

## 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 імплантація 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 градації шкали Ренкін. У 11 спостереженнях стан хворих відповідає 1 градації. І лише в одному випадку відмічена помірна інвалідизація (3 градація 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 методом 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.