

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

Кафедра нервных болезней и медицинской реабилитации с курсом ПО

Реферат на тему:

«Невралгия тройничного нерва»

Работу выполнил: ординатор 1-го года

Родина Христина Александровна

Невралгия тройничного нерва (болевого тик Труссо, болезнь Фозергиля, тригеминальная невралгия) — это довольно распространенное заболевание периферической нервной системы, основным признаком которого является приступообразная, очень интенсивная боль в зоне иннервации (соединения с центральной нервной системой) одной из ветвей тройничного нерва. Тройничный нерв является смешанным нервом, он осуществляет чувствительную иннервацию лица и двигательную иннервацию жевательных мышц.

Большое разнообразие факторов, лежащих в основе болезни, мучительные боли, социальная и трудовая дезадаптация, длительное медикаментозное лечение при несвоевременном обращении, — далеко не весь спектр причин, удерживающих эту проблему на вершине рейтинга неврологических заболеваний. Симптомы невралгии тройничного нерва достаточно легко узнаваемы даже непрофессионалами, но назначить лечение под силу только специалисту.

Тройничный нерв является 5-й парой черепно-мозговых нервов. У человека имеется два тройничных нерва: слева и справа; в основе заболевания лежит поражение его ветвей. Всего тройничный нерв имеет 3 основные ветви: глазной нерв, верхнечелюстной нерв, нижнечелюстной нерв, каждая из которых распадается на более мелкие веточки. Все они на своем пути следования к иннервируемым структурам проходят через определенные отверстия и каналы в костях черепа, где могут подвергаться сдавлению или раздражению. Основные причины этого можно систематизировать следующим образом:

врожденное сужение отверстий и каналов по ходу ветвей;

патологические изменения сосудов, расположенных рядом с нервом (аневризмы, или выпячивания стенок артерий, любые аномалии развития сосудов, атеросклероз) или их аномальное расположение (чаще верхней мозжечковой артерии); кистозно-слипчивые процессы в области разветвлений тройничного нерва как результат глазных, оториноларингологических, стоматологических заболеваний (воспаление пазух — фронтит, гайморит, этмоидит; одонтогенный периостит, пульпит, кариес, иридоциклит и др.); нарушение обмена веществ (сахарный диабет, подагра); хронические инфекционные заболевания (туберкулез, бруцеллез, сифилис, герпес); опухоли (любые, локализующиеся по ходу нерва); переохлаждения лица (сквозняк); травмы лица и черепа; рассеянный склероз; редко — стволовой инсульт.

Патологический процесс может затрагивать как весь нерв, так и отдельные его ветви. Чаще, конечно, встречается поражение одной ветви, но в большинстве случаев несвоевременное обращение приводит к прогрессированию болезни и вовлечению в патологический процесс всего нерва. В течении заболевания выделяют несколько стадий. На позднем этапе (третья стадия болезни) изменяется клиническая картина и значительно ухудшается прогноз относительно выздоровления. Установление причины заболевания в каждом конкретном случае позволяет наиболее эффективно подобрать лечение и соответственно ускорить исцеление. Симптомы

Заболевание более характерно для людей среднего возраста, чаще диагностируется в 40-50 лет. Женский пол страдает чаще мужского. Чаще наблюдается поражение правого тройничного нерва (70% от всех случаев заболевания). Очень редко тригеминальная невралгия может быть двусторонней. Болезнь носит циклический характер, то есть периоды обострения сменяются периодами ремиссии. Обострения более характерны для осенне-весеннего периода. Все проявления недуга можно разделить на несколько групп: болевой синдром, двигательные и рефлекторные расстройства, вегетативно-трофические симптомы.

**Болевой синдром:** Характер боли: боль приступообразная и очень интенсивная, мучительная, резкая, жгучая. Больные в момент приступа часто замирают и даже не шевелятся, сравнивают боль с прохождением электрического тока, прострелом. Длительность пароксизма от нескольких секунд до нескольких минут, однако в течение суток приступы могут повторяться до 300 (!) раз.

**Локализация боли:** боль может захватывать как зону иннервации одной из ветвей, так и весь нерв на одной стороне (правой или левой). Одной из особенностей заболевания является иррадиация (распространение) боли с одной ветви на другую с вовлечением всей половины лица. Чем длительнее существует заболевание, тем вероятнее распространение на другие ветви. Зоны локализации:

**глазной нерв:** лоб, передняя волосистая часть головы, переносица, верхнее веко, глазное яблоко, внутренний угол глаза, слизистая оболочка верхней части носовой полости, лобная и решетчатая пазухи;

**верхнечелюстной нерв:** верхняя часть щеки, нижнее веко, наружный угол глаза, верхняя челюсть и ее зубы, крыло носа, верхняя губа, гайморова (верхнечелюстная) пазуха, слизистая оболочка носовой полости;

**нижнечелюстной нерв:** нижняя часть щеки, подбородок, нижняя челюсть и ее зубы, нижняя поверхность языка, нижняя губа, слизистые оболочки щек. Боль может отдавать в висок, затылок, шею. Иногда боль четко локализуется в области одного зуба, что побуждает больных идти на прием к стоматологу. Однако лечение этого зуба не устраняет боль.

