

РЕЦЕНЗИЯ на работу Наливайко В.Е.

«Невралгия тройничного нерва»

Невралгия тройничного нерва (НТН) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с ремиссиями и обострениями различной продолжительности, отдельные приступы которых проявляются внезапной, интенсивной, стреляющей болью в зонах иннервации 3, 2 и, крайне редко, 1 ветвей тройничного нерва, с преобладанием в правой стороне лица. НТН – самый частый и наиболее известный вариант прозопалгии.

Распространенность невралгии тройничного нерва (НТН) достаточно велика и составляет 30–50 больных на 100 000 населения, а заболеваемость по данным ВОЗ находится в пределах 2–4 человек на 100 000 населения. Заболевание чаще возникает после 40 лет и преобладает у женщин.

Этиология НТН многофакторная. Заболевание может быть обусловлено одонтогенной природой, компрессией тройничного нерва на интра- или экстракраниальном уровне, герпетической инфекцией, хронической инфекцией в области лица (кариес зубов, хронический гайморит), нарушением кровообращения в стволе мозга (например, при атеросклерозе), демиелинизацией корешка тройничного нерва, а также может развиваться после эндокринно-обменных и аллергических расстройств.

По данным современных исследователей, этиологическим фактором невралгии тройничного нерва в 94 % случаев является аномальное расположение сосудов головного мозга (чаще передней верхней мозжечковой артерии), которые сдавливают корешок тройничного нерва в месте его входа в мозговой мост, или при выходе его из полости черепа через узкий костный канал.

Стадия развернутых болевых приступов может продолжаться десятки лет с ремиссиями и обострениями, но со временем, в старческом возрасте типичные невралгические приступы боли приобретают невропатические черты в виде легких болей, уменьшения интенсивности острой боли возникновения тупой постоянной атипичной лицевой боли.

Боль при НТН имеет следующие характеристики С.С. Павленко:

1. Приступообразный характер, длительность атаки не более 2 минут. Между двумя приступами всегда имеется «светлый» промежуток.
2. Значительная интенсивность, внезапность, напоминающие удар электрическим током.
3. Локализация строго ограничена зоной иннервации тройничного нерва, чаще 2 или 3 ветви (в 5 % случаев 1 ветвь).
4. Наличие триггерных точек или зон, слабое раздражение которых вызывает типичный пароксизм (могут находиться в болевой или безболевой зоне). Наиболее часто триггерные зоны располагаются в орофациальной области, на альвеолярном отростке, при поражении первой ветви у медиального угла глаза.

5. Наличие триггерных факторов, чаще всего это умывание, разговор, еда, чистка зубов, движение воздуха, простое прикосновение.

6. Типичное болевое поведение. Больные, стараясь переждать приступ, замирают в той позе, в которой застал их болевой пароксизм. Иногда растирают зону боли или совершают чмокающие движения. В период приступа больные отвечают на вопросы односложно, едва приоткрывая рот. На высоте пароксизма могут быть подергивания лицевой мускулатуры (tic douloureux).

7. Неврологический дефицит в типичных случаях НТН отсутствует.

8. Вегетативное сопровождение приступов скудное и наблюдается менее чем у 1/3 больных.

У ряда больных со временем развивается вторичный мышечно-фасциальный прозопалгический синдром. Все больные НТН как при обострении, так и в период ремиссии, используют для жевания «здоровую» сторону рта. В мышцах гомолатеральной стороны лица возникают дегенеративные изменения с развитием типичных мышечных уплотнений.

Для исключения и выявления сосудисто-нервного конфликта используется МРТ в сосудистом режиме с идентификацией ствола и сосудов, а также специальная техника проведения магниторезонансной томографии (МРТ) в трехмерном изображении, выполненные с контрастированием помогают выявить кровеносный сосуд, сдавливающий нерв у входа в ствол.

В настоящее время для облегчения болей при НТН используют лекарства, из группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), антидепрессанты (амитриптилин, дулоксетин) и местные обезболивающие средства (ранее широко использовались спиртоновокаиновые блокады, дающие облегчение до 6 месяцев). Наиболее эффективным консервативным и главенствующим методом купирования болевого синдрома при НТН остается, введенное в клиническую практику Блумом в 1963 г., использование антиконвульсантов (карбамазепин, финлепсин). При неэффективности вышеперечисленных мер может быть рекомендована хирургическая операция (микровазкулярная декомпрессия корешка тройничного нерва, высокочастотная селективная ризотомия тройничного нерва – как наиболее эффективные хирургические методы лечения НТН).

