

5. Маркова В.Н. Анализ антибиотикорезистентности штаммов *Escherichia coli* и *Klebsiella pneumoniae* в отделении гнойной хирургии / В.Н. Маркова, С.Х. Шамаева, Н.Н. Свешникова и др. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2019. – Т.21. – №1. – С. 44

6. Мидленко В.И. Эпидемиология и опыт лечения хирургических заболеваний прямой кишки, анального канала и промежности / В.И. Мидленко, А.А. Карташев, А.В. Смолькина и др. // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2017. – №3. – С. 87-95

7. Ортенберг Э.А. Клиническая значимость и динамика антибиотикорезистентности потенциальных БЛРС-продуцентов в многопрофильном стационаре (локальные данные) / Э.А. Ортенберг, Л.В. Шпилькина, Р.М. Хохлявина и др. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2017. – Т.19. – №4. – С. 341-344

8. Стяжкина С.Н. Сравнительная характеристика хирургических заболеваний и микробной флоры в зависимости от времени года / С.Н. Стяжкина, Н.Г. Михайлова, К.А. Коньшина и др. // Авиценна. – 2019. – №48. – С. 4-6

9. Усупбаев А.Ч. Послеоперационные инфекционные осложнения у больных с мочекаменной болезнью / А.Ч. Усупбаев, Б.А. Кабаев, А.С. Иманкулова и др. // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т.5. – №1. – С. 30-37

10. Яскова О.А. Практическое применение результатов исследования устойчивости микроорганизмов к дезинфицирующим средствам при проведении микробиологического мониторинга в хирургическом стационаре / О.А. Яскова // Журнал МедиАль. – 2018. – Т.22. – №2. – С. 21-24

НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОХИРУРГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

УДК 616-005.8

Батенькова Т.Ю., Надеждина М.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫМ КОНФЛИКТОМ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.

Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Batenkova T.Yu., Nadezhkina M.V.

CLINICAL FEATURES AND EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH NEUROVASCULAR CONFLICT IN TRIGEMINAL NEURALGIA.

Department of nervous diseases, neurosurgery and medical genetics
Ural state medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: tuska-9494@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены клинические особенности невралгии тройничного нерва у 25 пациентов с нейроваскулярным конфликтом, проанализирована эффективность микроваскулярной декомпрессии в отдаленном периоде.

Annotation. The article discusses the clinical features of trigeminal neuralgia in 25 patients with neurovascular conflict, analyzes the effectiveness of microvascular decompression in the long term.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, хирургическое лечение
Keywords: trigeminal neuralgia, surgical treatment

Введение

Международная Ассоциация по изучению боли определяет невралгию тройничного нерва (НТН) как синдром, характеризующийся внезапными, кратковременными, интенсивными и повторяющимися болями в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва (ТН), обычно с одной стороны лица. Приступы нестерпимой боли вынуждают пациентов прекращать активную деятельность, отказываться от приема пищи, пренебрегать правилами личной гигиены, что приводит к моральной и физической депрессии [4]. Заболеваемость НТН достигает 30-50 человек на 100 тыс. населения, а по данным ВОЗ, находится в пределах 2-4 случаев на 100 тыс., женщины болеют в 1,5 раза чаще, чем мужчины [2].

Одной из основных причин возникновения истинной тригеминальной невралгии является компрессия корешка тройничного нерва непосредственно у ствола головного мозга. Компрессия нерва в большинстве случаев вызывается артериальным и реже венозным сосудами. Среди хирургических методов выделяются: микроваскулярная декомпрессия (МВД), стереотаксическая хемодеструкция Гассерова ганглия, радиохирургическое воздействие на ганглий, электростимуляция затылочного нерва [3]. Отмечено преимущество микроваскулярной декомпрессии, как способа для купирования болевого приступа, достижения ремиссии и снижения послеоперационных осложнений по сравнению с другими методами хирургического лечения [1, 2, 4].

