

Віддалені результати балонної мікрокомпресії при рецидивуючій невралгії трійчастого нерва

Мартин А.Ю., Потапов О.І., Гринів Ю.В., Москалик І.Т.

Медуніверситет
Івано-Франківськ
Україна
(0342)528291
martyn@okl.if.ua

Відомо, що методи лікування невралгії трійчастого нерва залишаються до даного часу не досконалими. Кожний метод приводить до певної кількості рецидивів та ускладнень. Нами на протязі 2-х років як метод лікування невралгічних болів обличчя використовується балонна мікрокомпресія корінця та вузла трійчастого нерва. Операції проводилися в рентгеноопераційній під загальним знеболенням. Використовуючи схему Hartel, спеціальною голкою із мандренами та стилетами заходилося через овальний отвір в ретрогесерову ділянку за методикою розробленої S.Mullan і модифікованою J.Brown. Роздування балону проводиться в середньому на 1,5-2,5 хвилини в залежності від тривалості захворювання, наявності попередніх операцій, рівня допустимості хворим оніміння обличчя.

Мета: провести оцінку відділених результатів балонної мікрокомпресії при стійкій рецидивуючій невралгії трійчастого нерва.

Матеріали та методи дослідження: Нами на протязі 2-х років оперовані шляхом балонної мікрокомпресії 25 хворих із рецидивуючою невралгією трійчастого нерва. Серед хворих було чоловіків-10, жінок-15. Вік хворих коливається від 52 до 84 років. Середній період захворюваності у них був 4 роки (діапазон 2-8 років). 8 пацієнтів мали біль більше чим в одній гілці нерва. Двом пацієнтам в минулому було проведено операції капілярної декомпресії але без покращення. Переважали випадки з невралгією гілок правого трійчастого нерва. Мікрокомпресія балоном була вибрана для груп пацієнтів які були при високому ризику чи відмовлялися від проведення капілярної декомпресії та пацієнтів у яких попереднє консервативне чи хірургічне лікування не давало ефекту. Час нашого спостереження коливався від 12 до 24-х місяців.

Результати та обговорення: Після виходу із наркозу відсутність болю спостерігалась у 23 хворих (95%). У 2 пацієнтів біль регресувала на протязі 1-5 днів. Із вивчених хворих рецидив болі спостерігався у 1-го (4 %) через 3-и місяці після операції; він переніс два роки назад операцію різотомію гліцерином та кілька спроб периферичного розрушення нерва. Хворому була призначена консервативна терапія що купувала больовий синдром. Біля 25% пацієнтів відмічали постійне, але помірне оніміння обличчя яке не приводило до суттєвого дискомфорту. Легка слабкість жувального м'язу виникла у близько 20% пацієнтів, але регресувала до 6-12 місяців поспіль. Вегетативних розладів на обличчі після операції не виявлено у жодного хворого. На нашу думку причиною такого низького проценту рецидиву після операції є індивідуальний підхід до кожного пацієнта, аналіз важкості та тривалості захворювання, локалізація болю які визначають об'єм роздування балону і тривалість стиснення.

Таким чином, вивчення віддалених результатів показує, що операції балонної мікрокомпресії при лікуванні рецидивуючої невралгії трійчастого нерва є методом вибору із низьким процентом рецидивів та ускладнень.

Перший досвід радіочастотної деструкції при рецидивуючій невралгії трійчастого нерва

Мартин А.Ю., Потапов О.І., Гринів Ю.В.

Медуніверситет
Івано-Франківськ
Україна
(0342) 528291
martyn@okl.if.ua

Невралгія трійчастого нерва є найбільш поширеною причиною лицевих болів. Методи лікування, що застосовуються в даний час, в тому числі і хірургічні, потребують подальшого вивчення та вдосконалення. Рецидив болів виникає після кожного з відомих оперативних втручань.

Ціль роботи: Оцінка перших результатів селективної радіочастотної деструкції корінця трійчастого нерва.

Матеріали та методи дослідження: Обстежено 5 хворих із стійкою, рецидивуючою невралгією трійчастого нерва. Серед хворих чоловіків було - 2, жінок - 3. Вік хворих коливається від 57 до 75 років. Невралгія II-ї вітки встановлена у 2-х хворих, III-ї вітки у 3-х хворих. Переважали випадки з невралгією гілок правого трійчастого нерва. Всі хворі постійно отримували фінлепсин або карбамазепін від 600 до 1000мг на добу. Кожному хворому неодноразово проведена алкоголізація гілок у місцях їх виходу на обличчі. Операція радіочастотної деструкції проводиться під венним наркозом в рентгеноопераційні. Використовувався генератор Radionics RFG-3C Plus з набором електродів Tew. За методикою описаною Hartel через овальний отвір поміщено електрод в ретрогесерову ділянку - корінець трійчастого нерва. Змінюючи положення електрода проводиться електростимуляція 0.3-0.5V для локалізації потрібної вітки нерва що призводить до болю. Після чого виконується деструкція ($60^{\circ}\text{C}\pm 25^{\circ}$ по 60-90с) виділеної зони корінця кількома етапами перевіряючи чутливість на обличчі. Поетапна деструкція дала можливість добитися зникнення болів із мінімальним порушенням чутливості яку індивідуально допускає пацієнт. На наступний день хворий виписувався на амбулаторне спостереження з поступовим зменшенням дози карбамазепіну та до його відміни.

Результати та обговорення: У ранньому післяопераційному періоді позитивні результати отримано у всіх 5 пацієнтах - болі зникли відразу після виходу із наркозу. Випадіння чутливості на обличчі було від глибокої до помірної гіпестезії у зонах інервації задіяних віток трійчастого нерва. Виникле оніміння обличчя на протязі року значно зменшувалося та не викликало значного дискомфорту пацієнтам. Трофічних порушень в ділянці інервації гілок нерва не встановлено. Спостереження за хворими на протязі 12 місяців показало що рецидив помірно виражених болів відмічено у 1-го хворого. Додаткове консервативне лікування припинило болі.

Висновок: Радіочастотна деструкція корінця трійчастого нерва є відносно доступною, безпечною, селективною, атравматичною та ефективною операцією для лікування лицевого болю.