**Провокация боли:** развитие болевого пароксизма можно вызвать прикосновением или легким надавливанием на так называемые курковые (триггерные) зоны. Эти зоны достаточно вариабельны у каждого конкретного больного. Чаще это внутренний угол глаза, спинка носа, бровь, носогубная складка, крыло носа, подбородок, угол рта, слизистая оболочка щеки или десны. Также провокация приступа возможна при надавливании на точки выхода ветвей на лицо: надглазничное, подглазничное, подбородочное отверстие. Боль также может вызываться разговором, жеванием, смехом, умыванием, бритьем, чисткой зубов, нанесением макияжа, даже дуновением ветра.

**Поведение в момент приступа:** больные не плачут, не кричат, а замирают, стараясь не двигаться, потирают зону боли.

**Двигательные и рефлекторные расстройства:**

**спазмы мышц лица (откуда и пошло название болезни «болевого тик»):** во время болевого приступа развивается произвольное мышечное сокращение в круговой мышце глаза (блефароспазм), в жевательных мышцах (тризм), в других мышцах лица. Часто мышечные сокращения распространяются на всю половину лица; изменения рефлексов — надбровного, корнеального, нижнечелюстного, — что определяется при неврологическом осмотре.

**Вегетативно-трофические симптомы:** наблюдаются в момент приступа, на начальных стадиях выражены незначительно, при прогрессировании заболевания обязательно сопровождают болевой пароксизм: цвет кожи: локальная бледность или покраснение; изменения

секреции желез: слезотечение, слюнотечение, насморк;

**поздние признаки:** развиваются при длительном существовании заболевания. Могут быть отеки лица, сальность кожи или ее сухость, выпадение ресниц.

В позднюю стадию заболевания происходит формирование очага патологической болевой активности в зрительном бугре (таламусе) в головном мозге. Это приводит к изменению характера и локализации боли. Устранение причины заболевания в этом случае уже не приводит к выздоровлению. Отличительные особенности этого этапа заболевания следующие: боль распространяется на всю половину лица с начала пароксизма; к появлению боли приводит прикосновение к любому участку лица; к болевому пароксизму может приводить даже воспоминание о нем; боль может возникать в ответ на действие таких раздражителей, как яркий свет, громкий звук; боли постепенно утрачивают свой приступообразный характер и становятся постоянными; усиливаются вегетативно-трофические расстройства.

Диагностика:

Основная роль в установлении диагноза принадлежит тщательно собранным жалобам и анамнезу заболевания. При неврологическом осмотре возможно выявление участков снижения или повышения чувствительности на лице, а также изменения следующих рефлексов: надбровного — то есть смыкания глаз при поколачивании по внутреннему краю надбровной дуги; корнеального — то есть эффекта смыкания глаз в ответ на внешние раздражители;

нижнечелюстного — то есть сокращения жевательной и височной мышц при постукивании по нижней челюсти).

В период ремиссии неврологический осмотр может не выявить патологии. Для поиска причины невралгии больному может быть показана магнитно-резонансная томография (МРТ), однако она не всегда выявляет истину.

Лечение

К основным методам лечения невралгии тройничного нерва относят:

медикаментозное;

физиотерапевтическое; оперативное

лечение.

Главным препаратом при медикаментозном лечении остается карбамазепин (тегретол). Он применяется в лечении данного заболевания с 1962 г. Применяется по особой схеме: начальная доза составляет 200–400 мг/сутки, невралгия тройничного нерва симптомы и лечение постепенно доза увеличивается и доводится до 1000–1200 мг/сутки в несколько приемов. По достижении клинического эффекта (прекращение болевых атак) препарат в поддерживающей дозе применяется длительно для предотвращения возникновения приступов, затем доза также ступенчато снижается. Иногда больному приходится принимать препарат 6 месяцев и более. В настоящее время также применяют окскарбазепин (трилептал), который имеет тот же механизм действия, что и карбамазепин, но лучше переносится.

