

## 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 симптоматика 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.