

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом реабилитации ПО

РЕФЕРАТ

Невралгия тройничного нерва

Выполнила: врач ординатор 1-го года кафедры
нервных болезней с курсом реабилитации ПО

Зенкова Мария Андреевна

Красноярск 2018

I. Невралгия тройничного нерва

Это хроническое заболевание, протекающее с обострениями и ремиссиями, проявляющееся приступами интенсивной, стреляющей боли в зонах иннервации тройничного нерва. Понятию «невралгия тройничного нерва» также соответствуют: болезнь Фозерджилла, болевой тик, тригеминальная невралгия.

Распространённость в популяции оценивается в 1 случай на 15 тысяч человек (может быть занижена из-за неверной диагностики). Чаще всего возникает у людей старше 50 лет, но может встречаться и у молодых при рассеянном склерозе. Чаще встречается у женщин.

Периферические отростки клеток узла идут в составе ветвей тройничного нерва:

- n. ophthalmicus I пара - глазничная выходит через foramen supraorbitalis;
- n. maxillaries II пара – верхнечелюстная, выходит через foramen infraorbitalis;
- n. mandibularis III пара – нижнечелюстная, выходит через foramen mentale, а входит через foramen mandibulare.

II. Этиология невралгии тройничного нерва

Тройничный нерв выходит из полости черепа через узкое отверстие в черепе и поэтому легко может быть сдавлен окружающими тканями с развитием невралгии.

Основные причины развития невралгии тройничного нерва:

1. аномальное расположение сосудов головного мозга (чаще верхней мозжечковой артерии), которые сдавливают нерв в области его выхода из полости черепа через узкий костный канал;
2. аневризма (участок ограниченного расширения) одной из артерий в полости черепа;
3. переохлаждение лица;
4. хронические инфекции в области лица (кариес зубов, хронический гайморит). Нередко первые симптомы невралгии тройничного нерва появляются после удаления больного зуба;
5. опухоли головного мозга;
6. нарушения кровообращения в сосудах мозга, например, при атеросклерозе;
7. рассеянный склероз – это хроническое заболевание нервной системы, при которой происходит замещение нервных клеток клетками соединительной ткани.

III. Патогенез

Идиопатическая невралгия тройничного нерва в большинстве случаев обусловлена компрессией корешка тройничного нерва в области его вхождения в ствол мозга (как следствие патологически извитой петли верхней мозжечковой артерии). Поэтому, если в процессе нейрохирургической операции у пациента обнаруживают компрессию корешка нерва патологически извитым кровеносным сосудом, диагностируют вторичную невралгию тройничного нерва. Однако большинству пациентов не проводят нейрохирургических операций и, не смотря на предположения о компрессионной природе невралгии, обозначают ее термином «первичная невралгия тройничного нерва», а диагноз «вторичная невралгия тройничного нерва» ставят в случае выявления (при помощи нейровизуализации) патологических процессов, отличных от компрессии.

Патогенез до конца не ясен, но традиционно объясняется с позиций теории «воротного контроля боли» Мелзака и Уолла, которая основывается на утверждении, что быстропроводящие, хорошо миелинизированные волокна типа А и немиелинизированные волокна С конкурируют. Невралгии V и IX пар ЧН обусловлены компрессией их корешков в области входа в ствол мозга. Демиелинизация волокон А сопровождается появлением на демиелинизированных участках большого числа дополнительных вольтаж-зависимых натриевых каналов и образованием контактов этих участков с волокнами типа С. В результате этих процессов формируется продленная и высокоамплитудная активность патологически измененных волокон А которая проявляется в виде болевых пароксизмов в области лица (полости рта). Так же считают, что заболевание чаще всего возникает в результате сдавления тройничного нерва (в месте его выхода из моста) извилистыми, патологически изменёнными сосудами или, реже, опухолью. Редко у больных с рассеянным склерозом образуется бляшка в области чувствительного ядра тройничного нерва, что приводит к невралгии.

Выделяют два вида невралгии тройничного нерва:

- первичная (идиопатическая)
- вторичная (симптоматическая)

IV. Клиническая картина и диагностика

Тройничный нерв обеспечивает чувствительность кожи лица. Невралгия тройничного нерва, как правило, появляется у людей после 40 лет, чаще данным заболеванием страдают женщины. Как правило, боль носит спонтанный характер, она стреляющая и односторонняя - похожа на разряды электрического тока. Однако, эта боль не проникает глубоко. Она поверхностная, умеренная или очень сильная. Хотя у пациентов создается впечатление, что приступы продолжаются целую вечность, но, как правило, боль длится не более двух минут. Но так как приступы боли возобновляются несколько раз в течение дня, их очень сложно переносить.

