

Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва

Коновалов А.Н., Махмудов У.Б., Шиманский В.Н., Тяньшин С.В., Отарашвили И.А., Лебедева М.А., Семенов М.С.

НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН
Москва
Россия
+7 495 251-65-26
vadim@shimansky.ru

Введение. Невралгия тройничного нерва (НТН) встречается впервые ежегодно у 4 человек на 10000 населения, как правило, в возрасте старше 50 лет, в 2 раза чаще у женщин. В настоящее время считается доказанным, что главной причиной возникновения тригеминальной невралгии является компрессия корешка тройничного нерва артериальным или венозным сосудом непосредственно у ствола головного мозга.

Цель исследования. Обоснование показаний к проведению операции васкулярной декомпрессии и оценки ее эффективности при НТН.

Материал и методы. За период времени с 1998 по настоящее время в НИИНХ им.акад.Н.Н. Бурденко находилось на лечении 191 больных с НТН, среди которых женщин было 121(63%) пациентов, мужчин 70(37%). Средний возраст 53г. У пациентов нашей группы НТН встречалась чаще более чем в два раза на правой стороне. Всем больным в предоперационном периоде произведена МРТ, которая в 86 % случаев выявила близкое взаиморасположение какого-либо кровеносного сосуда и корешка тройничного нерва. Диагноз НТН устанавливался при наличии у пациента 4 из пяти критериев, предложенных международной общностью головной боли в 1994 г.

Результаты. Регресс болевого синдрома сразу же после васкулярной декомпрессии тройничного нерва достигнут у 186 пациента. У трех пациентов в первые часы после операции отмечено сохранение болевого синдрома. На повторных операциях, произведенных в ближайшие 24 часа, обнаружено смещение протектора. После реоперации у пациентов отмечен полный регресс болей в лице. Через год после однократной васкулярной декомпрессии тройничного нерва отсутствие болей на лице отмечалось у 95% больных.

Выводы. Васкулярная декомпрессия корешка тройничного нерва является высокоэффективным патогномичным методом лечения при НТН.

Особенности экстремедуллярных опухолей типа песочных часов

Косинов А.Э., Слынько Е.И., Аль-Кашкиш Ияд Исхак

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
00380509409600
iyad@mail.ru

Цель: Изучить клинические особенности и усовершенствовать методы диагностики интрадуральных экстремедуллярных опухолей спинного мозга типа песочных часов. Разработать хирургические доступы и методы микрохирургического удаления экстремедуллярных опухолей спинного мозга типа песочных на разных уровнях, определить показания для применения различных хирургических доступов.

Материалы и методы: В первом спинальном отделении Института нейрохирургии им. акад. Ромоданова на протяжении 2005–2009г. было оперировано 32 больных с экстремедуллярными опухолями спинного мозга типа песочных часов. Возраст больных варьировал в пределах от 18 до 78 лет. По локализации опухоли спинного мозга типа песочных часов распределялись: (С0–С3) – 10 больных; (С4–С7) – 3 больных; (Th1–Th5) – 5 больных; (Th6–Th10) – 6 больных; (T11–L2) – 8. Из всех изученных опухолей невриномы составляли – 23 (72 %), а нейрофибромы – 9 – (28%). Диагностика локализации опухоли проводилась с помощью МРТ, КТ, МРТ с в/в усилением. Доступ выбирался исходя из локализации опухоли. Мы использовали исключительно заднебоковой доступ с гемиламинэктомией.

Результаты: Опухоли были удалены totally у всех больных. В наших наблюдениях регресс неврологической симптоматики в той или иной мере наблюдался у всех больных: радикулярный болевой синдром полностью регрессировал у всех больных, сенсорные корешковые нарушения полностью регрессировали у 23 больных и частично регрессировали у 9 больных в ранний послеоперационный период. Отдаленные результаты свидетельствуют об излечении и выздоровления всех больных.

Выводы: Интерес к использованию заднебокового доступа для удаления экстремедуллярных опухолей спинного мозга типа песочных часов обусловлен тем, что при выполнении таких операций не нарушается опорная функция позвоночника, сохраняется его стабильность. Также уменьшается тракция мозга или его корешков, которые часто встречаются при использовании задних доступов, упрощается техника оперативного вмешательства, уменьшается время операции, а также значительно уменьшаются сроки реабилитации и реадaptации больных по сравнению с задним доступом и применением ламинэктомии что традиционно применяется при экстремедуллярных опухолях спинного мозга типа песочных часов.