН України».

Результати та їх обговорення. Магнітно-резонансна томографія дозволила виявити запальні зміни у хребцях значно раніше, ніж на рентгенограмах – з 1-2 тижня від початку захворювання. У 48 (92,3 %) випадках МРТ показало наявність гіпоінтенсивного сигналу на T1 і гіперінтенсивного сигналу на T2 від тіл хребців і міжхребцевого диска, що свідчить про наявність запального процесу (специфічність ознаки склала 0,92 за Fick). У 14 хворих ми виявили характерні зміни на МРТ при відсутності будь-яких рентгенологічних ознак деструкції замикальних пластинок тіл хребців при тривалості захворювання до 2-х місяців. Деструкція замикальних пластинок виявлена у 18 хворих, деструкція тіл хребців - у 20 хворих. Аналізуючи дані МРТ у 9 хворих із змінами в епідуральному просторі у 5 випадках сигнал в T1 був гіпоінтенсивним, а в T2 гіперінтенсивним, що було розцінено як наявність епідурального абсцесу. У 4 випадках сигнал в T1 і в T2 був гетероінтенсивним, що характерне для інфільтративної зміни епідуральної клітковини. Застосування в 13 випадках контрастного посилення МРТ підтвердило наявність запального процесу в хребтно-руховому сегменті по гіперінтенсивним сигналам в T1, а так само уточнило межі розповсюдження епідуральних абсцесів і інфільтратів.

Висновки. Магнітно-резонансна томографія дозволяє виявляти характерні ознаки запального процесу в хребті значно раніше (з 1-2 тижнів) за інші методи інструментального дослідження з високою специфічністю, що визначає провідну роль даного дослідження на ранніх стадіях гематогенного остеомієліту хребта, коли проявами захворювання є лише больовий синдром в спині та підвищення температури тіла.

Ускладнений перебіг протрузій та гриж міжхребцевих дисків в поперековому відділі хребта при дегенеративних ураженнях

Сташкевич А.Т., Антонійчук В.Т., Шевчук А.В.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії
АМН України»
Київ
Україна
(044) 486-33-39
fast@gala.net

Проліковано та проаналізовано 50 хворих (34 жінки і 16 чоловіків), із них стаціонарно – 38 хворих та 12 хворих амбулаторно, з грижами міжхребцевих дисків, з нестабільністю в хребцево-руховому сегменті в (29 хворих), із стенозом спинномозкового каналу (21 хворий) в поперековому відділі хребта. На функціональних рентгенограмах виявили нестабільність в хребцево-руховому сегменті (збільшення рухливості вище фізіологічних меж за кутовим та лінійним зміщеннями). Стенозування спинномозкового каналу (центрального чи латерального стенози) визначали за даними рентгенографії та комп'ютерної томографії. Для визначення подальшої тактики лікування здійснювали клініко-неврологічне дослідження. Визначали больовий синдром (за ВАШ), обмеження рухів в хребті (проба Шобера), стан м'язів червоного пресу і розгиначів хребта, поперековий лордоз. Консервативне лікування включало в себе застосування нестероїдних протизапальних препаратів, міорелаксантів, вітамінів, тканинну, судинну, протинабрякову та протизапальну терапію, антигомотоксичні ліки, спокій і перидуральне введення стероїдів. Застосовували витяжіння, ЛФК, мануальну терапію. Тривалість лікування становила від 1 до 3 місяців. Добрі і задовільні результати консервативного лікування в амбулаторних умовах відмітили у 9 пацієнтів (75 %), а у 3 пацієнтів (25 %) позитивного ефекту не було (зберігався або нарастали клініко-неврологічні розлади). При неефективності консервативного лікування ставили показання до хірургічного лікування. Виконували такі оперативні втручання: черезшкірна нуклеотомія – у 7 хворих; мікродискетомія – у 9; розширена інтерламинарна дискетомія і фасетектомія – у 8; геміламинектомія, фасетектомія і дискетомія – у 5; декомпресивна ламинектомія, фасетектомія і дискетомія, транспедикулярна фіксація – у 10; дискетомія і передній міжтіловий спонділодез – у 5; дискетомія і корпородез із задньо-бокового доступу – у 6 хворих. Післяопераційний період включав в себе: ліжковий режим – 1-4 днів; знеболюючу та проти набрякову терапію; профілактичну антибіотикотерапію – 5-7 днів (переважно – цефтріаксон і аксеф); фіксуєючий пояс; відновлюючу терапію та пресакральні блокади з діпроспаном при неврологічних розладах протягом 5-7 днів; ортопедичний режим з обмеженням фізичних навантажень протягом 3-4 тижнів. Результати хірургічного лікування: добрі у 44 хворих (89 % спостережень); задовільні – у 4 хворих (5,9 %); незадовільні – у 2 хворих (5,1 %).

Віддалені результати застосування епідурального адгезіолізу на поперековому рівні при вертеброгенних больових синдромах

Тхорієвський О.Т., Балан С.І., Потапов О.І.

Обласна клінічна лікарня
Івано-Франківськ
Україна
+380503734217
sbalan@rambler.ru

Збільшення питомої ваги малоінвазивних технологій в останні роки зменшують травматичність оперативних втручань. Індивідуальний підхід в виборі оптимальної тактики хірургічного втручання при ускладненому остеохондрозі поперекового відділу хребта дозволяє ефективно усунути вертеброрадикулярний конфлікт.

Метою дослідження було визначити віддалені наслідки проведення епідурального адгезіолізу при вертеброгенних больових синдромах в поперековому відділі хребта.

Матеріали і методи. У відділенні хірургії хребта і спинного мозку з 2007 по 2009 року проведено 250 операцій епідурального адгезіолізу на поперековому рівні, що становило 21,2% від загальної кількості операцій проведених у відділенні. Середній вік хворих $36,7 \pm 7,6$ років. Хворих чоловічої статі було 55%, жіночої 45%. Грижі міжхребцевих дисків складала 57,3%, протрузії міжхребцевих дисків – 18,6%, стеноз хребетного каналу – 19,3%, поперековий перидурит – 4,8%. Епідуральний адгезіоліз проводили шляхом введення епідурального катетера люмбальним доступом на рівень патологічного вогнища і введення медикаментів за трьохденною методикою. Результат лікування оцінювали за регресуванням больового синдрому згідно ВАШ і критеріїв Masab.

Результати та їх обговорення. При спостереженні отримали наступні результати: відмінні (больовий синдром регресував) – 14%, добрі (больовий синдром виражено зменшився) – 55%, задовільні (больовий синдром регресував, але відновився в термін 6 місяців – проведено повторний епідуральний адгезіоліз) – 17%, незадовільний (больовий синдром незначно зменшився в термін до 6 місяців проведена мікродискетомія) – 14%.

Висновки. Епідуральний адгезіоліз займає важливе місце як самостійний метод в лікуванні вертеброгенних больових синдромів на поперековому рівні.

Динамическая стабилизация сегментарной нестабильности при дискогенных болевых синдромах

Толпекин Е.Л., Федулов А.С.

Белорусский государственный медицинский университет
Минск
Беларусь
+375 17 2705593
dr_tolpekin@tut.by

Цель исследования. Улучшение результатов нейрохирургического лечения пациентов с сегментарной нестабильностью при грыжах межпозвоноковых дисков с использованием динамической системы стабилизации Coflex.

