

УДК 616.833.15—009.7—036.65—089

Диференційований підхід до хірургічного лікування рецидивів тяжких форм невралгії трійчастого нерва

Цимбалюк В.І., Дмитерко І.П.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України, м. Київ, Україна

Проведений ретроспективний аналіз результатів лікування 160 хворих, яким з приводу рецидиву тяжких форм невралгії трійчастого нерва проведено повторне хірургічне втручання. Встановлені фактори, що сприяють виникненню рецидиву захворювання, запропонована тактика повторного обстеження хворих, вивчені можливості вибору адекватного методу повторного хірургічного втручання, наведена порівняльна характеристика ефективності малих хірургічних та сучасних нейрохірургічних методів лікування хворих.

Ключові слова: трійчастий нерв, невралгія, хірургічне лікування, блокада, алкоголізація, кріо-нейротомія, мікросудинна декомпресія.

Інформація, викладена в статті, отримана в результаті ретроспективного аналізу 160 хворих, які внаслідок рецидиву тяжких форм невралгії трійчастого нерва (НТН) після хірургічного лікування перенесли повторні хірургічні втручання. Дане дослідження дозволило: з'ясувати фактори, що сприяють виникненню рецидивів НТН, запропонувати тактику повторного обстеження хворих, у яких поновився тригемінальний больовий синдром, і можливості вибору адекватного методу повторного хірургічного лікування, провести порівняльну характеристику ефективності малих хірургічних та сучасних нейрохірургічних методів лікування хворих з НТН.

Проблема болю є важливою у медичній практиці. Один з найбільш нестерпних больових синдромів — це НТН, частота якої становить 4—5, а в деяких регіонах до 16—25 випадків на 100 000 населення [4, 7, 8, 10, 13]. Захворювання характеризується пароксизмами нестерпного жорсткого стріляючого болю у зоні іннервації трійчастого нерва (ТН), напади якого примушують хворого припиняти активну діяльність. Людина перестає отримувати задоволення від життя, дезорганізовується, відмовляється від їди, нехтує правилами особистої гігієни, що зумовлює моральну та фізичну депресію [4, 11]. Такі хворі стають психічно обмеженими, нерідко це спричиняє інвалідизацію і навіть суїцидальні спроби [17]. НТН давно відома людству [21], проте і сьогодні ще багато важливих аспектів її виникнення та лікування не вирішені [6, 9]. Основні фактори, які спричиняють НТН, можуть бути компресійними, запальними, чи обмінними, че-

рез це погляди на лікування захворювання суперечливі [12, 22]. Для усунення НТН застосовують дві основні групи методів: комплексне консервативне лікування та хірургічне втручання [1, 14]. Проте, жоден з існуючих методів не гарантує повного одужання пацієнта. Ремісія після хірургічного лікування триває у середньому 1—5, рідше 6—10 років [20, 22], що зумовлює необхідність виконання повторних втручань [1, 2, 15]. Незважаючи на наявність численних наукових досліджень, присвячених проблемі НТН, сьогодні недостатньо висвітлені причини виникнення рецидивів, не визначені показання і проти-показання до проведення повторного хірургічного лікування, оптимальні строки здійснення втручання, не проаналізовані переваги окремих методів лікування [3, 5, 16, 18, 19].

Метою роботи є поліпшення результатів лікування тяжких форм НТН шляхом виконання диференційованих нейрохірургічних втручань та прогнозування ефективності лікування.

Матеріали та методи дослідження. Проведений ретроспективний аналіз результатів повторного хірургічного лікування 160 хворих в клініці за період з 1996 по 2002 р. з приводу рецидиву тяжких форм НТН після раніше здійсненого хірургічного втручання. Для зручності аналізу результатів повторного хірургічного лікування хворі залежно від застосованого методу розділені на три групи.

І група — 60 (37,5%) хворих, у яких повторне хірургічне лікування включало алкоголізацію периферичних гілок ТН, що належить до малих хірургічних втручань хемодеструктивного характеру.

II група — 60 (37,5%) хворих, у яких застосований нейрохірургічний мініінвазивний черезшкірний метод — кріонейротомія чутливого корінця ТН, що належить до хірургічних методів кріодеструктивного характеру.

