

Оптимизация диагностики и лечения тригеминальной невралгии

Мозгуля О.В., Щедренок В.В., Топольскова Н.В.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л.Поленова Санкт-Петербург
Россия
+7-921-656-14-47
ovt55@yandex.ru

Цель исследования – улучшение результатов диагностики и лечения фармакорезистентных форм тригеминальной невралгии с оптимизацией протокола клинично-неврологического и клинично-лучевого обследования больных при поражении интра- и экстракраниальных структур трехнейронной системы тройничного нерва.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 720 пациентов с тригеминальной невралгией, среди которых выделены 3 группы: с интракраниальной, экстракраниальной и смешанной (экстра- и интракраниальной) формами. В 1 группу (136, 18,9%) включены пациенты с поражением тригеминальной системы на уровне третьего нейрона (подкорковых структур с клиничной таламического синдрома, нейроваскулярного конфликта в области входа корешка нерва в ствол мозга и постгерпетическим поражением его узла). Во 2 группу (421, 58,5%) вошли больные с поражением нерва на уровне первого нейрона, обусловленного посттравматическими и поствоспалительными изменениями лицевого скелета – зубочелюстной системы и придаточных носовых пазух – в зоне каналов и выходных отверстий периферических тригеминальных ветвей. В 3 группу (163, 22,6%) включены пациенты с поражением двух или трех нейронов тригеминальной системы и клиничкой сочетанного вовлечения в процесс экстра- и интракраниальных структур.

Результаты и их обсуждение. Методы хирургического лечения тригеминальной невралгии подразделяют на пункционные и открытые. Пункционные различают по уровню и способам воздействия. По уровню воздействия выделяют операции на периферических ветвях и чувствительном корешке тройничного нерва. К открытому способу относят микроваскулярную декомпрессию чувствительного корешка тройничного нерва в области задней черепной ямки. Воздействие на периферические тригеминальные ветви осуществляют чаще всего в просвете подглазничного и нижнечелюстного каналов, а также в надглазничной вырезке. Хирургические вмешательства на периферических ветвях показаны при поражении тригеминальной системы на уровне первого нейрона.

Выводы. Наиболее рациональной тактикой является принцип «адекватной радикальности»: начинать хирургическое лечение тригеминальной невралгии следует с учетом формы заболевания. Предлагаемая оптимизация клинично-неврологического и клинично-лучевого обследований различных форм может существенно улучшить результаты диагностики и хирургического лечения с использованием при смешанной форме сочетанных хирургических манипуляций.

Динаміка больових синдромів при консервативному та хірургічному лікуванні тунельних невропатій серединного та ліктьового нервів

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

Медуніверситет
Івано-Франківськ
Україна
8(0342)528191
martyn@okl.if.ua

Тунельна невропатія периферичних нервів по даних різних авторів зустрічається в 25-40% усіх захворювань периферичних нервів. Одним з клінічних ознак невропатії є больові синдроми у ділянках іннервації відповідних нервів.

Ціль дослідження: Оцінка результатів консервативного та хірургічного лікування тунельних невропатій серединного та ліктьового нервів за ступенем вираженості больового синдрому та парестезій.

Матеріал досліджень: Нами спостерігалось 37 хворих з тунельною невропатією серединного та ліктьового нервів /карпальним та кубітальним тунельними синдроми/. Чоловіків було 21, жінок 16 (вік 22-69 років). Клінічно у хворих поряд з болями різної інтенсивності та парестезіями в ділянці стиснення і іннервації нерва спостерігалась атрофія м'язів тенора та гіпотенора, вегетативно-трофічні розлади. На ЕНМГ відмічались зниження швидкості проведення збудження аж до повного його блоку та ознак дегенерації м'язів тенора і гіпотенора. Використовувались консервативний та хірургічні методи лікування.

Результати та їх обговорення: Консервативне лікування проведено у 20 хворих. Воно включало внутріканальні блокади гідрокортизону з новокаїном, дексаметазоном, вітамінами групи В. Хірургічне втручання виконане у 17 хворих, з них: 6 хворим проведено декомпресію ліктьового нерва в кубітальному каналі, 11 хворим декомпресія серединного нерва у карпальному каналі. Показанням до операції крім атрофій відповідних м'язів, гіпестезій, служив стійкий прогресуючий больовий синдром. При консервативному лікуванні значне покращення із зменшенням больового синдрому та парестезії спостерігалось у 51,7% хворих на 7-10 добу від початку консервативної терапії. У 82,3% хворих яким проведено хірургічне втручання регрес больового синдрому та парестезії спостерігалась вже на другу добу. Спостереження за хворими від 3-х місяців до 1-го року виявило відсутність болів. Що торкається інших симптомів тунельних невропатій /порушення чутливості, обмеження рухів китиці, атрофія м'язів/ то регрес їх був повільний і переконливо не відрізнявся від результатів консервативної терапії.

Таким чином отримані нами результати консервативного та хірургічного лікування тунельних невропатій серединного та ліктьового нервів вказують на більшу перевагу хірургічної тактики лікування.