

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

**ТРИГЕМИНАЛДЫК НЕВРАЛГИЯНЫ МИКРОВАСКУЛЯРДЫК
ДЕКОМПРЕССИЯЛОО**

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

**МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ КОРЕШКА ПРИ НЕВРАЛГИИ
ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА**

Z.A.Toichiev, M.M. Mamytov, A.A. Akmatalliev

**MICROVASCULAR DECOMPRESSION OF THE NUTTER AT
THE NEURALGIA OF THE TRIPLE NERVE**

УДК: 616.833.15-009.7-089

Бул макалада Улуттук госпиталдын №1 жана №2 нейрохирургиялык бөлүмдөрүндө өткөрүлгөн тригеминалдык нервдин невралгиясы менен ооруган 30 бейтапты консервативдик дарылоо жана хирургиялык жол менен кысылуудан бошотуу жыйынтыгын көрсөтөт. Ошондой эле интраоперациондук чырмалып баруучу кан тамырлар аныкталган.

Негизги сөздөр: тригеминалдык нервтин невралгиясы, тригеминалдык зоналар, курчоо, невроаскулярдык чырмалуу, микроваскулярдык декомпрессиялоо.

В статье представлены результаты консервативного и хирургического метода лечения у 30 больных с невралгией тройничного нерва, которые проведены в клиниках нейрохирургии №1 и №2 национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. А также интраоперационно определены артерии приводящие к сосудистому конфликту.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, тригеминальные зоны, блокада, невроаскулярный конфликт, микроваскулярная декомпрессия.

The article presents the results of a conservative and surgical method of treatment in patients with trigeminal neuralgia, which were performed in clinics of neurosurgery №1 and №2 of the National hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. And also intraoperatively defined arteries leading to vascular conflict.

Key words: neuralgia trigeminal nerve, trigeminal zones, blockade, neurovascular conflict, microvascular decompression.

Актуальность проблемы. Невралгия тройничного нерва – это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся интенсивной, острой, внезапной, кратковременной и в большинстве случаев односторонней болью в зоне иннервации тройничного нерва. Наиболее частой причиной является сдавление корешка тройничного нерва артериальным сосудом (верхней мозжечковой и передней нижней мозжечковой артерией) в полости черепа, который приводит к механическому воздействию в зоне соприкосновения корешка и артерии, вследствие чего рас-

пространяется патологические импульсации передающая на корешок нерва, вследствие чего, вызывает приступы интенсивной боли в зонах иннервации соответствующего черепного нерва [1,2,]. С помощью компьютерная томография и магнитно-резонансная томография не выявляются сосудистые образования, вызывающие компрессию корешков нерва [5,9,10].

Лечение невралгии тройничного нерва многообразно. Уменьшение или прекращение болей может быть достигнуто с помощью лекарственных препаратов, таких как карбамазепин, финлепсин при первом применении вызывает улучшение у более 80% больных [7,8]. При неэффективности консервативного лечения предложено множество хирургических методов: алкоголизация, блокада гассерова узла, радиочастотная деструкция корешка тройничного нерва, пересечение корешков V нерва [4,7,8]. Алкоголизация или спиртовая блокада ветви тройничного нерва, в зоне которой локализуются приступы. Этиловый спирт в дозе 1,5-2 мл вводят в костный канал соответствующей ветви [2, 6].

Микроваскулярная декомпрессия тройничного нерва в настоящее время основной метод лечения невралгии V нерва. Микроваскулярная декомпрессия заключается в трепанации задней черепной ямки, ревизии взаимоотношений корешка тройничного нерва, верхней и нижней передних мозжечковых артерий и верхней каменистой вены [12,15]. При компрессии корешка сосудами их выделяют, а между сосудами и корешком помещают прокладку, предотвращающую контакт между ними и воздействие сосуда на корешок [1,2,7,10,11]. Опыт, накопленный нейрохирургами многих стран, свидетельствует о высокой эффективности этого метода. Эффективность составляет в среднем 77% случаев (от 62 до 92%). Летальность низкая - 0.5% [2, 7, 11, 13, 14].