Цель исследования – оценить клинические особенности невралгии тройничного нерва и выявить эффективность оперативного лечения у пациентов с нейроваскулярным конфликтом в отдаленном периоде.

Материалы и методы исследования

Нами изучены особенности клинических проявлений заболевания, показания, характер произведенных вмешательств и их эффективность на основании анализа историй болезни, операционных журналов и опроса 25 пациентов с установленным диагнозом – «невралгия тройничного нерва». Исследование проводилось на базе нейрохирургического отделения Свердловского областного онкологического диспансера (СООД) г. Екатеринбурга. Составлен опросник, включающий стандартизированные данные – частота приступов, сторона и заинтересованность ветвей ТН, факторы, провоцирующие приступ боли, интенсивность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), особенности консервативного лечения до хирургического вмешательства и после него, результаты проведенной магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга. Всем 25 пациентам с НТН проведена микроваскулярная декомпрессия верхней мозжечковой (ВМА) и передне-нижней мозжечковой артерии (ПНМА), соответственно 18 и 7 наблюдений. Операция заключалась в механическом разъединении корешка пораженного нерва и компримирующего сосуда с имплантацией между ними демпфирующей прокладки из искусственного импланта. Срок наблюдения после первой операции составил 5 лет.

Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью программ «Нейро-МВП» (www.Neurosoft.ru), Excel. Рассчитывали среднее арифметическое, стандартное отклонение. Степень достоверности определялась с помощью t-критерия Стьюдента, за статистически значимый уровень принимался уровень $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследование вошло 25 больных в возрасте от 37 до 79 лет, из них 6 (24,0%) мужчин и 19 (76,0%) женщин. У всех пациентов по данным МРТ головного мозга были выявлены признаки нейроваскулярного конфликта тройничного нерва. В зависимости от продолжительности заболевания до первого оперативного вмешательства выделено 2 группы пациентов: I – до 5 лет и II – свыше 5 лет, составившие соответственно 13 (52%) и 12 (48%) пациентов. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Анализ клинических проявлений НТН, проводимое консервативное и оперативное лечение у пациентов обеих групп даны в таблице 1. Статистически достоверного отличия вовлечения стороны ТН не выявлено. Все пациенты до первого оперативного вмешательства испытывали постоянный болевой синдром разной степени интенсивности (с преобладанием интенсивности болевого синдрома по ВАШ – 9-10 баллов и локализацией по ходу II, III и обеих II, III ветвей, который провоцировался одинаковыми факторами: холод, прием пищи, разговоры. Только у одного пациента I группы до операции уровень болевого синдрома не превышал 5 баллов. Причем для купирования болевого синдрома пациенты I группы со стажем заболевания менее 5 лет

принимали только один антиконвульсант и в более низкой дозировке по сравнению с дозировками препаратов у пациентов II группы (табл.1).

Таблица 1

Клинические особенности невралгии тройничного нерва у пациентов обеих групп (в зависимости от продолжительности заболевания)

Клинические проявления		I группа (n=13)				II группа (n=12)			
		До операции		После операции		До операции		После операции	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Сторона поражения	справа	7	53,8	1	7,7*	7	58,3	4	33,3♦
	слева	6	46,2	2	15,4*	5	41,7	1	8,3*
Ветви	I	1	7,65	-	-	-	-	-	-
	II	4	30,8	-	-	3	25,0	-	-
	III	3	23,1	1	7,7	3	25,0	-	-
	I и II	1	7,65	-	-	2	16,7	2	16,7
	II и III	4	30,7	2	15,4	4	33,3	3	25
Интенсивность по ВАШ (баллы)	5-6	1	7,7	1	7,7	-	-	2	16,7
	7-8	1	7,7	2	15,4	2	16,7	3	25
	9-10	11	84,6	-	-	10	83,3	-	-
Частота приступов	Непрерывно	13	100	-	-	12	100	-	-
	Ежедневно	13	100	2	15,4	12	100	3	25
	1-2/нед.	-	-	1	7,7	-	-	2	16,7
	3-5/нед.	-	-	-	-	-	-	-	-
Провоцирующие факторы	Холод	13	100	3	23,1	12	100	5	47,7
	Жевание	13	100	3	23,1	12	100	5	41,7
	Разговор	13	100	3	23,1	12	100	5	41,7
Финлепсин-ретард	800мг	9	69,2	3	23,1	-	-	2	16,7
	1200 мг	2	15,4	-	-	8	66,7♦	1	8,3
	1600 мг	-	-	-	-	1	8,3	-	-

