

УДК 616.833.15-089

Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Алтыбаев У.У., Асадуллаев У.М.

Дифференцированное хирургическое лечение и качество жизни больных при невралгии тройничного нерва

Республиканский научный центр нейрохирургии, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. В настоящее время качество жизни больного является важным, а в некоторых ситуациях — основным критерием оценки эффективности лечения в клинических исследованиях. Качество жизни отражает влияние заболевания и лечения на благополучие пациента и характеризует его физическое, эмоциональное и социальное благополучие, которое изменяется под влиянием заболевания или его лечения [1–5].

Распространенность невралгии тройничного нерва (НТН) составляет 30–50 на 100 000 населения, заболеваемость, по данным ВОЗ, 2–4 на 100 000 населения. Заболевание чаще возникает после 40 лет, преимущественно у женщин [6–9].

По данным исследователей, этиологическим фактором НТН в 94% наблюдений является сдавление корешка тройничного нерва мозжечковыми артериями и другими сосудами в задней черепной ямке [7, 8, 10–13].

У больных при НТН характерно наличие триггерной точки, а также болезненность выходных точек периферических ветвей при надавливании на них, иногда речь и прием пищи провоцируют приступ боли [7–12].

Диагностическую роль играют точки Керера — остистые отростки шейных позвонков, глубокая пальпация которых сопровождается иррадирующей болью в лицо. На высоте обострения определяется характерный симптом “лестницы”: если больной оступается, спускаясь по лестнице, возникает хотя и ослабленный, но все же типичный тригеминальной “прострел”, что обусловлено “ударом” спинномозговой жидкости в тригеминальной цистерне по патологически измененному корешку. В этой фазе заболевания часто выявляют симптом “осторожного дотрагивания” до триггерной зоны: если пациента просят показать точное расположение участка на лице, при дотрагивании до которого возникает приступ боли, он не доносит палец до поверхности кожи из-за боязни спровоцировать пароксизм. У некоторых больных со временем возникает вторичный мышечно-фасциальный прозопалгический синдром. Все больные при НТН как во время обострения, так и в период ремиссии используют при жевании непораженную сторону рта. В мышцах гомолатеральной стороны лица возникают дегенеративные изменения с образованием типичных уплотнений [10, 11].

Для исключения сосудисто-нервного конфликта используют магниторезонансную томографию (МРТ) в сосудистом режиме с идентификацией ствола и сосудов, а также специальную технику ее проведения в трехмерном изображении с контрастированием, что помогает выявить кровеносный сосуд, сдавливающий нерв у входа в ствол [7, 8, 10, 11].

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты наблюдения за 206 больными с НТН, которых лечили в клинике в период с 1996

по 2010 г., в том числе после микроваскулярной декомпрессии — в 2002–2010 гг.

При распределении больных по возрасту установлено преобладание женщин — 134 (65,1%), мужчин было 72 (34,9%). Большинство — 145 (70,3%) больных были старшего среднего и пожилого возраста, в возрасте от 60 до 74 лет было 97 (47%) больных.

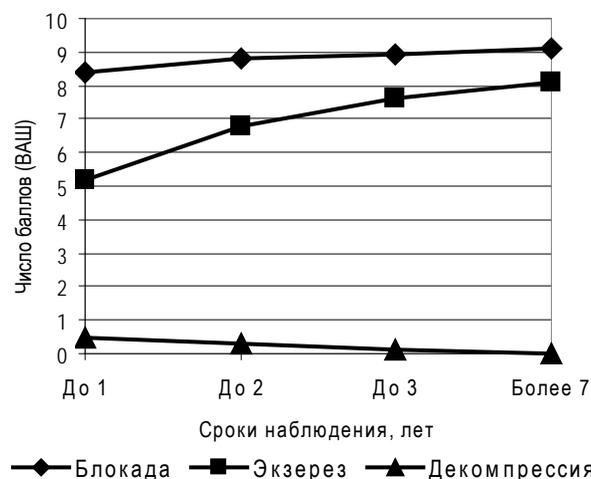
В зависимости от метода лечения больные распределены на три группы: у 54 (26,2%) больных (1-я группа) проведена блокада периферических ветвей тройничного нерва, у 39 (18,9%) больных (2-я группа) — произведен экзез ветвей тройничного нерва, у 113 (54,8%) больных (3-я группа) — микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва.

