

регулюють до норми гіпотензивними препаратами (до операції тиск був неконтрольований).

Висновки. Нейрохірургічне лікування направлене на усунення основного і найбільш поширеного етіологічного чинника — нейроваскулярної компресії відповідного черепно-мозкового нерва, дає високий відсоток усунення проявів СГД і змогу повернути пацієнтам попередній функціональний стан в переважній більшості випадків.

Microvascular decompression: Analysis of un-successful cases and long term outcome

Tetsuo KANNO

*Fujita Health University, Japan,
Address: 1-98, Dengakugakubo Kutsukake-cho,
Toyoake Aichi 470-1192, JAPAN
TEL:+91-562-93-9253
FAX:+91-562-93-3118
E-mail: tkanno@fujita-hu. ac. jp*

Background. Microvascular decompression (MVD) is a well know surgical procedure with one of the best long term results in the therapy of trigeminal neuralgia.

It is a highly accepted and effective method in cases where vascular compression of a nerve is implicated in the pathogenesis of disease. In any surgical method applied, good outcome depends on proper diagnosis and patient selection.

Objective. To evaluate the long term results and un-successful cases of MVD in trigeminal neuralgia (TN) and hemifacial spasm (HFS), and to bring new insight about the role of case selection and surgical techniques have, in their management.

Material and Methods. The senior author (KN) analyzed approximately 900 cases of MVD: trigeminal neuralgia (313) and hemifacial spasm (587), whom he had surgically treated between 1980—2006. MVD was performed using Janetta's technique and endoscopic assistance was used in some cases. Intra-operative monitoring for facial nerve was done in all cases of HFS. The mean follow up was 10,5 years. The short and long term results were evaluated, along with the analysis of un-successful cases.

Outcome. Our results are comparable to other series published in literature.

Vascular compression was found to be the most common cause, usually the vessel being anterior inferior cerebellar artery for HFS and superior cerebellar artery in TN.

Complete short term pain relief was observed in 94% of the cases. Excellent long term results were observed in 100% cases in HFS and 92,3% in TN. There were no serious complications in our series and the surgical complications were not related to the age of the patient. The mortality rate was 0,1%. Three patients were re-operated for HFS.

Three patients had facial palsy, while 1 had mild hearing loss post-operatively, which gradually improved. Endoscope provided a clear visualization and better understanding of the lesion, leading to accuracy in surgery. Some of the most common causes for non-successful cases were: inappropriate «C» shaped skin incision; non-accurate or small craniotomy, intra operative disorientation regarding location of REZ,

excessive retraction or manipulation of the facial nerve.

Conclusion. According to our large experience with both open and endoscopic techniques, it seems that MVD is a good alternative strategy with low complication rates in comparison to ablative procedures. It is a safe and effective method of treatment. Proper surgical technique helps in reduction of un-successful cases and it should be proposed as first choice of surgery to all patients affected by trigeminal neuralgia and hemifacial spasm.

Алгоритм оценки эффективности микрохирургии поврежденных нервно- мышечного аппарата конечностей

*Лисайчук Ю.С., Гончарук О.А.,
Павличенко Л.Н., Четверус Р.В.,
Бовжун В.Н.*

*Медицинский институт УАНМ,
кафедра хирургических болезней
(зав. проф. Скиба В.В.), КМКЛ № 1
(гл. врач Салюта Н. Е), г. Киев, 02154,
Харьковское шоссе 121, каб. 205,
тел. 561-17-42, e-mail: lisaychuk@athena.com.ua*

Цель. Предложить алгоритм оценки эффективности микрохирургии поврежденных нервно-мышечного аппарата (НМА) конечностей по схеме M0-M5 и S0 — S4 и с учетом глубины и распространенности его разрушения и вида операции.

Материалы и методы. Достижением микрохирургии последних десятилетий можно считать внедрение целого ряда новых методик, к которым можно отнести аутонейропластику, ортотопическую невротизацию, «прямую» невротизацию, мионевротизацию, пересадку сложных лоскутов и мышц, шов нервов по типу конец в бок и другие. Современные методы оценки дооперационного состояния и эффективности лечения рассматривают нерв, как самостоятельную в анатомическом и функциональном плане единицу, не учитывая того, что он является звеном комплекса нерв-мышца и на возможность его эффективной работы влияет сохранность покровных тканей, и целая группа факторов, которыми мы определяли условия для регенерации элементов нервно-мышечного аппарата. По этой причине мы в нашей работе при оценке дооперационного статуса и эффективности операции рассматривали все элементы НМА, и прежде всего составляющие периферического нерва, состояние мышцы, сохранность покровных тканей. Кроме того ввели понятие «дефект», когда обязательной была пластика элементов НМА. Мы также обязательно учитывали состояния покровных тканей. Ожидаемый результат формировали с обязательным учетом вида восстановительной операции и условий для регенерации.

Результаты и их обсуждение. Оценивая результаты более 600 операций, мы выделили такой результат операции как полезное восстановление, когда оно было на M3 и S2. При этом для шва нерва это был минимальный уровень восстановления, то для, например, для прямой невротизации его считали отличным.

