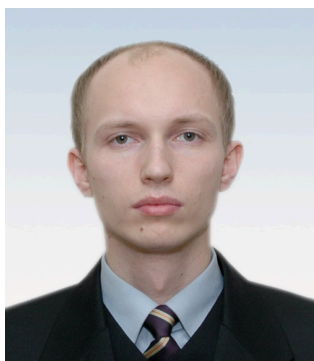


НЕВРАЛГІЯ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА:

РАДИКАЛЬНЕ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ

Невралгія трійчастого нерва є різновидом нейропатичного болю, що проявляється нападами в проекції іннервації кінцевих гілок трійчастого нерва на обличчі. Це істотно позначається на якості життя, фізичному та психологічному стані пацієнтів. Коли медикаментозна терапія неефективна, методами вибору можуть стати мінімальноінвазивні інтервенційні методики — такі як черезшкірна радіочастотна селективна різотомія Гассерова вузла. Для України це новий метод, який тільки починають опановувати лікарі-новатори. Про результати і практичні нюанси використання нової методики «ВЗ» розповів к.м.н., лікар-нейрохірург Центрального шпиталю МВС України, провідний спеціаліст-альголог Олексій Єрошкін.



Олексій ЄРОШКІН, к.м.н.,
лікар-нейрохірург Центрального
шпиталю МВС України, провідний
спеціаліст-альголог

Згідно з даними, захворюваність невралгією трійчастого нерва (НТН) становить у середньому 4 випадки на 100 тисяч населення на рік. Невралгія трійчастого нерва — хвороба літніх людей: середній вік пацієнтів становить 67 років. Дещо частіше НТН розвивається у жінок (співвідношення чоловіки/жінки складає в середньому 1/1,74). Досвід показує, що в основі етіології цього захворювання полягає судинна компресія трійчастого нерва, що веде до фокальної демієлінізації та формування аберантного нейронного розряду. Вторинні причини, такі як розсіяний склероз або пухлинний процес головного мозку, можуть також провокувати симптоматичну невралгію трійчастого нерва. Деякі автори вважають, що етіологічним фактором може бути і здавлювання гілок трійчастого нерва в кісткових каналах лицьового черепа. Ці механічні дії викликають локальну демієлінізацію нейронів трійчастого нерва так само, як і розсіяний склероз, котрий частіше (2-4%) є причиною вторинної НТН.

Діагностичні нюанси

Критеріїв, що дозволяють діагностувати НТН, кілька. Перший — наявність пароксизмальних нападів лицьового або головного болю (лобної локалізації), які тривають 5-20 секунд (але не більше 2 хвилин!). Другий критерій — наявність як мінімум чотирьох із перерахованих ознак:

- поширення болю на одну або більше ділянок, що іннервує трійчастий нерв;
- раптовий, інтенсивний, гострий, поверхневий, стріляючий (пронизуючий) або пекучий біль;
- жорсткий характер болю;
- біль, що найчастіше виникає при впливі на тригерні точки (частіше в орофасціальній ділянці) або при виконанні ряду побутових дій (вживання їжі, розмова, вмивання, чищення зубів);
- під час нападу спостерігається певна «болюча поведінка» хворого: він замирає, намагається не рухатися, не говорити;
- в період між нападами неврологічна симптоматика відсутня.

Наступними діагностичними критеріями є відсутність неврологічного дефіциту та стереотипність й індивідуальність нападів у конкретного хворого. Окремо потрібно пам'ятати, що діагноз ставиться при виключенні інших причин лицьового болю на підставі вивчення історії хвороби, неврологічного дослідження, а в разі необхідності при використанні спеціальних методів дослідження, включаючи комп'ютерну (КТ) або магнітно-резонансну томографію (МРТ). Диференціальну діагностику слід проводити з артрозом скронево-нижньощелепного суглоба, одонтогенного болю, хронічним синуситом, отитом, а також міофасціальним синдромом. Локалізація болю, його характер, інтенсивність, частота нападів, дані анамнезу, фазовий та часовий профіль, а також ефективність дії препаратів допоможуть відрізнити невралгію трійчастого нерва від інших захворювань.