Микроваскулярную декомпрессию производили под интубационным наркозом с использованием ретромастоидального доступа на стороне поражения и применением операционного микроскопа. Для устранения нервно-сосудистого конфликта между нервом и сосудом устанавливали прокладку.

Качество жизни больных при НТН оценивали путем анализа с помощью общих опросников здоровья MOS SF-36. Для определения интенсивности болевого синдрома использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ).

Результаты и их обсуждение. Пациенты оценивали свои болевые ощущения по ВАШ, после анализа полученных данных установлены следующие закономерности. У пациентов 1-й и 2-й групп интенсивность боли увеличивалась из года в год. В 3-й группе болевые ощущения, сохранившиеся после операции у одной пациентки, уменьшались и через 3 года исчезли (*см. рисунок*).

Оценивая ближайшие результаты хирургического лечения, мы установили, что в 1-й группе



Интенсивность болевого ощущения по ВАШ в разные сроки после операции.

улучшение отмечено у 92,5% больных, во 2-й группе — у 92,5%, в 3-й группе — у 100%.

Качество жизни больных после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва приближалось к таковому в норме, длительность безрецидивного периода составила в среднем 8 лет, выздоровление отмечено в 98% наблюдений. После экзереза выздоровление отмечено у 53% больных, длительность безрецидивного периода — до 18 мес, после блокады — соответственно 45% и 12 мес, что определенно влияло на качество жизни пациентов.

При анализе данных по опроснику SF-36 у пациентов отмечены низкие показатели психоэмоционального, ролевого и эмоционального функционирования, более всего они страдали от боли. При этом физическое функционирование было близким к норме.

Выводы

1. НТН чаще возникает у больных среднего и пожилого возраста, преимущественно у женщин (65,1%).

2. Показанием к операции микроваскулярной декомпрессии является рецидив болевых приступов после проведенной ранее блокады и перерезки периферических нервов, а также неэффективность консервативной терапии и более низкие показатели качества жизни.

3. Наиболее эффективным методом лечения НТН является микроваскулярная декомпрессия, которая позволила достичь стойкого устранения боли в 98% наблюдений, в то время как блокада ветвей и перерезка периферических ветвей тройничного нерва обеспечивают лишь кратковременное устранение болевого синдрома.

4. У пациентов при отягощенном соматическом статусе, возрастных изменениях и значительной длительности заболевания качество жизни более низкое, что влияет на выбор метода их хирургического лечения. Методом выбора считаем микроваскулярную декомпрессию тройничного нерва.

