

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
Российской Федерации»
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Заведующий кафедрой
Доцент, кмн Кан И.В.
Преподаватель:
кмн, доцент Маругина Т.Л.

РЕФЕРАТ

Невралгия тройничного нерва, методы хирургического лечения.

Выполнил

ординатор 2-го года обучения кафедры-клиники
хирургической стоматологии и ЧЛХ по
специальности «стоматология хирургическая»

Умраев Тимур Ахмаевич

Проверила: Доцент ,КМН кафедры хирургической стоматологии и ЧЛХ,

Маругина Т.Л

Красноярск, 2024

Содержание:

Актуальность.....	3
Причины	3
Классификация болезней тройничного нерва	4
Невралгия тройничного нерва преимущественного периферического генеза.	5
Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва	8
Общий вывод.....	11
Список литературы.....	11

Актуальность.

Стоматологам приходится часто иметь дело с поражениями нервной системы. Многие из этих заболеваний больше подлежат компетенции стоматологов, чем невропатологов. Сюда относятся: невралгия тройничного и языкоглоточного нервов, невриты отдельных веток тройничного нерва, поражения подъязычного нерва, обусловленные стоматологическими заболеваниями, последствия тяжелых невритов лицевого нерва, где требуются хирургические вмешательства, многие секреторные и трофические нарушения в области лица и полости рта и др. Особое место занимает многочисленная группа больных прозопальгией –людей, страдающих лицевыми болями, этиологию и патогенез которых нередко довольно трудно установить. Эти больные часто обращаются за помощью к невропатологам, отоларингологам и другим специалистам, но в конечном счете направляются к стоматологу. Стоматоневрология занимает важное место в стоматологической клинике.

Причины

Невралгия тройничного нерва или, как ее еще называют тригеминальная невралгия, это заболевание периферической нервной системы, при котором поражается одна или несколько ветвей обеспечивающего чувствительность лица тройничного нерва. Это сопровождается внезапными, сильными приступообразными болями, локализация которых зависит от того, какие из ветвей поражены, так как они отвечают за иннервацию разных третей лица. Невралгия может быть первичной и вторичной. Первая развивается изолированно, вторая же является следствием прогрессирования той или иной болезни. Она встречается как у женщин так и у мужчин. Сегодня доподлинно еще неизвестны все причины, провоцирующие поражение тройничного нерва. Однако точно известно, что этому способствуют: патологии нервной системы, включая ДЦП, рассеянный склероз, энцефалопатию, развивающуюся после получения травмы головы, эпилепсию, опухоли мозга, вирусные и туберкулезные менингоэнцефалиты, гипоксию, нарушения мозгового кровообращения и пр.; вирусные заболевания, в частности, полиомиелит, герпетическая инфекция; одонтогенные причины, в том числе, травмы челюсти, флюс, погрешности при пломбировании зуба, нестандартная реакция на анестезию; компрессия тройничного нерва, что может быть спровоцировано опухолями головного мозга, образовавшимися после травм или операций рубцами, а также существенно расширенными в результате атеросклероза, аневризмы или врожденных нарушений кровеносными сосудами, инсульта или повышения внутричерепного давления вследствие остеохондроза. сдавление задней мозжечковой артерией тройничного нерва. В результате постоянной пульсации идет раздражение нерва и его воспаление.

Повышают риск развития заболевания: частые стрессы; хроническая усталость; нарушения метаболизма; дефицит витаминов; аутоиммунные патологии или аллергия; тяжелые инфекционные болезни; воспалительные процессы в ротовой полости. Невралгия не сопровождается воспалением нерва. Она

возникает в результате демиелинизации нервного волокна или возникновения нарушений в регуляции его работы центральной нервной системы. В 80–90% случаев имеет место демиелинизация. Разрушение специфической миелиновой оболочки, выступающей в роли своеобразного изоляционного слоя нерва, происходит из-за сдавления Гассерова узла патологически измененными сосудами, новообразованиями различной природы. Поэтому поступающие от ЦНС импульсы распространяются и на близлежащие нервы, что провоцирует возникновение болей. Во втором случае нервные импульсы передаются с другой скоростью. Это вызывает раздражение ядер нейронов и, как следствие, болевой синдром.