Материал и методы. В 2007 г были прооперированы с установлением Coflex 4 пациента с выраженной клиникой дискогенной радикулопатии и межпозвоноковой нестабильностью. Двоим из них ранее была выполнена стандартная микродискэктомия, одной дважды, еще одной был проведен курс трансакрального эпидурохемонуклеолизиса, четвертый пациент оперировался впервые. В двух случаях проводилась микродискэктомия с эндоскопической ассистенцией и динамической стабилизацией позвоночника; в других двух случаях - выделение корешка из рубцов и декомпрессия корешка, затем динамическая стабилизация + катетеризация эпидурального пространства и проведение эпидурохемонуклеолизиса (эпидурально вводились лидокаин, лидокаин, вит В12). Исходы лечения оценивались через 1 год по критериям Маснаб (1971), по динамике болевого синдрома (10 бальная визуально-аналоговая шкала) и анализировались данные Rtg и МРТ.

Результаты и обсуждение. При контрольных осмотрах все пациенты отмечали улучшение самочувствия после операции. По шкале оценки I. Маснаб получены следующие результаты лечения: отличный - 1, хороший - 2, удовлетворительный - 1. На контрольных Rtg и СКТ отмечается уменьшение выраженности динамической нестабильности и сохранение высоты межпозвонокового пространства. В послеоперационном периоде интенсивность боли уменьшилась с 4 до 2 баллов. В одном случае на контрольных рентгенограммах определялось смещением имплантата, в связи с чем, было повторно проведено оперативное вмешательство. Причиной послеоперационного осложнения было слишком ранняя функциональная перегрузка позвоночника во время выполнения функциональных снимков (сгибание-разгибание позвоночника) и неправильно подобраный размер имплантата. При второй операции был поставлен имплантант большего размера. Сущность операции заключается в создании дополнительной, четвертой, динамической точки опоры в позвоночно-двигательном сегменте, которая частично берет на себя функции патологически измененного межпозвонокового диска и двух межпозвоноковых суставов. Это предотвращает развитие нестабильности в пораженном позвоночно-двигательном сегменте с восстановлением естественного биомеханического состояния позвоночника.

Выводы. Конструкции имплантата и инструмента для его установки позволяют малоинвазивно и технологично выполнить оперативное вмешательство, эффективность которого подтверждается клиническими результатами, данными Rtg и МРТ.

Досвід застосування паравертебральних блокад при лікуванні вертеброгенних болевих синдромів

Толстанов О.К., Гордійчук В.П.

Управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації, Житомирська обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського
Житомир
Україна
(0412) 34-34-88
medisa@meta.ua

В нейрохірургічній практиці боротьба з різними формами болевих синдромів є повсякденною проблемою, тому що саме біль є однією із найрозповсюджених скарг, що спонукає хворого звертатися до лікаря. Серед всіх нейрогенних болевих синдромів найбільш частими є вертеброгенні (протрузії міжхребцевих дисків, остеофіти, нестабільність хребтно-рухового сегменту, артрози, переломи хребців, остеопорози, пухлини хребців, функціональні вертеброгенні розлади).

Метою нашого дослідження став аналіз результатів проведення паравертебральних блокад із застосуванням препаратів діпроспана та мільгами при лікуванні вертеброгенних болевих синдромів.

Проаналізовано результати лікування хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта, у яких мали місце різні клінічні прояви захворювання. Хворі перебували на лікуванні у нейрохірургічному відділенні Житомирської обласної лікарні ім. О.Ф. Гербачевського з 2004 по 2008 р. Серед обстежених хворих чоловіків було 454, жінок - 305. Віковий діапазон коливався між 23 та 82 роками (середній вік хворих склав 52 роки). Обстеження пацієнтів включало клінічний огляд, застосування інструментальних методів (рентгенографії, комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії попереково - крижового відділу хребта). Клінічні прояви захворювання були пов'язані в основному з подразненням та компресією корінців попереково-крижового відділу, обумовлених нестабільністю хребцевого сегмента, протрузією міжхребцевих дисків, спондилогенними та артрогенними розростаннями. Паравертебральні блокади проводились за класичною методикою з використанням препаратів діпроспана (бегеметазона) 1 мл та мільгами (вітаміну В1 - 50 мг, вітаміну В6 - 50 мг, вітаміну В12 - 500 мкг). Як анестетик в основному використовувався бупівакаїн 0,5% - 12-16 мл.

Результати оцінювались наступним чином: позитивний вважався результат при зниженні важкості болювого синдрому на 50% та більше, на протязі 3-5 днів, задовільним - на 20-40%, за той же час, незадовільним - при незначних зниженнях болювого синдрому та відсутності ефекту від проведення блокади. За результатом проведеного аналізу було виявлено, що у 33% хворих відмічався позитивний результат, задовільний - у 43%, незадовільний - у 24% хворих. 26% хворих із задовільним результатом та практично всі хворі з незадовільним результатом, в подальшому, потребували хірургічного втручання.

Таким чином, використання паравертебральних блокад при лікуванні вертеброгенних болевих синдромів із застосування діпроспана в поєднанні з мільгамою дає можливість зняти або ж значно зменшити нейрогенний біль на етапі консервативного лікування дегенеративних захворювань хребта ускладнених подразненням або ж компресією корінців спинного мозку. Відсутність ефекту від даного методу лікування, являється показаннями до хірургічного лікування.

Больовий синдром за наявності гігантських аневризм інфракліноїдного відділу внутрішньої сонної артерії

Цімейко О.А., Костюк М.Р., Орлов М.Ю., Мороз В.В., Скорохода І.І., Ал'межраб С.С., Шахін Н.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова
АМН України
Київ
Україна
(044) 483 07 25
moroz.doc@online.ua

Гігантські артеріальні аневризми (АА) являють самостійну групу в складі внутрішньочерепних АА в зв'язку з їх розмірами, клінічними проявами та складнощами хірургічного лікування. АА інфракліноїдного відділу внутрішньої сонної артерії (ВСА) серед АА вказаної групи складають до 55% (Ю.П. Зозуля, М.Р. Хінікадзе, 2007) і досить часто про-явом захворювання є наявність больового синдрому.

Метою даного дослідження є аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів з гігантськими АА інфракліноїдного відділу ВСА, клінічним проявом яких був больовий синдром в поєднанні з варіантами ураження кавернозного синусу.

Матеріал та методи: виконано аналіз хірургічного лікування 14 хворих з гігантськими АА інфракліноїдної частини ВСА, які перебували на лікуванні в клініці судинної нейрохірургії інституту нейрохірургії з 2005 по 2008 рр. Чоловіків – 6, жінок – 8. Діагностичний комплекс включав: аксіальну комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію, селективну церебральну ангиографію (СЦА). З метою визначення коллатерального кровообігу додатково виконували СЦА, транскраніальну ультразвукову доплерографію та електроенцефалографію з компресійною пробою Матаса. Клінічними проявами захворювання були: періодичні болі в лобно-орбітальній ділянці (у 10 пацієнтів), дифузний головний біль (у 3-х), локальний біль в ділянці нижньої щелепи, який розповсюджувався до вушної раковини та верхньої половини обличчя (у 1-го пацієнта). Вказані різновидності больового синдрому поєднувались з ознаками ураження черепно-мозкових нервів (ЧМН). Всім хворим виконані хірургічні втручання, а саме: перев'язка ВСА в екстракраніальному відділі виконана 3 пацієнтам, перев'язка ВСА в поєднанні з кліпуванням супракліноїдної частини ВСА – 3, оклюзія балон-катетером ВСА на рівні АА – 2, оклюзія АА балоном в 1 спостереженні. Ендоваскулярна емболізація АА спіралями виконана 4 пацієнтам. В 1 спостереженні виконана імплантација стент-графта у ВСА на рівні шийки АА.