Пациенты часто сами знают о факторах, провоцирующих боль, как правило, это лёгкое касание, умывание, приём пищи, чистка зубов, разговор, бритьё, улыбка или другие движения лица. Так как люди боятся возникновения острой боли, они пытаются избегать приёмов пищи, разговоров, и т.д., таким образом, значительно ухудшая качество своей жизни. Между приступами боли могут быть продолжительные периоды (в течение нескольких недель или даже месяцев) покоя.

Локализация и распространение боли обычно соответствуют участкам иннервации одной или двух нервных ветвей (см. рис. 2).

Боль в зоне первой ветви – глазничного нерва – отдаёт в область лба, глаз и висков.

Боль в зоне второй ветви – верхнечелюстного нерва – отдаёт в верхнюю челюсть, верхние зубы, верхнюю губу и щеки в области ниже глаз.

Боль в зоне третьей ветви – нижнечелюстного нерва – отдаёт в нижнюю челюсть, нижнюю губу и нижние зубы. Приступ острой боли в области лица при невралгии носит название тригеминальный приступ.

Типичные признаки болевого синдрома при невралгии тройничного нерва:

- типичный тригеминальный приступ начинается после раздражения триггерных точек в области лица во время умывания, чистки зубов, пережевывания пищи и т.д. Приступы боли практически никогда не появляются во время ночного сна.
- характер боли в лице — стреляющий, чрезвычайно жесткий (пациенты нередко сравнивают его с электрическим разрядом);
- длительность приступа невралгии — 10-15 секунд (не более двух минут);
- наличие рефрактерного периода (промежуток между приступами);
- обычно, боли появляются только в одной половине лица, чаще справа (реже при невралгии тройничного нерва боль затрагивает обе половины лица);
- локализация боли — не меняется на протяжении нескольких лет;
- боль определённой направленности (из одной части лица переходит в другую);
- во время тригеминального приступа может отмечаться онемение кожи лица, подергивание жевательных или мимических мышц на пике болевого приступа.
- характерное поведение пациента во время приступа — отсутствие плача, криков и минимум движений;

В некоторых случаях возможно развитие вторично-фасциального прозопалгического синдрома. Все пациенты с диагнозом «невралгия тройничного нерва», как в периоды обострений, так и во время ремиссии, используют для жевания здоровую половину рта, в результате чего в контралатеральной части рта образуются мышечные уплотнения (чаще

всего заднее брюшко двубрюшной мышцы и крыловидные мышцы). В ряде случаев при аускультации височно-нижнечелюстного сустава выявляют характерный хруст. При продолжительном течении заболевания возможно развитие дистрофической стадии, проявляющейся умеренной атрофией жевательных мышц и снижением чувствительности на поражённой половине лица.

V Дополнительные обследования при невралгии тройничного нерва

Как правило, диагноз невралгии ставится врачом на основании характерных симптомов: острой боли по ходу нервов и др. Для уточнения причины появления невралгии могут быть назначены:

1. Рентгенография позвоночника: в зависимости от места появления болей, может быть рекомендован рентген шейного, грудного или пояснично-крестцового отдела позвоночника. С помощью рентгенографии можно обнаружить заболевания позвонков и межпозвоноковых хрящей (дисков), например, остеохондроз, следы травм позвоночника и т.д.
2. Компьютерная томография (КТ) и ядерно-магнитный резонанс (ЯМР) помогают обнаружить причины невралгии тройничного нерва, затылочного нерва, седалищного нерва и др. С помощью данных методов обследования обнаруживаются опухоли головного мозга и мозжечка, аномально расположенные сосуды, аневризмы сосудов и другие причины невралгий.

VI Дифференциальная диагностика при невралгии тройничного нерва

Три основные ветви тройничного нерва разветвляются на меньшие подветви; повреждение этих меньших ветвей может также вызывать лицевую боль, которую часто сложно отличить от других заболеваний.

Например, от первой ветви отходит носоресничный нерв, иннервирующий глазное яблоко, спинку носа и лобную пазуху. В случае лицевой травмы и заболеваний околоносовых пазух, повреждение этого нерва вызывает приступы острой боли в течение нескольких часов в носовой и лобной области, слезятся глаза. Между приступами наблюдается постоянная тупая, ноющая боль.

От второй ветви отходит верхний альвеолярный нерв, иннервирующий верхние зубы и десны. Этот нерв может быть повреждён вследствие различных стоматологических манипуляций и травм челюсти. Если проблема именно в нем, то температура – переохлаждение или перегревание – боли не провоцирует (что характерно для пульпита). Пациенты страдают от приступов острой, сильной боли в верхних зубах и деснах, при этом между приступами отмечается тупая боль.