Классификация невралгии тройничного нерва

Различают две формы невралгий тройничного нерва:

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

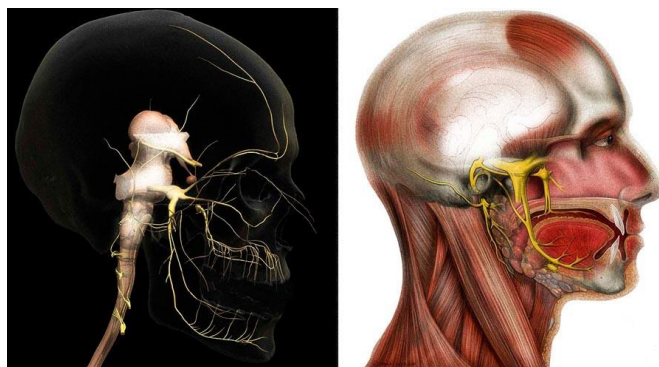


Рис. 1

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;

Заболевание проявляется приступами острой, стреляющей, пронизывающей, жгучей, мучительной боли. Во время приступа обычны локальные (слезотечение, ринорея) и общие (гиперемия, гипергидроз и пр.) вегетативные реакции. Пациенты не стонут, не кричат, а замирают в момент приступа (тригеминальная невралгия «молчалива»). Нередко у пациентов возникает

своеобразная болевая гримаса («болевого тик»), иногда они стараются сильно сжать рукой охваченный болью участок лица (жест-антагонист), в то время как даже легкое прикосновение к этой зоне, особенно к триггерным точкам, лишь провоцирует очередной болевой пароксизм. Приступ обычно длится 1–2 минуты. На лице нередко долго сохраняется застывшая маска страдания. На вопросы пациенты отвечают односложно, едва открывая рот; иногда они стараются вообще не разговаривать и общаться с окружающими предпочитают письменно. В периоды учащения приступов тригеминальной невралгии пациенты не умываются, избегают приемов пищи, не чистят зубы, мужчины не бреются. Точки выхода ветвей тройничного нерва не всегда болезненны. Триггерные зоны расположены чаще в медиальной части лица — у внутреннего угла глаза, у крыла носа, в носогубной складке и на слизистой оболочке верхней и нижней челюстей, на подбородке. При длительной ремиссии процесса возможно исчезновение триггерных точек. В 1-й стадии заболевания изменения чувствительности в межприступном периоде отсутствуют. Во 2-й стадии в зоне иннервации пораженной ветви тройничного нерва в межприступном периоде возможна гиперестезия. Для 3-й стадии болезни характерна умеренная постоянная боль в лице, которая имеет симпаталгический оттенок и может сочетаться с гипестезией и, одновременно, с гиперпатией. На фоне этих вариантов состояния чувствительности в межприступные периоды возникают пароксизмы острой тригеминальной боли.

11 При невралгии I ветви тройничного нерва может быть снижен или исчезает роговичный рефлекс; при невралгии III ветви в остром периоде иногда наблюдается тризм. Наличие в зоне пораженной ветви тройничного нерва гипалгезии с элементами гиперпатии указывает на длительное течение болезни. Наиболее тяжелым проявлением тригеминальной невралгии является невралгический статус (*status neuralgicus*), при котором приступ данного заболевания приобретает необычно затяжной характер. Однако при расспросе пациентов удается установить прерывистость болевых ощущений, напоминающих удары переменным электрическим током. По сути, речь идет о серии приступов с очень коротким межприступным периодом, который только намечается, но не успевает развернуться. После окончания статуса наличие триггерных зон на лице пациента обязательно. Поведение пациентов в межприступном периоде диктуется опасением возобновления приступов тригеминальной невралгии.

НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА (ОДОНТОГЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ)
Одонталгия — зубная боль, связанная с обострением инфекционных процессов в зубочелюстной системе, которая проходит после их санации. Одонтогенный болевой синдром — боль в лице, связанная с наличием хронических одонтогенных очагов, которая не проходит после их санации и требует неврологического лечения. Такая боль и вызывает наиболее частые диагностические ошибки. В пожилом возрасте частой причиной периферической невралгии может быть ущемление стволов нервов в каналах верхней или нижней челюсти — туннельный синдром. Он возникает в результате возрастных склеротических изменений в костной ткани (у многих

женщин анатомически каналы справа уже, чем слева), после частых обострений хронического гайморита с развитием спаечного процесса в инфраорбитальном канале. Для визуализации инфраорбитального канала необходимо провести рентгенографию черепа в прямой проекции под наклоном вперед на 13°. Для выявления туннельного синдрома нижнего альвеолярного нерва (сдавление нерва в склерозированном канале нижней челюсти) достаточно проведения панорамной рентгенографии лицевого черепа. Клинические проявления одонтогенного болевого синдрома. Боль носит постоянный характер с волнообразным течением. Пациенты могут описывать ее как приступообразную, в большинстве случаев с четкой локализацией; возникает в любое время суток, но усиливается вечером и ночью. Иррадирует боль вдоль иннервации периферических ветвей тройничного нерва. Триггерные участки отсутствуют, но можно отметить триггерные факторы, к которым относятся жевание, надкусывание, открывание рта, обострение инфекционных процессов в полости рта. Антikonвульсанты не оказывают эффекта, но возникает четкое обезболивание при проведении местной анестезии. В анамнезе можно определить связь с патологией зубочелюстной системы в зоне локализации боли: лечение зубов, протезирование, удаление. Поэтому для исключения периферического генеза боли необходимо провести не только поверхностный осмотр коронковых частей зубов, но и выполнить рентгенографию (лучше панорамную) для выявления периодонтальных очагов инфекции (гранулемы, локальные остеомиелиты, периоститы). Часто причиной болевого синдрома могут быть погрешности эндодонтического лечения (недопломбирование каналов, выведение материалов через верхушку зуба, обламывание инструментария). Прежде чем диагностировать атипичную тригеминальную невралгию, необходимо исключить невропатию тройничного нерва. Последняя, в отличие от невралгии, проявляется главным образом симптомами выпадения: снижением чувствительности в зонах иннервации ветвей тройничного нерва, снижением вкусовой чувствительности, атрофией и слабостью жевательных мышц. Среди невралгий тройничного нерва с преобладанием периферического компонента патогенеза основными формами являются: одонтогенные невралгии тройничного нерва, дентальная плексалгия, постгерпетическая невралгия. Одонтогенные невралгии тройничного нерва. Основными этиологическими факторами, приводящими к развитию одонтогенных невралгий, оказываются патологические процессы зубочелюстной системы и неэффективные или неправильные методы их лечения. Наиболее частыми причинами 15 являются: травматические (сложные) удаления зубов, в том числе наличие костных отломков и остатков корней в лунке; пульпиты и периодонтиты; явления гальванизма при использовании разных металлов для пломб и протезов; плохо изготовленные протезы, травмирующие слизистую оболочку рта или нарушающие высоту прикуса; гингивит и другие заболевания пародонта; остеомиелит челюстных костей и другие заболевания. Может наблюдаться сочетание вышеуказанных факторов. Клинические проявления одонтогенных невралгий тройничного нерва: превалируют упорные боли с выраженным болевым синдромом и вегетативными нарушениями. Боли, как правило, локализуются в зоне патологического очага, усиливаются приступообразно, длятся от нескольких часов до нескольких суток, постепенно

снижая интенсивность. Отличительной чертой одонтогенных невралгий является длительное течение, несмотря на устранение этиологического фактора заболевания. Дентальная плексалгия. Наиболее часто к развитию плексалгий приводят одонтогенные факторы с преимущественным поражением терминальных ветвей сплетения. Это возможно при затрудненном удалении премоляров, моляров и зубов мудрости, выполнении проводниковой анестезии, оперативных вмешательствах на челюстях, выведении пломбировочного материала за верхушки корневых каналов, удалении большого числа зубов в течение короткого периода времени при подготовке к протезированию полости рта, а также при инфекционных поражениях вследствие остеомиелита лунок и т. д. Травмы, переохлаждение, интоксикации могут быть провоцирующими факторами. Особенности клинических проявлений дентальной плексалгии: характерны постоянные тупые мучительные боли, временами усиливающиеся, локализующиеся в зоне иннервации зубного сплетения на стороне поражения с реперкуссией на здоровую сторону. Доминантный очаг боли при дентальной плексалгии расположен в области альвеолярного отростка, десен и зубов. Боль носит упорный, иногда жгучий характер. При поражении зубного сплетения постоянные местные жгучие боли временами приступообразно усиливаются, интенсивность их нарастает. Даже удаление пораженных зубов не снимает боль, а иногда она возникает в соседних зубах. Приступ, как правило, начинается с легкой тупой боли, через 20–30 минут на высоте пароксизма она приобретает выраженный симпаталгический характер, возникают вазомоторные расстройства. При купировании приступа остается тупая боль в альвеолярном отростке челюсти. Если поражено верхнее зубное сплетение, боль может иррадиировать по ходу второй ветви тройничного нерва, сопровождаться вегетативными симптомами, которые обусловлены связями сплетения с вегетативными ганглиями (крылонебным узлом и верхним шейным симпатическим узлом). При обследовании пациентов с дентальной плексалгией определяется резкая болезненность в проекции зубного сплетения (при надавливании как на слизистую десны, так и в области кожи лица). У значительного числа пациентов отмечается гиперестезия слизистой десен и слизистой внутренней поверхности щеки и зубов в зоне пораженного зубного сплетения. Как правило, у больных с дентальной плексалгией наблюдается уменьшение болей во время приема пищи и их усиление под влиянием эмоций, переохлаждения, неблагоприятных метеорологических факторов. При поражении верхнего зубного сплетения во время болевого пароксизма боли могут иррадиировать в твердое небо, скуловую, щечную, подглазничную область, висок, ухо, затылочную область, охватывать всю половину головы и верхнюю треть шеи. При поражении нижнего зубного сплетения боль распространяется на дно полости рта, щечную и околоушно-жевательную области, верхний отдел шеи. При дифференциальной диагностике с невралгией тройничного нерва важными признаками дентальной плексалгии могут служить: отсутствие триггерных зон; отсутствие болей при пальпации в точках выхода тройничного нерва на лицо; наличие болезненности при пальпации области зубного сплетения; приступы болей при дентальной плексалгии носят более длительный характер (до 20 минут и более); при дентальной плексалгии в межприступном периоде остается локализованная боль в альвеолярном

отростке в проекции зубного сплетения; иррадиация болей чаще не соответствует анатомическому расположению ветвей тройничного нерва. Постгерпетическая невралгия тройничного нерва. Опоясывающий герпес является инфекционным заболеванием, которое вызывается нейротропным фильтрующимся вирусом. В настоящее время установлено, что при заболевании герпесом страдают различные отделы нервной системы, в основном ганглии и чувствительные корешки, а также оболочки головного мозга, где наблюдаются явления инфильтрации с геморрагическими очагами. Поражение тригеминального ганглия возникает у 15 % пациентов с опоясывающим герпесом; у 80 % из них отмечается вовлечение зрительной ветви.

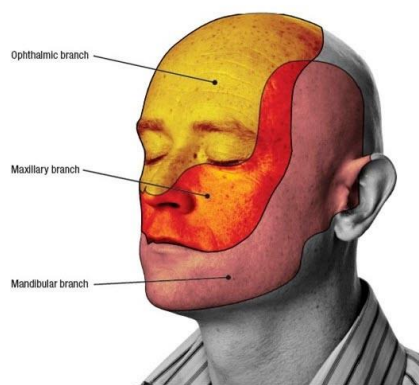


Рис.2

Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва.

Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва — операция. Когда возможности консервативной терапии исчерпаны, а пациент продолжает страдать от приступов сильной боли, ему рекомендуется оперативное лечение невралгии тройничного нерва. Подобное все еще наблюдается примерно у 30% больных. Поэтому для них операция является единственной возможностью человека избавиться от сильных болей. Существует несколько методик хирургического лечения невралгии. Все они направлены на ликвидацию раздражающего воздействия на нерв при условии, что его источник известен, или разрушение нерва. Методы отличаются не только степенью эффективности и безопасности, но и ценой. Для каждого пациента хирург отдельно подбирает наиболее подходящий способ проведения операции, основываясь на уровне и степени поражения тройничного нерва, клинической картине и имеющихся сопутствующих заболеваниях. Сегодня в арсенале нейрохирургов присутствуют: микроваскулярная или микрососудистая декомпрессия; радиочастотная абляция; ризотомия глицеролом; микрокомпрессия баллоном; стереотаксическая радиохирургия. При отсутствии возрастных и соматических противопоказаний при диагностировании сосудисто-нервного конфликта предпочтение обычно отдают микроваскулярной декомпрессии, так как она относится к числу реконструктивных операций и не приводит к потере

чувствительности той или иной зоны лица. Но при обнаружении у пациента сопутствующих заболеваний обычно выбираются мининвазивные техники, в частности радиочастотная абляция. Она же показана большинству пациентов пожилого возраста. Но, готовясь к операции, больные должны понимать, что хирургическое вмешательство на нервах требует максимально высокой квалификации от нейрохирурга. Малейшее неосторожное движение в подобных ситуациях способно привести к необратимым последствиям, в том числе полной потере чувствительности лица. Поэтому важно подходить к выбору клиники и специалиста предельно ответственно. Обращаясь в «SL Клиника» вы минимизируете риски операции, так как у нас работают одни из лучших нейрохирургов, имеющие немалый практический опыт и скрупулезно относящиеся к проблеме каждого больного. В клинике установлено современное оборудование, что еще более повышает шансы на успех операции и снижает вероятность возникновения послеоперационных осложнений. Не тратьте время на поиски подходящего медицинского центра, доверьте свое здоровье профессионалам «SL Клиника» и вы гарантировано получите медицинские услуги высшего уровня. Стоимость лечения каждым из методов приведена в прайсе клиники.

Микроваскулярная декомпрессия

Операция Джаннета или микроваскулярная декомпрессия часто применяется при невралгии лицевого нерва. Ее главное достоинство заключается в сохранении нерва, в то время как все остальные операции относятся к числу деструктивных. Поэтому после проведения микроваскулярной декомпрессии отсутствует риск онемения части лица.

Но она может использоваться только в тех ситуациях, когда тройничный нерв сдавливается рядом проходящим кровеносным сосудом, от которого на нервное волокно передается пульсация, что и провоцирует болевой синдром.

Микрососудистая декомпрессия выполняется открытым способом через разрез за ушной раковиной. Хирург проникает в полость черепа после проведения трепанации задней черепной ямки и осуществляет ревизию положения корешка тройничного нерва, верхней и нижней передних мозжечковых артерий, а также верхней каменистой вены. После обнаружения места компрессии он отделяет патологически расширенные сосуды и вводит специальную разделительную тефлоновую прокладку. Она будет защищать нерв от механического раздражения пульсирующим сосудом, что обеспечит устранение боли. В подавляющем большинстве случаев метод приводит к окончательному выздоровлению. Рецидивы наблюдаются крайне редко. Но микрососудистая декомпрессия является открытым хирургическим вмешательством, она связана с высокой травматичностью и интраоперационными рисками. Поэтому проведение операции требует высокой квалификации от хирурга. После микроваскулярной деструкции пациентам необходимо оставаться в стационаре до 10 дней. В течение этого времени и впоследствии их могут беспокоить боли, вызванные послеоперационными спазмами мышц. Для их купирования обычно

достаточно приема спазмолитиков или НПВС. По мере восстановления организма интенсивность болей снижается и вскоре полностью сходит на нет. Реабилитация подразумевает прием ряда лекарственных средств, прохождение курса физиотерапевтического лечения, а в дальнейшем – сеансов массажа. Такой комплекс мер будет способствовать скорейшему восстановлению и закреплению достигнутых хирургическим путем результатов.