Медикаментозні можливості

Першочергова мета лікування — купірування больового синдрому та профілактика рецидивуючих нападів. Основним засобом лікування НТН є карбамазепін. Ефективність діючої речовини пов'язана з пригніченням активності генератора патологічно посиленого збудження. На початку застосування препарат ефективний у 85-95% хворих, проте надалі його ефективність знижується. Середня добова доза карбамазепіну становить 600-800 мг у 2-3 прийоми. В якості додаткових заходів використовують голкорексфлексотерапію, лазеротерапію, електрофорез із новокаїном або лідокаїном на тригерні зони, черезшкірну електроаналгезію. При неефективності лікарської терапії, а також у випадках розвитку виражених побічних ефектів, що ускладнюють її проведення, виникає питання оперативного лікування.

Малоінвазивна альтернатива

Найбільш ефективною серед усіх малоінвазивних процедур є черезшкірна радіочастотна селективна різотомія (ЧРСР). Цей метод успішно використовується в провідних клініках світу, що займаються проблемою болю. Значний досвід у використанні цього методу накопичений у клініці Mayfield (Цинциннаті, США). Тут методом ЧРСР прооперовано

понад 3000 хворих. Результати були досягнуті у 93% пацієнтів. Рецидиви болю протягом 15 років спостерігалися лише у 25% хворих. Рецидив болю протягом перших 5 років відзначений у 15% хворих, до 10 років — у 7% хворих і від 10 до 15 років — у 3% пацієнтів. Відзначається прямий зв'язок між виразністю гіпалгезії після ЧРСР, частотою рецидивів болю і частотою дизестезії. При досягненні легкої гіпалгезії після операції і спостереженні протягом 3 років частота рецидиву болю досягає 60%, при цьому дизестезії спостерігаються у 7% хворих. При досягненні вираженої гіпалгезії та спостереженні хворих протягом 15 років частота рецидиву болю становить 25%, імовірність дизестезії збільшується до 15%. При досягненні повної аналгезії після ЧРСР та спостереженні хворих протягом 15 років частота рецидиву болю становить 20%, а кількість дизестезії зростає до 36%. Таким чином, найбільш сприятливим є другий варіант — досягнення вираженої гіпалгезії.

У клініці проведено аналіз результатів лікування 267 хворих (154 жінок і 113 чоловіків віком від 34 до 87 років) із НТН, які лікувалися останні 5 років методом ЧРСР. Із них 74% були старші 65 років, тривалість захворювання склала від 1 до 43 років. У 145 пацієнтів (54%) больовий синдром мав місце праворуч, у 122 (46%) — ліворуч. У 14 пацієнтів причиною НТН був розсіяний склероз, у 3 — пухлина мостомозочкового кута, у 3 хворих спостерігалася постгерпетична НТН, що супроводжувалася гіпестезією в зоні першої гілки трійчастого нерва. Також пацієнти поділялися в залежності від гілок трійчастого нерва, ті, що були залучені в патологічний процес: перша гілка — 3 хворих (1%); друга гілка — 27 (10%); перша і друга гілки разом — 7 (3%); третя гілка — 35 (13%); друга і третя гілки — 189 (71%); ураження всіх гілок — 6 (2%). У 74% пацієнтів ступінь вираженості больового синдрому склав 8-9 балів за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), у 26% пацієнтів — 6-7 балів.

Окремо також проаналізовано результати лікування методом ЧРСР 4 хворих із кластерним (пучковим) головним болем. Усі пацієнти були чоловіками у віці від 21 до 45 років. Інтенсивність болю за ВАШ становила 9-10 балів. Атаки пучкового головного болю виявлялися, як це і