III група — 40 (25%) хворих, у яких виконана відкрита нейрохірургічна операція декомпресивного характеру — мікросудинна декомпресія (МСД) корінця ТН (операція Jannetta).

Вік хворих від 26 до 83 років (у середньому 54,5 роки). Переважали хворі віком від 60 до 74 років. Жінок було 57,5%, чоловіків — 42,5%, співвідношення 1,36:1, що корелює з даними літератури. Тривалість захворювання від 1 до 35 років, (у середньому 7,8 роки). Невралгія I гілки ТН відзначена лише в 1 (0,62%) хворого, I і II гілок — у 18 (11,25%), II гілки — у 29 (18,13%), II і III гілок — у 73 (45,62%), III гілки — у 15 (9,38%), всіх (I, II, III) гілок — у 24 (15%). Правобічна НТН виявлена у 88 (55%) хворих, лівобічна — у 72 (45%), двобічне ураження II і III гілок ТН — в 1 (0,62%).

Перше хірургічне втручання, після якого виник рецидив захворювання, у 33,12% хворих здійснене в клініці, у 66,88% — в інших лікувальних закладах. Всі хворі були оперовані з використанням черезшкірних мініінвазивних методів. У 92,5% застосовані малі хірургічні втручання (медикаментозна блокада — у 47,5%, алкоголізація периферичних гілок ТН — у 45%); у 7,5% — мініінвазивні черезшкірні нейрохірургічні втручання (алкоголізація трійчастого вузла — в 1 хворого, кріонейротомія — у 9, гідротерморизотомія — у 2 хворих). Співвідношення малих хірургічних втручань і нейрохірургічних операцій, виконаних в клініці, становило 4,4:1, в інших лікувальних закладах 52:1. Тривалість періоду ремісії після першого хірургічного втручання у 50,63% хворих не перевищувала 1 року, у 41,87% — становила 1—3 роки, у 7,5% — понад 3 роки.

Відновлення болю у 61,87% хворих було пов'язане з переохолодженням, у 16,25% — з гострою респіраторною вірусною інфекцією, в 11,88% — вираженим психоемоційним перенапруженням. Діагностичні помилки перед виконанням хірургічного втручання зумовили відновлення больового синдрому у 6,25% хворих, неадекватно обраний метод лікування та технічні помилки, допущені під час втручання, наявність супутніх захворювань (цукрового діабету) — у 3,75% (по 1,25% — кожна причина).

Безпосередні причини рецидиву НТН виявлені у 16,25% пацієнтів, зокрема, виражений рубцево-

спайковий процес, у 6,25% з них такими причинами були прогресуючі супутні органічні захворювання (пухлина головного мозку, інфекційне ураження в ділянці лицевого черепа тощо), через близький анатомічний контакт з системою ТН. У 83,75% хворих причиною відновлення больового синдрому після застосування деструктивних методів хірургічного лікування НТН була регенерація нервової тканини у ділянці хірургічної деструкції ТН, а також прогресування демієлінізуючого процесу в системі ТН, зумовленого різними етіологічними чинниками, що відповідає даним літератури.

Аналізуючи симптоми НТН перед повторним хірургічним втручанням, ми звертали увагу на механізм виникнення нападу болю, місце виникнення пароксизму та його характеристику (інтенсивність, частоту, тривалість, зону поширення та ін.), наявність вегетативних розладів.

Встановлено, що ознаки відновленого больового синдрому за тяжких форм НТН після хірургічного лікування у більшості хворих відповідали клінічним проявам захворювання на тому етапі, коли консервативні методи лікування стають неефективними [4, 9, 11]. Проте, у 19,38% спостережень виявлені зміни клінічного перебігу захворювання після його відновлення, зокрема, характер болю. Це проявлялося збільшенням інтенсивності болю або його іншою локалізацією у порівнянні з такою до першого втручання. Таким хворим приділяли особливу увагу під час повторного обстеження. Всім іншим хворим, госпіталізованим для виконання повторного хірургічного лікування, крім клінічного огляду (оцінки неврологічного, стоматологічного і соматичного стану з ретельним вивченням даних анамнезу захворювання), проведено повторне діагностичне обстеження з застосуванням допоміжних методів діагностики — рентгенографії, комп'ютерної (КТ) та магніторезонансної (МРТ) томографії, магніторезонансної ангіографії (МРА), незалежно від обсягу обстеження, проведеного до першого хірургічного втручання. Така тактика дала змогу виявити не тільки фактори компресії периферичних відділів системи ТН, зумовлені індивідуальними анатомічними особливостями (компресія судинами корінця ТН у ділянці виходу його із стовбура мозку та компресія периферичних гілок ТН у каналах лицевого скелета), а й інші патологічні чинники, що зумовлювали больовий синдром ТН. У 4 хворих виявлена пухлина, у 2 — патологія судин головного мозку, в 1 — вірусне ураження головного мозку, у 2 — запальне ура-