Цель исследования. Учитывая малоэффективность консервативного лечения невралгии тройничного нерва при наличии сосудисто-корешкового

конфликта, что по литературным данным встречается до 80-90% случаях.

Перед нами ставилась задача определить показания и оценить эффективность МВД при первичной невралгии тройничного нерва.

Материалы и методы исследования.

В материале представлены результаты - проведенных оперативных лечений при невралгиях тройничного нерва, в отделениях нейрохирургии №1, №2 Национального госпиталя при МЗ КР. В период 2010-2016 годы в условиях нейрохирургии №1 и №2 НГ получили лечение с диагнозом невралгия тройничного нерва с различной интенсивностью болевого синдрома 30 больных. Возраст больных колеблется от 22 до 75 лет, 19 из них старше 50 лет. Мужчин – 12 и 18 женщин. Продолжительность болевого синдрома составляла от 6 месяцев до 20 лет. Основной контингент больных безуспешно или с небольшим эффектом лечились на протяжении в среднем 6,3 и более лет. Несколько раз получали консервативное лечение, регулярно принимали антиконвульсанты (карбамазепин, финлепсин от 200мг до 1600мг в сутки).

Всем больным проведено обследование на компьютерной томографии или магнитно – резонансной томографии в период заболевания. Неврологический осмотр был направлен на изучение функции черепных нервов (тактильная, болевая, чувствительность кожи лица), корнеальных рефлексов, функции мимических мускулатур, оценка деятельности пирамидной и экстрапирамидной систем.

Вначале консервативное лечение проведено всем 30 пациентам. Заключалась она в спиртовой блокаде (спирт 70% - 1,0мл + новокаин 2% - 1,0мл, предварительно перед блокадой обезболивание с 1%-1.5мл новокаином) на месте выхода II ветви V нерва сделано 20 больным, троим из них левой половиной лица, пятерым правой, двум больным в месте выхода III ветви V нерва слева. Шести больным произведена спиртовая блокада на месте выхода II и III ветвей V нерва справа, и 2 больным блокада I, II и III ветвей тройничного нерва (рис. 1).

частота поражения ветвей V нерва

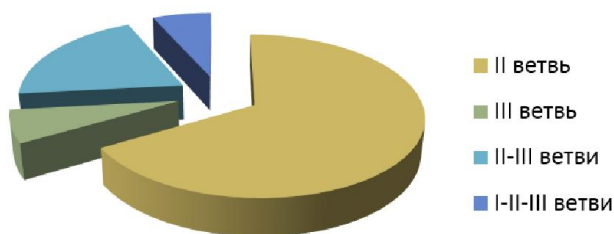


Рис. 1. Частота поражения ветвей тройничного нерва.

На ряду с блокадами данные пациенты принимали карбамазепин в дозе 400-800 мг\сутки принимали 25 больных регулярно, отмечают временное улучшение; финлепсин в дозе 200-400 мг\сут принимали 5 больных, не смотря на не высокие дозы препарата, данные пациенты отмечали значительное улучшение

в виде уменьшения болей. Кроме того получали сосудистые, ноотропные, противовоспалительные препараты. После проведения консервативного лечения и спиртовой блокады 2 пациента выписаны домой с отсутствием приступов боли на лице, 2 пациента выписаны со снижением болевого синдрома с редкими местными пароксизмами. Осложнений от проведенных спиртовых блокад не зарегистрировано. Все 4 пациента выписаны из стационара с рекомендацией принимать финлепсин или карбамазепин 400мг в сутки.

После проведения курса консервативного лечения у 26 больных отсутствовала положительная динамика в связи, с чем им проведено оперативное лечение.

