

5. Не витримує критики пояснення пульсуючого характеру болю при НТН наявністю "пульсуючої судинної компресії".

6. Недостатньо обґрунтованим є пояснення випадків рецидивів НТН при операціях мікроеваскулярної декомпресії.

**Висновки.** Концепція СНК як причини виникнення НТН спірна. Запропонована гіпотеза НСК припускає контактний, а не компресійний механізм розвитку більшого синдрому, що є більш виправданим у разі НТН.

### Методика поєднаного хірургічного втручання на периферичних нервах при спастичній кривошії

Медведєв Ю.М., Третяк І.Б., Базік О.М.

*Інститут нейрохірургії  
ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,  
м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32  
тел. +380 44 4838183,  
e-mail: medvedev@neuro.kiev.ua*

Спастична кривошия — захворювання, що характеризується дистонічним станом м'язів шиї, що призводить до її скривлення і насильницького повороту голови. Причини виникнення спастичної кривошії досить різноманітні. Вимушене положення голови досить часто є компонентом клінічної картини генералізованої форми дистонії. Основне місце серед причин захворювання приходить на інфекційно-токсичне ураження головного мозку. Відзначається також травматичний, інфекційний, вертеброгенний, судинний генез спастичної кривошії.

**Мета.** Методи хірургічного лікування спастичної кривошії відрізняються значною розмаїтістю. В даний час застосовуються як хірургічні втручання на уражених м'язах, різні види денервації спазмованих м'язів, стереотаксичні операції на підкіркових структурах. Останнім часом чимало повідомлень про ефективність при спастичній кривошії одно чи двосторонньої мікроеваскулярної декомпресії інтрадуральної частини додаткового нерва, чи різні комбінації зазначених методів. Відсутність єдиного підходу до рішення проблеми спастичної кривошії вказує на недосконалість кожного з відзначених методів лікування.

**Матеріали і методи.** За період з 2000 по 2005 рік в Інституті нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова АМН України знаходилося 55 хворих з різного ступеня вираженості спастичною кривошиєю. Хворі оперовані у віці від 18 до 49 років. Серед денерваційних методів лікування в 42 хворих застосовано вибіркове перетинання гілочок нервів, що іннервують задню групу м'язів шиї і грудинно-ключично-сосцевидний м'яз. Для проведення селективної денервації використовували задній підхід до екстрадуральної частини С1–С6 спинальних нервів від зовнішнього потиличного пагорба до остистого паростка С7 хребця з частковим відсіканням задньої групи м'язів шиї в місці їхнього прикріплення до потиличної кістки. При односторонній денервації перетиналися як задня так і латеральна гілки С1–С2 спинальних нервів та задня порція С3–С6 нервів. Хірургічне втручання доповнювалося вибірково перетинанням гілки додаткового нерва до кивального м'яза. При необхідності проведення двосторонньої нейротомії в пацієнтів з ретроколіс проводили пересічення С1–С5 спинальних нервів з однієї сторони і С1–С4 — із протилежної. Для іден-

тефікації додаткового, спинальних нервів та їх гілок використовували електростимулятор Міуритм-021. При незадовільних результатах лікування спастичної кривошії методами множинних міотомій і нейротомій застосовувалася стереотаксична одностороння таламотомія — 13 хворих (23,6%).

**Результати.** Застосування селективної різотомії дає досить високий ефект відновлення нормальних рухів голови. Метод використаний у 42 (76,4%) хворих і в 71,4% випадків досягнуто позитивного ефекту. Зазначений метод хірургічного лікування має ряд переваг перед різного виду інтрадуральними радикалотоміями та стереотаксичними таламотоміями у першу чергу мінімальними побічним ефектом, незначним ризиком післяопераційних ускладнень достатньою прогнозованістю результатів. При недостатній ефективності рамісектомії, остання може бути доповнена операціями на задіях у патологічному процесі м'язах, застосуванням препаратів ботулінового токсину і стереотаксичними операціями. Віддалені результати простежені в 28 хворих протягом 2–3 років після проведеного хірургічного лікування. Стійкий ефект утримувався в 25 хворих (89,3%).

**Висновки.** Серед методів лікування спастичної кривошії селективна денервація м'язів, задіях у патологічний процес, відрізняється найнижчим відсотком ускладнень, забезпечує досить ефективне усунення насильницьких рухів голови, забезпечує збереження нормальних, чи близьких до нормального рухів голови.

При недостатній ефективності селективної нейротомії остання може бути доповнена операціями на задіях у патологічному процесі м'язах, застосуванням препаратів ботулінового токсину і стереотаксичними операціями.

### Нормобарична переривчаста гіпоксія в лікуванні постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС

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

*Інститут нейрохірургії  
ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,  
м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32  
тел. +380 44 4838219, e-mail: brain@neuro.kiev.ua*

**Вступ.** Здатність організму переносити різні ступені кисневого голодування відноситься до числа еволюційно стародавніх і найбільш досконалих засобів адаптації (Агаджанян Н.А., 1987; Караш Ю.М. с соавт., 1988). Особливості реакції на гіпоксію в значній мірі характеризують резервні пристосувальні можливості організму при дії різних несприятливих факторів, а тренування саме до гіпоксії створює довготривалу стійкість організму до різноманітних екстремальних впливів, нормалізує реактивність і активізує компенсаторно-пристосувальні (адаптаційні) резерви. Метод нормобаричної переривчастої гіпоксії (НПГ) не тільки забезпечує пристосування організму до нестачі кисню, але також викликає широкий спектр захисних перехресних реакцій, сприяє більш економному використанню кисню, підвищує толерантність до його нестачі і активізує енергетичні процеси (Старых Е.В. с соавт., 2002). В зв'язку з розвитком у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС регуляторної патології з розбалансуванням та дезінтеграцією систем регуляції і суттєвим зниженням неспецифічної резис-