

УДК 616.8-07

**Посохов М. Ф.**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)**Типові й атипові прозопалгії**

Лицьовий біль (ЛБ, прозопалгії) належить до найпоширеніших форм больового синдрому, характеризується високим ступенем виразності клінічних проявів, тривалим рецидивуванням, толерантністю до лікування консервативними та хірургічними методами. Прозопалгії за своїми клінічними проявами досить різноманітні. За класифікаціями багатьох авторів розрізняють типові та атипові прозопалгії, однак чіткої термінології, що стосується лицьового болю, у літературі немає.

Мета роботи: уточнити визначення «типові» й «атипові прозопалгії».

Відповідно до МКХ-10 і Міжнародної класифікації головного болю, виокремлено безліч нозологічних форм захворювань, що супроводжуються лицьовим болем.

Аналіз історій хвороб 1203 хворих з фармакорезистентним лицьовим болем дозволили всіх хворих поділити на дві великі групи: 1) з типовою й 2) атиповою клінічною картиною захворювання.

Для типових прозопалгій характерна клінічна картина з наявністю короткотривалих (від 1—2 до 3 хв.) приступоподібного, такого, що миттєво виникає та миттєво зникає болю у зоні іннервації відповідного нерва. Зазвичай, для типового лицьового болю характерна наявність «куркових» (тригерних) зон, подразнення яких спричиняє приступи болю, частіше однотипні, але кількість больових пароксизмів може коливатися від поодиноких нападів на добу, тиждень і навіть місяць до безперервних нападів, які йдуть один за одним, що визначається поняттям «невралгічний статус» (*Status neuralgicus*). До типових прозопалгій ми віднесли невралгії чутливих краніальних нервів: трійчастого, язикоглоткового та поворотного гортанного. Комплексне клініко-інструментальне обстеження цих хворих і вивчення даних літератури свідчать про те, що розвиток їх пов'язаний з локальною демієлінізацією чутливих корінців краніальних нервів.

До атипових прозопалгій віднесені всі інші. Розвиток їх пов'язаний з дифузним ураженням соматичних нервових утворень, а також симпатичних та парасимпатичних утворень лица і голови. Клінічно атипові прозопалгії характеризуються наявністю постійного болю, який частіш за все не має чіткої локалізації. В багатьох випадках спостерігається приступоподібне посилення цього болю. Зазвичай, «куркові» зони при атиповому ЛБ відсутні. До найпоширеніших атипових прозопалгій ми відносимо ЛБ при переважному ураженні: 1) *чутливих краніальних нервів* — нейропатію трійчастого нерва (зокрема постгерпетичну), гангліоніт трійчастого вузла, деаферентаційну тригемінальну прозопалгію, нейропатію язикоглоткового нерву; 2) *симпатичної нервової системи лица* — судинно-вегетативні прозопалгії: пучкова (кластерна) цефалгія, хронічна пароксизмальна гемікранія, гангліоніт (гангліопатія) верхнього шийного симпатичного вузла, каротидія, синдром поверхневої скроневої артерії, скроневої артерії; 3) *парасимпатичних краніальних вузлів* — гангліоніт (гангліопатія) крилопіднебінного вузла, гангліоніт (гангліопатія) вушного вузла, гангліопатія цилиарного вузла, гангліоніт колінчастого вузла, гангліопатія підщелепного та під'язикового вузлів; 4) *центральної болевідної шляхів* (чутливих ядер та ретикулярної формації стовбура мозку) — таламічний больовий синдром, психогенні прозопалгії.

Поділ хворих із прозопалгіями з типовою й атиповою клінічною картиною має, на нашу думку, принципове значення для побудови диференційованої діагностичної й лікувальної тактики.

УДК 616-021:616-022:616.8-006:616.8-003.99

**Посохов Н. Ф., Байда Р. Н.,****Посохов П. Н., Дагер Н. И., Лемонджавва З. М.**ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (г. Харків)**Етиология фармакорезистентных атипичных прозопалгий у больных с преимущественным поражением краниальных чувствительных нервов**

Атипичные прозопалгии (АП) могут развиваться вследствие поражения различных отделов ноцицептивной (НЦС) и антиноцицептивной (АНЦС) систем лица: тройничного, языкоглоточного нервов и их узлов, шейных симпатических узлов и периартериальных нервных сплетений общей, наружной и внутренней сонных артерий и их ветвей, парасимпатических узлов головы, находящихся в тесных анатомо-функциональных взаимоотношениях.

Болевые синдромы лица могут развиваться в результате воздействия различных этиологических факторов.

