

Сразу же после поступления больных в стационар им назначали трипсин или химитрипсин внутримышечно в течение 5—6 суток и внутрь — 10% раствор хлористого кальция и поливитамин. 14 больным одновременно с протеолитическими ферментами вводили стрептомицин по 250 000 ед. 2 раза в сутки в течение такого же срока и у 2 больных применили стрептомицин после отмены ферментов. Стрептомицин не подавляет активности ферментов при сочетанном применении, тогда как пенициллин угнетает их действие. Сами ферменты не снижают активности антибиотиков. После первых же инъекций трипсина или химитрипсина уменьшалась болезненность и отек мягких тканей. На 5—6-е сутки гематомы в основном рассасывались, отек мягких тканей в области перелома исчезал.

Консолидация фрагментов нижней челюсти произошла в обычные сроки без каких-либо осложнений. У 6 больных возник травматический остеомиелит с соответствующей клинической картиной, который несколько замедлил сроки консолидации фрагментов, но не вызвал в дальнейшем каких-либо серьезных нарушений. Из 14 больных, у которых введение ферментов с начала лечения сочеталось с инъекциями стрептомицина, остеомиелит возник только у 1. Видимо, профилактика остеомиелита будет более действенной при сочетанном применении ферментов со стрептомицином.

УДК 616.832.15

Докт. мед. наук Л. Я. Лившиц, Е. С. Кругман (Саратов).

О рецидивировании тригеминальной невралгии при хирургическом лечении

В настоящее время единственно радикальным средством лечения тригеминальной невралгии служат операции на внутричерепных отделах тройничного нерва, направленные на прерывание болевой афферентации.

По общему признанию, главным препятствием на пути успешного и стойкого лечения тригеминальной невралгии является удивительная склонность этого заболевания к рецидивированию. Наибольший процент рецидивов дают операции бульбарной трактотомии и «декомпрессии» гассерова узла, наименьший — радикалотомия височным доступом. Отсюда следует, что частота рецидивов в значительной степени зависит от применяемого метода хирургического вмешательства на системе тройничного нерва.

Разработанная в клинике нейрохирургии СарНИИТО и применяемая с 1961 г. операция направленной гидротермической деструкции чувствительного тригеминального корешка, как показал опыт, дает сравнительно небольшой процент рецидивов (Л. Я. Лившиц, 1965).

При анализе отдаленных результатов выяснилось, что свыше 90% лечившихся в клинике больных остаются практически здоровыми. Возврат болезни наблюдался у 43 чел. (7,2%).

К истинным рецидивам мы относили возобновление приступообразных болей той или иной интенсивности, сопровождающихся характерной иррадиацией и локализацией в прежней болезнетворной зоне или же в соседних областях той же половины лица. Какой-либо зависимости частоты рецидивов от давности заболевания нами не отмечено. Лишь 3 больных могли указать непосредственную, по их мнению, причину возобновления болей (психическая травма, мозговой инсульт, переохлаждение). 3 больных еще до нашего вмешательства перенесли внутричерепные операции: 1 — трактотомию по Шоквицу и 2 — антегассеральную алкоголизацию по Я. М. Павлонскому. После этих вмешательств также возник рецидив заболевания (соответственно через 1; 1,5 и 3 месяца), заставивший больных обратиться в нашу клинику.

Наибольшее число случаев возобновления болей падает на 1-й год с момента операции. При этом из числа больных с такими, как мы называем, «ранними» рецидивами 12 повторно заболели в первые же 3 месяца после операции, 10 — в первые 6 месяцев, 3 — в первые 9 месяцев и только 1 — через год. Таким образом, более половины рецидивов связаны главным образом с погрешностями операции и недостаточным опытом хирурга, ограничившимся незначительным разрушением корешка.

При анализе непосредственных и отдаленных результатов лечения обнаружилась обратная зависимость рецидивирования заболевания от степени достигнутого прерывания проводимости нерва, от глубины и протяженности выключения чувствительности. Практически это означает, что возврат болезни наблюдался при частичном нарушении болевой чувствительности, а при полной аналгезии, захватывающей ранее болезнетворные области, рецидивов, как правило, не было. У 4 наших больных, оперированных одномоментно по поводу двусторонней тригеминальной невралгии, рецидив возник лишь на стороне частичного выключения чувствительности, в то время как на противоположной стороне, где была достигнута анестезия, боли отсутствовали.

Все 43 человека, у которых возобновилась невралгия, были госпитализированы в клинику. Повторная операция почти во всех случаях (41 чел.) дала стойкий положительный эффект, прослеженный до 6 лет; лишь у 2 больных спустя несколько месяцев вновь начались боли.