ження нижньої щелепи (абсцес, остеомієліт), в I — патологічний прикус (симптом Костена).

Нейрохірургічні операції виконані всім хворим з рецидивом НТН. Алкоголізацію периферичних гілок ТН здійснили у хворих, яким раніше виконані малі хірургічні втручання. Метод алкоголізації периферичних гілок ТН, застосований у хворих віком у середньому 51,5 року, операція Jannetta — до 54,5 року кріонейротомія — 62 роки. Подібне співвідношення відзначене між методами хірургічного втручання та кількістю уражених гілок ТН. Периферичну алкоголізацію та кріонейротомію здійснювали переважно у хворих з ураженням II—III гілок ТН (відповідно у 43,3 та 60%); МСД — при ураженні I—II—III гілок (у 35%).

Період від появи перших клінічних ознак рецидиву болю до проведення повторного хірургічного лікування становив від 1 до 48 міс (у середньому 14,8 міс). На момент виконання повторного втручання тригемінальний больовий синдром консервативними методами не усувався.

У хворих I групи показаннями до виконання повторної операції були: 1) неефективність консервативного лікування; 2) неефективність медикаментозної блокади; 3) ефективність раніше застосованого методу алкоголізації; 4) відмова хворого від здійснення нейрохірургічної операції, наявність протипоказань до її виконання.

Протипоказаннями до проведення алкоголізації були: 1) наявність вираженого гострого соматичного захворювання; 2) серцево-судинна недостатність; 3) запальне ураження шкіри, герпетичні висипання у ділянці запланованого хірургічного втручання; 4) виражені рубцево-деструктивні зміни шкіри у зоні втручання внаслідок багаторазової раніше проведеної периферичної алкоголізації; 5) неефективність попереднього застосування методу (алкоголізації).

У хворих II групи показаннями до повторного хірургічного лікування НТН з використанням кріонейротомії були: 1) неефективність медикаментозної блокади; 2) неефективність алкоголізації периферичних гілок ТН; 3) ефективність раніше виконаних хірургічних втручань з використанням подібних методів (мініінвазивні черезшкірні нейрохірургічні операції); 4) відсутність показань чи відмова хворого від проведення МСД; 5) рецидиви після МСД.

Протипоказаннями до виконання кріонейротомії були: виражені соматичні захворювання та запальне ураження або герпетичні висипання на шкірі обличчя.

Показаннями до здійснення МСД були: неефективність або низька ефективність попереднього хірургічного втручання з обов'язковою візуалізацією судинно-нервової компресії корінця ТН шляхом МРА.

Протипоказання до виконання МСД відповідають загальноприйнятим для всіх планових нейрохірургічних операцій у цій ділянці нервової системи.

Результати та їх обговорення. Результати хірургічного лікування рецидивів тяжких форм НТН оцінювали в ранній та віддалений періоди. До раннього періоду відносили період від виконання хірургічного втручання до моменту виписування хворого з стаціонару, що після різних методів лікування становило у середньому від 1 до 29 діб.