Цель работы: уточнить современные представления об этиологии фармакорезистентных атипичных форм нейрогенных болевых синдромов лица у больных с преимущественным поражением краниальных чувствительных нервов.

В течение последних 3 лет под наблюдением находилось 189 больных с фармакорезистентными атипичными лицевыми болями, в том числе 98 (51,9 %) больных с *преимущественным поражением чувствительных краниальных нервов*. На основании комплексного клинического исследования атипичные тригеминальные невралгии диагностированы у 6 (6,1 %), нейропатии тройничного нерва у 71 (72,4 %), языкоглоточного 2 (2,1 %) и затылочных 14 (14,3 %) нервов, денервационный тригеминальный болевой синдром — у 5 (5,1 %). Среди анализируемых историй болезни пациентов мужчин было 26 (26,5 %), женщин — 72 (73,5 %) в возрасте от 18 до 85 лет (средний — 53,5 года). Длительность заболевания до обращения в нейрохирургическую клинику института составила от 2 месяцев до 28 лет (в среднем 3,8 года).

Лицевая боль (ЛБ) у 35 (35,7 %) из 98 пациентов развилась в результате воспалительных процессов, в том числе: нейроинфекций — 14 (14,3 %), церебрального арахноидита — 10 (10,2 %), хронических воспалительных заболеваний придаточных пазух носа — 7 (7,1 %), остеомиелита челюстей — 2 (2,0 %), отита и кариеса зубов — 2 (2,0 %).

Травматическое повреждение чувствительных нервов лица было у 27 (27,6 %), в том числе: ятрогенные повреждения отмечены у 21 (21,4 %), закрытая черепно-лицевая травма — 3 (3,1 %), постлучевые — 2 (2,0 %), акустическая травма — 1 (1,0 %).

Нейропатии опухолевого генеза отмечены у 12 (12,2 %) больных, в том числе: опухоли мостомозжечкового угла — 4 (4,1 %), опухоли верхней и нижней челюстей — 3 (3,1 %), последствия лучевой терапии по поводу рака кожи лица и нижней губы — 3 (3,1 %), опухоли основания средней черепной ямки — 1 (1,0 %), опухоль гипофиза с ростом в кавернозный синус — 1 (1,0 %).

Дегенеративные процессы явились причиной атипичных соматогенных прозопалгий — у 9 (9,2 %) пациентов, в том числе: шейный остеохондроз — 8 (8,2 %), миастения — 0 1 (1,0 %).

Сосудистый фактор был причиной 7 (7,1 %) атипичных краниалгий: сосудисто-нервный конфликт — у 6 (6,1 %), ишемическое поражение ствола головного мозга — 1 (1,0 %), тромбоз кавернозного синуса — 1 (1,0 %).

Этиологический фактор не удалось достоверно установить у 11 (11,2 %) больных.

Таким образом, установлено, что фармакорезистентные атипичные лицевые боли наиболее часто развиваются в результате воспалительных, травматических, опухолевых, дегенеративных и сосудистых факторов.

УДК 159.98:617.51

*Привалова Н. М.*

*ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркологии  
НАМН України» (м. Харків)*

### **Нейропсихологічні критерії діагностики і прогнозу при закритій вибуховій черепно-мозковій травмі**

Проблема механізмів формування порушень психічної діяльності у комбатантів є одною з актуальних у зв'язку з великою кількістю вибухових закритих черепно-мозкових травм (ВЗЧМТ) різного ступеня важкості, які часто не супроводжуються виразними клінічними симптомами навіть у гострому періоді захворювання, що заважає встановленню точного діагнозу, контролю за динамікою відбудови мозкових функцій, визначенню «групи ризику» серед хворих. Порушення вищих психічних функцій після ЗЧМТ мають складний та неоднорідний характер залежно від ступеня виразності загальноомозкової симптоматики, втягнення коркових та підкоркових, право- і лівопівкульних структур на кожному етапі розвитку травматичної хвороби мозку (Н. В. Гребенникова, 1985; О. А. Кроткова, 1982; А. Р. Лурія, 1982; Привалова Н. М., 1995 та ін.). Виходячи з цього, метою дослідження було вивчення порушень когнітивних та емоційних процесів у комбатантів у гострому періоді після ВЗЧМТ та визначення нейропсихологічних маркерів ступеня важкості травматичного ураження, які можуть виступати також як прогностичні критерії можливих ускладнень на наступних етапах захворювання.

