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:

Ординатор 1 года обучения

Кафедры нервных болезней с курсом ПО

Специальности 31.08.42 неврология

Протасюк Екатерина Николаевна

Красноярск, 2020

Содержание

1)Актуальность

2) Этиология и клиническое течение

3)Обследование больного

4) Дифференциальная диагностика

5) Лечение

6)Список литературы

Актуальность

В клинической практике неврологов и стоматологов очень часто приходится сталкиваться с самыми разнообразными по выраженности, локализации, продолжительности болями в области лица. Такие болевые проявления, имеющие различную этиологию и патогенез, объединены собирательным термином «прозопалгия».

По данным ВОЗ распространенность невралгии тройничного нерва, или тригеминальной невралгии составляет до 30-50 больных на 100 000 населения, а заболеваемость -- 2-4 человека на 100 000 населения. Проблема ТН является весьма актуальной в современном мире.

Стойкий характер, высокая интенсивность НТН, резистентность к традиционным методам лечения, тенденция к хронизации боли приводит к ухудшению качества жизни пациента, что проявляется в нарушении сна, снижению повседневной активности, развитию тревоги и депрессии.

Хроническое течение ТН, трудно поддающееся лечению и приводящее к развитию сопутствующих осложнений, часто приводит к временной или постоянной утрате трудоспособности, что в свою очередь является экономической и социальной проблемой

Этиология и патогенез

Различают две формы невралгий тройничного нерва:

Центральная (поражение гассерова ганглия) и периферическая (поражение периферических ветвей тройничного нерва).

Смешивать невралгии тройничного нерва центрального и периферического генеза в одно заболевание нельзя, т.к. каждая из этих форм имеет свои особенности клинического течения и этиологическое развитие

* Невралгия тройничного нерва преимущественно центрального генеза Чаще болеют люди в возрасте 40-60 лет. Преимущественно женщины - 68%.

Этиологические факторы:

- сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь);

-ревматизм;

-черепно-мозговая травма;

-инфекционные заболевания;

-поражения центральной нервной системы (арахноидиты, энцефалиты);

-острые нарушения мозгового кровообращения ;

-климактерический период;

-хронические бактериальные (ангины) и вирусные (грипп, ОРВИ) инфекции;

-отравление различными ядами (свинец, медь, мышьяк);

- эндогенные интоксикации; 7

-эндокринные заболевания и др.

Клиническая картина

Заболевание характеризуется появлением острых, режущих приступообразных лицевых болей. Больные сравнивают их с "прохождением электрического тока".

Болевые пароксизмы продолжаются от нескольких секунд до нескольких минут. Частота приступов различная. Боли могут возникать спонтанно, но чаще появляются при движении мускулатуры лица (во время разговора, еды, умывания, бритья и т.д.), больные застывают в определенной позе, боятся пошевелиться (задерживают дыхание или усиленно дышат, сдавливают болезненный участок или растирают его пальцами, некоторые совершают жевательные или причмокивающие движения).

Боли захватывают определенную область лица, которая иннервируется той или иной ветвью тройничного нерва (чаще II или III ветвь, реже I). Боли сопровождаются вегетативными проявлениями - гиперемией лица, слезотечением, ринореей, гиперсаливацией (редко сухость полости рта). Появляются гиперкинезы мышц лица - подергивание мышц подбородка, глаза или других мышц. Приступ болей прекращается внезапно.

Для невралгии тройничного нерва центрального генеза (встречается в 84% случаев) характерно наличие курковых (триггерных) зон, т.е. участков кожи или слизистой оболочки, раздражение которой провоцирует появление приступа боли. Курковые зоны на коже лица имеют назолабильное расположение, т.к. локализуются в области губ и носа. Однако имеются триггерные зоны и на слизистой оболочке полости рта (на нѐбе, альвеолярном отростке верхней и нижней челюстей или в другом участке). Курковые зоны на слизистой оболочке всегда локализуются на стороне поражения тройничного нерва. Болезненные точки Валле - проекция выхода ветвей тройничного нерва из костного отверстия в мягкие ткани лица. Нередко больные отмечают, что приступу боли предшествует вегетативная аура - гипертермия или слезотечение на больной стороне. У других больных возникновению боли предшествуют парестезии в виде "ползания мурашек", зуда или покалывания. Kranzl В. установил взаимосвязь между колебаниями кровяного давления и приступами заболевания. Частота приступов также возрастает с повышением давления воздуха. Между приступами болей никаких ощущений на пораженной стороне нет. При длительном течении невралгии на соответствующей стороне появляется сухость кожи, выпадение ресниц, себорейная экзема, гиперпигментация и даже атрофия жевательных, а иногда и мимических мышц. Изредка больные отмечают, что между приступами острой боли у них остаются постоянные колющие, давящие, ломящие боли определенной степени выраженности. У некоторых больных отмечаются двусторонние невралгии тройничного нерва центрального генеза. Клиническая симптоматика подобна односторонним невралгиям. Боли могут возникать вначале на одной, а затем на другой стороне, хотя иногда появляются одновременно с двух сторон. Наиболее часто поражаются II и III ветви тройничного нерва. Заболевание длится от нескольких месяцев до нескольких лет (иногда десятками лет).