Оперативное лечение с целью декомпрессии корешка тройничного нерва интракраниальной части как указано выше было проведено 26 пациентам. Из них 9 мужчин, 17 женщин. Возраст от 22 до 58 лет, 23 (92,4%<) до 50, 3 (7,6%>) старше 50 лет. Средняя длительность заболевания до проведения хирургического лечения состояло 8,3 года (от 6 месяцев до 11 лет). Среди оперированных больных были с болевым синдромом в области иннервации II ветви V нерва 20 больных, II и III ветви 4 больных, невралгия I, II и III ветви тройничного нерва 2 больных.

Результаты и их обсуждение: Поступившие больные в большинстве случаев (83,3%), страдающие невралгией тройничного нерва, отмечают приступы боли одной половины лица. В основном 20 (66,8%>) больных с невралгией в зоне иннервации II тройничного нерва, поражение III ветви – 2 (6,6%) человека, в области иннервации II и III ветви V нерва 6 (20%) больных, у 2 (6,6%) больных невралгии тройничного нерва в зоне иннервации выхода I, II и III ветви тройничного нерва.

Операция произведена под общим фторотановым интубационным наркозом на фоне нейролептанальгезии. После введения в наркоз, больного укладывают в положение «лежа на боку», противоположной пораженной стороне. Разрез кожи и подкожной клетчатки клюшкообразно, за ухой височно-затылочной области соответствующей стороны. Производится декомпрессионная трепанация затылочной кости диаметром около 3,5 - 4,0см, 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 хорошо дает визуализировать паутинную оболочку над черепно-мозговыми нервами, которые четко идентифицировались после ее широкого рассечения и истечения ликвора. При осмотре этой области у 17 больных выявлена микроваскулярная компрессия корешка V нерва ветвью верхней мозжечковой артерией, у 9 больных выявлено компрессия передняя нижняя мозжечковая артерия. Который сдавлен на протяжении 2-5мм

после отхождения корешка от ствола головного мозга, у 2 больных сосуд туго спаян на протяжении 7мм. Принципы декомпрессии тройничного нерва заключались в отведении от нервных волокон артериальных петель и изменении их расположения. Указанная цель достигалась установкой между сосуда и корешком прокладки (тефлоновой или полипропиленовой протектор), предотвращающую контакт между ними и воздействии сосуда на корешок. У больного, который поступил с односторонней тригеминальной невралгией в сочетании с гемиспазмом, во время операции обнаружены арахноидальные спайки мосто - мозжечковой цистерны и компрессия корешка V и VII нервов передней нижней мозжечковой артерией. После разъединения арахноидальных спаек мосто - мозжечковой цистерны произведена одновременная декомпрессия корешков лицевого и тройничного нервов от передней нижней мозжечковой артерии и между ними установлена прокладка.

Весь этап операции произведен с использованием микронейро-хирургической техники и длиннофокусный микроскоп Carl Zeiss, 10-20 кратное увеличение.

У всех больных причиной НТН являлась компрессия корешка тройничного нерва патологически извитым сосудом (в нашем случае это были – петли верхней мозжечковой, нижней передней мозжечковой артерий), что подтверждается литературными данными [1, 3, 14,15].

Во время хирургических вмешательств осложнений не наблюдалось. В послеоперационный период летальных исходов и инфекционных осложнений в представленной группе больных не было зафиксировано.

Полное устранение синдрома тригеминальной невралгии в ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось в 15 случаях, результат хирургического лечения оценен как отличный. Основной причиной компрессии корешка тройничного нерва являлась петля верхней мозжечковой артерии, реже - передняя нижняя мозжечковая артерия. У двоих пациентов, после операции болевые синдромы уменьшились, но периодически 2-4 раз в сутки повторялись локальные боли на месте выхода II ветви тройничного нерва. Несмотря на ослабление болевого синдрома, результат признан неудовлетворительным. Отдаленные результаты сосудистой декомпрессии прослежены у 4 пациентов. Срок последующего наблюдения за оперированными пациентами составил от 4 месяцев до 2 лет (в среднем 11 месяцев). Каких-либо отсроченных неврологических осложнений, также как и рецидивов НТН отмечено не было.