Результати та обговорення: позитивні результати хірургічного лікування досягнуті у 93 % спостережень. Віддалені результати хірургічного лікування оцінювали за шкалою Ренкін (Rankin Skale). У 2 пацієнтів відсутні прояви захворювання, що відповідає 0 градациї шкали Ренкін. У 11 спостереженнях стан хворих відповідає 1 градациї. І лише в одному випадку відмічена помірна інвалідизація (3 градација шкали Ренкін).

Результати хірургічного лікування невропатичного больового синдрому у хворих з наслідками травматичних та не травматичних ушкоджень спинного мозку

Цимбалюк В.І., Ямінський Ю.Я.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова
АМН України
Київ
Україна
80444831253
yaminski@ukr.net

Лікування невропатичних больових синдромів є одним з важливих завдань в програмі покращення якості життя хворих з патологією спинного мозку.

Методи і матеріали. Нами проведено аналіз результатів лікування невропатичного больового синдрому у 52 хворих. У 39 з них мали місце наслідки травматичного ушкодження спинного мозку, у 8-и – наслідки перенесених вірусних мієлітів, у 5-и – авульсії корінців плечового сплетення. Оцінку результатів лікування проводили за VAS. Результати оцінювали як відмінні, якщо після операції біль зменшувався більш, ніж на 75%, хороші – на 50-75%, задовільні 35-50% та погані – менш, ніж на 35%. Метод епідуральної електростимуляції спинного мозку застосований нами у 36 хворих, DREZ-томії – у 16 хворих, симпатектомії – у 2 хворих, передня комісуральна мієлотомія – у 2 хворих. 4 хворим проводили повторні хірургічні втручання.

Результати. З 39 хворих з наслідками травматичного ушкодження спинного мозку метод епідуральної електростимуляції застосовано у 28 пацієнтів. Відмінні результати корекції больового синдрому були у 10 хворих, хороші – у 12 хворих, задовільні у 1 хворого, погані – у 5 хворих. 4 хворим з поганими результатами корекції больового синдрому проведено повторні хірургічні втручання: симпатектомії – 2 хворим з хорошим результатом та передню комісуральну мієлотомію – 2 хворим з хорошим та відмінним результатами. Операцію деструкції зони входження задніх корінців в спинний мозок виконано 11 хворим. У 7 з них отримано відмінний результат, у 3 – хороший і у 1 хворого задовільний результат. У хворих з наслідками перенесених запальних захворювань спинного мозку для корекції больового синдрому використовували лише метод епідуральної електростимуляції. З 8 пролікованих хворих відмінний результат отримано у 2 хворих, хороший – у 6 хворих та поганий результат – у 2 хворих. У всіх 5 хворих з больовими синдромами після авульсії корінців плечового сплетення нами застосовано метод однобічної шийної DREZ-томії. Відмінний результат нами отримано у 2 хворих. Хороший – у 2 хворих і поганий – у одного хворого. У 2-ох хворих з 5-и мали місце транзиторні порушення рухів в нижній кінцівці іпсилатерально.

Висновки. 1. Хірургічне лікування є високоефективним методом корекції невропатичних больових синдромів у хворих з наслідками травматичних та нетравматичних ушкоджень спинного мозку. 2. Ефективність хірургічного лікування залежить від правильності вибору методу оперативного втручання у кожного хворого.

Хірургічне лікування больових синдромів у хворих з карпальним тунельним синдромом

Цимбалюк В.І., Цимбалюк Ю.В., Лузан Б.М., Дунаєвська Л.О.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова
АМН України
Київ
Україна
044 483-12-53
luzan@ukr.net

Метою роботи є поліпшення результатів хірургічного лікування карпального тунельного синдрому.

Матеріали та методи дослідження. Провідним симптомом карпального тунельного синдрому є больовий синдром, який і заставляє хворих звертатися до лікаря. Дослідження базується на аналізі результатів лікування 87 хворих з карпальним тунельним синдромом. За клінічними синдромами хворі були розподілені таким чином: перша група – це хворі з давністю захворювання до 6-ти місяців – 41, друга відповідно від 6-ти до 12-ти місяців – 27, третя група понад 12 місяців – 19 пацієнтів. У хворих було виконано невротиз та декомпресію нервів, розтин карпальної зв'язки. Якщо в клінічній картині у пацієнта були м'язові гіпотрофії, до нерва підводили графітний електрод для подальшої електростимуляції, до 10-ти діб.

Результати. При вивченні результатів хірургічного лікування нами були отримані такі результати: ранні (до виписки хворого зі стаціонару, протягом перших двох тижнів) – спостерігали зникнення парестезій, поліпшення чутливості в зоні іннервації нерва на кисті 39 (44,8%); зникнення больового синдрому – 59 (67,8%), зменшення інтенсивності болю – 25 (28,7%), без змін – 3 (3,5%). Віддалені результати вказують на те, що добре відновлення наступило у 49 (56,3%), задовільне – у 36 (41,4%), а відсутність ефекту від проведеної операції спостерігалася у 2 (2,3%) хворих.

Висновки. Хірургічне втручання найбільш ефективно, коли тунельна невропатія проявляється симптомами іритації (на стадії легкого ступеня компресійного синдрому), відповідно результати гірші при наявності симптомів випадіння, найоптимальніше оперувати в строк від 1 до 6 місяців від початку захворювання. Лікування хворих з тунельною невропатією вимагає комплексного підходу. Хірургічне лікування обов'язково доповнюється реабілітаційними заходами: фармакологічні препарати (нейромідин, трентал, нуклео ЦМФ-форте, вітаміни групи В і т.ін.), фізіотерапія, масаж, ЛФК.

Купирование боли у детей с сочетанной черепно-мозговой травмой сопровождающейся переломами бедренной кости

Тулаев Н.Б.

Республиканский научный центр нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
+998712649625
kariev@bcc.com.uz

Нами проанализированы данные наблюдений у 24 пострадавших детей, у которых наряду с тяжелой черепно-мозговой травмой имелись переломы бедренной кости. Все пациенты были доставлены в нашу клинику в течение 1 суток после получения травмы. У всех пациентов в момент поступления отмечались явления травматического шока. В связи с чем сразу же им применялись наркотические анальгетики (Промедол 1%-1,0мл+ Димедрол 1%-1,0мл) и подключались волемиические растворы. После стабилизации гемодинамических показателей, для ликвидации болевого синдрома применяли футлярную анестезию: с введением в место перелома раствора новокаина 0,25%-100,0мл, конечность после чего укладывали на шину и монтировалась система скелетного вытяжения. Как известно дети плохо переносят скелетное вытяжение, в связи с чем, нами произведен стабильный остеосинтез всем 24 пострадавшим детям в сроки от 3 до 5 суток, то есть сразу же по выведении больных из состояния шока. Это позволило в более ранние сроки после травмы добиться мобильности больных в постели, способствовало проведению активной респираторной терапии, проведению нейрохирургических манипуляций: люмбальных пункций для санаций ликвора, перевязки и обработки ран. Все это приводило к сокращению койко-дней. Таким образом, у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой следует считать активной хирургическую тактику оправданной. Так как, это способствует профилактике жировой эмболии и развития вторичного болевого шока.

Методы остеосинтеза при болевом синдроме сочетанной травмой у лиц пожилого и старческого возраста

Умирсеризов Б.У., Мирзабаев М.Д., Рихсиев М.Д.