* Невралгия тройничного нерва преимущественно периферического генеза

Этиологические факторы:

-опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей и костей лицевого скелета;

-протезы, которые травмируют слизистую оболочку рта или нарушают высоту прикуса; ϖ при оссификации нижнечелюстного канала или подглазничного отверстия;

- простой или опоясывающий лишай (вызывается нейротропным вирусом)

Клиническая картина

Клинически заболевание характеризуется наличием приступообразных болей по ходу соответствующих ветвей тройничного нерва. Болевые пароксизмы при невралгиях тройничного нерва периферического и центрального генеза неотличимы между собой. Боли распространяются по ходу II и III ветвей тройничного нерва. Вегетативная симптоматика (слезотечение, ринорея, гиперсаливация и др.) при периферических невралгиях выражена не так четко. Курковые (триггерные) зоны встречаются не так часто (в 47% случаях), реже болезненные точки Валле. Вегетативной ауры нет.

По мнению А.И. Трещинского и А.Д. Динабург существует связь между зонами иррадиации боли и зоной ее зарождения. Если, например, приступы начинаются в области альвеолярного отростка верхней челюсти (соответственно молярам и премолярам), то боль иррадиирует в область бугра верхней челюсти и т.д. На высоте приступа боли могут иррадиировать в лоб, висок, затылок, шею. Проведение аппликационной анестезии в области зоны зарождения боли может предотвратить появление болевых пароксизмов. Блокируя, путем проведения местной анестезии (диагностическая блокада), пораженный периферический участок тройничного нерва прекращаются болевые пароксизмы на 1-2 часа, реже более 3-х часов. Таким образом, из ранее сказанного следует, не смотря на различия строения, клиническая симптоматика невралгии тройничного нерва центрального и периферического генеза имеет сходное течение. Диагноз уточняется за счет правильно и тщательно собранного анамнеза, изучения клинической симптоматики невралгических проявлений и проведения диагностических блокад с местными анестетиками.

Обследование больного

Обследование неврологического больного

Особенности опроса больных:

• уточнить характер боли (приступообразный или постоянный);

• уточнить зону иррадиации боли (соответствует или не соответствует топографии ветвей тройничного нерва);

• уточнить зону локализации боли (боль локальная или распространенная; рисунок боли);

• выяснить периоды возникновения боли в зависимости от времени суток (ночные, дневные боли, или боли, не связанные со временем суток);

• уточнить продолжительность боли (несколько секунд, минут, часов или суток);

• выяснить зависимость возникновения боли от приема пищи (прекращение боли или ее появление);

• выяснить наличие на лице курковых зон (есть или нет на лице точки, при дотрагивании к которым появляется боль).

Дифференциальная диагностика

* Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита и невралгии тройничного нерва

Общее:

приступообразная боль со «светлыми» промежутками.

Различия:

1) При невралгии температурные раздражители, как правило, не провоцируют приступ боли, боль возникает от различных движений мышц лица и при прикосновении к «курковым» зонам.

2) При невралгии боль самопроизвольно никогда не возникает ночью, в отличии от пульпита.

3) В результате обследования зубного ряда не выявляются зубы, которые могут давать приступообразные боли.

* Дифференциальная диагностика невралгии тройничного нерва с острым гнойным или обострившимся гнойным периодонтитом

Общее: иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва.

Различия: при невралгии тройничного нерва боль имеет самопроизвольный, приступообразный (со светлыми промежутками) характер с некоторой периодичностью в повторении приступов; приступ может начаться при раздражении определенных участков кожи лица или слизистой оболочки полости рта.

