

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПОСЛЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ КОРЕШКА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Кариев Г.М., Мирзаев А.У.

Республиканский Научный Центр нейрохирургии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

УДК: 612.013-21.4:616.833.15-009,7-001,11

Резюме

Проанализированы результаты лечения 166 пациентов с невралгией тройничного нерва. Разработан алгоритм выбора метода хирургического лечения.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, качество жизни.

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH TRIGEMINAL NERVE NEURALGIA AFTER DIFFERENTIAL MICROVASCULAR DECOMPRESSION OF its RADIX

Kariev G.M., Mirzaev A.U.

The treatment results of 166 patients with trigeminal nerve neuralgia were analyzed. An algorithm to choose the proper surgical treatment method was designed.

Keywords: trigeminal nerve neuralgia, quality of life.

Актуальность

Распространенность невралгии тройничного нерва (НТН) достаточно велика и составляет 30–50 больных на 100 000 населения, а заболеваемость по данным ВОЗ находится в пределах 2–4 человек на 100 000 населения. Заболевание чаще возникает после 40 лет и преобладает у женщин [1, 8, 9, 10].

Этиология НТН многофакторная. Заболевание может быть обусловлено одонтогенной природой, компрессией тройничного нерва на интра- или экстракраниальном уровне, герпетической инфекцией, нарушением кровообращения в стволе мозга, демиелинизацией корешка тройничного нерва, а также может развиваться после эндокринно-обменных и аллергических расстройств [2, 6].

По данным современных исследователей, этиологическим фактором невралгии тройничного нерва в 94% случаев является сдавление корешка тройничного нерва мозжечковыми артериями и другими сосудами в задней черепной ямке [15].

У больных НТН характерно наличие триггерной точки, а также болезненность выходных точек периферических ветвей, надавливание на них, также как речь и прием пищи часто провоцируют приступ боли [10].

Боль при НТН имеет следующие характеристики С.С. Павленко [10]:

1. Приступообразный характер, длительность атаки не более 2 минут. Между двумя приступами всегда имеется «светлый» промежуток.
2. Значительная интенсивность, внезапность, напоминающие удар электрическим током.
3. Локализация строго ограничена зоной иннервации тройничного нерва, чаще 2 или 3 ветви (в 5% случаев 1 ветвь).

4. Наличие триггерных точек или зон, слабое раздражение которых вызывает типичный пароксизм (могут находиться в болевой или безболевой зоне). Наиболее часто триггерные зоны располагаются в орофациальной области, на альвеолярном отростке, при поражении первой ветви у медиального угла глаза.
5. Наличие триггерных факторов, чаще всего это умывание, разговор, еда, чистка зубов, движение воздуха, простое прикосновение.
6. Типичное болевое поведение. Больные, стараясь переждать приступ, замирают в той позе, в которой застал их болевой пароксизм. Иногда растирают зону боли или совершают чмокающие движения. В период приступа больные отвечают на вопросы односложно, едва приоткрывая рот. На высоте пароксизма могут быть подергивания лицевой мускулатуры (tic douloureux).
7. Неврологический дефицит в типичных случаях НТН отсутствует.
8. Вегетативное сопровождение приступов скудное и наблюдается менее чем у 1/3 больных [4].

Диагностическую роль играют точки Керера — остистые отростки шейных позвонков, глубокая пальпация которых сопровождается иррадирующей болью в лицо.

На высоте обострения определяется характерный признак симптома «лестницы»: если больной оступается, спускаясь по лестнице, возникает хотя и ослабленный, но все же типичный тригеминальный «прострел», что обусловлено «ударом» ликвора в тригеминальный цистерне по патологически измененному корешку. В этой фазе заболевания часто встречается симптом «осторожного дотрагивания» до триггерной зоны: если пациента просят показать точное расположение участка на лице, при касании которого возникает приступ, он не доносит палец

до кожи из-за страха спровоцировать тригеминальный пароксизм.

У ряда больных со временем развивается вторичный мышечно-фасциальный прозопалгический синдром. Все больные НТН как при обострении, так и в период ремиссии, используют для жевания «здоровую» сторону рта. В мышцах гомолатеральной стороны лица возникают дегенеративные изменения с развитием типичных мышечных уплотнений [11].