Республиканский научный центр нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
+998712649617
kariyev@bcc.com.uz

В клинике РНЦНХ разработана технология малоинвазивного лечения переломов длинных трубчатых костей методами закрытого остеосинтеза для ликвидации болевого синдрома. Технология включает в себя дифференцированное использование различных видов закрытого погружного остеосинтеза и аппаратной внешней фиксации. Основные позиции технологии: индивидуальный подбор фиксатора, учитывая возрастной аспект, проведение стабильного закрытого остеосинтеза, определение соматического статуса, ранняя выведения из шока и активизация больных.

Материалы и методы: Прооперировано 52 пациента с диафизарными переломами трубчатых костей, из них 32 пациентов с внутрочерепными гематомами. Возраст исследуемых составил 55 - 72 года. Всем больным произведено нейрофизиологические исследования, консультация смешных специалистов, рентгенография и компьютерная томография.

Результаты исследования: Ранний метод фиксации костных отломков длинных трубчатых костей показал, что в период шока при сочетанной травме могут использоваться все виды оперативного лечения переломов костей конечностей. Большое значение имел правильный выбор современного остеосинтеза, его биологическая цена. Устранения боли до оперативного вмешательства с адекватным обезболиванием значительно снижает развития болевого синдрома. Применения проводниковой анестезии и общей седатации у лиц пожилого и старческого возраста улучшило состояние больных, стабилизировало вегетативно-сосудистые и психопатологические расстройства. В зависимости от периода травматической болезни, возникших осложнений, правильного лечения и ошибок введении больных с политравмой, происходит изменение цены риска хирургического вмешательства. Исследования особенностей течения процессов репаративной регенерации в различных условиях закрытого остеосинтеза, особенности клиники и течения процессов при черепно-мозговых травмах. Выбор метода остеосинтеза, его объема, времени выполнения зависели от наличия травматического шока и тяжести общего состояния пострадавшего, определяющейся, в первую очередь, тяжестью черепно-мозговых повреждений. Эффективность терапии пропорционально зависит от длительности болевого синдрома.

Вывод: Ранние методы оперативных фиксации костных отломков длинных трубчатых костей и адекватной анестезии у лиц пожилого и старческого возраста показал, что в период шока и болевого синдрома при сочетанной травме проводниковая анестезия играет важную роль в улучшении состояния и качество жизни пациентов.

Візуалізація ускладнень гострого післяопераційного періода артеріальних аневризм головного мозку методом КТ

Вакарюк В.Є., Робак О.П., Робак К.О., Гетьман О.М., Яцик В.А., Маховський С.В.

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

Мета роботи. Визначити КТ-ознаки ускладнень артеріальних аневризм у гострому післяопераційному періоді з метою вибору тактики лікування.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз КТ-обстежень 67 хворих артеріальними аневризмами з клінічно ускладненим перебігом гострого післяопераційного періоду, пролікованих хірургічним методом у судинному відділенні Інституту нейрохірургії. 50 хворих було оперовано методом кліпування АА, 10 – методом ендovasкулярної балонізації, 7 – емболізації аневризм спіралями.

Результати і їх обговорення. Найчастіше ускладнення виникали після кліпування артеріальних аневризм з широкою шийкою. На першому місці слід поставити порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом у хворих з аневризмою, що супроводжувалась вираженим вазоспазмом (72%). Вибірково це стосувалось басейну артеріальної судини, з якої АА мала походження. Клінічно найбільш важкий перебіг мали ускладнення при ураженні декількох басейнів, що найчастіше зустрічалося при операціях на аневризмах супракліноїдного відділу внутрішніх сонних артерій. На комп'ютерних томограмах ішемічне ураження визначалося як ділянка, що повторювала конфігурацію аваскулярної зони. Так, при ураженні басейну середньої мозкової артерії, зона ішемії розповсюджувалась на конвекситуальні ділянки мозкової кори з поширенням медіально на ділянки півкуль великого мозку, що кровопостачаються лентікуло-стріарними артеріями. При ураженні басейну передньої мозкової, що спостерігалось при артеріальних аневризмах ПСА-ПМА, зона ішемії поширювалася на медіальну кору півкуль великого мозку та їх медіанні структури. При ураженні басейну основної артерії, як правило, ішемізувалися стовбурові відділи мозку, мозочок та потилична доля. Ділянки ішемії на КТ виявлялися через добу після оперативного втручання як осередки зниженої щільності, що мали нечіткі контури. Чіткість контурів підкреслювалася після внутрішньовенного підсилення, у разі його застосування. На другому місці ускладнень у гострому післяопераційному періоді були крововиливи (субарахноїдальні-паренхіматозні), як наслідок повторного розриву аневризми або вади накладання кліпси (19,5%). Паренхіматозні крововиливи мали типову картину внутрішньомозкової гематоми (вогнища високої щільності 65-80 од.Н). Супроводжувались перифокальним набряком та дислокаційним синдромом в залежності від їх локалізації. Менш часто зустрічалася гостра внутрішня гідроцефалія (5%) внаслідок, як оклюзії лікворокомунікацій згортками крові, так і порушенням резорбції ліквору ворсинками павутинної оболонки.

Висновки. КТ при ускладненнях в гострому періоді АА є методом вибору та невід'ємною складовою корекції лікувальної тактики.

Динамика корешковых болевых синдромов при поясничной микродискэктомии с сохранением желтой связки. Результаты клинического применения

Вербов В.В., Сльнько Е.И., Золотоверх А.М., Пастушин А.И.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
8044 5921909
eu_slinko@yahoo.com

В последнее время все большее количество радикулопатий и радикулярных болей после выполнения микродискэктомии связывается с формированием перидурального и перирадикулярного рубца, перидурального фиброза. Для предупреждения этого в прошлом предлагалось использовать кусочки аутожировой ткани. Однако была показана неэффективность этого метода, иногда даже усиленный процесс рубцевания. В последнее время для этого используется Adson-гель. Однако убедительных данных в его эффективности не получено. Одним из последних предложенных методов является техника сохранения желтой связки во время проведения микродискэктомии. Предположительно этот метод должен уменьшать формирование перидурального рубца так как желтая связка тесно прилежит к твердой мозговой оболочке корешкам. С целью изучения эффективности микродискэктомии с сохранением желтой связки проведено данное исследование.

Материал и метод. У 57 последовательных больных проведена микродискэктомия. Операция выполнялась на L4-5, L5-S1 уровнях. У 51 больного во время доступа к грыже диска выполнялась латеральная флавэктомия или флавотомия, у 6 больных анатомические особенности требовали выполнения тотальной флавэктомии, интерламинэктомии. Различали следующие методы удаления желтой связки. Удаление желтой связки полностью на всем междужковом промежутке – тотальная флавэктомия, удаление латеральной части желтой связки в области сегментарного корешка и сохранении ее над дуральным мешком – латеральная флавэктомия. Если иссекался верхний слой желтой связки, а доступ осуществлялся путем разделения волокон внутреннего слоя желтой связки метод назывался флавотомией. Последний метод являлся наиболее желательным.

Результаты. Отдаленный период у 51 больного где во время доступа использована латеральная флавэктомия или флавотомия колебался от 7,6 до 1,2 месяцев. Среди этих больных отсутствовали жалобы на радикулярные боли, отмечалось ранее восстановление мобильности оперированного сегмента. Также отмечено ранее восстановление трудоспособности. У одного из этих больных в послеоперационном периоде не требовалось назначение стероидных или нестероидных противовоспалительных средств. Ни разу не отмечалось образование послеоперационных гематом.

Выводы. Т.о. методика микродискэктомии с сохранением желтой связки является перспективным новым методом, который помогает минимизировать хирургическую травму, повысить результаты лечения больных с грыжами поясничных межпозвоночных дисков. Одним из важных достоинств этого метода является предотвращение формирования перидурального фиброза.