Список литературы

1. Новик А.А. Оценка качества жизни при миелотрансплантации / А.А. Новик, А.Н. Богданов // Принципы трансплантации костного мозга и стволовых клеток периферической крови. — СПб.: ВМА, 2001. — С.126–140.
2. Evaluation of quality of life in patients with systemic sclerosis by the SF-36 questionnaire / R. Cossutta, A.B. Masserini, P. Colombelli [et al.] // Arthritis and Rheumatism. — 2000. — V.9, suppl. — P.776.
3. Treatment of severe multiple sclerosis (MS) with high-dose immunosuppressive therapy (HDIT) and autologous stem cell transplantation / R.A. Nash, J.D. Bowen, P.A. McSweeney [et al.] // Blood. — 2001. — V.98, N11, P.1. — P.687.
4. Quality of life of the population of St. Petersburg / A.A. Novik, T.I. Ionova, A.A. Tzepkova [et al.] // Qual. Life Res. — 2000. — V.9, N3. — P.308.
5. Evaluation of health-related quality of life of rheumatoid arthritis patients treated with celecoxib / S.Z. Zhao, J.L. Fiechtner, E.A. Tindall [et al.] // Arthrit. Care Res. — 2000. — V.13, N2. — P.112–121.
6. Карый В.И. Особенности клинического течения и лечения сочетанных невралгий тройничного нерва и вегетативных ганглиев шейно-краниального отдела / В.И. Карый, М.В. Карая // Укр.нейрохірург. журн. — 2001. — Т.2. — С.126–127.
7. Ливенцева Ж.Ю. К вопросу о диагностике тригеминальных лицевых болей / Ж.Ю. Ливенцева, А.Г. Ремнев // Материалы Рос. научн.-практ. конф. "Клинические и теоретические аспекты боли". — М., 2001. — С.12–13.
8. Мегдатов Р.С. Невралгия тройничного нерва / Р.С. Мегдатов. — М.: Медицина, 1999. — С.142–144.
9. Takusagawa Y. Microvascular decompression for glossopharyngeal neuralgia with special reference to the surgical technique / Y. Takusagawa // Proceedings of 5th Meeting of The Society for Microvascular Decompression Surgery. — Matsumoto, 2002. — P.147–150.
10. Могила В.В. Современное состояние проблемы лечения невралгии тройничного нерва / В.В. Могила, С.В. Литвиненко // Нейрохирургия. — 2002. — Т.4. — С.12–14.
11. Павленко С.С. Невралгия тройничного нерва / С.С. Павленко // Материалы WEB-сайта Межрегионал. Сиб. фонда (www.pbimstadi.ru).
12. Ali M.J. Transient magnetic resonance imaging signal alterations in the brainstem after microvascular decompression for trigeminal neuralgia: case report / M.J. Ali, S. Gebarski, B.G. Thompson // Neurosurgery. — 2004. — V.55, N4. — P.987.
13. Janetta P.J. Cranial rhizopathy / P.J. Janetta // Current therapy in neurological surgery; ed. D.M. Long, B.C. Decker. — Toronto; Philadelphia: C.V. Mosby Co, 1985. — P.235–238.

Одержано 05.05.11

Мірзаєв О.У., Карієв Г.М., Алтибаєв У.У., Асадуллаєв У.М.

Диференційоване хірургічне лікування та якість життя хворих за невралгії трійчастого нерва

Республіканський науковий центр нейрохірургії, м. Ташкент, Республіка Узбекистан
Проаналізовані результати обстеження 206 хворих з невралгією трійчастого нерва, яких лікували в клініці в період з 1996 по 2010 р., в тому числі після микроваскулярної декомпресії — у 2002–2010 рр. Хворі розподілені на 3 групи за методом хірургічного лікування. Параметри якості життя хворих вивчені за опитувальником SF-36 і шкалою ВАШ. Встановлено, що за наявності показань, оснащення клініки і кваліфікації нейрохірургів микроваскулярна декомпресія кінця трійчастого нерва у хворих за його невралгії є методом вибору хірургічного лікування при можливості застосування інтубаційного наркозу. Якість життя хворих після застосування микроваскулярної декомпресії також значно краща.

Ключові слова: невралгія трійчастого нерва, микроваскулярна декомпресія, екзерез, блокада.

Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Алтыбаев У.У., Асадуллаев У.М.

Дифференцированное хирургическое лечение и качество жизни больных при невралгии тройничного нерва

Республиканский научный центр нейрохирургии, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Проанализированы результаты наблюдения за 206 больными с невралгией тройничного нерва, которых лечили в клинике в период с 1996 по 2010 г., в том числе после микроваскулярной декомпрессии — в 2002–2010 г. Больные распределены на 3 группы в зависимости от метода хирургического лечения. Параметры качества жизни больных изучены с применением опросника SF-36 и шкалы ВАШ. Установлено, что при наличии показаний, оснащенности клиники и квалификации нейрохирургов микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва у больных при его невралгии является методом выбора хирургического лечения при возможности применения интубационного наркоза. Качество жизни больных после применения микроваскулярной декомпрессии значительно лучше.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, микроваскулярная декомпрессия, экзерез, блокада.