Для исключения и выявления сосудисто-нервного конфликта используется МРТ в сосудистом режиме с идентификацией ствола и сосудов, а также специальная техника проведения магниторезонансной томографии (МРТ) в трехмерном изображении, выполненные с контрастированием помогают выявить кровеносный сосуд, сдавливающий нерв у входа в ствол [12, 13, 14, 17, 18, 19].

Количественная оценка боли – важная и трудная клиническая проблема, актуальная как для научных исследований, так и для практического здравоохранения [3, 7]. Для определения интенсивности болевого синдрома у больных с невралгией тройничного нерва используется шкала ВАШ (визуально-аналоговая шкала) и краткий опросник Мак-Гилл [5, 16].

Материалы и методы

Проанализированы результаты наблюдений 166 больных с невралгией тройничного нерва, находившихся на стационарном лечении в Республиканском Научном Центре нейрохирургии МЗ РУз в период с 1996 по 2009 гг.

Анализ распределения больных по возрастам показал, что среди больных преобладали женщины – 125 (75,3%), мужчин было 41 (24,7%), что почти в 3 раза больше, чем мужчин. Большинство больных 119 (71,6%) составили старший средний и пожилой возраст, максимум больных пришелся на возрастную группу 60–74 года, 70 (42,1%).

Все больные по методам лечения были распределены на три группы: в первую группу вошли 54 (32,5%) больных, которым проведены блокады периферических ветвей тройничного нерва, во вторую группу 39 (23,5%) больных перенесшие экзерец ветвей тройничного нерва и третью группу составили 73 (44,0%) больных, подвергшихся микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва.

Микроваскулярная декомпрессия производилась под интубационным наркозом ретромастоидальным доступом на стороне поражения с применением операционного микроскопа. При этом достигается устранение нервно-сосудистого конфликта путем установления прокладки между нервом и сосудом.

Результаты и обсуждение

После установления диагноза типичной невралгии тройничного нерва, проводился отбор больных на метод хирургического лечения. Учитывая то, что все больные длительно лечились консервативно, и эффект от тера-

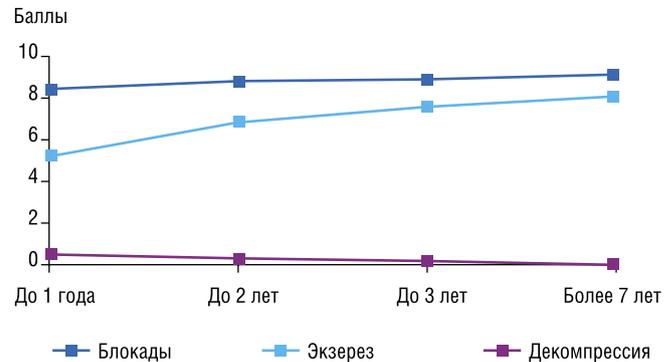


Рис. 1. Интенсивность болевого ощущения по шкале ВАШ (данные катамнеза)

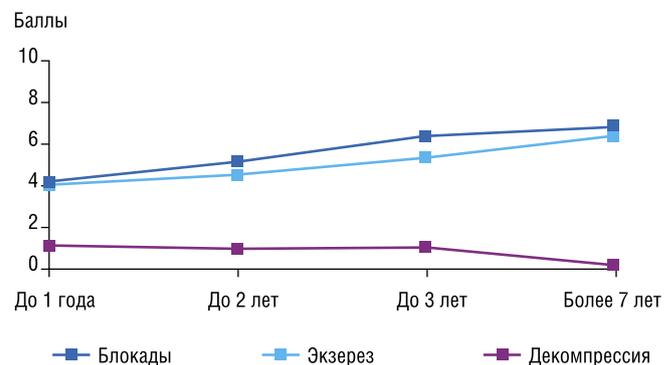


Рис. 2. Оценка болевого ощущения по опроснику Мак-Гилл (данные катамнеза)

пии снижался или отсутствовал, больным старших возрастных групп с отягощенным соматическим статусом применялись менее агрессивные методы хирургического лечения. Контингенту больных с ранее проведенными методами лечения невралгии тройничного нерва при отсутствии эффекта и частых рецидивах предлагали микроваскулярную декомпрессию корешка тройничного нерва, как наиболее эффективный метод хирургии, который позволил добиться стойкого купирования процесса.