Після алкоголізації периферичних гілок ТН цей період складав від 1 до 5 діб (в середньому 2 доби), після кріонейротомії — від 3 до 12 діб (в середньому 4 доби), після МСД — від 10 до 29 діб (в середньому 14 діб), що було пов'язане з особливостями перебігу післяопераційного періоду. Результати хірургічного лікування у віддаленому періоді оцінювали за даними проведеного заочного анкетування у 68,1% пацієнтів (31,9% — не відповіли на запитання анкети). Отримані дані достатньо повно характеризують якість життя хворих, динаміку больових, чутливих та інших змін після того чи іншого хірургічного лікування. Позагоспітальне спілкування з деякими хворими (повторний огляд, консультації по телефону, листування) дало змогу отримати додаткову інформацію щодо їх стану після операції. Для оцінки ранніх результатів хірургічного лікування нами запропоновані раціональні критерії, які оцінювали в госпітальний період, коли пацієнт доступний об'єктивному спостереженню. Відмінним вважали результат, коли біль зникав одразу після операції, хорошим — біль зникав до моменту виписування, задовільним — коли хворих виписували з незначними періодичними больовими відчуттями, що не потребувало застосування лікарських засобів для їх усунення, незадовільним — відсутність змін характеру болю до моменту виписування хворого з стаціонару. Віддалені результати оцінювали в такий спосіб: відмінний результат — період ремісії тривалістю понад 3 роки; хороший — понад 1 рік; задовільний — до 1 року, незадовільний — менше 1 міс. Тривалість спостереження від 6 міс до 6 років (у середньому 3,3 року).

Аналіз результатів повторного хірургічного

лікування з приводу рецидиву тяжких форм НТН наведений в табл. 1.

Тривалість ремісії НТН після периферичної алкоголізації залежить від раннього результату цього методу. Ремісію тривалістю від 12 до 48 міс спостерігали у пацієнтів з відмінними ранніми результатами, від 3 до 18 міс — з хорошими ранніми результатами; рецидиви в строки до 3 міс виникли у хворих з задовільними ранніми результатами. Отже, у більшості спостережень ранні результати залежать від техніки виконання хірургічного втручання. Це певною мірою пов'язане з місцем (доступом) проведення периферичної алкоголізації, що залежить від рівня ураження периферичного відділу системи ТН. Ефективність алкоголізації периферичних гілок ТН знижується з кожним наступним виконанням подібного втручання. Проте, у деяких хворих чітко прослідковується збільшення тривалості ремісії після повторної алкоголізації порівняно з першою у одних і тих самих хворих, з метою запобігання рецидиву їм проводили профілактичні курси консервативного лікування після останнього втручання, чого не було проведено після попередніх (перших) алкоголізацій. Щодо медикаментозної блокади, яка належить до малих хірургічних втручань з приводу НТН, відзначений їх суттєвий вплив на результат повторного хірургічного втручання з використанням периферичної алкоголізації гілок ТН. Також при проведенні аналізу було становлено, що ранні та пізні ускладнення (парез м'язів обличчя, збільшення інтенсивності, міграція болю) не виникають у хворих, якщо на час проведення хірургічного втручання тривалість захворювання перевищувала 10 років, проте, при цьому ефективність вища у пацієнтів з більш коротким анамнезом

захворювання (до 5 років). Відсутність ускладнень у хворих з великою тривалістю захворювання можна пояснити двома причинами: міграція чи зміна характеру болю у таких хворих не виникає внаслідок того, що за такий тривалий період сформувався певний патогенетичний механізм, що визначає перебіг захворювання. Друга причина — проведена раніше периферична алкоголізація сприяла формуванню резистентності тканин до подразнюючої дії алкоголю.

Щодо методу кріонейротомії чутливого корінця ТН як повторного хірургічного лікування, то результати аналізу ефективності методу свідчили про його більш високу ефективність за тривалості захворювання до 5 років, що спостерігали при алкоголізації периферичних гілок ТН. Це може бути зумовлене недостатньою сформованістю так званого центрального генератора патологічно підсиленого збудження (ЦГППЗ), здатного відновлювати больовий синдром при незначній патологічній стимуляції з периферії [6]. Ефективність лікування НТН з використанням цього методу тісно залежить від способу та технічного виконання пункційного черезшкірного доступу до структур системи ТН, що залягають у меккелевій порожнині. Особливо це стосується рецидивів захворювання після багаторазової алкоголізації ТН у ділянці пункції овального отвору, що ускладнює його пункцію через виражений рубцево-спайковий процес. Зазначені зміни можуть впливати також на ефективність повторного хірургічного втручання з використанням МСД, що виявлено у наших спостереженнях. Проте, при цьому на ефективність операції впливають повторна багаторазова алкоголізація (більше 7—8), яку здійснювали в будь-якій ділянці периферичного відділу системи ТН. Фор-

Таблиця 1. Результати повторного хірургічного лікування рецидивів тяжких форм НТН

