

Результаты лечения больных с прозопалгиями методом чрезкожной баллонной микрокомпрессии Гассерова узла

Латышев Д.Ю., Цымбалюк В.И.

Центр сосудистой нейрохирургии КУ «ДОКПБ»
Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Днепропетровск, Киев
Украина
+38 056 7534161
neurosurg@i.ua

Целью работы было изучение результатов лечения пациентов с невралгией тройничного нерва (НТН) методом чрезкожной баллонной микрокомпрессии (ЧБМ) Гассерова узла тройничного нерва (ТН).

Материалы и методы. 44 пациентам с НТН, (Ж=29/М=15), средний возраст 69,7 лет (34-89 лет), за период с 2005-2008 гг была произведена 51 операция ЧБМ. Показанием к ЧБМ являлись: выраженный фармакорезистентный болевой синдром, возраст >80 лет, патология внутренних органов у пациентов <80 лет, отказ от проведения микроваскулярной декомпрессии (МВД). Для ЧБМ использовался стандартный набор инструментов. Операции проводились согласно технике предложенной S. Mullan и T. Lictor (1983) в модификации J. Brown (1996), под внутривенным наркозом, контролем ЭОП, с длительностью компрессии $1,47 \pm 0,08$ мин. и давлением 1,6 bar. Все операции прошли без осложнений.

Результаты и их обсуждение. Перед операцией пациенты были обследованы неврологически и по опроснику McGill Pain Questionnaire (MPQ). С целью исключения патологии мосто-мозжечкового угла производилась МРТ. При подозрении на герпетическое поражение – вирусологическое исследование крови. Идиопатическая НТН (I и II типа) выявлена у 14 (31,8%) пациентов, у 10 – вследствие нейроваскулярного конфликта. Постгерпетическая нейропатия (ПГН) имела место у 19 (43,2%) человек. У 9 (20,4%) больных отмечалась тригеминальные нейропатические боли (ТНБ), вследствие проведенных ранее деструктивных процедур и МВД. У 2 (4,6%) пациентов – симптоматическая НТН. Средняя продолжительность заболевания составила $11,9 \pm 3$ лет. Доза Карбамазепина 400-1200 мг/сут. Согласно MPQ пациенты были обследованы перед ЧБМ, через 3, 6, 12, 24 мес. Регресс болевого синдрома в день операции отмечен у 41 (93,2%) больного, у остальных – в течение 3-х суток. Возобновление болей через 3 мес. возникло у 5 (11,4%) больных. У 3 (6,8%) пациентов боли возобновились через 6 мес. Через 12 мес. возобновление болей наблюдалось ещё у 3 (6,8%) пациентов, что в итоге составило за год после ЧБМ – 11 (25%) человек. К периоду до 24 мес. возобновление болей отметили еще 4 (9,1%) пациента, что составило 34,1% за два года, а к 36 мес. только у 2 (4,5%), и за три года составило – 38,6%.

Выводы. Результаты хирургического лечения пациентов с прозопалгиями методом ЧБМ, показало высокую эффективность, как в раннем – 6 мес. (81,8%), так и отдаленном – 24 мес. (65,9%) и 36 мес. (61,4%) периодах после операции. Учитывая минимальную деструкцию волокон Гассерова узла, ЧБМ следует отнести к операции выбора, у пациентов с НТН, которым противопоказана операция МВД. Относительная техническая простота и низкий риск осложнений может способствовать широкому внедрению данной методики в нейрохирургических клиниках.

Подход к выбору транспозиции компримирующей артерии в ходе операции микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва

Латышев Д.Ю., Зорин Н.А.

Центр сосудистой нейрохирургии КУ «ДОКПБ»,
Днепропетровская Государственная медицинская академия
Днепропетровск
Украина
+38 056 7534161
neurosurg@i.ua

Цель: изучение анатомических взаимоотношений между root-zone корешка тройничного нерва (ТН) и компримирующими сосудами в ходе операции микроваскулярной декомпрессии (МВД) для выбора оптимального метода транспозиции компримирующего сосуда.

Материалы и методы: Проведено 34 операций МВД согласно стандартной методике, описанной P. Jannetta, по поводу невралгии тройничного нерва (НТН), вследствие нейро-сосудистого конфликта в области root-zone корешка ТН. Изучены микроанатомические взаимоотношения между компримирующими сосудами и корешком ТН, а также применены различные методы их транспозиции: установка тefлоновой прокладки (ТП) Teflon felt «Jonson&Jonson» и ТП на моноволоконной нити «Eticon» 5/0, фиксированной к намету мозжечка (НМ).

Результаты и их обсуждение: В 21 случае выявлена компрессия ТН одной артерией, в 6 – двумя артериями, в 4 наблюдениях – артерией и веной и в 3-х только веной. Основными компримирующими ТН образованиями были: верхнее-мозжечковая артерия (ВМА) (n=18); передне-нижняя мозжечковая артерия (ПНМА) (n=6); понтичная ветвь основной артерии (МА) (n=3); и поперечная вена моста (ПМВ) (n=7). Поиск альтернативных методов транспозиции был обусловлен результатами исследований Chen J., (2000) и Oiwa Y., (2004), подтвердивших возникновение гранулем вследствие адгезивного воспаления и арахноидита в области ТП и нерва, и как следствие – возобновление боли. Определяющим фактором для выбора метода транспозиции являлись анатомические взаимоотношения в области root-zone корешка ТН. ПМВ – пересекалась в 24 случаях. При компрессии ВМА, МА или ПНМА устанавливали ТП в виде «Н»-образной «распорки», ввиду малого диаметра артерий и отсутствия достаточной их мобильности после диссекции. При избыточной петле ВМА, достаточной мобильности последней и отсутствия тонких ветвей осуществлялась транспозиция артерии ТП с моноволоконной нитью фиксированной к НМ. В ходе 23 операций МВД выполнена только установка ТП, в восьми – транспозиция ВМА осуществлена ТП с моноволоконной нитью фиксированной к НМ. Применение обоих методов выполнено в 3 случаях.

Выводы: При наличии соответствующих анатомических условий в ходе операции МВД, помимо «классической» транспозиции ТП предложенной P. Jannetta, с успехом может быть применена транспозиция компримирующей артерии ТП с моноволоконной нитью, фиксированной к НМ. Данная методика позволяет предупредить возникновение гранулем в области ТП и нерва, и как следствие – улучшить отдаленные результаты хирургического лечения НТН.