Було обстежено 20 хворих у гострому періоді після ВЗЧМТ. Для нейропсихологічного обстеження використовували набір стандартних та сенсibilізованих нейропсихологічних проб (О. Р. Лурія, 1969; Н. М. Привалова, Є. Д. Хомська, 1995), для уточнення характеру та ступеня важкості емоційних розладів були використані опитувальники SCL-90-R та Бека. Загальні характеристики нейропсихологічних синдромів у хворих в гострому періоді ВЗЧМТ включали динамічні порушення психічної діяльності у вигляді уповільнення праці різного ступеня виразності, нерівномірної продуктивності, виснажливості, порушень уваги під час виконання рухових, когнітивних та мовних програм, мнестичні розлади по типу зниження міцності слідів пам'яті і порушення вибіркового процесу відтворення, а також порушення емоційного стану і реагування, причому ступінь виразності і динаміка всіх цих розладів корелювала з особливостями клінічного симптомокомплексу. У хворих з менш виразним та менш стійким ураженням стовбурових структур мозку всі порушення є помірними, можуть бути скомпенсовані внаслідок активації процесів довільної регуляції психічної діяльності. У хворих з більш значним та стійким ураженням гіпоталамо-мезенцефальних відділів, крім більш грубих динамічних порушень вищих психічних функцій, визначаються також достатньо виразні та стійкі розлади довільної регуляції психічної діяльності, які свідчать про втягнення в патологічний процес вищих медіобазальних відділів неспецифічної системи,

що обмежує можливості компенсації динамічних розладів, тому що порушуються активні гальмівні процеси та процеси вибіркової активації. Крім того, виразні емоційні розлади, що можуть спостерігатися у деяких хворих цієї категорії: підвищення афективного тону зі зниженням когнітивної самооцінки поточного стану, значними тривожно-депресивними проявами (зокрема пароксизмального характеру), підвищеною дратівливістю, — можуть свідчити про іритацію «негативної» емоційної підсистеми мозку, що пов'язана зі структурами правої півкулі.

Виходячи з аналізу структури і динаміки синдромів порушень вищих психічних функцій (ВПФ) після ВЗЧМТ, нейропсихологічними критеріями як ступеня важкості, так і компенсації розладів, що виникають, можуть бути ступінь виразності порушень довільного контролю ВПФ; ступінь виразності порушень вибіркової семантичних зв'язків; ступінь виразності загальноомозкової нейропсихологічної симптоматики; наявність тривожно-депресивних розладів пароксизмального характеру; динаміка всіх перелічених показників.

УДК 159.98:616.833

*Привалова Н. М., Федосєєв С. В.*

*ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркологии  
НАМН України» (м. Харків)*

### **Деякі психологічні особливості хворих з дорсалгіями та цервікальними больовими синдромами при неврологічній патології вертебрального та невертебрального генезу**

Сучасна концепція болу подає її як нейрофізіологічний механізм сприйняття, проведення та аналізу больових сигналів нейрональними структурами ноцицептивної системи, які входять до складу сомато-сенсорного аналізатора. Водночас ця концепція не бере до уваги психологічні чинники, які можуть відігравати вирішальну роль у сприйнятті симптомів, що виникають, та хронізації больових синдромів при різних формах неврологічної патології. Виходячи з цього, метою нашої роботи було вивчення порушень вищих психічних функцій та найважливіших характеристик особистості хворих з нейродегенеративними, запальними і вертеброгенними змінами нервової системи та виявлення психологічних чинників, які можуть впливати на формування та хронізацію больових синдромів. Об'єктом дослідження були 20 хворих на розсіяний склероз (РС), 15 хворих з запальними змінами нервової системи, а також 15 хворих з вертеброгенною патологією, віком від 29 до 41 року. Для вирішення завдань дослідження були використані стандартні та сенсibilізовані нейропсихологічні проби, які дозволяють аналізувати когнітивні та афективні складові психіки у зв'язку з морфофункціональними змінами нервової системи, а також опитувальники SCL-90-R та Бека. В усіх хворих були досліджені найважливіші особистісні характеристики: ієрархія життєвих настанов та характер фруструємих мотивів (за допомогою тесту Люшера та модифікованої методики Рокіча), значимі параметри Я-концепції та самооцінки (за допомогою методів Т. Лірі та О. Т. Соколовой), а також особливості реагування у конфліктних та стресових ситуаціях (за допомогою тесту Розенцвейга).

Проведене дослідження дозволило визначити загальні характеристики та відмінності нейропсихологічних синдромів у хворих на розсіяний склероз, з запальними процесами нервової системи та з вертеброгенною патологією з больовим синдромом. До загальних характеристик належать астеничні прояви різного ступеня (уповільненість роботи, нерівномірна продуктивність, нестійкість контролю