Метод хірургічного втручання	Ранній результат										Віддалений результат									
	відмінний		хороший		задовільний		незадовільний		ускладнення		відмінний		хороший		задовільний		незадовільний		ускладнення	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Алкоголізація	15	25	14	23,3	12	20	19	31,7	5	8,3	3	7,5	14	35	11	27,5	12	30	13	32,5
Разом	60										40									
Кріонейротомія	39	65	15	25	2	3,3	4	6,7	6	10	7	16,7	24	57,1	7	16,7	4	9,5	3	7,1
Разом	60										42									
МСД	31	77,5	3	7,5	5	12,5	1	2,5	1	2,5	16	59,3	4	14,8	6	22,2	1	3,7	1	3,7
Загалом	40										27									

мування після виконання цих хірургічних втручань фіброзно-рубцевих змін є додатковим джерелом периферичної патологічно підсиленої імпульсації, що посилює чи відновлює дієздатність ЦГППЗ.

Аналізуючи результати повторних хірургічних втручань з використанням периферичної алкохолізації, кріонейротомії та МСД, ми не виявили залежності частоти виникнення рецидивів від статі, тривалості захворювання, тяжкості ураження гілки, кількості уражених гілок, боку ураження та методу хірургічного втручання, здійсненого раніше.

Наводимо порівняльну характеристику ефективності застосованих методів лікування (табл.2).

Отже, алкохолізація периферичних гілок ТН є недостатньо ефективним методом. Значно кращі результати спостерігали після кріонейротомії чутливого корінця ТН, найкращі — після операції Jannetta. Слід відзначити, що застосування кожного методу, зокрема нейрохірургічних, у більшості хворих сприяло досягненню позитивних результатів, ми не виявили виражених ускладнень (що спричинили б інвалідизацію) та летального кінця.

Таким чином, проведений аналіз результатів повторного хірургічного лікування рецидивів тяжких форм НТН з використанням малих хірургічних, пункційних та відкритих нейрохірургічних методів свідчив, що кожен з цих методів при адекватному використанні має як певні переваги, так і недоліки. Диференційований підхід до їх застосування дає змогу поліпшити результати лікування хворих, що характеризується збільшенням тривалості періоду ремісії НТН, а також можливістю прогнозувати подальший перебіг та лікування захворювання у кожного окремого пацієнта.

Висновки. 1. Основними факторами, що сприяють зменшенню ефективності хірургічного лікування тяжких форм НТН, є помилки у діагностиці і виборі тактики хірургічного втручання, недотримання хворими режиму у період ремісії та прогресування демієлінізуючого або рубцево-спайкового процесу.

2. Основними діагностичними методами при визначенні етіологічного чинника НТН є рентгенографія, КТ, МРТ і МРА в поєднанні з ретельним клінічним обстеженням хворих.

3. У хворих з рецидивом тяжких форм НТН необхідно проводити повний комплекс діагностичних заходів одразу ж при появі перших клінічних ознак захворювання, незалежно від обсягу проведеного обстеження до виконання першого хірургічного втручання.

4. Під час вибору методу повторного хірургічного лікування тяжких форм НТН потрібно брати до уваги форму і тривалість захворювання, вік, соматичний стан хворого, метод першої операції та її ефективність.

5. Повторне хірургічне лікування рецидивів тяжких форм НТН з використанням МСД корінця ТН показано при виявленні за допомогою МРА його судинної компресії за умови неефективності комплексного консервативного лікування, малих хірургічних втручань, пункційних черезшкірних нейрохірургічних операцій (кріонейротомії).

6. Ефективність повторного хірургічного лікування рецидиву тяжких форм НТН з застосуванням методу МСД вища, коли раніше здійснювали не більше 7—8 алкохолізацій периферичних гілок ТН.