Финлепсин-ретард	400 мг	2	15,4	-	-	-	-	-	-
Прегабалин	150 мг x3 раза	-	-	-	-	1	8,3	-	-
Финлепсин-ретард + прегабалин	1200 мг 150мг x3 раза	-	-	-	-	2	16,7♦	2	16,7
Без препаратов		1	7,7	-	-	-	-	-	-

Примечание: * - $p < 0,05$ – достоверность различия показателей у пациентов внутри группы. ♦ - достоверность различия показателей у пациентов I и II групп.

Пяти (38,5%) респондентам I группы и одному (8,3%) больному II группы до микроваскулярной декомпрессии была выполнена стереотаксическая хемодеструкция Гассерова узла (ГУ), не достигшая эффекта. Оценив результаты оперативных вмешательств, мы получили следующие данные – у 10 (76,9%) из 13 пациентов I группы и у 7 (58,3%) из 12 прооперированных пациентов II группы после выполнения микроваскулярной декомпрессии достигнута полная ремиссия, что свидетельствует об эффективности и преимуществе раннего оперативного вмешательства.

Вследствие наличия выраженного болевого синдрома и неэффективности консервативной терапии у 3 пациентов I и 5 – II группы были проведены повторные оперативные вмешательства, представленные в таблице 2.

Анализ клинических проявлений у пациентов обеих групп до второго оперативного вмешательства выявил – интенсивность болевого синдрома по ВАШ 9-10 баллов, приступы были ежедневными, прием финлепсин – ретарда от 800 до 1200 мг у пациентов I группы и комбинированных препаратов у пациентов II группы.

Причем перед вторым оперативным вмешательством была выполнена однократная стереотаксическая хемодеструкция Гассерова узла у 1 пациента I группы и двукратная у 1 (8,3%) пациента II группы, не достигшие ремиссии, что явилось показанием к повторному вмешательству – МВД.

Таблица 2

Проведенные оперативные вмешательства у пациентов с невралгией
тройничного нерва обеих групп

Первое оперативное лечение					
Виды оперативных вмешательств		I группа (n=13)		II группа (n=12)	
		Абс.	%	Абс.	%
Стереотаксическая хемодеструкция ГУ		5	38,5	1	8,3
Микроваскулярная	ВМА	11	84,6*♦	7	58,3*

декомпрессия	ПНМА	2	15,4	5	41,7
Второе оперативное вмешательство					
Стереотаксическая хемодеструкция ГУ		1	7,7	1 (дважды)	8,3
Микроваскулярная декомпрессия	ВМА	1	7,7	3	25,0
	ПНМА	2	15,4	2	16,7

Примечание: * - $p < 0,05$ – достоверность различия показателей у пациентов внутри группы. ✦ - достоверность различия показателей у пациентов I и II групп.

После проведенной второй МВД у 3 (23,1%) пациентов I группы была достигнута ремиссия, на фоне которой продолжался прием финлепсин-ретарда в дозе 200-400 мг в сутки. У 4 из 5 (41,7%) респондентов II группы достигнут положительный результат с минимальным приемом финлепсин-ретардана ночь. У одного из 5 пациентов II группы было проведено 5 оперативных вмешательств (3 хемодеструкции Гассерова узла и 2 МВД), но так и не была достигнута полная ремиссия, пациентка продолжала прием финлепсин-ретарда. У 1 (7,7%) из пациентов после второго оперативного вмешательства МВД имело место интраоперационное осложнение в виде пареза блокового нерва.

