

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Мамытов М.М.,¹ Акматалиев А.А.,² Тойчиев З.А.¹

¹ Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра нейрохирургии до- и последипломного обучения
(ректор – д.м.н. проф. Кудайбергенова И.О.),

² Национальный госпиталь при Министерстве здравоохранения КР
(главный врач – к.м.н., Сагинбаева Д.З.),
г.Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме. В статье представлены результаты хирургического метода лечения у больных с невралгией тройничного нерва, проведенные в отделениях нейрохирургии Национального госпиталя МЗ КР.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, микровазкулярная декомпрессия, перерезка корешка тройничного нерва.

ТРИГЕМИНАЛДЫК НЕВРАЛГИЯНЫН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН
НАТЫЙЖАЛАРЫ

Мамытов М.М.,¹ Акматалиев А.А.,² Тойчиев З.А.¹

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Дипломго чейинки жана кийинки билим берүү нейрохирургия кафедрасы
(ректор – м.и.д. проф. Кудайбергенова И.О.),

² Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлигинин
астындагы Улуттук госпиталы
(башкы дарыгери – м.и.к. Сагинбаева Д.З.),
Бишкек ш, Кыргыз Республикасы.

Корутунду. Бул макалада саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын нейрохирургиялык ооруканасынасында жүргүзүлгөн тригеминалдык невралгия менен ооруган бейтаптардын хирургиялык дарылоонун жыйынтыгын.

Негизги сөздөр. Тригеминалдык невралгиясы, микровазкулярдык декомпрессиялоо, тригеминалдык нервти кесүү.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF TRIGEMINAL NEURALGIA

Mamytov M.M.,¹ Akmatalliev A.A.,² Toychiev Z.A.¹

¹ Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,
Department of Neurosurgery of pre- and post-graduate education
(Rector – Prof. Dr. med Kudaibergenov I.O.),

² National Hospital the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic
(Chief physician – candidate Ph.D, Saginbaeva D.Z.),
Bishkek, the Kyrgyz Republic.

Resume. The article presents the results of surgical treatment in patients with trigeminal neuralgia, conducted at the Clinic of Neurosurgery Hospital natsional MOH.

Keywords: neuralgia trigeminal nerve, microvascular decompression, transaction of trigeminal nerve.

Актуальность проблемы.

Невралгия тройничного нерва (НТН) - это особо интенсивные, жесточайшие боли лица, приносящие тяжкие страдания больным. Впервые это заболевание описал в своих письмах целитель Aretaeus еще в XI веке. Несмотря на то, что НТН выделено в отдельную нозологическую единицу в 1756 году, в лечении этого заболевания до настоящего времени существует много спорных и недостаточно изученных вопросов [1, 8].

Распространенность НТН достаточно велика и составляет по данным ВОЗ в пределах 2 - 4 человек на 10 000 населения, во всем мире НТН страдает более 1 миллиона человек. Данным заболеванием чаще страдают женщины, в возрасте старше 50 лет [5, 8].

Различают первичную (идиопатическую, эссенциальную) и вторичную (симптоматическую) НТН. К первой относят невралгию тройничного нерва, которая развивается вне зависимости от какого-либо возникшего ранее болезненного

процесса. В подавляющем большинстве случаев обнаруживается сосудистая компрессия тригеминального корешка [7, 9, 11]. Вторая форма НТН представляет собой осложнение того или иного заболевания: вирусной или бактериальной инфекции, рассеянного склероза, опухолей мосто-мозжечкового угла. По распространенности преобладает вторичная форма НТН [2, 7].

Сосудистая компрессия тригеминального корешка согласно литературным данным встречается в 80-90% случаев [12, 14, 15]. Ее впервые описал американский нейрохирург Р. Jannetta в 1967 г., который произвел и детально разработал операцию – микроваскулярную декомпрессию [16].