Заключение. При оценке результатов операций при повреждении периферических нервов необходимо учитывать вид и глубину повреждения НМА,

вид операции, условия для его регенерации и функционирования и при этом восстановление должно быть «полезным»

Эффективность невролиза при посттравматической периферической нейропатии

**Перцов В.И., Ивахненко Д.С.,
Дейниченко Ю.К.**

*Запорожский государственный медицинский университет кафедра медицины катастроф и военной медицины, г. Запорожье, Украина,
69000, ул. Маяковского, 26,
тел.: +380679013701, факс (0612) 33-61-75,
e-mail: dimaneuro@list.ru*

Хроническая нейропатия при компрессионно-ишемических повреждениях периферической нервной системы возникает при продолжительной локальной болевой афферентации, развитии вторичной гипералгезии и аллодинии. Прерывание этого процесса хронизации болевого синдрома относится к трудноразрешимым задачам неврологии и нейрохирургии.

Цель. Исследовать эффективность невролиза при компрессионно-ишемических повреждениях периферических нервных стволов, сопровождающихся нейропатией.

Методы. В ходе клинического наблюдения появление нейропатии в зонах иннервации поврежденных нервных стволов отмечено у 18 больных в сроки до 1 месяца после травмы. По данным электромиографии ни у одного больного не зарегистрировано полного блока проведения по заинтересованным нервам. Интенсивность болевых проявлений оценивалась по 10-тибальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Продолжительность наблюдений составила 18 месяцев.

Гиперпатическая боль в диапазоне 4—10 баллов по ВАШ наиболее часто сопровождала закрытые повреждения седалищного нерва — 8 случаев, реже малоберцового — 4, большеберцового — 3, срединного — 3. Для начального болеутоляющего лечения применялся инъекционный ЦОГ-2 специфический анальгетик парекоксиб натрия (Династат) и местные инъекционные анестетики. При этом регресс гиперпатического синдрома был достигнут в 10 случаях. В остальных 8 случаях отмена анальгетиков приводила к возобновлению болей превышающих 4 балла, что послужило показанием к невролизу нервных стволов в сроки от одного до двух месяцев после травмы. При хирургической ревизии были выявлены выраженные рубцово-спаечные изменения по ходу сосудисто-нервных пучков, расширение периневральных вен, атрофия нервных стволов, внутриствольные кровоизлияния.

Результаты. В 6 наблюдениях ближайшие результаты хирургического лечения были положительными — 0 баллов по ВАШ. Болевой синдром возобновился у 2 пациентов, в анамнезе которых отмечено раннее систематическое применение опиоидных анальгетиков на основе трамадола гидрохлорида.

Выводы. Раннее применение безопасных ненаркотических анальгетиков и оперативное лечение, направленное на декомпрессию нервных стволов поз-

воляет останавливать механизмы, лежащие в основе появления периферической нейропатии в 89% (16 случаев из 18). Внутривольный невролиз может является методом выбора при отсутствии противоболевого эффекта НПВП, при условии, что пациент не находится в терапевтической зависимости от психотропных и наркотических препаратов.

Оценка качества жизни больных с хроническими невропатическими болевыми синдромами

Сапон Н.А., Цымбалюк В.И.

*Институт нейрохирургии им. акад.
А.П. Ромоданова АМН Украины,
04050, г. Киев, ул. Мануильского, 32,
тел. (044) 483-91-98, sapon@neuro.kiev.ua*

Целью исследования было определение качества жизни больных с неврогенными болевыми синдромами в ходе проводимого лечения.

Материалы и методы. В качестве оценочного критерия использовали модифицированную визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), в которой интенсивность боли оценивалась по 10-балльной системе. Выраженность болевого синдрома в 1—3 балла соответствовал умеренному снижению качества жизни. Пациенты изредка прибегали к помощи обезболивающих средств, боль не оказывала существенного влияния на выполнение профессиональных обязанностей или работы по дому. Болевой синдром выраженностью в 4—6 баллов соответствовал средней степени снижения качества жизни, что проявлялось необходимостью постоянного приема анальгетиков в возрастающих дозах и оказывало влияние на качество выполнения работы в быту и на производстве. Боль силой 7—10 баллов значительно снижала качество жизни больных, делая невозможным или существенно затрудняя выполнение профессиональных и бытовых обязанностей. Интенсивность боли заставляет пациентов прибегать к любым методам, способным снизить боль.

Результаты и их обсуждение. В ходе обследования 259 пациентов с болевыми нейропатиями травматического генеза умеренное снижение качества жизни отмечено у 96 больных, среднее — у 132, выраженное — у 31. Через 6 месяцев после выполнения противоболевых инвазивных вмешательств отсутствие боли отметил 101 пациент, легкие болевые ощущения — 108, боль средней степени — 45, сильную боль — 5 больных. Согласно опросу по ВАШ до операции средний уровень боли составил $6,9 \pm 0,2$ балла ($p > 0,01$), через 3 мес после выполнения противоболевых инвазивных вмешательств — $4,1 \pm 0,2$ балла ($p > 0,01$), через 6 мес — $2,9 \pm 0,2$ балла ($p > 0,01$).

Выводы. 1. Визуальная аналоговая шкала в модифицированном варианте обладает достаточной валидностью для определения качества жизни.

2. Предпринятые методы лечения позволили добиться повышения качества жизни у 94,9% больных.