Кроме карбамазепина, с целью купирования болевого синдрома используются баклофен по 510 мг Зр/Д (препарат тоже следует отменять постепенно), амитриптилин

25100мг/сутки. Из новых препаратов, синтезированных в последние Десятилетия, применяется габапентин (габагамма, тебантин). При лечении габапентином также необходимо титрование дозы до Достижения клинически эффективной (начальная доза обычно составляет 300 мг 3 р/Д, а эффективная составляет 900-3600 мг/сутки), с последующим ступенчатым снижением вплоть до отмены препарата. С целью купирования тяжелого обострения могут применяться натрия оксибутират или Диазепам внутривенно. В комплексной терапии используются никотиновая кислота, трентал, кавинтон, фенибут, пантогам, глицин, витамины группы В (мильгамма, нейрорубин).

Физиотерапевтическое лечение довольно разнообразно. Могут использоваться Диадинамические токи, электрофорез с новокаином, ультрафонофорез с гидрокортизоном, иглорефлексотерапия, лазеротерапия. Физиотерапевтические методы применяются только в комплексе с медикаментозным лечением для Достижения более быстрого и качественного эффекта.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения, а также в случаях, когда тригеминальная невралгия вызвана сдавлением корешка анатомическим образованием, применяются хирургические методы лечения:

если причиной сдавления является патологически измененный сосуд, то производится микроваскулярная Декомпрессия. Суть операции заключается в разделении сосуда и нерва с применением микрохирургической техники. Эта операция имеет высокую эффективность, но весьма травматична;

чрескожная стереотаксическая ризотомия: производится разрушение корешка нерва с применением электрического тока, подводимого к нерву с помощью иглы в виде электрода;

чрескожная баллонная компрессия: прекращение болевой импульсации по нерву путем сдавления его волокон с помощью баллончика, подводимого к нерву с помощью катетера;

глицериновые уколы: разрушение нерва с помощью инъекций глицерина в места разветвления

нерва; разрушения нерва с использованием ионизирующего излучения: неинвазивная методика с применением облучения; радиочастотная абляция: разрушение нервных волокон с помощью высокой температуры; если причиной стал опухолевый процесс, то, конечно, на первый план выходит удаление опухоли.

Характерной особенностью всех хирургических методов является более выраженный эффект при раннем их проведении. Т.е. чем раньше проведена та или иная операция, тем выше вероятность излечения. Также следует иметь в виду, что исчезновение болевых приступов происходит не сразу после хирургического лечения, а несколько отдаленно (сроки зависят от Длительности заболевания, обширности процесса и вида оперативного вмешательства). Поэтому всем пациентам с невралгией тройничного нерва необходимо своевременное обращение к врачу. Ранее использовалась методика инъекций этилового спирта в места разветвления нерва. Такое лечение зачастую Давало временный эффект, имело высокую частоту осложнений. С регенерацией нерва боли возобновлялись, поэтому на сегодняшний день такой метод лечения практически не применяется.

Профилактика

Конечно, повлиять на все вероятные причины возникновения заболевания не представляется возможным (например, врожденная узость каналов не может быть изменена). Однако можно предотвратить многие факторы развития этого заболевания:

избегать переохлаждений лица;

своевременно лечить заболевания, которые могут стать причиной тригеминальной невралгии (сахарный Диабет, атеросклероз, кариес, гайморит, фронтит, герпетическая инфекция, туберкулез и т.д.); профилактика травм головы.

Также следует учитывать, что к методам вторичной профилактики (т.е. когда однажды заболевание уже проявило себя) относят качественное, полноценное и вовремя проведенное лечение.

## **Рецензия на тему «Невралгия тройничного нерва»**

### **Ординатора первого года обучения по специальности «неврологии» Родиной Х.А.**

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.

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, мало эффективности проводимой терапии и отсутствия четких рекомендаций в тактике ведения больных с данной патологией.

Среди болевых синдромов области лица невралгия тройничного нерва (НТН) занимает особое место, что во многом обусловлено интенсивностью присущего заболеванию болевого синдрома, сложностью постановки диагноза и нередко низкой эффективностью проводимых лечебных мероприятий.

За последние десятилетия были проведены многочисленные исследования, посвященные изучению различных аспектов поражения системы тройничного нерва. Тем не менее, в данной проблеме существует ещё много дискуссионных и нерешенных вопросов, относящихся, прежде всего, к основным ее разделам - этиологии, патогенезу и принципам терапии

Таким образом, на сегодняшний день медицина имеет большой набор консервативных и хирургических методов лечения невралгии тройничного нерва.

На начальном этапе заболевания, после стандартного неврологического и общего обследования, рекомендуется медикаментозная терапия, физиотерапия, блокады периферических ветвей тройничного нерва и только через несколько месяцев малоэффективного лечения показан один из нейрохирургических методов лечения.

Ассистент кафедры нервных болезней  
с курсами медицинской реабилитации ПО

Субочева С.А.