Микроваскулярная декомпрессия (МВД) заключается в трепанации задней черепной ямки, ревизии взаимоотношений корешка тройничного нерва, верхней и нижней передних мозжечковых артерий и верхней каменной вены. При компрессии корешка сосудами их выделяют, а между сосудами и корешком помещают тефлоновую прокладку, предотвращающую контакт между ними и воздействие сосуда на корешок. При второй форме НТН где она представляет собой осложнение того или иного заболевания: при вирусных заболеваниях (герпес) или при рассеянном склерозе, туннельный синдром (оболочка может быть повреждена и давление стенкой суженного костного канала, по которому проходит нерв), также при отсутствии сосудистого конфликта, частых рецидивах и выраженных болях, резистентный консервативной терапии применяют перерезку корешка тройничного нерва [17].

В историческом аспекте наблюдается общая тенденция к перемещению вмешательств при

невралгии тройничного нерва с периферии к центру. Начиная с резекций периферических ветвей, затем перейдя к перерезке корешка (вначале непосредственно позади гассерова узла, а затем у его входа в варолиев мост), хирурги затем приняли перерезку бульбо-спинального тракта тройничного нерва. В 1931 г. анатом Кунц предложил перерезать нисходящий тракт тройничного нерва в продолговатом мозге. При этом следовало ожидать выключения боли при сохранности чувствительности лица и слизистой оболочки рта и двигательной порции корешка. В 1936 г. Н.Бурденко доказал возможность пересечения проводящих путей в продолговатом мозге человека, выполнив операцию бульботомии при гиперкинезах.

В первичных случаях компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) не выявляют патологии. Не обнаруживаются отклонения и при церебральной ангиографии. Сосудистые образования, вызывающие компрессию корешков нерва, как правило, слишком малы и не выявляются с помощью этих диагностических методов [3,6, 7].

Материалы и методы исследования.

На базе нейрохирургических отделений Национального госпиталя МЗ КР за 2010-2016 годы обследовано 35 больных с невралгией тройничного нерва. При распределении больных по возрасту от 22 до 74 лет установлено преобладание женщин – 21 (60%), мужчин было 14 (40%). Большинство – 22 (62,8%) больных составляли лица среднего и пожилого возраста от 40 до 60 лет, в возрасте старше 60 лет – 9 (25,7%) больных и 4 (11,5%) пациента в молодом возрасте (табл. 1).

Таблица 1

Половозрастное распределение больных

Возраст в годах	Распределение больных по полу		Количество наблюдений	
	мужчины	женщины	абс. ч.	%
до 30 лет	-	1	1	2,8
31-40	1	2	3	8,5
41-50	4	4	8	22,8
51-60	4	7	11	31,4
61-70	5	5	10	28,5
Старше 70 лет	0	2	2	6
Итого	14	21	35	100,0

Продолжительность болевого синдрома составляла от 6 месяцев до 15 лет. Основной контингент больных безуспешно или с небольшим эффектом лечились на протяжении в среднем 7,5 лет. Данные пациенты по несколько раз получали консервативное лечение, регулярно принимали

антиконвульсанты (карбамазепин, финлепсин от 200 мг до 1600 мг в сутки) эффективность которых при длительном применении снижалась и регресс боли учащался, при этом изменился характер боли - они стали сильнее, появились нейропатические компоненты.

Всем больным проведено комплексное обследование включающая в себя компьютерную томографию (КТ) или/и магнитно-резонансную томографию (МРТ), неврологический осмотр с акцентом на изучение функции черепных нервов (тактильная, болевая, чувствительность кожи лица), корнеальных рефлексов, функции мимических мускулатур, оценка деятельности пирамидной и экстрапирамидной систем.

Консервативное лечение проведено всем больным. На фоне приема препаратов «карбамазепин», «прегабалин» и «амитриптилин» в максимальных дозах проводили спиртовую блокаду (спирт 70% - 1,0 мл + новокаин 2% -1,0 мл), предварительно перед блокадой обезболивание с 1%-1,5 мл новокаином. И только после этого при неэффективности вышеперечисленного ставили показание к операции.

В зависимости от метода оперативного лечения больные распределены на две группы: 25 (71,4%)

больных (1-я группа) – микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва. 10 (28,6%) больных (2-я группа) – произведена перерезка корешка тройничного нерва.