Список літератури

1. Авазматова П.К., Ибрагимов Н.И., Кабилов М.С. Роль блокад при неэффективности

Таблиця 2. Порівняльна характеристика ефективності методів повторних хірургічних втручань

Втручання	Тривалість позитивного ефекту, міс	Зменшення інтенсивності болю одразу, %	Кількість рецидивів болю за період 6—72 міс, %	Ускладнення, %	
Алкохолізація	1—48	25	77,5	40,8	Парез м'язів обличчя. Посилення та міграція болю
Кріонейротомія	1—72	65	64,3	17,1	Посилення та міграція болю Випадіння функції черепних нервів
МСД	1—72	77,5	44,4	6,2	Статокординаторні порушення

- консервативного лечения невралгии тройничного нерва // Тез. докл. II съезда стоматологов Узбекистана. — Ташкент, 1986. — 18 с.
2. *Адащик Н.Ф.* Прогнозирование результатов хирургического лечения невралгий тройничного нерва с помощью ЭВМ // Периферическая нервная система. Мир науки и техники. — 1984. — Вып. 7. — С.99—104.
 3. *Гречко В.Е., Нестеренко Г. М.* Лечение больных невралгией тройничного нерва, ранее лечившихся консервативным, инъекционно—деструктивным и оперативным методом: Метод. рекомендации. — М., 1985. — 25 с.
 4. *Карлов В.А., Савицкая О.Н., Вишнякова М.А.* Невралгия тройничного нерва. — М.: Медицина, 1980. — 149 с.
 5. *Лившиц Л. Я., Кругман Е.С.* О рецидивировании тригеминальной невралгии при хирургическом лечении // Казан. мед. журн. — 1971. — №2. — С.76.
 6. *Мегдятьев Р.С.* Невралгия тройничного нерва. — М.: Медицина, 1999. — 144 с.
 7. *Морган Д. Э., Михаил М.С.* Клиническая анестезиология. — 2000. — 396 с.
 8. *Попелянский Я.Ю.* Болезни периферической нервной системы. — М.: Медицина, 1989. — 114 с.
 9. *Пузин М.Н.* Нейростоматологические заболевания. — М.: Медицина, 1997. — 368 с.
 10. *Степанченко А.* Невралгия тройничного нерва // Врач. — 2002. — №4. — С.22—23.
 11. *Трецинский А.И., Динабург А.Д.* Неврологические синдромы при поражении тройничного нерва. — К., Здоров'я, 1983. — 136 с.
 12. *Цимбалюк В.И., Дмитерко И.П., Сапон М.А., Федірко В.О.* Етіологія, патогенез та нейрохірургічне лікування невралгії трійчастого нерва // Укр. нейрохірург. журн. — 2001. — №4. — С.40—46.
 13. *Щедренко В.В., Долгополов В.В., Комаров В.А.* Малоинвазивные методы диагностики и лечения тригеминальной невралгии // Повреждение мозга (минимально-инвазивные способы диагностики и лечения): V междунар. симпозиум. — СПб, 1999. — С.425—427.
 14. *Brown J.A.* Percutaneous treatment of trigeminal neuralgia: advances and problems // Clin. Neurosurg. — 2000. — V.46. — P.804—808.
 15. *Fred G., Barker I., Jannetta P. et al.* The long-term outcome of microvascular decompression for trigeminal neuralgia // New Engl. J. Med. — 1996. — V.334, N17. — P.1077—1083.
 16. *Fujimaki T., Hoya K., Sasaki T.* Recurrent trigeminal neuralgia caused by an inserted prosthesis. Report of two cases // Acta Neurochir. — 1996. — V.138. — P. 1307—1309.
 17. *Kühner A.* Zur Wertigkeit destruktiver Eingriffe am trigeminus bei atipischen Gesichtschmerzen // Neurochirurgia (Stuttg.). — 1998. — Bd.31, H.6. — S.210—212.
 18. *Liao J.J., Cheng W.C., Chang C.N. et al.* Reoperation for recurrent trigeminal neuralgia after microvascular decompression // Surg. Neurol. — 1997. — V.47. — P.562—570.
 19. *Matsushima T., Yamaguchi T., Inoue T.K. et al.* Recurrent trigeminal neuralgia after microvascular decompression using an interposing technique. Teflon felt adhesion and the sling retraction technique // Acta Neurochir. — 2000. — V.142. — P.557—561.
 20. *Taha J.M., Teu J.M.* Comparison of surgical treatments for trigeminal neuralgia: reevaluation of radiofrequency rhizotomy // Neurosurgery. — 1996. — V.38, N5. — P.865—871.
 21. *Wilkins R.H.* Historical overview of surgical techniques for trigeminal neuralgia // Techniques in Neurosurg. — 1999. — V.5, N3. — P.202—217.
 22. *Zakrzewska J.M.* Trigeminal neuralgia. — London etc.: Saunders, 1995. — 229 p.

