© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

**УДК 616.833.15-009.7-02:616.832-004.2]-036.1**

**НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

***Е. В. Балязина, З. А. Гончарова, С. М. Сехвейл***

\*Кафедра неврологии и нейрохирургии № 2 ФПК и ППС и кафедра нервных болезней и нейрохирургии ГОУ ВПО Ро­стовский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития

*Авторами изучены клинические особенности невралгии тройничного нерва (НТН) у 18 из 569 больных рассеян­ным склерозом (РС), что составило 3%. НТН крайне редко была первым симптомом РС и чаще наблюдалась при вторично-прогрессирующей форме РС. Однако при выявлении НТН у лиц молодого возраста, особенно в сочетании с рассеянной микросимптоматикой поражения ЦНС, авторы рекомендуют выполнение МРТ для исключения РС. При отсутствии эффекта от консервативной терапии НТН у больных РС рекомендуется проведение спиральной компьютерной ангиографии для подтверждения или исключения нейроваскулярного конфликта. При подтверждении нейроваскулярного конфликта больным выполнялась микроваскулярная де­компрессия корешка тройничного нерва, избавлявшая больных от страдания с сохранением чувствительно­сти на лице, в отличие от широко применяемых деструктивных вмешательств.*

Ключевые слова: *невралгия тройничного нерва, рассеянный склероз, микроваскулярная декомпрессия, нейрова­скулярный конфликт*

*The authors studied the clinical features of trigeminal neuralgia (TN) in 18 patients with multiple sclerosis that consisted 3% of569 patients. The trigeminal neuralgia rarely was the first symptom of the disease and more frequently occurred in secondary progressive multiple sclerosis. In case of TN occurrence in young patients with multiple micro lesion of CNS the authors recommend MRI investigation for MS exclusion. If a conservative treatment of TN is not effective the spiral computer angiography is recommended for confirmation or exception of neurovascular conflict. In case of neurovascular conflict detection the decompression of the trigeminal nerve root is conducted to relief pain and preserve facial sensitivity in contract to widely used destructive operations.*

Key words: *trigeminal neuralgia, multiple sclerosis, microvascular decompression, neurovascular conflict.*

Рассеянный склероз (РС) является хроническим прогрессирующим заболеванием, характеризую­щимся демиелинизацией в центральной нервной системе (ЦНС). Клиническая картина РС детально и подробно описана в литературе еще со времен Шар- ко. Как и боль вообще, невралгия тройничного нерва (НТН) — относительно редкий симптом РС, кото­рый, по данным литературы, встречается с частотой от 1 до 12% [1, 3, 6, 7, 14, 17], что, однако, превышает частоту НТН в общей популяции [16]. В настоящее время существуют несколько теорий относительно развития НТН у больных РС. Так, ряд авторов [12, 13] считают, что НТН при РС возникает вследствие демиелинизации проводящих путей ядер тройнично­го нерва в стволе мозга либо волокон корешка в во­ротной зоне. По этой причине РС длительное время считался абсолютным противопоказанием для вы­полнения микроваскулярной декомпрессии (МВД) у данной группы больных [12]. Однако, по данным R. Mills и соавт. [14], корреляции между очагами данной локализации, выявляемыми с использовани­ем высокопольной МРТ (3 Тл), и НТН не получено.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Ростов-на-Дону, 344091, пр. Коммунистический, 4а. Rostov-on-Don, 344091, Kommunistishesky pr., 4a.

Сведения об авторах:

Балязина Елена Викторовна — канд. мед. наук, асс. каф. не­врологии и нейрохирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Рост- ГМУ, e-mail: [ebaliazina@yandex.ru](mailto:ebaliazina@yandex.ru); Гончарова Зоя Алексан­дровна — канд. мед. наук, асс. каф. нервных болезней и нейрохирургии ГБОУ ВПО РостГМУ, e-mail: centrms@mail. ru; Сехвейл С. М. — асп. каф. нервных болезней и нейрохи­рургии ГБОУ ВПО РостГМУ, e-mail: [salahsehweil@yandex.ru](mailto:salahsehweil@yandex.ru)

В то же время, по данным G. Broggi и соавт. [7, 8], развитию НТН способствует сосудисто-нервный конфликт между петлей верхней мозжечковой артерии (ВМА) и корешком тройничного нерва (КТН) в воротной зоне. G. Cruccu и соавт. [10] считают, что основной причиной НТН при РС является демиелинизация тригеминальных структур в мосту, однако у части пациентов, по их мнению, нейроваскулярный конфликт тоже может быть причиной НТН.

В связи с вышеизложенным в литературе не сло­жилось однозначного мнения относительно показаний для МВД у больных РС. Несмотря на хорошие ближайшие результаты, из-за высокого процента рецидивов P. Eldridge и соавт. [11] не рекомендуют МВД больным с РС. В то же время другие авторы считают, что МВД может выполняться пациентам НТН, страдающим РС, однако отмечают, что результаты ее у больных РС хуже, чем в группе пациентов с идиопатической НТН [6, 8, 17].