В 25 случаях причиной НТН являлась компрессия корешка тройничного нерва патологически извитым сосудом (обычно петель верхней мозжечковой и нижней передней мозжечковой артерий) интракраниальной части корешка тройничного нерва. Им произведена операция микроваскулярная декомпрессия из них мужчин - 9, женщин - 16.

В 10 случаях – интраоперационно выявлено отсутствие сосудистой компрессии корешка тройничного нерва и другой патологии, им произведена перерезка корешка тройничного нерва у выхода из ствола головного мозга из них мужчин 3, женщин – 7 (рис. 1).

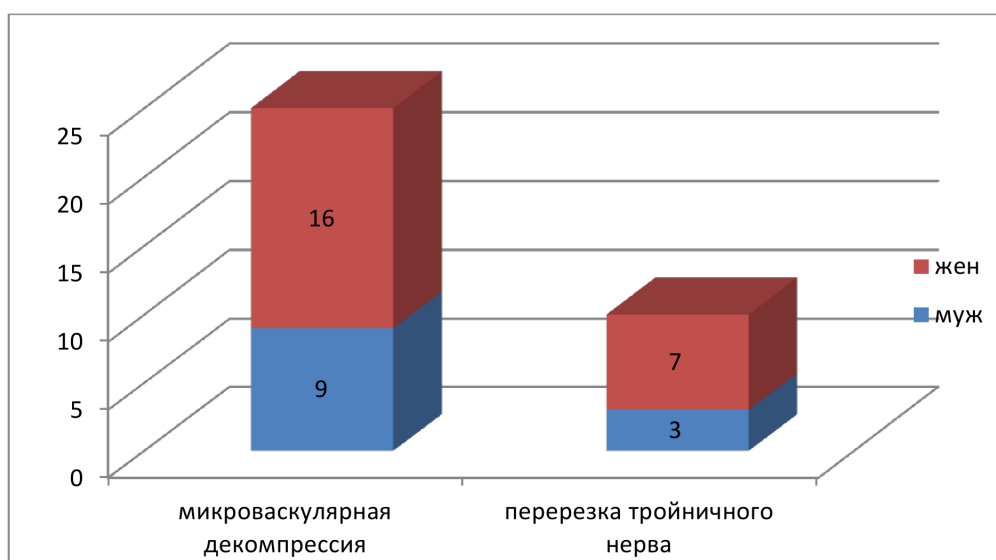


Рис. 1. Распределение по полу и виду операции.

Операция произведена под общим фторотановым интубационным наркозом на фоне нейролептоанальгезии. После введения в наркоз, больного укладывают в положение «лежа на боку», противоположной пораженной стороне. Разрез кожи и подкожной клетчатки клюшкообразно, за ухом височно-затылочной области соответствующей стороны. Производится декомпрессионная трепанация затылочной кости диаметром около 3,5-4,0 см, верхний и передний край декомпрессионного отверстия доходит до края сигмовидного синуса (ретросигмовидная субокципитальная краниотомия). После разреза твердой мозговой оболочки Т-образно, осуществляется подход к переднебоковой поверхности моста в

месте отхождения корешка V нерва и VII, IX нервов. Постепенное медиальное смещение мозжечка позволяют визуализировать паутинную оболочку над черепно-мозговыми нервами, которые четко идентифицировались после ее широкого рассечения и истечения ликвора. При осмотре этой области у 16 больных выявлена сосудистая компрессия корешка V нерва ветвью верхней мозжечковой артерии, у 9 больных выявлена компрессия передней нижней мозжечковой артерией. Который сдавлен на протяжении 2-5мм после отхождения корешка от ствола головного мозга, из них у 7 больных сосуд туго спаян с нервом на протяжении 6-7мм. Принципы декомпрессии тройничного нерва заключались в

отведении от нервных волокон артериальных петель и изменении их расположения. Указанная цель достигалась установкой между сосудами и корешком нерва прокладки (тефлоновой или полипропиленовой протектор), предотвращающую

контакт между ними и воздействие сосуда на корешок (рис. 2).

