

УДК 616.833.15-089.168.1:612.324.1

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА
ПОСЛЕ МИКРОВАСКУЛЯРНЫХ ДЕКОМПРЕССИЙ КОРЕШКА
ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА С ВОЗМЕЩЕНИЕМ
ПОТЕРЯННОГО ЛИКВОРА И БЕЗ НЕГО**

В.Н. Малыгин, В.М. Женило, Д.В. Мартынов

*ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Росздрава»,
Ростов-на-Дону (344022, Россия, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29)
support@ifirms.ru*

Подробная информация об авторах размещена на сайте
«Учёные России» - <http://www.famous-scientists.ru>

Проведена оценка тяжести течения послеоперационного периода после микроваскулярных декомпрессий корешка тройничного нерва у 43 пациентов. Больные были разделены на две группы, интенсивная терапия в которых проводилась однотипно, разница заключалась в том, что пациентам первой группы возмещение потерянного во время операции ликвора не выполнялось, пациентам второй группы выполнялось. Проведен анализ изменения общемозговой неврологической симптоматики по шкале ком Глазго, оценки выраженности головной боли вследствие ликворной гипотензии по визуально-аналоговой шкале, давления cerebro-спинальной жидкости. Подтверждено, что при адекватном возмещении в конце операции потерянной cerebro-спинальной жидкости явлений ликворной гипотензии, которая является основной проблемой послеоперационного периода, не наблюдается. Как следствие, активизация больных, их возвращение к обычному образу жизни происходит раньше. Таким образом, этот вариант ведения послеоперационного периода является более предпочтительным.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, послеоперационный период, ликворная гипотензия, возмещение ликвора.

Операция микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва (МВД КТН), как и большинство вмешательств на задней черепной ямке, сопровождается массивной ликворопотерей. Ликворная гипотензия, возникающая вследствие этого, является одной из ведущих проблем послеоперационного периода и проявляется тошнотой, рвотой, головной болью сжимающего характера, без четкой локализации, нередко усиливающейся при банальном приподнимании головного конца кровати [1,2]. Такие клинические проявления сохраняются до того момента, пока давление ликвора не достигнет своего нормального значения. До этого пациент значительно ограничен в приеме пищи и жидкости, вынужден соблюдать строгий

постельный режим, нуждается в проведении инфузионной терапии [1-5].

Цель исследования

Проведение сравнительной характеристики течения послеоперационного периода после МВД КТН с возмещением потерянной cerebro-спинальной жидкости (ЦСЖ) и без проведения таковой.

Материалы и методы исследования

Проанализировано течение послеоперационного периода у 43 больных, перенесших МВД КТН. Возраст больных варьировал от 42 до 85 лет (средний возраст $61 \pm 1,93$ года). Из числа больных мужчин было 12, женщин – 31, их средний возраст составлял соответственно $62,4 \pm 1,86$ и $60,8 \pm 1,97$ лет. По половому и

возрастному критерию больные были равномерно распределены в две группы.

В первой группе (численностью 21 человек) возмещение интраоперационно потерянного ликвора не проводилось. Инфузионная терапия в послеоперационном периоде строилась по схеме, признанной нами в ранее проводимых исследованиях оптимальной для скорейшей ресекреции ликвора - растворы 5% глюкозы с добавлением солей калия, 0,9% натрия хлорида с добавлением кофеина и аминокислотные препараты (1,5 г/кг·сут. со скоростью 0,1 г. аминокислот/ кг·час), соотношение 5% глюкозы и физиологического раствора натрия хлорида 3:1, суточный объем инфузий в 1-й день – 45-50 мл/кг, во 2-й день – 40-45 мл/кг. Умеренно гипо- и изоосмолярные растворы назначались с учетом того, что опасность развития отека головного мозга после данной разновидности вмешательств не столь актуальна, а проблема ликворной гипотензии выходит на первый план [1, 2].