Результаты нейрохирургического лечения радикулярных болевых синдромов при поясничном спондилолистезе

Волосюк Я. А. Сльнько Е.И.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
8044 5921909
eu_slinko@yahoo.com

Цель. Исследование проведено с целью разработки радикальных методов декомпрессии невралгических структур и фиксации позвоночника в случае радикулярных болевых синдромов при поясничном спондилолистезе.

Материал и методы: Проведено обследование, хирургическое лечение и изучение результатов лечения 45 больных со спондилолистезом с неврологическими проявлениями. При всех типах спондилолистеза производились декомпрессия корешков и дурального мешка: при спондилолистезе I степени редрессация и стабилизация не проводились; при спондилолистезе II степени мы проводили редрессацию и стабилизировали позвонки кейджами, устанавливаемыми из заднего доступа (PLIF – posterior lumbar interbody fusion). Спондилолистез большой степени (III-IV) стабилизировался установкой кейджей из заднего доступа (PLIF) в сочетании с установкой транспедикулярной системы фиксации.

Результаты и их обсуждение: У всех больных удалось достичь редукции спондилолистеза как минимум на 1 степень, стабилизации сместившихся позвонков. В подавляющем большинстве случаев достигнут функционально значимый регресс неврологической симптоматики. Отдаленные результаты удалось проследить через 2-16 месяцев у 14 больных: по данным рентгенографии, КТ и МРТ у всех больных сформировался костный спондилодез, прогрессирование спондилолистеза не отмечалось. У больных с истмическим и диспластическим спондилолистезом было стабильное неврологическое состояние.

Выводы: лечение спондилолистеза должно быть дифференцированными, однако в большинстве случаев сочетание установки кейджей из заднего доступа с установкой транспедикулярной системы фиксации является оптимальным.

Особливості хірургічного лікування рецидивів гриж міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта з вираженим больовим синдромом

Єрошкін О.А.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова
АМН України
Київ
Україна
8 044 489-30-45
yaroshkin@gmail.com

Мета: виявити особливості хірургічного лікування рецидивів гриж поперекових міжхребцевих дисків з вираженим больовим синдромом в залежності від методу первинного хірургічного втручання та виду доступу (інтра- або позаканального).

Матеріали та методи дослідження: Групу аналізу склали 157 пацієнтів, що були оперовані з приводу рецидивів гриж міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта в відділенні лазерної ендоскопічної спинальної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України» з 1996 по 2008 роки (2,4% від загальної кількості операцій): 65 жінок та 92 чоловіків. Середній період рецидиву захворювання склав 34,8 місяця (в межах від 2 до 127 місяців). Всі випадки стосувались лише іпсилатеральних рецидивів гриж. В залежності від хірургічного доступу первинні нейрохірургічні втручання розподілилися на внутрішньоканальні (мікродискектомія, відкрите інтерламінарне видалення грижі диску) та позаканальні (перкутанна лазерна мікродискектомія та ендоскопічна портална мікродискектомія). Повторне хірургічне втручання виконувалось пацієнтам з вираженим больовим синдромом в випадку неефективності консервативної терапії, яка тривала від 3 до 11 тижнів.

Результати: Під час планування доступу перед повторною дискектомією за допомогою МРТ сканування, часто з підсиленням (36) випадків, проводилося оцінювання ступеню рубцевої перебудови тканин внаслідок попередньої операції, та прогресування дегенеративних явищ. В випадках первинно використання інтраканального доступу це було важливим для визначення нормальних анатомічних орієнтирів перед повторною операцією. Використання нейрохірургічного мікроскопу суттєво допомогало внаслідок невеликих розмірів оперованих структур та давало можливість краще ідентифікувати післяопераційно змінені тканини. За критеріями шкали J. MacNab відсоток пацієнтів з добрим та задовільним результатом після повторної операції (83%) був дещо нижчим, ніж відсоток після першої операції (95%, $P < 0.05$); та відсоток незадовільних результатів був дещо вищим (5,4% в порівнянні з 2,7%, $P < 0.05$). Згідно оцінки результатів за візуально-аналоговою шкалою 94% пацієнтів відмічали відсутність болю в нозі.

Висновки: Особливість хірургічного втручання з приводу рецидивів гриж поперекового відділу хребта з вираженим больовим синдромом в випадках виконання під час первинних операцій інтраканального доступу, полягає в наявності виражених післяопераційних змін в ділянці оперованого сегменту, в той час, як при використанні первинно позаканальних методик частіше зустрічалися явища супутнього фораміностенозу.

Особливості клінічних проявів та клінічного перебігу рецидивів гриж міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта з вираженим больовим синдромом

Єрошкін О.А.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова
АМН України
Київ
Україна
8 044 489-30-45
yaroshkin@gmail.com

Мета: виявити особливості клінічних проявів та клінічного перебігу рецидивів гриж поперекових міжхребцевих дисків в залежності від методу первинного хірургічного втручання та виду доступу (інтра- або позаканального).

Матеріали та методи дослідження: Групу аналізу склали 157 хворих, оперованих в різний час в відділенні лазерної та ендоскопічної спинальної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України» в період з 1996 по 2008 роки з приводу іпсилатеральних рецидивів гриж міжхребцевих дисків (65 жінок та 92 чоловіків). Аналізуючи випадки рецидивів гриж міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта, на себе звертали увагу особливості клінічних проявів рецидиву захворювання у хворих в залежності від методу першого оперативного втручання: внутрішньоканальні (традиційна відкрита дискектомія та метод мікродискектомії з використанням нейрохірургічного мікроскопу), поза канальні (пункційна лазерна мікродискектомія та ендоскопічна портална мікродискектомія). Неврологічні прояви оцінювали посиндромно із використанням основних принципів класифікації неврологічних проявів остеохондрозу хребта за Ю.П. Лиманським з співавтором [2].

Результати: В клінічній картині рецидивів гриж міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта найбільш розповсюдженими виявились сполучення корінцевих, рефлекторних та корінцево-судинних синдромів, зазвичай із домінуванням одного (превалюючого) симптомокомплексу. Корінцевий синдром виявляв себе явищами випадіння функцій корінця в 96 випадках спостережень (67,1%), або ірритації – у 47 хворих (32,9%), та превалював в переважній більшості наших спостережень (143 із 157 хворих – 91,1%). Слід зазначити, що в випадках рецидиву захворювання у хворих первинно оперованих інтраканальними методами (мікродискектомія або традиційна відкрита дискектомія) зростала частота полірадікулярної симптоматики (7,8%). Рефлекторні деформації в поперековому відділі хребта визначались в різний час рецидиву захворювання під час загострень в 46,5% спостережень/

Висновки: Клінічна картина рецидивів гриж міжхребцевих дисків в поперековому відділі хребта з використанням інтраканальних методик при первинному оперативному втручанні, в порівнянні з позаканальними, характеризується підвищенням частоти полірадікулярної симптоматики, нашаруванням резидуальних корінцевих синдромів, що зберігаються після першої операції, збільшенням частки явищ стенозу каналу хребта, та відносно невеликою кількістю рефлекторних вертеброгенних деформацій.

Анализ результатов хирургического лечения синдрома «вторичной фиксации спинного мозга» у детей, ранее оперированных по поводу спинальных дизрафизмов

Землянский М.Ю., Кушель Ю.В.

НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН
Москва
Россия
+78 (906) 057 49 86
mzemliansky@nsi.ru

Частота встречаемости спинномозговых грыж составляет 1-2 случая на 1000 новорождённых (0.1 – 0.2%) (Greenberg M.S. 2007). Синдром «вторичной фиксации спинного мозга» (СВФСМ) развивается у 10–75 % детей после пластики миеломенингоцеле и липомиеломенингоцеле (Shurtleff D, 1997, Morimoto K. et al., 2005, Talamonti G, 2007). Болевой синдром в клинической картине СВФСМ доминирует в большинстве случаев, что составляет 93% – 55 %. (Hudgins R.J. et al., 2004, Maher C.O. et al., 2007, Greenberg M.S., 2007).

Материалы и методы. В НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко в период с января 2008 года по май 2009 года проспективно обследовано и оперировано 23 ребёнка с СВФСМ, вследствие ранее проведённых операций, по поводу пластики спинномозговых грыж. Возрастная группа детей составляет от 1 года 11 месяцев до 16 лет. Все больные обследовались и оперировались по единому протоколу.

Результаты. У всех детей отмечено аномально низкое расположение конуса спинного мозга (ниже L2 позвонка) и дорзальная фиксация его в рубцово – изменённых оболочках мозга. Клиническая картина заболевания была представлена симптомами миело-, и радикулопатии, характеризующиеся прогрессирующим течением. Хирургическое лечение СВФСМ является единственным методом, позволяющим улучшить или стабилизировать неврологический дефицит у симптомных больных. В послеоперационном периоде, в большинстве случаев отмечен положительный результат: регресс болевого синдрома – 93,3 %, увеличение силы в конечностях – 76,9 %, улучшение чувствительных нарушений – 56,5 %, нормализация или частичное улучшение функции мочевого пузыря и прямой кишки 44 % и 50 % соответственно. Осложнения хирургического лечения возникли у 12 детей (52%): раневая ликворея 4 (17%), псевдоменингоцеле 1 (4,3%), транзиторная задержка мочи 6 (26%), несостоятельность раны 2 (8,6%), нарастание двигательного дефицита 1 (4,3%).

Выводы: 1) Своевременное хирургическое лечение синдрома «вторичной фиксации спинного мозга» во многих случаях приводит к стабилизации или улучшению неврологической симптоматики (регресс болевого синдрома в 93,3 % случаев). 2) Развитие высокотехнологичных подходов в нейрохирургии, не исключает риск развития послеоперационных осложнений, особенно связанных с ликвореей, что указывает на необходимость и разработки оптимальных методик их профилактики.

Применение пункционной поликанальной лазерной декомпрессии диска у пациентов с проявлениями грыж диска на поясничном уровне

Зевахин С.В.¹, Иваненко А.В.², Чудновский В.М.³

¹ СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
² ФГУ «РНХИ» им. проф. А.Л. Поленова,
³ НОЦ «Медицинская физика» ИФИТ ДВГУ
Санкт-Петербург, Владивосток
Россия
89045171790
avivanenko@mail.ru

Цель. Определение эффективности лечебного метода ППЛДД – пункционной поликанальной лазерной декомпрессии диска.

Материалы и методы. Группа из 120 пациентов. Возраст пациентов от 21 до 55 лет, из них 76 мужчин и 44 женщины. Все пациенты поступили на лечение с диагнозом: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, осложненный грыжей диска L4-L5 или L5-S1 и корешковым L5, S1 синдромом. В клинической картине преобладали: 1) выраженный болевой синдром 2) гомолатеральная с грыжевым выпячиванием болевая гипестезия 3) снижением ахиллова рефлекса 4) снижение силы в стопе 5) симптомы натяжения. На догоспитальном этапе все пациенты получали курсы лечения, которые включали прием НПВС, стероидных препаратов, витаминов группы В, иглорефлексотерапию, массаж, мануальную терапию, физиотерапевтическое лечение. Всем пациентам было проведено обследование: спондилография, МРТ, СКТ. Аксиальный размер грыжевого выпячивания составлял от 5 до 9 мм, фронтальный -- от 4 до 8 мм медианной или парамедианной локализации. Критерии отбора пациентов: 1) неэффективность проведенного комплексного консервативного лечения сроком более 12 недель 2) МРТ или КТ – признаки несеквестрированной грыжи или протрузии размером более 4 мм 3) отсутствие врожденного стеноза позвоночного канала, остеофитов задней и фораминальной локализации 4) спондилолистез не более 1-й степени 5) отсутствие показаний к открытой дискэктомии.

Результаты и их обсуждение. Полный регресс симптоматики в срок до 12 недель получен у 93 пациентов (77,5%). Значительное уменьшение боли с сохранением умеренно выраженного неврологического дефицита – у 25 пациентов (20,8%). 2 пациентам проведена микродискэктомия (менее 2%).

Вывод. На основании полученных результатов можно утверждать о высокой эффективности ППЛДД и рекомендовать применение метода при неэффективном консервативном лечении и отсутствии четких показаний для дискэктомии.

Retrogasserian Thermolysis in Trigeminal Neuralgia

Mehmet Zileli, M.D., Professor of Neurosurgery

Neurosurgery Department,
Ege University Faculty of Medicine
Izmir
Turkey
+90-532-3422599
mehmet.zileli@ege.edu.tr

Goal: This paper aims to analyse long term results of retrogasserian RF lesions for trigeminal neuralgia.

Materials and Methods: Between 1992 and 1998 a total 213 patients presented with trigeminal neuralgia were treated. Mean age was 59±13 (min 24, max 90), Male/Female ratio was 89/121. The pain was on right in 134 cases and on left in 79 cases. The distribution of the pain in divisions was: division I: 4, division I & II: 22, division II: 52, division II & III: 68, division III: 36, all divisions: 31.

Secondary trigeminal neuralgia presented in 21 cases (9,9%): The etiology of trigeminal neuralgia was attributed to multiple sclerosis in 8 (3,8%), cerebellopontin angle tumor in 5 (2,3%), vascular lesions in 4 (1,9%), blood disorders in 2 (0,9%), basilar invagination and Chiari syndrome in 1 (0,5%), arachnoid cyst in 1 (0,5%)

Trigeminal neuralgia was accompanied with hemifascial spasm in 4 (1,9%), with hemifascial spasm & tinnitus in 1 (0,5%). Bilateral trigeminal neuralgia presented in 7 patients (3,3%).

The technique we used was performed under fluoroscopic control and division specific lesions by radiofrequency thermocoagulation at 75 degree centigrade for 60 seconds. During RF lesions IV diprivan anesthesia was applied.

Results and Discussion: We examined 116 patients with more than 5 year follow ups and total application of 142 RF rhizotomies. Initial success rate was 98%. Recurrence rate was 15%. Recurrence interval was on average 18 months (1-36) Number of RF applications in this group was one time only in 93 cases, 2 times in 20 cases, 3 times in 3 cases.

Complications were transient 6th nerve palsy in 2, carotid artery puncture in 1, anesthesia dolorosa in 1. There were no death and no significant morbidity.

Conclusions: Retrogasserian RF thermolysis for trigeminal neuralgia is an easy and non-ambulatory technique which allows division specific pain relief with very high success rate and small number of reversible complications.

Posterior Surgery for Kyphosis

Mehmet Zileli, M.D., Professor of Neurosurgery

Neurosurgery Department,
Ege University Faculty of Medicine
Izmir
Turkey
+90-532-3422599
mehmet.zileli@ege.edu.tr

Goal: Kyphosis as a sagittal spine deformity causes pain and significant disability. The etiology may be ankylosing spondylitis, Scheurmann's disease, Pott's disease, osteoporotic compression fractures. This paper aims to analyse the technique used to correct severe kyphosis by a posterior only surgery.