Дифференцированный подход к хирургическому лечению рецидивов тяжелых форм невралгии тройничного нерва

Цимбалюк В.И., Дмитерко И.П.

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 160 больных, которым по поводу рецидива тяжелых форм невралгии тройничного нерва проведено повторное хирургическое вмешательство. Установлены факторы, способствующие возникновению рецидива заболевания, предложена тактика повторного обследования больных, изучены возможности выбора адекватного метода повторного хирургического вмешательства, приведена сравнительная характеристика эффективности малых хирургических и современных нейрохирургических методов лечения больных.

Differentiated approach to the recurrent severe trigeminal neuralgia surgical treatment

Tsybalyuk V.I., Dmyterko I.P.

The results of retrospective analysis of 160 patients treatment who underwent repeated surgical interventions due to recurrent severe trigeminal neuralgia were conducted. This research allowed us to reveal factors of trigeminal neuralgia recurrence, to propose tactics of repeated examination of patients with pain syndrome and possibility to opt an adequate method of reoperation, compare an efficiency of small surgical and modern neurosurgical methods of patients with trigeminal neuralgia treatment.

Коментар

до статті Цимбалюка В.І., Дмитерка І.П. «Диференційований підхід до хірургічного лікування рецидивів тяжких форм невралгії трійчастого нерва»

Зважаючи на те, що невралгія трійчастого нерва (НТН) є найбільш поширеною і найбільш тяжкою за інтенсивністю болю формою прозопалгії, представники різних напрямків медицини протягом кількох століть розробляють різноманітні методи та засоби приборкання жорстоких больових нападів. За цей час були періоди панування суто хірургічних способів усунення болю, на зміну яким приходила доба переважно фармакологічних методів лікування, які, в свою чергу, змінювались знову ж таки на хірургічні, проте, значно більш досконалі методи. Але протягом всього часу основною рисою, притаманною як суто хірургічним, так і медикаментозним методам, було і є виникнення у значної кількості хворих рецидиву болю. Саме цій надзвичайно делікатній проблемі — аналізу результатів хірургічного лікування рецидивів НТН присвячена робота. Слід підкреслити, що мова йде не про симптоматичні форми невралгії, які виникають внаслідок стиснення нерва пухлиною чи виникнення гострого запального процесу (гаймориту) в межах іннервації трійчастого нерва. За цих ситуацій видалення пухлини чи санація гайморової порожнини у більшості хворих зумовлюють припинення больових нападів без виникнення рецидивів протягом всього подальшого життя. На нашу думку, в статті слід було б більш рельєфно відокремити цю групу спостережень, тим більше, що перебіг больових пароксизмів у цих хворих істотно відрізняється від перебігу типової НТН. Саме у таких хворих виникнення рецидива спричиняло діагностичні помилки з подальшим застосуванням хибної лікувальної тактики. Переважна більшість (151 з 160) хворих належали до групи, де напевно (і це було б доречно наголосити) етіологічним чинником слід вважати інтракраніальну судинно-нервову компресію або компресію периферичних гілок ТН у відповідних кісткових каналах. Обминаючи дискусійні аспекти центрального чи периферичного компресійного механізму формування НТН, автори подають ретельний аналіз частоти рецидивів залежно від здійснених попередніх втручань. В подальшому проаналізовані найближчі та віддалені результати втручань, виконаних з приводу рецидивів. При цьому автори вважають найбільш сприятливим, при дотриманні певних умов, мікроваскулярну декомпресію; далі за ефективністю — кріонейротомію та алкоголізацію периферичних гілок нерва.

З тексту статті, хоч це і не підкреслено в висновках, видно, що сьогодні в більшості спостережень цього виду прозопалгії можна говорити про більш-менш ефективний хірургічний метод припинення больових проявів НТН з рецидивами больових нападів в різні проміжки часу.

Стаття заслуговує на увагу завдяки значному обсягу розглянутого матеріалу, ретельному його аналізу і безумовно внесе позитивний крок в поступі пізнання природи виникнення та перебігу больових феноменів.

*Канд. мед. наук Сапон М.А.
Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України*