

Eraldine äratõmme ajakirjast EESTI ARST 1939 — Lisa:
XVII Eesti Arstidepäeva Pärnus 1939 protokollid.

6. GEORG MARTINOFF — Tartu: **Essentsiaalse n. trigeminus'e neuralgia ravist.** (Ülikooli Närvikliinikust. Juhataja: prof. L. P u u s e p p.)

Neuralgia n. trigemini all mõistame haiguspilti, mis on iseloomustatud ühelt poolt hookaupa ilmnevate ägedate valuhoogudega ühes või mitmes viienda kraniaalnärvi harus ja teiselt poolt äärmiselt kroonilise kuluga.

Üldiselt jagatakse neid juhte kahte gruppi: 1) primaarsed ja 2) sekundaarsed *n. trigeminus'e* neuralgiad. Sekundaarsete all mõistame juhte, mil neuralgilised valud tekivad tüsistusena mõne teise kliiniliselt manifestse haiguse puhul. Sagedasemaks alghaiguseks on siin närvi lähemas ümbruses asetsevad fokaalsed infektsioonipesad — alveolaarne püorröa, hambakaariesed, sinusiidid jt., harvemini mitmed silmahaiused, intrakraniaalsed kasvajad ja aneurüsmid, luues, malaria, multiipne skleroos jt.

Primaarsed ehk essentsiaalsed juhud seevastu on sarnased, kus neuralgilised valud ilmnevad täiesti tervel inimesel selgitamata põhjusil, teiste sõnadega juhud, mille etioloogia on tundmatu. Samuti kui etioloogia, on senini selgitamata ka haiguse patogenees. Tõenäolik, et otseseks põhjustajaks on piiratud vigastus perifeerses või tsentraalses neuroonis. Kui siis sama närvi perifeerseid lõppe tabab mõni ärritus, tekib selle edasiandmisel vigastatud kohal valuhoog.

Baudoin, Dandy, Alajouanine arvavad, et selle vigastuse asukoht on ajutüves *n. trigeminus*'e tuumade piirkonnas, Frazier, Lewy jt. seevastu, et vigastus asub *thalamus*'es.

Eriseisukohal patogeneesi suhtes on Kulenkampf. Selle autori järgi valuhoogude põhjustajaks on vasomotoorne neuroos — ärritusseisund sümpaatilises närvkonnas.

Pikemalt tahan peatuda *neuralgia n. trigemini* ravi juures. Sekundaarseil juhtudel on ravi suunatud alghaiguse vastu. Ajapuudusel ei saa seda siin käsitleda.

Primaarsete juhtude puhul võime jagada kõik võimalikud ravimeetodid kolme gruppi: 1) konservatiivne ravi, 2) närvisesed süsted ja elektrokoagulatsioon ja 3) operatiivne.

Käsitlemel alul esimest gruppi.

1. Medikamentoosne ravi. Tavalisest antineuralgilisist vahendeist välja kujunenud primaarse *n. trigeminus*'e neuralgia korral ei ole mingit kasu. Isegi morfium suuris annuseis annab vaid mööduka, kiiresti mööduva kerenduse.

Kergemal haigusjuhtudel annab vahest tulemusi akoniitiin, gelsemiin ja triklooratsetüleen. Akoniitiini antakse pillides, alates 0,0001 3 korda päevas. Suurendatakse aegamööda annust esimeste mürgistustunnuste ilmumiseni (paresteesiad keeles). Veidi allpool seda annust on siis nn. terapeutiline doos, mida tuleb anda pikemat aega (0,0003—0,0006 3 korda päevas). Gelsemiini tarvitatakse samuti *per os*. Triklooratsetüleeni inhaleeritakse ja nimelt 15—20 tilka kolm korda päevas. Viimase vahendiga sai Horax 90 juhul 50% paranemist.

Kulenkampff soovib atropiinravi. Seda kombineeritakse sageli Gussenbauer'i poolt tarvitusele võetud kõhulahtistusravinega, milleks tarvitatakse enamasti kalomeli. Gussenbauer'i meetod põhineb arvamusel, et neuralgilised valud on põhjustatud koprostaasist.

Parenteraalse ärritusraviga (*vaccineurin*, *Neuro-Yatren*, *caseosan*) ei ole saadud mainimisväärseid tulemusi.

Uue meetodi kirjeldas 1938 R i e d. Välja minnes kogemusest, et röntgeniga kiiritatud naatriumisoola lahused mõjuvad valuvähendavalt mitmesuguseisse neuralgilisesse seisundisse, katsetas R i e d kiiritatud naatriumsulfaadi ja naatriumkloriidi lahuse mõju *n. trigeminus*'e neuralgiasse. Lahus pintseldati haigustunud näo poole limanahale või süstiti intrakutaanselt haigustunud närviharude poolt innerveeritud piirkonda. 17 juhul saavutati 5 korral täielik vabanemine valuhoogudest.