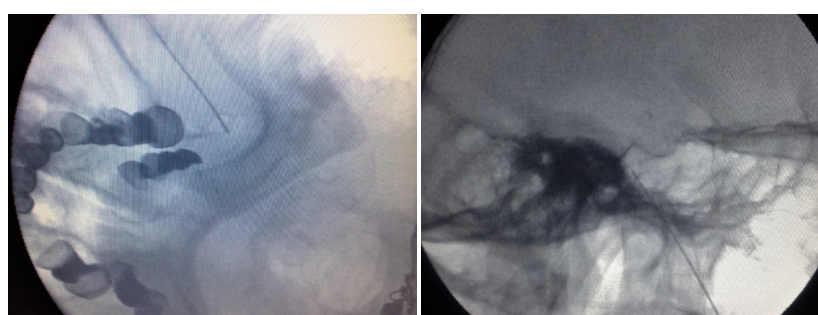
типово для даного захворювання, різким болем розпираючого характеру в ділянці ока, скроневій і лобній ділянках. У 2 хворих біль супроводжувався вираженими вегетативними проявами на боці болю. Напади виникали частіше вночі і вранці. Тривалість захворювання склала від 2 до 27 років. Усі хворі довгий час спостерігалися у невролога, їм проводилось інтенсивне консервативне лікування, включаючи препарати літію, трициклічні антидепресанти, інгібітори моноаміноксидаз, стероїдні препарати, фізіотерапевтичні та інші методи лікування.

Операцію ЧРСР виконували в рентгеноперацийній під контролем рентгеноскопії голови. Голку-стилет вводили через овальний отвір. При досягненні Гассерова вузла в голку-стилет вводили електрод, з'єднаний із генератором високої частоти Radionics. Положення електрода визначали стимуляцією струмом 50-75 імп/с, 0,2-0,5 В до появи парестезії у тригерній зоні, потім проводили деструкцію шляхом підвищення температури на кінці електрода до 40-60° С протягом 60 с. Після першої пробної коагуляції проводилися повторні коагуляції з інтервалом 1-2 хв і поступовим підвищенням температури на 2-3° С до 70° С. Операція закінчувалася після припинення больових пароксизмів при використанні провокуючих прийомів (жування, розмова, дотик до тригерних точок тощо). Обов'язковою умовою припинення операції було досягнення вираженої гіпалгезії у відповідній ураженому корінцю зоні. У хворих із кластерними головними болями домагалися гіпалгезії в зоні першої гілки трійчастого нерва. Під час проведення режиму деструкції першої гілки постійно перевіряли рогівковий рефлекс. У всіх хворих з ураженням першої гілки під час деструкції спостерігалася зниження рогівкового рефлексу. Всім цим хворим проводили профілактичне лікування для попередження кератиту.

Висновки

Після завершення процедури у хворих НТН досягнуто повне припинення больового синдрому в 99% випадків. До кінця 1-ї доби після операції у 3 пацієнтів виник рецидив болю, причому у всіх цих пацієнтів безпосередньо після операції рівень гіпалгезії був невеликим. Цим хворим процедура була повторена до отримання вираженої гіпалгезії, і в результаті досягнуто повного регресу больового синдрому. Крім того, в післяопераційному періоді мали місце негрубі ускладнення у вигляді кератиту (2 випадки), дизестезії різного ступеня вираженості (4 випадки), парезу жувальних м'язів на стороні операції (1 випадок). Після відповідного лікування ускладнення порівняно швидко регресували, і тільки 2 пацієнтам знадобилося триваліше лікування, яке дало задовільний результат. Не зважаючи на те що 74% пацієнтів були віком старші 65 років, у жодному випадку не спостерігалася погіршення супутнього, в основному, судинного захворювання. Ранні рецидиви болю, як правило, виникали у пацієнтів тоді, коли після процедури не був досягнутий достатній рівень гіпестезії у відповідній зоні. Водночас при надмірно вираженій гіпестезії, що досягає аналгезії, мав місце стан дизестезії, що вимагає відповідної корекції. Частота рецидивів болю після ЧРСР і мікроваскулярної декомпресії трійчастого нерва порівняна.

Використання даного методу у пацієнтів із кластерними головними болями дозволило отримати стійкий регрес больового синдрому в 78% випадків (терміни спостереження 3 роки). Переваги методу — безкровність, швидкість і безпека втручання, відсутність вікових обмежень, місцева знеболювання і високий відсоток позитивних результатів — свідчать на його користь. Отже метод черезшкірної радіочастотної селективної різотомії Гассерова вузла при невралгії трійчастого нерва і кластерних головних болях є безпечним та високоефективним методом лікування в нейрохірургії.



Електрод у проекції овального отвору та Гассеровому вузлі