

### Комплексный подход к хирургическому лечению невралгии тройничного нерва методом трансбуккальной высокочастотной селективной ризотомии

Сидорович Р.Р., Алексеевец В.В., Шкут Д.Н., Высотский А.Д., Качинский А.Н., Клишевская Н.Н.

Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии  
Минск  
Республика Беларусь  
+375447581938  
vladimir\_a@tut.by

**Цель:** Найти объективные предикторы успешности хирургического лечения невралгий тройничного нерва методом высокочастотной селективной ризотомии (ВЧС-ризотомия).

**Материалы и методы.** В течение года выполнено 17 ВЧС-ризотомий у 8 мужчин и 9 женщин, средний возраст 69,8 лет. По локализации: II ветвь – 3 пациента, III ветвь – 4, I-II ветви – 2, II-III ветвь – 8, справа – 9, слева – 8. Длительность заболевания от 2 до 17 лет. Для верификации характера и интенсивности боли использовался опросник «pain detect» R.Freyhagen, R.Varon, U.Gockel, для объективизации наличия вегетативных изменений применена термография. В случае локализации боли внутри ротовой полости (слизистая щек, губ, десен) принималась во внимание асимметрия общего термографического фона лица. Термографический контроль проводился до операции, на 9, 21 и 36 день после операции. Показаниями к оперативному лечению считались оценка по опроснику «pain detect» 13 баллов и более, наличие вегетативных изменений подтвержденных термографически, отсутствие психических изменений влияющих на ощущение боли, а так же отсутствие наркотической и медикаментозной зависимости. Ход операции: Под внутривенным наркозом, рентгенконтролем подводилась игла с использованием трансбуккального доступа через овальное отверстие к Гассерову узлу. Пациента пробуждали и выполнялся функциональный тест с использованием нейростимулятора «Leksell» (Elekta Швеция), в ходе которого уточнялось место нахождения иглы по отношению к корешкам нерва, в проекции которых, у пациента отмечались болевые ощущения. Затем проводилась ВЧС-ризотомия.

**Результаты и обсуждение.** При выполнении контрольной термографии выявлена четкая корреляция между субъективным ощущением отсутствия боли и стабилизацией термографического фона, который стал нормальным к 21 суткам у 11 пациентов и к 36 суткам у 6 пациентов. В послеоперационном периоде улучшения состояния отмечено у 15 (88%) пациентов, у 2 болевой синдром сохранился.

**Выводы:** Зависимость изменений на термограмме с болевыми ощущениями до и после лечения, позволяет утверждать, что термография является надежным методом объективизации болевых ощущений и может быть включена в алгоритм показаний к оперативному лечению. Предложенный комплексный подход в лечении невралгии тройничного нерва методом ВЧС-ризотомии позволяет улучшить качество и повысить эффективность хирургических вмешательств.

### Диагностика и дифференцированное применение методов хирургического лечения больных с болевым синдромом, обусловленным секвестрированными грыжами дисков поясничного отдела позвоночника

Сипитый В.И., Якимив Г.А., Свириденко В.Ю., Куцин В.Н., Воробьев В.В., Бабалян Ю.А.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра нейрохирургии  
Харьков  
Украина  
(057) 705-67-48  
babalyan\_y@rambler.ru

**Введение.** Секвестрированные грыжи диска являются наиболее агрессивным вариантом дискогенной патологии поясничного отдела позвоночника [Полищук М.Е., Слынько Е.И., 2001, 2002, Epstein N.E., 1995].

**Материалы и методы.** С 1998 г. по 2009 г. проведено хирургическое лечение 137 пациентов с секвестрированными грыжами дисков поясничного отдела позвоночника. По уровню секвестрированные грыжи различали на L3-L4 – 12 (8,9%), L4-L5 – 25 (18,2%), L5-S1 – 92 (67,1%), полисегментарные – 8 (5,8%). Все больные разделены на 2 группы: 1 группа – 50 пациентов, которым оперативное вмешательство выполнялось с учетом топографо-анатомических вариантов секвестрированных грыж: а) при фораминальных и задне-боковых грыжах выполнялся интерламинарный доступ с аркотомией и частичной фасетэктомией, микрохирургической декомпрессией нейроваскулярных структур в сочетании с ассистирующей видеоэндоскопией, б) при парамедианных и медианных грыжах – выполнялся задний интерламинарный доступ со значительной резекцией смежных краев каудальной и краниальной дужек до их середины с микрохирургической декомпрессией нейроваскулярных структур в сочетании с ассистирующей видеоэндоскопией, 2 группа – 87 пациентов, которым выполнялись дискэктомии, без применения микрохирургии и ассистирующей видеоэндоскопии, оперативный доступ – гемиламинэктомия, ламинэктомия.

**Результаты** оценивались с использованием шкалы J. MacNab с изучением катамнеза на глубину до 10 лет. При этом в 1-ой группе получены хорошие результаты – 45 (89%), удовлетворительные – 3(6%), неудовлетворительные – 2(5%) случаев, а во 2-ой группе хорошие результаты – 64 (73,5%), удовлетворительные – 20 (22,9%), неудовлетворительные – 3 (3,6%) наблюдения.

**Выводы.** Внедрение миниинвазивных хирургических методов с применением эндоскопической видеоассистенции и микрохирургии позволило повысить эффективность хирургического лечения больных с секвестрированными грыжами дисков на поясничном уровне.