Materials and Methods: Between 1998 and 2008 a total of 44 patients with kyphosis were surgically treated. The reason of kyphosis was ankylosing spondylitis (17 cases), Scheurmann's disease (3 cases), congenital spinal anomalies (12 cases), Pott's disease (5 cases), posttraumatic kyphosis (7 cases).

21 cases with thoracic and lumbar kyphosis were operated with a posterior only approach using wedge osteotomy technique. 3 cases with cervicothoracic kyphosis were operated with an osteotomy in at C7-T1 level, since that level has no problem with vertebral artery. Reduction was achieved with traction and head deflexion.

Results and Discussion: Significant reduction could be achieved in 37 cases. Neurological deficits did not worsen in patients with preoperative deficits. Hardware failures, loss of correction, CSF leakage and infection were most frequent complications. There were no neurological complications.

Anterior surgery is indicated in thoracic kyphosis more than 70 degrees, and kyphosis with neurologic deficits. A posterior wedge osteotomy is indicated for long curvature thoracic kyphosis, short curvature thoracic kyphosis between 30-70 degrees and lumbar kyphosis more than 20 degrees.

Conclusions: Kyphosis can easily and effectively be reduced by a posterior only approach in many types of kyphosis. Since they have no neurological deficits, the patients with ankylosing spondylitis are most suitable for this surgery. In lumbar kyphosis one level wedge osteotomy (especially at L1 or L2 levels) or egg-shell procedure is appropriate. In thoracic kyphosis multilevel wedge osteotomies should be preferred. In cervicothoracic kyphosis an osteotomy at C7-T1 level should be the procedure of choice.

Нейрохирургическое лечение болевых проявлений радикулопатии при дегенеративных компрессионных поражениях шейного отдела позвоночника

Золотоверх А.М., Слынько Е.И.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
8044 5921909
eu_slinko@yahoo.com

Цель: повысить эффективность лечения болевых проявлений радикулопатии у больных с дегенеративным компрессионным синдромом шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы: Клинические проявления радикулопатии у больных с ДКС позвоночного канала выявлены почти у каждого третьего больного с ДКС, в 67 наших наблюдениях. Тяжесть неврологических проявлений радикулопатии оценивалась по разработанной нами 5-бальной шкале шейной радикулопатии. Собранные данные свидетельствуют о преобладании больных с выраженными клиническими проявлениями радикулопатии (IV-V степени).

Результаты. Все 67 больных с радикулопатией были прооперированы. У 57 больных была применена передняя микродискэктомия, из них у 5 без стабилизации, у 52 операция завершалась стабилизацией титановым полым имплантатом. У 10 больных применен задний вид декомпрессирующих операций – задняя микрофораминомия. В послеоперационном периоде значительное улучшение отмечено у 25 больных, улучшение отмечено у 37, у 4 изменений отмечено не было, у одного больного отмечено ухудшение.

Выводы. Наши данные свидетельствуют о преобладании больных с выраженными клиническими проявлениями радикулопатии (IV-V степени), и преобладании больных с монорадикулярным характером поражения, чаще поражались С5 и С7 корешки, реже в процесс вовлекались С4, С6 и С8 корешки. Это говорит о том, что оперативному лечению чаще подвергались пациенты с более выраженной симптоматикой, а также косвенно свидетельствует о том, что при ДКС шейного отдела чаще поражается нижнешейный отдел. Методом выбора при оперативном лечении радикулопатий шейного отдела позвоночника является передняя дискэктомия с передней фораминотомией и последующей стабилизацией.

Медикаментозные блокады с КТ ассистенцией в лечении вертеброгенных болевых синдромов

Зорин Н.А., Зорин Н.Н.

Государственная медицинская академия,
Центр Эндоскопической нейрохирургии
Днепропетровск
Украина
80562 398649
nzorin@i.ua

Эффективность медикаментозной блокады (МБ) при лечении вертеброгенного болевого синдрома (ВБС) во многом зависит от точности попадания иглы в нервную структуру, подвергающуюся блокированию.

Цель исследования – изучить возможность и эффективность МБ с КТ ассистенцией у больных с ВБС.

Материал и методы – пролечено 26 больных с ВБС: у 17 причиной боли была дискогенная патология, не требующая хирургического лечения, у 5 – фасеточный синдром, у 4 – дегенеративный стеноз межпозвонкового отверстия. Все манипуляции проводились на спиральном компьютерном томографе фирмы Toshiba, Asteion Super 4, оснащенном специальной программой КТ-флюороскопии. Для проведения блокады использовали 1% лидокаин в дозе 6-10 мл и суспензию Дипроспан в дозе 1 мл. Выраженность болевого синдрома определяли по Визуальной аналоговой шкале, а эффективность блокады – по процентной шкале боли.

Результаты и их обсуждение. Проведение МБ под контролем КТ флюороскопии во всех случаях позволило установить иглу в заданной точке с точностью ± 1 мм. У больных с дискогенными корешковыми болями игла вводилась через нижнюю половину межпозвонкового отверстия в диск. Затем игла медленно извлекалась, и анестетик вводился как только сопротивление его введению исчезало. Одновременно вводился дипроспан. При фасеточном синдроме блокировался фасеточный нерв, расположенный у корня верхнего суставного отростка. В двух случаях препарат введен в полость сустава в дозе 0,1 мл. При дегенеративном стенозе препарат вводился непосредственно в область межпозвонкового отверстия. О правильности выбора структуры, подвергающейся блокированию, говорило полное или частичное исчезновение боли в течение 10-15 минут. Полное исчезновение боли отметили 20 больных, а у 6 боль уменьшилась на 75% по визуальной аналоговой шкале. У них потребовалось блокирование дополнительно других структур спустя 5-6 дней. У 18 больных достаточно было одной процедуры для получения стойкого терапевтического эффекта. 5 больным потребовалось 2 процедуры с интервалом в 6-8 дней, а 3 – три процедуры. У двух больных с дегенеративным стенозом межпозвонковых отверстий терапевтический эффект оказался не стойким.

Выводы: Медикаментозные блокады, проведенные под контролем КТ-флюороскопии, являются эффективным методом лечения вертеброгенных болевых синдромов, не требующих хирургического лечения.

Хирургическое лечение болевого синдрома при стенозе позвоночного канала поясничного отдела с помощью имплантата «кофлекс»

Зорин Н.А., Кирпа Ю.И., Сальков Н.Н., Овчаренко Д.В., Передерко И.Г.

Государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница им.И.И.Мечникова
Днепропетровск
Украина
8 056 713-50-85
salkov@ua.fm

Поиск миниинвазивного хирургического лечения при стенозе позвоночного канала (СПК) в поясничном отделе является актуальной проблемой.

Цель: изучить эффективность установки имплантата «кофлекс» в лечении болевого синдрома при СПК.

Материал и методы. С 2007г. по 2009г. нами проведено хирургическое лечение СПК с имплантатом «кофлекс» 47 больным в возрасте 41-72 года. Длительность заболевания составляла 5-14 лет. Выраженность болевого синдрома была в пределах 6-9 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). При многоуровневых стенозах межкостистый промежуток для установки «кофлекса» определяли, учитывая клиническую картину и данные дополнительных методов исследования (КТ, МРТ, миелографии).

Результаты. В 19 наблюдениях имплантат установлен на уровне L3-L4, в 25 на уровне L4-L5 и у 3-х пациентов на L5-S1. В послеоперационном периоде у 43 пациентов отмечался регресс болевого синдрома до 0-2 баллов по ВАШ и лишь в 4-х наблюдениях боль сохранялась на уровне 3-4 баллов, вследствие стенозирования на других уровнях.