В среднем в стационаре больные находились 14,5 койко-дней.

От проведенного оперативного лечения, с целью декомпрессии корешка тройничного нерва из 26 больных, у 25 (99%) из них полностью купирован болевой синдром, у одного (1%) больного результат неудовлетворительный.

Среди оперированных больных во время наблюдения в среднем в течение 11 месяцев каких-либо отсроченных неврологических осложнений, также как и рецидивов НТН отмечено не было.

Выводы:

1. При отсутствии эффекта от длительного консервативного лечения при НТН рекомендовано оперативное вмешательство.

2. Первичная НТН чаще всего развивается вследствие васкулярной компрессии парастволового отдела корешка тройничного нерва избыточными петлями верхней мозжечковой артерии и реже передней нижней мозжечковой артерии.

3. Васкулярная декомпрессия корешка тройничного нерва при НТН является высокоэффективным методом в лечении пациентов с НТН, но только при наличии сосудисто-нервном конфликте.

Литература:

1. Балязин В.А., Балязина С.В. О механизмах сосудистой компрессии при невралгии тройничного нерва // Второй съезд нейрохирургов Российской Федерации / Под ред. д.м.н. В.Н. Кондакова. - Санкт-Петербург: Изд. РНХИ им АЛ. Поленова, 1998. - С. 203.
2. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. // Москва. МЕДпресс, 1999. - С.171- 216.
3. Лекции по нейрохирургии. Под ред. Парфенова В.Е., Свистов Д.В. Санкт-Петербург, Изд. Фолиант. 2004. - С. 71-172.
4. Лобзин С.В. Пункции и блокады в неврологии /- Изд. 2-е, дополн. - Санкт-Петербург: Гиппократ, 2007г. - С. 74-79.
5. Клиническая неврология. С английского перевода. Под общей редакцией д.м.н. Левина О.С. - Москва: МЕДпресс-информ, 2004. - С. 122-123.
6. Мурзалиев А.М. Клиническая неврология. Учебное пособие. - Бишкек, 2008. - С. 151.
7. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. - Т.3. Ч.2 / Под ред. А.Н.Коновалова. – Москва: Медицина, 2004. - С. 442-444.
8. Практическая нейрохирургия. Руководство для врачей. / Под ред. Гайдара Б.В. - Санкт-Петербург: Гиппократ. 2002. - С. 255-256.
9. Рыбаков А.С. Особенности центральных механизмов афферентации при «фигемшильной невралгии»: Автореф. дисс. канд. мед.наук. - Москва, 2007. - С.19.
10. Ситников А.Р. Васкулярная декомпрессия в лечении гемифациального спазма: Автореф.дисс. канд. мед. наук. Москва, 2009. - С. 10.
11. Тюрников В.М. ГУНИИ неврологии РАМН. Невралгия тройничного нерва. / 7© Газета «Академия хорошего здоровья». - Россия, 2005. - №8. - С. 78-89.
12. Bloom S. Trigeminal neuralgia: its treatment with new anti-convulsant drug // Lancet. 1962. - Vol. 1. - P. 839- 840.
13. Jannetta P.J. Microvascular decompression in trigeminal neuralgia and hemifacial spasm. / Neurological Surgery of the ear and Sculdase//Ed/by D.E. Brachmenn. - N.J. 1982. - P. 49-52.
14. Jannetta P.J. Arterial compression of the trigeminal nerve at the pons with trigeminal neuralgia // J. Neurosurg. - 1967. - Vol. 26 (Suppl.). - P. 159-162.
15. Prasad D. // Gamma Knife Surgery and Microsurgery: a comparison of published results // University of Virginia, December 2002. – P. 25-27.

Рецензент: к.м.н., доцент Мендибаев К.Т.