Проанализировав проведенные оперативные вмешательства, следует отметить, что при первом нейрохирургическом вмешательстве МВД ВМА преобладала ($p < 0,05$) над МВД ПНМА, что свидетельствовало о преобладании компрессии ветви тройничного нерва верхней мозжечковой артерией. Повторное вмешательство проводилось на той же стороне, но с декомпрессией другой артерии.

Выводы:

1. У пациентов с невралгией тройничного нерва статистически достоверного отличия латерализации, локализации (преимущественно II, III ветви), провоцирующих факторов болевого синдрома в зависимости от компрессии ВМА или ПНМА, а также продолжительности заболевания не выявлено. У пациентов с продолжительностью заболевания свыше 5 лет выявлены большая интенсивность и частота болевого синдрома, прием препаратов в высоких дозировках.

2. У пациентов с выявленной (по данным МРТ головного мозга) компрессией ветви тройничного нерва эффективность первой проведенной микроваскулярной декомпрессии преобладала у пациентов с меньшей продолжительностью заболевания, составив 76,9% против 58,3% наблюдений у пациентов с продолжительностью заболевания более 5 лет. Проведенная стереотаксическая хемодеструкция Гассерова узла была неэффективной.

3. При первом нейрохирургическом вмешательстве микроваскулярная декомпрессия верхней мозжечковой артерии преобладала ($p < 0,05$) над микроваскулярной декомпрессией передне-нижней мозжечковой артерии.

Повторное вмешательство проводилось на той же стороне, но с декомпрессией другой артерии.

4. При неэффективности консервативного лечения невралгии тройничного нерва следует проводить МРТ головного мозга для исключения компрессии корешка мозжечковыми сосудами для своевременного и адекватного нейрохирургического вмешательства.

Список литературы:

1. Герасимов М.В. Невралгия тройничного нерва. Аспекты формирования болевого синдрома, хирургическое лечение с использованием микрокраниотомии: автореферат дис. канд. мед. наук: ГОУ ВПО УГМА Росздравот 24.02.2010 / М.В. Герасимов - Екатеринбург, 2010.- 33 с.
2. Корешкина М.И. Дифференциальная диагностика и лечение невралгии тройничного нерва / М.И. Корешкина // Неврология. - 2016. - №2 (142) - С. 24-27.
3. Топольскова Н.В. Возможности комплексной лучевой диагностики невралгии тройничного нерва для выбора тактики хирургического лечения: автореферат дис. канд. мед. наук: Санкт-Петербург, «Восстания -1» / Н.В. Топольскова - СПб.: Питер, 2014г.- 24с.
4. Шиманский В.Н. Хирургическая коррекция синдромов сосудистой компрессии черепных нервов // В.Н. Шиманский, С.В. Тяншин, В.К. Пошатаев. Клинические рекомендации. – Москва, 2014.–15с.

УДК 616.8-005

Белкина А.А., Ножкина Н.В.

**СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНСУЛЬТА
У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНЫХ СОСУДИСТЫХ ОТДЕЛЕНИЙ**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Уральский Государственный Медицинский Университет,
Екатеринбург, Российская Федерация

Belkina A.A., Nozhkina N.V.

**STRUCTURE OF ACUTE STROKE COMPLICATIONS
IN PATIENTS IN PRIMARY STROKE CENTERS**

Department of Public Health and Healthcare
Ural State Medical University,
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: annabelkina333@gmail.com

Аннотация. Своевременное выявление и лечение осложнений инсульта в значительной мере определяют клинический прогноз и реабилитационный потенциал пациентов. Цель исследования – установить структуру и частоту