Радиочастотная абляция. Метод относится к числу чрескожных операций и считается самым эффективным и безопасным при лечении большого числа различных заболеваний, включая тригеминальную невралгию. С помощью ЭОП хирург имеет возможность точно контролировать каждое свое движение и время воздействия радиоволн. К числу других достоинств метода относят: отсутствие рисков, связанных с общим наркозом; предельно короткая и легкая реабилитация; возможность ранней активизации пациентов. Радиочастотная абляция не требует выполнения больших разрезов и существенного травмирования тканей. Разрушение провоцирующей боли ветки, ее периферического узла или корешка осуществляется посредством тепловой энергии, выделяющейся при прохождении сквозь биологические ткани токов ультравысокой частоты. Она осуществляется на специальном оборудовании, состоящем из генератора и двух электродов: повреждающего и индифферентного. Непосредственно абляция нервного волокна производится вокруг неизолированного конца повреждающего электрода. Он вводится в тело пациента к выбранной точке деструкции посредством полой иглы-проводника. Длина такой канюли составляет 100 мм. Она устанавливается под контролем ЭОП, чтобы избежать случайного травмирования здоровых нервов. Для деструкции чувствительных волокон применяется ток частотой 100 Гц, для двигательных – 2 Гц. Радиочастотная абляция проводится под местной анестезией, поэтому в течение всей операции пациент находится в сознании. По мере приближения иглы к пораженному нерву он может ощутить легкое покалывание. Для точного определения нужной ветви нерва проводится его стимуляция током.

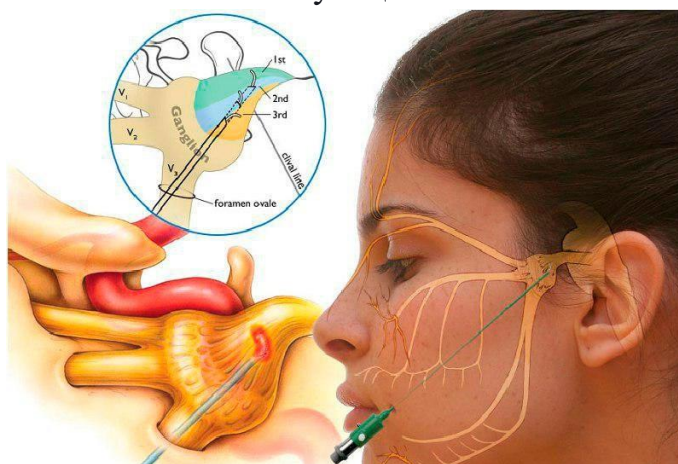


Рис.3

Общий вывод.

После проведения консервативных методов лечения и динамического наблюдения за пациентом актуальными остаются хирургические методы лечения. Выбор тактики лечения в пользу оперативного лечения в каждом случае базировался на характере болевого синдрома. Во всех случаях он приводил к физическому истощению из-за трудностей при приеме пищи и воды и психическому стрессу, связанному с постоянным ожиданием приступа болей, и, как следствие, — снижению качества жизни.

Список литературы.

1. Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с.
2. Карлов В.А. «Невралгия лица» Москва «Медицина» 1991г. с. 160 – 163.
3. Мегдатов Р.С. «Невралгия тройничного нерва» Москва «Медицина» 1999г. с. 142.
4. Муковозов И.Н. «Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний» Ленинград «Медицина» 1982г. с. 41, с. 108, с. 177.
5. Пузин М.Н. «Нейростоматологические заболевания» Москва «Медицина» 1997г. с. 67 - 72. Дополнительная литература: 1. Ерохина Л.Г. «Лицевые боли» - М. Медицина, 1973г.- с. 10 - 13. 2. Гречко В.Е., Пузин М.Н., Степанченко А.В. «Одонтогенные поражения системы тройничного нерва» Москва 1988г. с. 39, с. 87. 3. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология» М. «Медицина» 2003г. с. 367-369. 4. Тимофеев А.А. «Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» Киев - 2002г. с. 556 - 564.