Mirzaev A.U., Kariev G.M., Altybaev U.U., Asadullaev U.M.

Differential surgical treatment and quality of life of patients with trigeminal neuralgia

Republic Scientific Center of Neurosurgery, Tashkent, Uzbekistan

The results of 206 patients with trigeminal neuralgia observing, have been treated in the clinic in period from 1996 to 2010 years, including microvascular decompression in 2002–2010, were analyzed. Patients were divided into three groups according to method of surgical treatment been used. Assessment of patients' life quality was made according to questionnaire SF-36 and VAS. It was confirmed that in satisfactory condition of operating facility and high qualification of neurosurgeons trigeminal nerve microvascular decompression is appropriate method of surgical treatment. Patients' life quality after trigeminal decompression was better.

Key words: trigeminal neuralgia, microvascular decompression, ekzerez, blockade.

Комментарий

к статье Мирзаева А.У. и соавторов "Дифференцированное хирургическое лечение и качество жизни больных при невралгии тройничного нерва"

Авторы после короткого, но внятного описания сути проблемы, переходят к характеристике лечения 206 больных с НТН с применением различных инвазивных методов устранения болевого синдрома, в частности, блокады и иссечения ветвей тройничного нерва, микрососудистой декомпрессии.

В смысле формальных критериев статья не вызывает нареканий, за исключением, пожалуй, ссылок на источники литературы, большинство из которых 10-летней давности.

Возражение вызывает абсолютное предпочтение авторами метода микрососудистой декомпрессии как практически на 100% эффективного как в ближайшем, так и отдаленном периоде наблюдения, практически не вызывающего осложнений или побочных реакций. То есть, авторы считают микрососудистую декомпрессию панацеей, к которой, по мнению авторов и большинства отечественных и зарубежных нейрохирургов, следует прибегать сразу после установления диагноза сосудисто-нервной компрессии, при наличии типичных болевых пароксизмов. Ответом на это утверждение, очевидно, будет дискуссионная статья, которая появится на страницах ближайшего номера журнала.

Недостаточно убедительным и корректным, по нашему мнению, являются выбранные авторами для сопоставления эффективности методы устранения болевого пароксизма. Ни блокада ветвей тройничного

нерва, ни тем более их экзерез не являются даже приблизительно сопоставимыми в качестве современных нейрохирургических методов, как их представляют авторы. Экзерез в своих многочисленных модификациях в ближайшем послеоперационном периоде приводит к рецидиву боли, в силу деафферентационного характера операции, часто усугубленного *anesthesia dolorosa*. В настоящее время упоминание о нем как о методе, выбранном для сопоставления эффективности, сомнительно. Блокада ветвей тройничного нерва, хотя формально и может быть отнесена к миниинвазивным вмешательствам, фактически является методом локальной фармакотерапии.

По нашему мнению, для сопоставления предпочтительнее методы миниинвазивных вмешательств, направленные на деструкцию чувствительной порции корешка тройничного нерва и являющиеся, как правило, деструктивными, при всем разнообразии типов деструкции. При этом каждый из методов имеет как преимущества, так и недостатки, которые не исчерпываются частотой устранения болевых пароксизмов и длительностью послеоперационной ремиссии.

В целом статья несет полезную информацию, достоверно показывая преимущества наиболее распространенной операции по устранению болевого пароксизма при невралгии тройничного нерва по сравнению с инвазивными вмешательствами, применявшимися в прошлом.

*Н.А. Сапон, доктор мед. наук,
ст. науч. сотрудник отделения восстановительной нейрохирургии
Института нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины*