**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕВРАЛГИЕЙ**

**ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ**

*Лещинский А.В., Краснов Д.Б., Горенштейн А. Е., Гокинаев С.Г., Ларютин Н.В., Фомин Б.Б.*

*ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», г. Калининград, МАУ «ГКБ № 40», г. Екатеринбург*

**Цель.** Определить возможность хорошего функционального результата при микроваскулярной декомпрессии черепных нервов.

**Материалы и методы.** Невралгии черепных нервов (V, VII, IX) представляют собой схожую по этиологии группу заболеваний. Чаще всего болеют люди среднего и пожилого возраста. Наиболее часто в нейрохирургическую клинику поступают пациенты с невралгией тройничного нерва. Несколько реже пациенты с диагнозом гемифациальный спазм и невралгией языкоглоточного нерва. Включены 41 пациент, оперированные в ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», г. Калининград и МАУ «ГКБ №40», г. Екатеринбург с диагнозом: идиопатические невралгии черепных нервов. Средний возраст пациентов был 59 лет (преобладали пациенты среднего и пожилого возраста, женщины над мужчинами: как 2/1). Наибольшее количество пациентов было с диагнозом: невралгия тройничного нерва – 26, в меньшем количестве случаев – пациенты с лицевым гемифациальным спазмом – 14, с невралгией языкогло-

точного нерва – 1 пациент. Учитывая то, что чаще всего пациенты, поступающие в стационар, были людьми среднего и пожилого возраста, требовалось тщательное предоперационное обследование для исключения соматической патологии, препятствующей хирургическому лечению. Пациенты, кандидаты на хирургическое лечение (МВД), должны были иметь типичную клиническую картину заболевания. Всем пациентам в качестве предоперационного обследования выполняется обзорная магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга с силой магнитного поля 1,5 Тс с дополнительным проведением МРТ в режиме FIESTA или DRIVE. в зоне мосто-мозжечкового угла. При этом отсутствие МР – картины нейроваскулярного конфликта не является противопоказанием к оперативному лечению. Диагноз – типичная невралгия черепных нервов (V, VII, IX), нуждается только в клиническом подтверждении. Применялась стандартная методика хирургического лечения – микроваскулярная декомпрессия соответствующего корешка тройничного, лицевого, языкоглоточного нервов (операция по методу Джанетты). Производилась костно-пластическая трепанация ЗЧЯ из key-hole ретросигмовидного доступа («костное окно» до 2,5 см в диаметре с фиксацией костного лоскута краниофиксом), микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва, протекция его политетрафторэтиленовым материалом с использованием нейрофизиологического контроля. Морфологической основой развития болевого синдрома у пациентов с тригеминальной невралгией являлась демиелинизация входной зоны чувствительного корешка тройничного нерва в ствол головного мозга из-за васкулярной компрессии. Во время данных операций ретракторы не использовались. При хирургическом лечении использовались операционные микроскопы: Carl Zeiss «OPMI Neuro 200» сопряжённый с системой нейронавигации STN и Carl Zeiss «Pentero» сопряжённый с системой нейронавигации Stryker Leibinger.

После операции пациенты до следующего утра находились под наблюдением в РАО, а потом переводились в общую палату.

**Результаты и обсуждение.**

Причиной невралгии тройничного нерва (26 пациентов) была компрессия корешка V нерва верхней мозжечковой артерией у 20 пациентов, у 3 передней нижней мозжечковой артерией, у 3 пациента компримирующем фактором оказалась вена Денди. Интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ от 85 до 100 баллов (в среднем 92). При гемифациальном спазме (14 пациентов), была компрессия корешка VII нерва ПНМА у 11 пациентов, 2 – компрессия задней нижней мозжечковой артерией, у 1 причиной оказалась кохлеарная артерия.

При языкоглоточной невралгии (1 пациент) фактором компрессии оказалась эктопированная базилярная артерия, на которой были натянуты нервы каудальной группы. Осложнения в послеоперационном периоде: раневая ликворея – 2,8% (1 пациентка с невралгией V нерва), менингит – 2,8% (та же самая пациентка с невралгией V нерва), снижение слуха – 2,8% (1 пациентка с гемифациальном спазмом, фактором компрессии являлась кохлеарная артерия), парез лицевого нерва – 2,8% (та же самая пациентка с гемифациальном спазмом). Летальность: (0%). Ближайшим результатом микроваскулярной декомпрессии у оперированных пациентов явилось уменьшение болевого синдрома с 92 до 13 баллов по ВАШ. В катамнезе ( до 7 лет) рецидива болезни не было. У пациентки с диагнозом: гемифациальный спазм с осложнением в послеоперационном периоде в виде периферического пареза лицевого нерва сохраняется небольшая слабость лицевой мускулатуры (Хаус-Бракманн 2).

**Выводы.** На основании нашего опыта хирургического лечения невралгий черепных нервов, МВД – ≪золотой≫ стандарт в лечении этой патологии. МВД при лицевом гемифациальном спазме является един-ственным методом реконструктивного хирургического лечения. При хирургическом лечении невралгий черепных нервов методом микро-васкулярной декомпрессии эффективность в раннем послеоперационном периоде составила по нашим данным свыше 90%.

При невозможности выполнения МВД (соматический статус, не-кжелание пациента и пр.) применяются деструктивные методы лечения: чрезкожная радиочастотная деструкция или баллон-компрессия Гассерова узла.