От третьей ветви отходит нижнечелюстной нерв, повреждение или раздражение которого может быть вызвано удалением нижних зубов, неудачным пломбированием зубов, хирургическим вмешательством на челюстях или травмами. У пациентов возникает зубная боль, боль в нижней губе, возможно, в подбородке и ушах. Боль может

становиться более интенсивной, и в результате после приступа часто продолжается в притупленной форме. В этих случаях, повышенная или пониженная температура (переохлаждение или перегревание) также не являются провоцирующими факторами.

VII Лечение невралгии тройничного нерва

На догоспитальном этапе для снятия приступа применяют и анальгетики (анальгин 50% раствор по 2 мл внутримышечно), который может быть применен в комбинации с антигистаминными препаратами (димедрол 1% - 2 мл)

Методы лечения делят на консервативные и хирургические.

К КОНСЕРВАТИВНЫМ методам относятся:

1) физические - дарсонвализация, диадинамическая терапия, флюктуоризация, электрофорез и др.;

2) медикаментозные - витаминотерапия (В1, В12, никотиновая кислота), седативные препараты (седуксен, мепробамат, триоксазин).

Основой лечения невралгии тройничного нерва является препарат карбамазепин (тегретол, финлепсин), который способен блокировать прохождение болевых сигналов. Карбамазепин назначают ежедневно по 100 мг ($\frac{1}{2}$ таблетки) 3 раза в день в течение 2 сут, в последующие 2 дня - по 200 мг 3 раза. Если эффекта не наступает, дозу повышают до 1200 мг. Целесообразна периодическая смена препаратов, а также комбинация их с антидепрессантами. При лечении противоэпилептическими препаратами наблюдается постепенное ослабление их действия, а при назначении их в субтерапевтических дозах развивается токсичность.

Доза карбамазепина, которая позволяет пациенты безболезненно принимать пищу, разговаривать, должна оставаться без изменений в течение одного месяца, после чего её необходимо постепенно снижать. Терапия карбамазепином продолжается на протяжении нескольких месяцев/лет и прекращается только в случае полного отсутствия приступов в течение 6 месяцев.

Другие противоэпилептические средства:

- Дифенин (Фенитоин) иногда используется в лечении невралгии тройничного нерва, если лечение Карбамазепином неэффективно.

- Габапентин (Габагамма, Лепситин и др.) может оказывать эффект в лечении невралгии, вызванной рассеянным склерозом.

- Оксакарбазепин (Трилептал) по строению и действию очень близок к Карбамазепину. Выпускается в виде суспензии для приёма внутрь и таблеток.

- Баклофен снимает мышечный спазм и обладает обезболивающим эффектом при невралгии тройничного нерва. Выпускается в виде таблеток.

- Амитриптилин - относится к группе антидепрессантов (средств, применяемых в лечении депрессии), однако может снимать приступы очень интенсивной боли при невралгии тройничного нерва.

В тяжелых случаях и при неэффективности консервативного лечения используют хирургическое лечение. Существует несколько основных методик ХИРУРГИЧЕСКОГО лечения: 1. Чрескожные операции не требуют госпитализации и производятся в условиях поликлиники под местным обезболиванием или краткосрочным наркозом. Основным принцип чрескожных операций заключается в частичном разрушении тройничного нерва: с помощью радиоволн, химических веществ (глицерола), или механически - с помощью баллонного катетера. После таких операций может наблюдаться потеря чувствительности некоторых зон кожи лица. Эффект чрескожных процедур тем лучше, чем раньше начато лечение.

2. Гамма-«нож» также широко используется в лечении невралгии тройничного нерва и может быть применен в условиях поликлиники. Основным принцип этого метода лечения заключается в частичном разрушении тройничного нерва с помощью пучков ионизирующего излучения (без разрезов!). Лечение с помощью гамма-ножа позволяет полностью избавиться от боли, либо значительно ослабить её. Недостатком данного метода является отсроченный эффект: иногда для исчезновения боли требуется несколько недель или месяцев. Кроме того, в результате лечения может появиться онемение и потеря чувствительности некоторых участков кожи лица.

3. Микрососудистая декомпрессия применяется в том случае, когда причиной невралгии тройничного нерва является аномально расположенные артерии в полости черепа. Операция производится под общим наркозом. Во время операции врач производит трепанацию (вскрытие черепной коробки), выделяет тройничный нерв и определяет его взаиморасположение с окружающими сосудами. Между нервом и близкорасположенными сосудами устанавливается прокладка. Уже спустя 7-10 дней после операции больного выписывают.