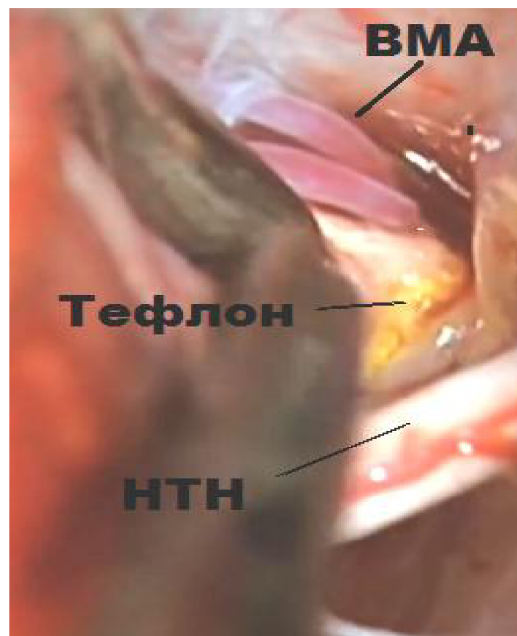
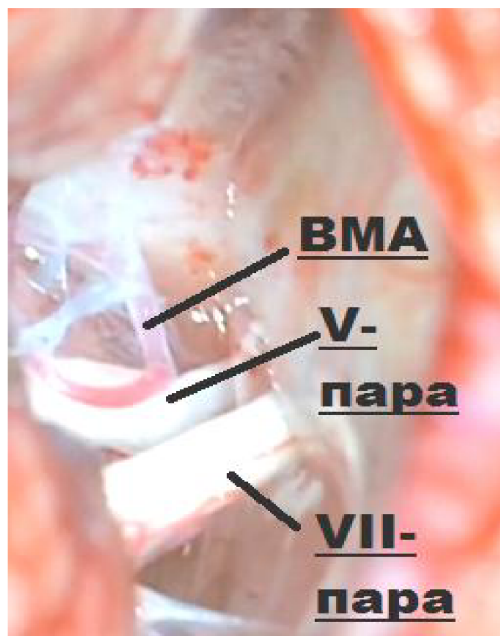


Рис. 2. Интраоперационный снимок до и после установки тефлоновой прокладки между V парой и верхне-мозжечковой артерии.

Таким же доступом у 10 больных произведена перерезка корешка тройничного нерва на месте выхода из ствола головного мозга, из-за отсутствия компримирующих факторов. Весь этап операции произведен с использованием микро-нейрохирургической техники и длиннофокусный микроскоп Carl Zeiss, 10-20 кратное увеличение.

Среди всех прооперированных у 32 пациентов с обеих групп, после операции прекратились болевые приступы. Пациенты перестали испытывать

потребность в постоянном приеме обезболивающих препаратов и антиконвульсанты (карбамазепина, финлепсин). У трех пациентов после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва в раннем послеоперационном периоде болевой синдром уменьшился, но периодически 3-5 раз в сутки повторялись локальные боли, но меньшей интенсивности чем до операции. Среди всех пациентов со второй группы болевой синдром полностью регрессировал (табл. 2).

Таблица 2

Результаты исходов послеоперационного лечения в обеих группах

Исходы оперативного лечения	Название операции		Итого n=35
	Микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва n=25	Перерезка тройничного нерва n=10	
Полный регресс болевой синдрома	22	10	32
Уменьшение боли, на фоне низких доз антиконвульсантов	3	0	3
Отсутствие эффекта	0	0	0

Сроки наблюдения за всеми оперированными пациентами составил от 4 месяцев до года, что в

среднем составило 8 месяцев. После микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного не-

два из 25 пациентов у троих сохранившиеся болевые синдромы через 3 месяца уменьшились и через 6 месяцев болевой синдром полностью регрессировал на фоне приема антиконвульсантов.

В неврологическом статусе: в первой группе у 2 (8%) пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечался преходящий парез лицевых мышц с онемением лица и гипоакузия, которые регрессировали в течение 10-15 дней. Во второй группе у всех 10 (100%) больных появился фациальный парез и онемение лица на стороне вмешательства. После выписки через 1,5-2 месяцев практически у всех появились нейротрофические патологические процессы и офтальмические патологии в виде нейротрофического кератита, кератоконъюнктивита, помутнения роговицы и ухудшения зрения, сухости, покраснением и жжением глаз.