Füüsikalistest meetodest on katsetatud higistamisvannide, diatermia, lühilainete ja galvanisatsiooniga, kuid suuremate tulemusita. M a t t h i e u soovib jontoforeesi Ca'ga või akonitiiniga.

Ainuke konservatiivne ravi, mille tulemused õigustavad laialdasemat tarvitamist, on röntgenravi. C a l c h i järgi võetakse kiiritamisele põsk, supraaurikulaarne ja retromandibulaarne piirkond. Ravitsükklus koosneb 4 kiiritusest ja üldannus on 400 r. Otse peale kiiritamist tuleb haigel nn. „varane reaktsioon“, mille vältel valuhood suurenevad ja sagedanevad, see kaob aga 24—36 tunni möödudes ja annab maad paranemisele. C a l c h i sai röntgenraviga 75% tervistumist või aastatepikkusi remissioone, G u n i s m a n n 42% valude kadumist ja 24% tunduvalt valuhoogude vähenemist.

2. N ä r v i s i s e s e d s ü s t e d. Kaugelt paremaid tulemusi, kui eelmise grupi all kirjeldatud vahendid, annavad närvisiseseid süsteid. Need võeti esimest korda tarvitusele S c h l o s s e r'i poolt 1853. Süstimiseks tarvitatakse enamasti 95° alkoholi ja nimelt 0,5—1,5 ccm korraga. Süste koha järgi võib kõiki tarvitusel olevaid meetodeid jagada kolme gruppi: a) süsted perifeerseisse harudesse, b) süsted *for. ovale*'sse ja *for. rotundum*'isse, c) süsted *ganglion Gasseri*'sse.

Esimesse gruppi kuuluvate meetodite tehnika on äärmiselt lihtne ja nendega peaks toime tulema iga praktiline arst. Valu puhul *n. trigeminus*'e 1. harus palpeerime *foramen supraorbitale*, viime sinna sisse tavalise intravenoosseiks süsteiks tarvitatava nõela ja süstime siis 0,5—1,0 ccm 95% alkoholi. Valuhogude puhul teises harus süstime *foramen infraorbi-*

tale'sse ja kolmandas harus *for. mandibulare'sse*. Kahjuks on aga nende perifeersete süstete tagajärjed mööduvad. Paremal juhul kestab valuvaba intervall 1—2 aastat, halvemal juhul ainult paar nädalat kuni kuud.

Püsivama iseloomuga on süsted *for. ovale'sse* ja *for. rotundum'sse*. Nende tehniliseks läbiviimiseks on mitu viisi, millede ligem kirjeldamine viiks kaugele. Süsted nõuavad vilunud kätt ja head topograafilise anatoomia tundmist. Ka ei ole nad ohutud (võimalus vigastada ligidal asuvat *n. opticus't* jne.).

Viimasel aastakümnel tarvitatakse järjest rohkem kolmandat võimalust — süsteid *ganglion Gasseri'sse*. Selleks, õige keeruka tehnika abil, mille kirjeldamisest aja puudusel jällegi pean loobuma, viiakse nõel *ganglion Gasseri* sisse või ligemasse ümbruskonda. Tehnika hõlbustamiseks on konstrueeritud mitu aparati nõela sisseviimiseks (K ü r s c h n e r, B r ü c k e jt.). Mõned autorid viivad nõela sisse röntgenkontrolli all. Kui nõel asetseb *ganglion Gasseri's*, süstitakse tema läbi 95° alkoholi (H ä r t e l) või elektrokoaguleeritakse *ganglion* (K ü r s c h n e r). Mainitud meetodiga saavutas K ü r s c h n e r 500 juhul 92% tervistumist, kusjuures ainult 20% tulid hiljem retsidiivid. Meetod on kahjuks seotud küllaltki suurte ohtudega. *Ganglion Gasseri* täieliku hävitamisega käib kaasas silma sarvkesta tundlikkuse kadumine ja troofilise keratiidi võimalus. Teiseks võib alkohol imbibeerida ja kahjustada *ganglion Gasseri* lähemat ümbrust. Seega on selle meetodi tarvitamine lubatud vaid arstidele, kes täiesti valdavad vastavat tehnikat.

3. Operatiivne ravi. Esimesed katsed operatiivselt ravida *n. trigeminus'e* neuralgiat on pärit möödunud sajandist ja piirdusid närvi perifeersete harude läbilõikamisega ja ekstraksiooniga. Tulemused olid minimaalsed. R o s e, H a r t l e y ja H o r s l e y samal ajal töötasid välja meetodi *ganglion Gasseri* operatiivseks kõrvaldamiseks. Operatsioonist loobuti aga varsti, kuna suremus oli ülisuur, seda peamiselt *sinus cavernosus'e* seina vigastuste tõttu. 1901 soovitas