При остром гнойном или обострившемся гнойном периодонтите боль связана с пораженным зубом, который больной может точно указать. Она имеет постоянный характер (иногда с короткими светлыми промежутками), курковая зона отсутствует, боль усиливается при перкуссии этого зуба, от горячего и в горизонтальном положении больного.

* Дифференциальная диагностика острого одонтогенного гнойного гайморита с невралгией тройничного нерва

Общее: боли, иррадиирующие по ходу второй ветви тройничного нерва в лоб, висок, глаз, а также зубы верхней челюсти.

Различия: при остром одонтогенном воспалении верхнечелюстной пазухи

1)боль носит постоянный характер и усиливается при перкуссии группы зубов верхней челюсти;

2) из ноздри на стороне поражения отмечаются гнойные выделения, увеличивающиеся при наклоне головы, острота обоняния понижена;

3) в полости носа обнаруживаются отечность и гиперемия слизистой оболочки и гнойные выделения из-под средней носовой раковины. На обзорной рентгенограмме имеется затемнение соответствующей пазухи;

4) отмечается нарушение общего состояния больного (повышенная температура тела, головная боль, общая разбитость).

При невралгии тройничного нерва:

1) боль носит самопроизвольный, не связанный с каким-либо патологическим процессом, приступообразный характер, с определенной периодичностью в повторении приступов. Боль может начаться при раздражении определенных участков кожи лица или слизистой оболочки полости рта, не усиливается при перкуссии группы зубов верхней челюсти;

2) гнойные выделения из носа отсутствуют.

3) на обзорной рентгенограмме затемнение верхнечелюстной пазухи отсутствует;

4) температурная реакция организма не наблюдается

* Миофасциальный болевой синдром лица (синдром Костена)

Очень часто мышечная боль лица ошибочно трактуется, как невралгия тройничного нерва.

Общее: Иррадиация болей в височную или подглазничную область, а в некоторых случаях затылок и позвоночник.

Различия: Тупая, ноющая головная боль и в ВНЧС. Боль и чувствительность при пальпации околоушной области или наружного слухового прохода, а также при открывании и закрывании рта. Щелканье и крепитация в ВНЧС. Наличие болезненных и спазмированных участков в жевательных мышцах. Боль в мышцах усиливается при открывании рта. Пальпация ВНЧС безболезненная, увеличен размах движений нижней челюсти.

Возможные причины:

- нарушение прикуса и неправильное смыкание зубов;

- непроизвольное напряжение мышц при нервном истощении и депрессии (боль может быть очень сильной);

- перенесенная травма ВНЧС, перенесенный перелом челюсти;

- разрыв или смещение суставного диска ВНЧС.

Мышечные боли лица хорошо и быстро поддаются лечению.

* Ганглионит крылонѐбного узла (синдром Sluder)

Характеризуется резкими болями в периорбитальной области, в глазном яблоке, в области корня носа, верхней и нижней челюстях, а иногда и в зубах. Боли иррадиируют в язык, мягкое нѐбо, висок, затылок, ухо, шею, лопатку, плечо. Боли длятся от нескольких минут до нескольких часов. Обязательно резко выражены вегетативные симптомы - гиперемия и отечность кожи половины лица, слезотечение, ринорея. Имеется гиперемия и отечность слизистой оболочки заднего отдела носовой полости. Болевой приступ прекращается после проведения аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости, что служит дифференциально - диагностическим критерием, который указывает на наличие у больного ганглионита крылонѐбного узла.

* Ганглионит полулунного узла.

Полулунный ганглий - это чувствительный ганглий тройничного нерва, лежащий на передней поверхности пирамиды височной кости. Провоцируется инфекционными заболеваниями, сосудистыми поражениями, интоксикациями и другими факторами. Отмечается многоочаговая боль в зоне иннервации трех ветвей тройничного нерва с иррадиацией в половину головы. Боль носит случайный характер. Имеются расстройства всех видов чувствительности на соответствующей половине лица. Появляются герпетические высыпания на коже лица (чаще в проекции I ветви тройничного нерва). Длительность герпетических высыпаний 1-2 недели.

* Ганглионит ресничного (цилиарного) узла (синдром Оппенгейма).

Характеризуется приступами острой боли в области глазного яблока. Боли часто возникают в ночное время и сопровождаются выраженной вегетативной симптоматикой (ринорея, слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюктивы глаза). Приступ боли длится около получаса, а иногда и несколько часов. При пальпации имеется болезненность глазного яблока. Характерно появление герпетических высыпаний на коже лба и носа. У больных могут развиться конъюктивиты и кератиты.