Оценивая ближайшие результаты хирургического лечения, мы отметили, что у больных 1 группы улучшение наступило 92,5% случаев, во второй – 92,5% и в третьей 100%. (рис. 1, 2.)

После проведенного анализа полученных катамнестических данных по шкале ВАШ выявились следующие закономерности. В 1 и 2 группах, выделенных по методам хирургического лечения, интенсивность болевых ощущений нарастала из года в год. В 3 группе болевые ощущения сразу же после операции исчезали и в течение 7 лет без приема обезболивающих средств не возобновлялись, при этом эффективность хирургического лечения достигалась в 71 (97%) случае. По данным опросника Мак-Гилл получены идентичные данные.

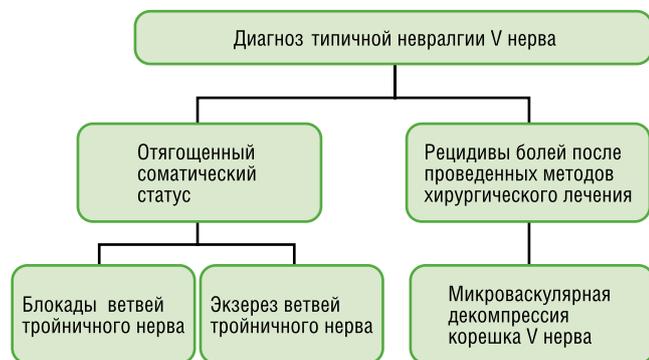


Рис. 3. Алгоритм выбора метода лечения

Сравнивая оценку боли у пациентов при поступлении, отмечено, что по шкале ВАШ и опроснику Мак-Гилл во всех трех группах сопоставима и не отличается большой разницей в баллах. Но после операции явно отмечается тенденция к снижению интенсивности болевого ощущения в зависимости от метода лечения. В послеоперационном периоде интенсивных болевых ощущений по результатам анализа опросника Мак-Гилл значительно ниже в группе больных, которым произведена МСД корешка ТН. Хотя до операции в этой группе болевые ощущения были наивысшие.

На основании полученных результатов исследований нами разработан алгоритм выбора метода хирургического лечения больных с невралгией тройничного нерва (рис. 3).

По результатам исследования отмечаем преимущества метода МСД корешка ТН:

1. Полное избавление от боли сразу после операции;
2. Отсутствие выпадения функции краниальных нервов;
3. Низкий уровень послеоперационных осложнений;
4. Стойкий результат.

Качество жизни больных оценивали с помощью анализа полученных данных по шкале ВАШ и опросника Мак-Гилл.

Качество жизни больных после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва было приближенным к норме, а длительность безрецидивного периода составила 7 лет при выздоровлении до 97%. При экзереэ выздоровление отмечено только в 53% с длительностью безрецидивного периода до 18 месяцев, а после блокад – в 45% с длительностью безрецидивного периода до 12 месяцев, что определенно влияло на качество жизни пациентов.

Выводы

1. Наиболее эффективным методом хирургии НТН является проведение микроваскулярной декомпрессии, которая позволила добиться стойкого купирования процесса в 97% наблюдений, в то время как блокады ветвей и перерезка периферических ветвей приводят лишь к кратковременному купированию болевого синдрома.

2. У больных с отягощенным соматическим статусом, возрастными изменениями и длительностью заболевания качество жизни определяется более низкими показателями, что влияет на выбор хирургического лечения данной категории больных, и методом выбора остается микроваскулярная декомпрессия тройничного нерва.