Во 2-й группе (численностью 22 человека) во время операции осуществлялся сбор ЦСЖ в стерильный резервуар через установленный в субарахноидальное пространство в поясничном отделе эпидуральный катетер (В. Braun Perifix 405, D 0,6-1,05 мм.). В конце операции ликворопотеря возмещалась собранной ЦСЖ, в случае ее нехватки вводился стерильный физиологический раствор натрия хлорида, подогретый до 37С. Инфузионная терапия у пациентов 2-й группы была аналогична таковой у пациентов 1-й группы.

Обезболивание проводилось по стандартным схемам нестероидными противовоспалительными препаратами.

У всех больных проводились: субъективная оценка выраженности гипотензивной головной боли по десятибалльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), оценка неврологического статуса по шкале ком Глазго (ШКГ), контроль абсолютных значений давления ликвора при помощи измерения высоты столбика жидкости в установленном эпидуральном катетере, мониторинг таких показателей, как артериальное давление (АД), частота сердеч-

ных сокращений (ЧСС) и показатель насыщения гемоглобина кислородом ($Sp O_2$).

Результаты исследования

В раннем послеоперационном периоде состояние 100% больных в течение 1-го часа и 65% больных в течение 2 и 3-го часов оценивалось в 13-14 баллов по ШКГ (за счет короткого промежутка времени, прошедшего с момента окончания анестезии), начиная с 4-го часа, все больные пребывали в ясном сознании (15 баллов по ШКГ).

Оценку гипотензивной головной боли по ВАШ проводили каждые 4 часа после операции. Так, уже при первом опросе, оценка выраженности головной боли пациентами 1-й группы составляла $8,24 \pm 0,46$, во 2-й группе – $1,72 \pm 0,25$, через 8 часов – $6,4 \pm 0,35$ и $1,45 \pm 0,2$ соответственно, через 12 часов – $4,76 \pm 0,29$ и $1,38 \pm 0,21$. Время полного исчезновения головной боли гипотензивного характера у пациентов 2-й группы было в среднем на 18% меньше аналогичного показателя у пациентов 1-й группы (таб. 1).

Абсолютное значение давления ЦСЖ у пациентов 1-й группы через 10 часов после окончания операции составляло в среднем 75,8% от исходного уровня, через 20 часов – около 87,1%, то у больных 2-й группы оно вообще не было ниже исходного (рис. 1).

Гемодинамический профиль у пациентов обеих групп достоверных различий не носил, на всех этапах исследования гемодинамические показатели были в пределах нормы.