Spiller lõigata läbi närvitüvi *ganglion Gasseri* läheduses perifeersemalt ganglionist. Meetodi töötas välja Frazier. 1919 Frazier leidis, et võib jätta läbi lõikamata *n. trigeminus*'e motoorne osa. Sarnaselt *ganglion Gasseri* alkoholi süsteiga, ka nende operatsioonide puhul esines võrdlemisi suur protsent keratiite. Et sellest hoiduda, soovitas Frazier närvitüvest mediaalse kolmandiku läbi lõikamata jätta. Soovitus põhineb teadmisel, et naha- ja puutumistunde ja valu- ja t^o-tunde kiud asetsevad närvitüves eraldi, esimesed nimelt sisemises kolmandikus. Viimane nn. transtemporaalne operatsioon on siiani kõige enam levinud. Hiljem sooritati Dandy poolt uus operatsioon — *n. trigeminus*'e tüve läbilõikamine intraduraalselt koha läheduses, kus ta väljub peaajust. Uuema meetodina on levimas nn. Sjøqvisti operatsioon: anatoomilised uurimused näitavad et *n. trigeminus*'es leiduvad valu- ja t^o-tundlikkuse kiud moodustavad *tractus spinalis n. V*, kuna epikriitilise tundlikkuse kiud lõpevad *nucl. sensibil. n. trigemini*'s. *Tractus spinalis n. trigemini* läbilõikamine *medulla oblongata*'s kutsus seega esile valu- ja t^o-tundlikkuse kadumise, kuna nahatundlikkus jääb intaktseks. Sellega langeksid ka ära troofilised komplikatsioonid (keratiit jt.). Operatsiooni kulg on järgmine. Avatakse tagumine koljuõõs, otsitakse üles koht, kus väljuvad ajast alumised *n. vagus*'e kiud. Siin tehakse *medulla oblongata*'sse 3—4 mm pikkune ja kuni 3,5 mm sügavune lõige, kusjuures lõigatakse läbi *tractus spinalis n. trigemini*. Senini on kogemusi Sjøqvisti operatsiooniga liialt vähe tema otstarbekuse üle otsustamiseks. Tulemusi transtemporaalse operatsiooniga iseloomustavad Grant'i andmed. 949 operatsiooni puhul oli suremus 1,36% (13!). 7 korral surid haiged tserebraalse emboolia, 3 korral ajusisese verevalumi, 2 juhul meningiidi ja ühel juhul pneumoonia tagajärjel. Haigeist oli 83% üle 50 aasta vanad. 85 juhul tekkis keratiit, seejuures närvitüve täieliku läbilõikamise korral 16,7% ja närvitüve sisemise kolmandiku säilitamise puhul 4,4%. 99,2% haigeid tervistus ja retsidiive esines vaid 2%. Cushing'il 332 operatsiooni puhul oli suremus ainult 2.

K u l e n k a m p f f, väljudes teooriast, et *n. trigeminus*'e neuralgia on põhjustatud vegetatiivseist häireist, soovitab periarteriaalset sümpatektoomiat. Tulemused seniste kirjan-
dusandmete järgi on enamasti negatiivsed.

K o k k u v ö t e.

Essentsiaalse *n. trigeminus*'e neuralgia puhul medikamen-
toosse ja füüsikalise raviga ei saa mainimisväärseid tulemusi.
Ainsaks erandiks on röntgenravi, mis annab kuni 70% para-
nemist, kuid seejuures väga suure retsidiivide protsendiga.

Alkoholi süsted preganglionaarsesse närvitüvesse on
lihtsad läbi viia, hea tehnika juures hädaohutud ja annavad
peaaegu alati valudest vabanemise, kahjuks aga vaid ajutiselt.

Ainsad meetodid, mis annavad valudest vabanemise väi-
kese retsidiivide protsendiga, on alkoholi süsted *ganglion*
Gasseri'sse, *ganglion Gasseri* elektrokoagulatsioon ja opera-
tiivne ravi. Kirjanduses leiavad kõik kolm pooldavat ja arvus-
tavat kriitikat. Kuna kõigi kolme tehnika on võrdlemisi
raske, tuleb vist selles otsidagi põhjust lahkkelideks eriauto-
reil. Autor, kes tunneb ühe meetodi tehnikat hästi, saab
temaga kindlasti paremaid tulemusi kui teise kahega. Üldiselt
aga viimaseil aastail pöördub järjest enam autoreid operatiiv-
sele ravile, kõrvale jättes *ganglion Gasseri* süsted.

Tartu Ülikooli Närvikliinikus medikamentoosset ja füü-
sikalist ravi üldse ei tarvitata. Igale haigele, kellel on
diagnoositud essentsiaalne *n. trigeminus*'e neuralgia, tehakse
alkoholi süsteid preganglionaarsesse närvitüvesse. *Ganglion*
Gasseri süsteid ja elektrokoagulatsiooni üldse ei tarvitata.
Operatiivne ravi võetakse vaid ette, kus alkoholi süsted ei ole
andnud tagajärgi või kiiresti tulevad retsidiivid.