Литература

1. Аудерс А.Г. Диагностика компрессии корешка тройничного нерва при хирургическом лечении тригеминальной невралгии. – Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рига, 1988. – С. 14.
2. Григорян Ю.А. Нейрогенные лицевые боли (патогенез, диагностика и микрохирургия): Дисс. д-ра мед. наук М., – 1994. – С. 370.
3. Григорян Ю.А. Микрохирургическая сосудистая декомпрессия корешка тройничного нерва при тригеминальной невралгии // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. – 1997. – Т. 1. – С. 45–49.
4. Карый В.И., Карая М.В. Особенности клинического течения и лечения сочетанных невралгий тройничного нерва и вегетативных ганглиев шейно-краниального отдела // Украин.нейрохір.журнал. – 2001. – Т. 2. – С. 126–127.
5. Кузьменко В. В., Фокин В. А., Маттис Э. Р. Психологические методы количественной оценки боли // Сов. мед. – 1986. – Т. 10. – С. 44–48.
6. Лобзин З.С., Рахимджанов А.Р., Жулиев Н.М. Туннельные компрессионно-ишемические невропатии. Ташкент, Медицина. 1988.
7. Ливенцева Ж.Ю., Ремнёв А.Г. К вопросу о диагностике тригеминальных лицевых болей // Росс.научно-практ.конф.Клинические и теоретические аспекты боли. Тез. докл. – М., – 2001. – С. 12–13.
8. Мегдязов Р.С. Невралгия тройничного нерва. Медицина. – 1999. – С. 142–144.
9. Могила В.В., Литвиненко С.В. Современное состояние проблемы лечения невралгии тройничного нерва // Нейрохирургия. – 2002. – Т. 4. – С. 12–14.
10. Павленко С.С. Невралгия тройничного нерва // Материалы WEB-Сайта Межрегионального Сибирского фонда (www.pbimstadi.ru).
11. Степанченко А.В. Типичная невралгия тройничного нерва. – М.: Изд. группа «ВХМ», – 1994. – С. 39.
12. Ali MJ, Gebarski S, Thompson BG. Transient magnetic resonance imaging signal alterations in the brainstem after microvascular decompression for trigeminal neuralgia: case report. // Neurosurgery. – 2004 -Oct; 55(4): 987.
13. Association of Vascular Compression in Trigeminal Neuralgia Versus Other «Facial Pain Syndromes» by Magnetic Resonance Imaging./ Nevan G. Baldwin, M.D., K. Singh Sahni, M.D., Mary E. Jensen, M.D., Daniel R. Pieper, B.S., Randy L. Anderson, M.S., and Harold F. Young, M.D.- Surg Neurol. // J Neurosurg, – 1991. – V. 36. P. 447–452.
14. Assessment of neurovascular compression in patients with trigeminal neuralgia with a boundary fusion three-dimensional magnetic resonance cisternogram/angiogram .Sato H, Omi M, Ohsako C, Onoda K, Date I. // No Shinkei Geka. – 2007- Jan; 35(1): 33–41. Japanese.
15. Janetta P.J. Cranial rhizopathy //Current therapy in neurological surgery /D. M. Long. -B. C. Decker Inc. Toronto Philadelphia, C.V. Mosby company Saint Louis Toronto London, 1985. – P. 235–238.
16. Maxwell R.E. Surgical control of chronic migranous neuralgia by trigeminal ganglio-rhizolysis //J. Neurosurg. – 1982. – V.57, №4. –P. 459–466.
17. Young A.F. Effect of trigeminal tractotomy on dental sensation in humans //J. Neurosurg. – 1982. – V. 56, №6. – P. 812–818.
18. Yutaka Takusagawa, M.D. Microvascular. Decompression for Glossopharyngeal Neuralgia with special reference to the surgical technique. //Proceedings of 5th Meeting of The Society for Microvascular Decompression Surgery. – Japan, 2002. – P. 147–150.
19. Yoshihito Matsumoto, M.D., Nobuyuki Kawai, M.D., Katsuzo Kunishio, M.D., Seigo Nagao, M.D., Satoru Nakano, M.D., Motoomi Ohkawa // Proceedings of 5th Meeting of The Society for Microvascular Decompression Surgery.- Japan, 2002. – P. 73–78.

Контактная информация

Кариев Г.М.
e-mail: kariiev@bcc.com.uz