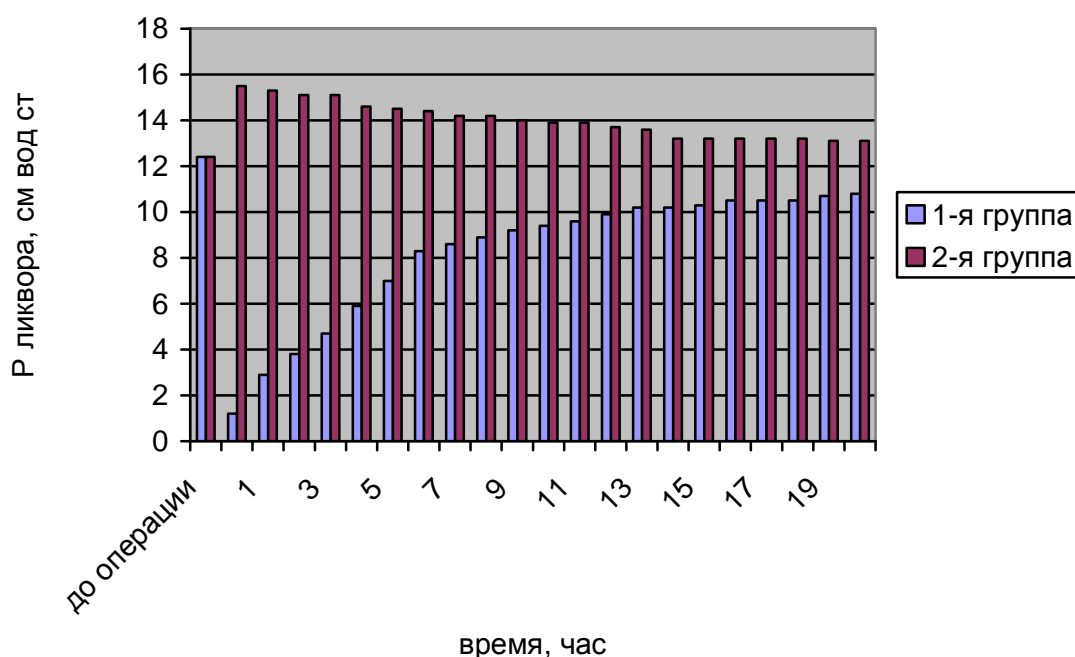
Выводы

После операций, сопровождающихся массивной ликворопотерей, весьма желательно проводить возмещение потерянной ЦСЖ собранным аутоликвором или стерильным подогретым до 37С физиологическим раствором натрия хлорида. Это позволяет значительно уменьшить выраженность общемозговой неврологической симптоматики в раннем послеоперационном периоде (головная боль, тошнота, рвота), что благоприятно сказывается на общем состоянии больных, их более быстрому возвращению к активному образу жизни.

Таблица 1. Оценка выраженности головной боли вследствие ликворной гипотензии по ВАШ (M±m)

	через 4 ч.	через 8 ч.	через 12 ч.	через 16 ч.	через 20 ч.	через 24 ч.	через 28 ч.	через 32 ч.	через 36 ч.	через 40 ч.	через 44 ч.	через 48 ч.	через 72 ч.
1-я группа, n = 21	8,24±0,46	6,40±0,35	4,76±0,29	3,05±0,21	2,60±0,21	2,05±0,25	1,70±0,24	0,94±0,21	0,61±0,18	0,33±0,15	0,15±0,09	0	0
2-я группа, n = 22	1,72±0,25*	1,45±0,20*	1,38±0,21*	1,37±0,20*	1,08±0,21*	1,06±0,20*	0,83±0,18*	0,45±0,12*	0,15±0,07*	0*	0*	0	0

*- $p < 0,05$ по критерию Вилкоксона по сравнению с первой группой.

**Рис. 1.** Динамика изменений давления ликвора у пациентов обеих групп в предоперационном и раннем послеоперационном периодах

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Балязин В.А., Балязина Е.В. Особенности микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва при лечении тригеминальной невралгии // Рос. стомат. журн. – 2001. – №1. – С. 4 – 7.

2. Балязин В.А., Балязина Е.В. Пути уменьшения осложнений и рецидивов после микроваскулярной декомпрессии у больных с тригеминальной невралгией //

Вопр. нейрохир. им. Бурденко – 2003. – 2. – С. 6 – 9.

3. Мегдятов Р.С. Невралгия тройничного нерва. – М.: Медицина, 1999. – С. 13 – 17.

4. Barker F.G., 2-nd, Jannetta P.J., Babu K.P. et al. // N. Engl. J. Med. – 1996. – Vol. 334, №17. – P. 1077 – 1083.

5. Jannetta P.J. // Trigeminal Neuralgia / Eds R.S. Rovit et al. – Baltimore, 1990. – P. 201 – 202.

**COMPARISON OF THE SEVERITY OF POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS
AFTER MICROVASCULAR DECOMPRESSION OF THE TRIGEMINAL NERVE
ROOT, WITH REIMBURSEMENT OF CSF LOSS AND WITHOUT IT**

V.N. Malygin, V.M. Zhenilo, D.V. Martinov

Rostov State Medical University of Roszdrav, Rostov-on-Don

The severity of postoperative period after microvascular decompression of trigeminal nerve root in 43 patients was evaluated. Patients were divided into two groups, where they got the same type of intensive care, however, in the first group the loss of liquor, which had place during the surgery, was not compensated. Neurologic symptoms were estimated by Glasgow coma scale, intensity of headache due to the loss of liquor - by visual-analog pain scale. The pressure of cerebro-spinal fluid was also registered. Was proved – there're no symptoms of CSF hypotension (the main postoperative complication), if loss of CSF was adequately compensated at the end of the surgery. As a result, patients return to their normal life sooner. Therefore, this option is more preferable.

Keywords: trigeminal Neuralgia, postoperative Period, hypotension of liquor, compensation of liquor.