Выводы:

1. Как показывают ранние результаты настоящего исследования, микровазкулярная декомпрессия является высокоэффективным методом в лечении пациентов с первичной НТН, но только при наличии сосудисто-нервного конфликте. Стоит отметить отсутствие осложнений в виде нейротрофических нарушений при МВД.

2. Хирургическая перерезка корешка тройничного нерва может быть использована как вынужденная мера, как при отсутствии сосудистого конфликта являющегося источником болевого синдрома.

Литература:

1. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. - Москва. МЕДпресс, 1999. - С.171 — 216.
2. Данилов А.Б., Давыдов О.С. Нейропатическая боль. - М.: Боргес, 2007. - 192 с.
3. Клиническая неврология. С английского перевод. Под общей редакцией д.м.н. Левина О.С. - Москва, МЕДпресс-информ, 2004. - С. 122-123.
4. Коновалов А.Н., Махмудов У.Б., Шиманский В.Н., Тяняшин С.В., Отарашвили И.А., Пронин И.Н., Лебедева М.А., Орлова О.Р., Мингазова Л.Р. Вазкулярная декомпрессия в лечении невралгии тройничного нерва // Вопросы нейрохирургии. - 2008. - №3. - С. 3-9.

5. Практическая нейрохирургия. Руководство для врачей / Под ред. Гайдара Б.В. - Санкт – Петербург: Гиппократ, 2002.- С. 255-256.
6. Рыбаков А.С. Особенности центральных механизмов афферентации при "фигем шильной невралгии: Автореф, дисс. канд.мед.наук. - Москва, 2007. - 19 с.
7. Ситников А.Р. Вазкулярная декомпрессия в лечении гемифациального спазма: Автореф. дисс.кан- д.мед.наук. - Москва, 2009. -10 с.
8. Тюрников В.М. Невралгия тройничного нерва / Академия хорошего здоровья. – 2005. - №8.
9. Оглезнев К.Я., Григорян Ю.А., Шестериков С.А. Патологические механизмы возникновения и методы лечения лицевых болей // Наука. Сибирское отделение. - 1990. - 192 с.
10. Шмырёв В.И., Рыбаков А.С. Современная концепция патогенеза тригеминальной невралгии // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 2006. - В. 3. Т. 106. - С. 64–74.
11. Barker F.G. II, Jannetta P.J., Bissonette DJ, Larkins MV, Jho HD: The long-term outcome of microvascular decompression for trigeminal neuralgia // N Engl J Med. - 1996. - Vol. 334. - P. 1077–1083.
12. Fukushima T. Microvascular decompression for hemifacial spasm and trigeminal neuralgia: results in 4000 cases // J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. - 1990. - Vol. 53. - P. 173.
13. Hunt J.K. The sensory field of the facial nerve: a further contribution to the symptomatology of the geniculate ganglion // Brain. - 1915. - Vol. 38. - P. 418–446.
14. Hames S.J., Jannetta P.J., Zorub D.S. Microvascular relations of the trigeminal nerve. An anatomical study with clinical correlation // J. Neurosurg. - 1980. - Vol. 52. - P. 381–386.
15. Hamlyn P.J. Neurovascular relationships in the posterior cranial fossa, with special reference to trigeminal nerve in cardiovenic controls and patients with trigeminal neuralgia: quantification and infidence of method // Clin. Anat. - 1997. - Vol.10. - P.380–388.
16. Jannetta P.J. Arterial compression of the trigeminal nerve at the pons with trigeminal neuralgia // J. Neurosurg. - 1967. - Vol. 26 (Suppl.). - P. 159–162.
17. Sachys E. The role of the nervus intermedius in facial neuralgia: report of four cases with observation of the pathways for taste, lacrimation and pain in the face // J. Neurosurg. - 1968. - Vol. 28. - P. 54–60.