Таким образом, механизм развития болевого син­дрома и тактика ведения пациентов с НТН, страдающих РС, точно не установлены. До настоящего времени не определены клинические предикторы и достоверные прогностические факторы, опреде­ляющие благоприятный исход МВД у больных РС. Возможно, такими прогностическими факторами являются особенности клинической картины НТН у больных РС по сравнению с идиопатической НТН. По данным T. Sandell и P. Eide [17], выделены три варианта НТН у больных РС. При первом (тип 1а) возникают типичные внезапные приступообразные болевые пароксизмы (по типу разряда электрического тока) длительностью от нескольких секунд до нескольких

минут, стреляющего характера, с наличием триггерных точек. Тип 1б характеризуется наличием типич­ных тригеминальных приступов на фоне постоянной лицевой боли ноющего, жгучего и пульсирующего характера. Эти два типа (1а и 1б) соответствуют I типу, описанному K. Burchiel [9] для идиопатической НТН. Второй тип НТН у больных РС характеризуется на­личием постоянной боли ноющего, жгучего и стре­ляющего характера. Внезапных типичных приступов нет, хотя могут иметь место приступообразные боли. Этот тип НТН соответствует II типу — при идиопати­ческой НТН, согласно K. Burchiel — I [9, 17]. Авторы подчеркивают, что у больных НТН I типа артериальный конфликт встречается в 2 раза чаще, а венозный, наоборот, — в 5 раз реже, чем у больных с НТН II типа. При этом отдаленные результаты хуже у боль­ных с НТН II типа и количество рецидивов заболева­ния значительно выше. В доступной нам литературе мы не встретили описания клинических особенно­стей НТН у больных РС в зависимости от патогенети­ческих механизмов ее развития.

**Клиническая характеристика больных РС с НТН (n = 17)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № наблю­дения | Пол | Возраст,  годы | Длитель­ность РС, годы | Тип  течения  РС | Длитель­ность НТН, годы | EDSS,  баллы | Сторона  НТН | Ветвь | Связь НТН с обостре­нием РС | Эффект от кон­сервативной терапии | НВК | МВД |
| 1 | М | 41 | 19 | РР | 8 | 2 | Правая | 1, 2 | - | + | + | + |
| 2 | Ж | 47 | 18 | РР | 3 | 4,5 | Левая | 3 | - | - | + | + |
| 3 | Ж | 59 | 27 | ВП | 20 | 6,5 | Левая | 2, 3 | - | - | + | + |
| 4 | Ж | 61 | 15 | ВП | 11 | 4,5 | Правая | 1, 2, 3 | - | - | + | + |
| 5 | Ж | 55 | 6 | ВП | 3 | 3,5 | Правая | 3 | - | - | + | + |
| 6 | Ж | 54 | 17 | ВП | 5 | 8,5 | Правая | 2, 3 | - | - | + | + |
| 7 | Ж | 22 | 8 | ВП | 8 | 10,0 | Левая | 3 | + | + | - | - |
| 8 | Ж | 56 | 7 | РР | 7 | 3,0 | Правая | 2, 3 | + | + | - | - |
| 9 | Ж | 39 | 22 | ВП | 3 | 8,0 | Левая | 2, 3 | - | - | - | - |
| 10 | М | 31 | 10 | ВП | 4 | 8,5 | Правая | 2, 3 | - | - | - | - |
| 11 | Ж | 27 | 13 | РР | 13 | 3,0 | Правая | 2, 3 | + | + | - | - |
| 12 | Ж | 53 | 8 | РР | 3 | 4 | Правая | 3 | + | + | - | - |
| 13 | Ж | 68 | 36 | ВП | 3 | 7,0 | Правая | 2, 3 | + | - | - | - |
| 14 | Ж | 62 | 15 | РР | 2 | 3,5 | Левая | 3 | - | - | - | - |
| 15 | Ж | 54 | 18 | ВП | 0,5 | 8,5 | Правая | 2, 3 | + | + | - | - |
| 16 | М | 57 | 35 | ВП | 10 | 8,5 | Правая | 2, 3 | + | + | - | - |
| 17 | М | 33 | 5 | РР | 1 | 2,5 | Левая | 3 | + | + | - | - |
| 18 | М | 62 | 14 | РР | 14 | 2,5 | Правая | 2 | + | + | - | - |

Цель исследования — изучение особенностей клинических проявлений НТН у больных РС, раз­работка тактики ведения данной группы больных, а также определение эффективности микроваскуляр­ной декомпрессии КТН у больных РС.

**Пациенты и методы**

Мы наблюдали 18 больных РС с НТН, находив­шихся на лечении в клинике нейрохирургии РостГМУ с 2000 по 2010 г., страдающих достоверным РС. Сред­ний возраст пациентов составлял 48,7 года (от 41 до 66 лет), 72% составили женщины. Длительность забо­левания РС — от 5 до 36 лет, а НТН — от 1 до 14 лет.

У всех больных диагноз РС подтвержден результата­ми МРТ и соответствовал критериям Позера (1983) и МакДональда (2001). Все пациенты были неодно­кратно осмотрены и обследованы, оценка болевого синдрома проводилась по визуально-аналоговой шка­ле (ВАШ), катамнез уточнялся при осмотре либо по телефону. 5 пациентам выполнена также мультиспи­ральная компьютерная ангиография на спиральном компьютерном рентгеновском томографе Brillianee

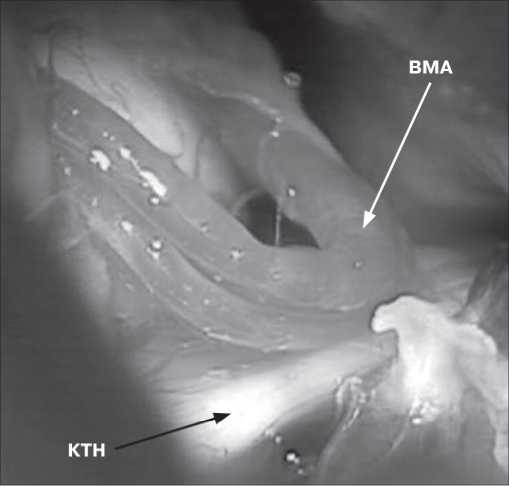


Рис. 1. НТН с локализацией болей в трех ветвях лицевого тройнич­ного нерва больной Р., 61 года: нейроваскулярный конфликт между КТН и ВМА.