* Ганглионит ушного узла.

Имеются приступы жгучих болей, локализующихся кпереди от наружного слухового прохода и в височной области. Приступы длятся от нескольких минут до часа. Боли иррадиируют в нижнюю челюсть, зубы и шею. Появляется ощущение заложенности и хлопанье в ухе. Во время приступа боли наблюдается гиперсаливация с соответствующей стороны. Боли провоцируются надавливанием на область наружного слухового прохода (между наружным слуховым проходом и головкой нижней челюсти). Боли исчезают после проведения внутрикожной анестезии впереди козелка уха, что является диагностическим критерием наличия ганглионита ушного узла.

* Невралгия языкоглоточного нерва.

Приступообразные боли, которые начинаются с корня языка или в области миндалины. Иррадиируют в нѐбную занавеску, глотку, ухо, глаз, нижнюю челюсть и даже шею. Боли возникают при разговоре, глотании, приеме пищи (особенно очень холодной или горячей). Приступы длятся 1-3 минуты. Интервалы между приступами различны. Во время приступа появляется сухость в горле, а после приступа боли – усиленная саливация. При проведении дифференциальной диагностики этого заболевания нужно помнить, что боли всегда начинаются в корне языка или в области миндалин, а механическое раздражение этих участков всегда провоцирует приступ. При смазывании корня языка, миндалины и задней стенки глотки анестетиком (дикаином) приступы прекращаются.

Лечение

* Карбамазепин (Финлепсин) является средством, используемым в лечении эпилепсии, однако обладает хорошим эффектом и при невралгии тройничного нерва, оказывая обезболивающее действие. В случаях затруднений в постановке диагноза НТН и для проведения дифференциальной диагностики с другими болевыми синдромами лица можно использовать назначение противосудорожных препаратов сроком на сутки. Купирование болей на время приема антиконвульсантов подтверждает правильность диагностики.
* Другие противоэпилептические средства: Дифенин (Фенитоин) иногда используется в лечении невралгии тройничного нерва, если лечение Карбамазепином неэффективно Габапентин (Габагамма) может оказывать положительный эффект в лечении невралгии, вызванной рассеянным склерозом.
* Этосумсимид (Суксилеп, Ронтон) назначают в дозе 0,25 г в сутки. Постепенно увеличивают дозу до 0,5-1,0 г в сутки (в 3-4 приема), дозу удерживают несколько дней и постепенно снижают до 0,25 г в сутки. Лечение длится 3-4 недели.
* Проводится курс лечения никотиновой кислотой. Внутривенно ее вводят в виде 1% раствора, начиная с 1 мл (никотиновую кислоту растворяют в 10 мл 40% раствора глюкозы). Ежедневно дозу увеличивают на 1 мл и доводят ее до 10 мл (на десятый день лечения), а затем ежедневно снижают на 1 мл и заканчивают введением 1 мл препарата. Следует помнить, что никотиновую кислоту нужно вводить медленно, после приема пищи, в положении лежа (т.к. препарат снижает артериальное давление).
* Антигистаминые препараты. Назначаются для усиления действия антиконвульсантов – внутримышечно 2 мл 2,5% раствора дипразина (пипольфена) или 1 мл 1% раствора димедрола на ночь.
* Витамины группы В (Мильгамма, Нейробион), биогенных стимуляторов (ФИБС, алоэ, биосед, пелоидин или др.), гипотензивных и спазмолитических средств.
* При тяжелых формах невралгии рекомендуется назначение натрия оксибутирата (кроме больных с глаукомой). Можно применять 20% водный раствор в ампулах по 10 мл. Препарат вводится внутривенно капельно (1-2 мл в минуту), 1-2 раза в сутки.
* Баклофен снимает мышечный спазм и обладает обезболивающим эффектом при невралгии тройничного нерва. Выпускается в виде таблеток.

Список литературы

* Общая неврология Некифоров А. С 2012
* Нейронауки: курс лекций по невропатологии.Николаенко Н. Н. 2013г.
* Тимофеев А.А. «Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» Киев - 2002г.
* Карлов В.А. «Невралгия лица» Москва «Медицина» 1991г.
* 2. Мегдатов Р.С. «Невралгия тройничного нерва» Москва «Медицина» 1999г.