Выводы. Установка имплантата «кофлекс» в силу малой травматичности и небольшой продолжительности операции имеет явные преимущества по сравнению с традиционными методами лечения СПК.

Алфавітний показчик

Алфавитный указатель

Alphabetical Index

Абдукадирова И.А.	9	Зорин Н.А.	26, 60, 61
Аксёнов В.В.	7, 24	Зорин Н.Н.	60
Ал'межраб С.С.	53	Иваненко А.В.	12, 45, 58
Алексеевц В.В.	48	Ивахненко Д.С.	8, 14, 40
Аль-Кашкиш И.И.	7, 8, 22, 23, 25, 35	Каминский А.А.	41
Антонійчук В.Т.	51	Капитанов Д.Н.	27
Ахмедиев М.М.	6, 30	Кариева З.С.	20
Ахмедиева Ш.Р.	6	Карлейчук А. Г.	20
Бабалян Ю.А.	48	Карнаухов В.В.	27, 46
Балан С.І.	51	Качинский А.Н.	48
Баранцевич Е.Р.	12	Квасницкий А.Н.	7, 25
Батюк А.	15	Кеворков Г.А.	21
Белименко В.А.	8	Кирпа Ю.И.	61
Берлинер Е.Б.	9	Клишевская Н.Н.	48
Бобоев Ж.И.	9	Козин М.В.	14
Бондар Т.С.	41	Коккин Г.С.	17
Бондарь Б.Е.	42	Коновалов А.Н.	22, 46
Боряк А.Л.	10	Косинов А.Э.	22, 23, 39, 49
Бублик Л.А.	10	Костин Н.Г.	27
Бублик Л.А.	10, 11	Костицька О.М.	24
Вакарюк В.С.	43, 44, 55	Костицький М.М.	24
Вербов В.В.	25, 39, 56	Костюк М.Р.	23, 53
Возняк А.М.	41	Красиленко Е.П.	7, 24
Волов М.Б.	34	Курбанов У.К.	31
Волосюк Я.А.	56	Кутовой И.А.	42
Воробьев В.В.	48	Куцин В.Н.	48
Высотский А.Д.	48	Кушель Ю.В.	58
Гетьман Л.І.	17	Ларин А.В.	14
Гетьман О.М.	16, 17, 43, 44, 55	Латышев Д.Ю.	26
Гиоев П.М.	17, 18	Лебедева М.А.	22, 27, 46
Голубов Є.І.	44	Леонтъев А.Ю.	27
Гончарук Е.А.	50	Леонтъев Ю.А.	27
Гордійчук В.П.	52	Лешко М.М.	28
Горенштейн М.Л.	8	Лисяньий Н.И.	29
Гриб В.А.	18	Лихачова Т.А.	41
Гринів Ю.В.	32, 33	Лихолетов А.Н.	10
Гудак П.С.	19	Лонтковський Ю.А.	29, 30
Гудым М.С.	41	Лузан Б.М.	54
Дейниченко Ю.К.	14, 40	Малишева Т.А.	31
Демченко А.В.	13	Мальшико В.Н.	38
Дунаєвська Л.О.	54	Маманазаров К.М.	31
Дяків В.	14, 15	Мартин А.Ю.	32, 33
Єрошкін О.А.	57	Махмудов У.Б.	22, 27, 46
Зевагин С.В.	12, 45, 58	Махмудов Ш.Д.	6, 30
Землянський М.Ю.	58	Маховський С.В.	16, 17, 43, 44, 55
Золотоверх А.М.	56, 60	Мирзабаев М.Д.	19, 55

Мирзабаев М.Ж.....	9	Сон А.С.....	50
Мироненко І.В.....	10	Сташкевич А.Т.....	50, 51
Мозучая О.В.....	32, 33, 45, 46	Степаненко І.В.....	41
Можаяев С.В.....	34, 35	Стерликова Н.В.....	35
Мороз В.В.....	53	Струк Ю.....	14, 15
Москалик І.Т.....	33	Танасейчук А.Ф.....	39
Муравський А.В.....	35	Таняшин С.В.....	22, 27, 46
Мухамед Каміль.....	49	Тиш І.І.....	19
Нарышкин А.Г.....	36	Ткачук Ю.Л.....	33
Нелепин С.Н.....	14, 37, 40	Толпекін Е.Л.....	52
Никифорова А.Н.....	37	Толстанов О.К.....	52
Обльвач А.А.....	41	Толстихін О.В.....	39
Овчаренко Д.В.....	61	Топольскова Н.В.....	33
Олейник А.Д.....	38	Третьякова А.І.....	11, 12
Орлов М.Ю.....	53	Тулаев Н.Б.....	54
Отарашвили І.А.....	22, 27, 46	Туляганов Б.А.....	6
Панаськов А.В.....	45	Тхорівський О.Т.....	51
Пастухова Е.С.....	20	Улещенко Д.В.....	50
Пастушин А.І.....	39, 49, 56	Ульянищева Е.Ю.....	8
Пашков О.Є.....	50	Умирсерізов Б.У.....	55
Педаченко Е.Г.....	7	Федак В.І.....	24
Педаченко Ю.Е.....	39	Федірко В.О.....	15, 16
Передерко І.Г.....	61	Федулов А.С.....	52
Перфильев С.В.....	40	Хазраткулов Р.Б.....	19
Перцов В.І.....	8, 40	Хорошун А.П.....	44
Пилипас О.Ю.....	16, 17	Худяев А.Т.....	17
Полищук Н.Е.....	41	Цимбалюк В.І.....	26, 53, 54
Попова І.Ю.....	41	Цимбалюк Ю.В.....	54
Посохов Н.Ф.....	42	Цімейко О.А.....	53
Посохов С.Н.....	42	Цымбал М.Е.....	39, 49
Потапов О.І.....	24, 32, 33, 51	Чеботарьова Л.Л.....	11, 12
Пыхтин А.В.....	42	Червиц Г.К.....	12
Пятикоп В.А.....	42	Черненко А.В.....	42
Рахматуллаева Д.С.....	43	Черненко В.Г.....	42
Рихсиев М.Д.....	55	Чижова М.В.....	45
Робак К.О.....	16, 17, 43, 44, 55	Чомоляк Ю.Ю.....	31
Робак О.П.....	16, 17, 43, 44, 55	Чувашова О. Ю.....	13
Розуменко В.Д.....	44	Чудновський В.М.....	12, 58
Сальков Н.Н.....	61	Шагін Н.....	53
Сапон Д.Н.....	37	Шевчук А.В.....	50, 51
Сапон Н.А.....	37	Шиманський В.Н.....	22, 27, 46
Свириденко В.Ю.....	48	Шинкарьок С.С.....	47
Себелев К.І.....	32, 45, 46	Шкут Д.Н.....	48
Семенов М.С.....	22, 46	Шустин В.А.....	36
Середа Д.А.....	14	Шутенко В.І.....	8
Сидорович Р.Р.....	48	Щедренко В.В.....	32, 33, 45, 46
Сипитый В.І.....	48	Юсупов В.І.....	12
Сичинава В.Г.....	41	Якимив Г.А.....	48
Скоромец Т.А.....	36	Яковенко І.В.....	17, 18
Скоророда І.І.....	53	Яміньський Ю.Я.....	53
Сльнько Е.І.....	7, 8, 20, 22, 23, 25, 28, 35, 39, 47, 49, 56, 60	Яцик В.А.....	55
Солодовников В.І.....	50	Zileli Mehmet.....	59

ДЛЯ НОТАТОК / ДЛЯ ЗАМЕТОК