На данном этапе развития неврологии, как с научной стороны, так и в практическом плане, проблема невралгии тройничного нерва остается открытой и очень актуальной в виду, не уменьшающегося удельного веса заболевания, сложности патогенеза, малоэффективности проводимой терапии и отсутствия четких рекомендаций в тактике ведения больных с данной патологией.

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

Реферат на тему «Невралгия тройничного нерва»

Выполнила: Наливайко Вероника Евгеньевна,
ординатор 1 - го года
по специальности неврология

2018г

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.

Этиология и 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)

Клиническая картина

Боли ограничены зоной иннервации обычно второй и/или третьей ветвей тройничного нерва (в 5 % случаев — в области первой ветви). Боль чаще односторонняя и никогда не переходит на другую сторону. Во время приступа больные «замирают», боясь

шелохнуться и усилить боль, реже — растирают щеку. Часто боль вызывает спазм мышц лица поражённой стороны — болевой тик. В межприступный период боль отсутствует

Приступы возникают спонтанно. Триггерные (запускающие приступ) зоны обычно расположены в области носогубного треугольника.

Клиническая картина приступа невралгии тройничного нерва имеет характерные признаки и поэтому диагностика заболевания не представляет трудностей для невролога. Итак, типичные признаки болевого синдрома при невралгии тройничного нерва:

- 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 (промежутки между приступами)
- локализация боли — не меняется на протяжении нескольких лет
- боль определенной направленности
- наличие триггерных зон (участки лица или полости рта, раздражение которых вызывает типичный пароксизм)
- наличие триггерных факторов (действия или условия, при которых возникает болевой приступ; например, жевание, умывание, разговор)
- характерное поведение пациента во время приступа — отсутствие плача, криков и минимум движений.
- подергивание жевательных или мимических мышц на пике болевого приступа

В некоторых случаях возможно развитие вторично-фасциального прозопапалгического 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 пораженной половине лица.

Лечение невралгии тройничного нерва

Эффективное лечение невралгии тройничного нерва осуществляется с помощью лекарств в виде таблеток и уколов:

Карбамазепин (Финлепсин) является средством, используемым в лечении эпилепсии, однако обладает хорошим эффектом и при невралгии тройничного нерва, оказывая обезболивающее действие. Выпускается в виде таблеток, которые следует принимать внутрь после еды. Дозировка препарата и длительность лечения определяется лечащим врачом. Как правило, установленную дозу принимают в течение нескольких

месяцев или даже лет. Отмену препарата обычно осуществляют в том случае, если в течение 6 месяцев у больного не было ни одного тригеминального приступа.

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 приема 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.

Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва применяется в том случае, если лекарственное лечение оказалось неэффективным, либо перестало производить должный эффект. Операция при невралгии тройничного нерва менее эффективна, если причиной заболевания служит рассеянный склероз.

Существует несколько **основных методик хирургического** лечения:

Чрескожные процедуры (операции) не требуют госпитализации и производятся в условиях поликлиники под местным обезболиванием или краткосрочным наркозом. Основной 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.

Гамма-«нож» также широко используется в лечении невралгии тройничного нерва и может быть применен в условиях поликлиники. Основной 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 ее.

Недостатком данного метода является отсроченный эффект: иногда для исчезновения болей требуется несколько недель или месяцев. Кроме того, в результате лечения может появиться онемение и потеря чувствительности некоторых участков кожи лица.

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 выписки

Прогноз при невралгии тройничного нерва

Оптимистичность прогноза при невралгии тройничного нерва обусловлена причиной, которая вызвала развитие невралгии и возрастом пациента. Невралгия тройничного нерва у молодого пациента, вызванная травмой лица, как правило, легко поддается лечению и в дальнейшем не рецидивируют. Однако в пожилом возрасте невралгию тройничного нерва, сопровождающуюся нарушением обменных процессов в организме, не всегда удастся вылечить.

Профилактика невралгии тройничного нерва

Зачастую причиной развития невралгии тройничного нерва становится какое-либо заболевание зубов либо придаточных пазух носа (фронтит, гайморит). Адекватная и своевременная терапия данных заболеваний снижает риск возникновения невралгии тройничного нерва.

Профилактика обострений невралгии тройничного нерва предполагает сведение к минимуму психоэмоционального напряжения, возможных переохлаждений, инфекционных заболеваний.