

Невралгия тройничного нерва.



Кафедра неврологии и
нейрохирургии
Подготовила
презентацию
Король Н.А
(врач-интерн)

Введение.

Болевые синдромы в области лица представляют сложную проблему в практике невролога. Для их успешной диагностики и лечения важное значение имеют особенности клинических проявлений и чёткое представление о патофизиологических механизмах, необходимые для определения той или иной терапевтической



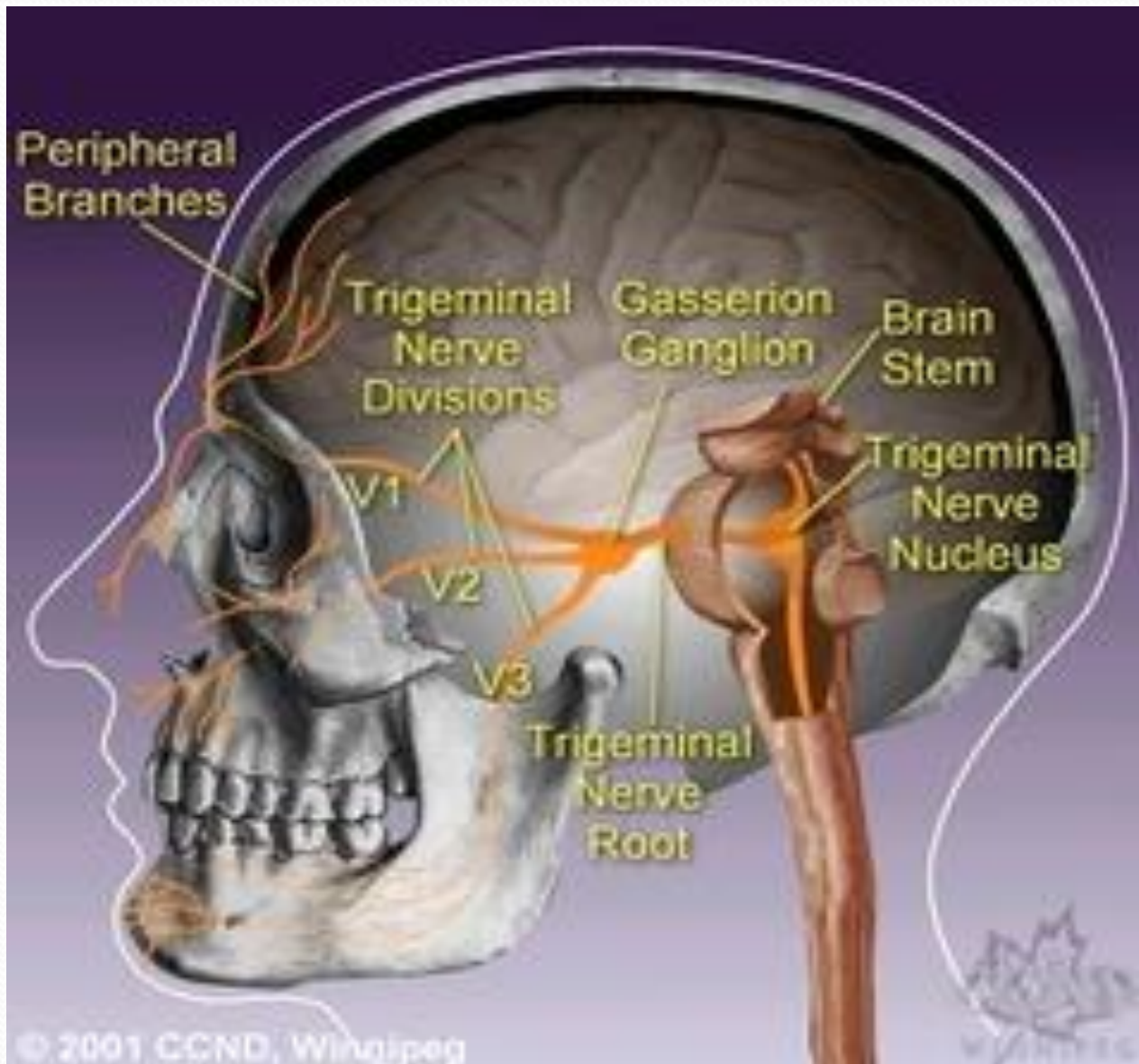
Невралгия тройничного нерва

(синонимы : тригеминальная невралгия, болевой тик,

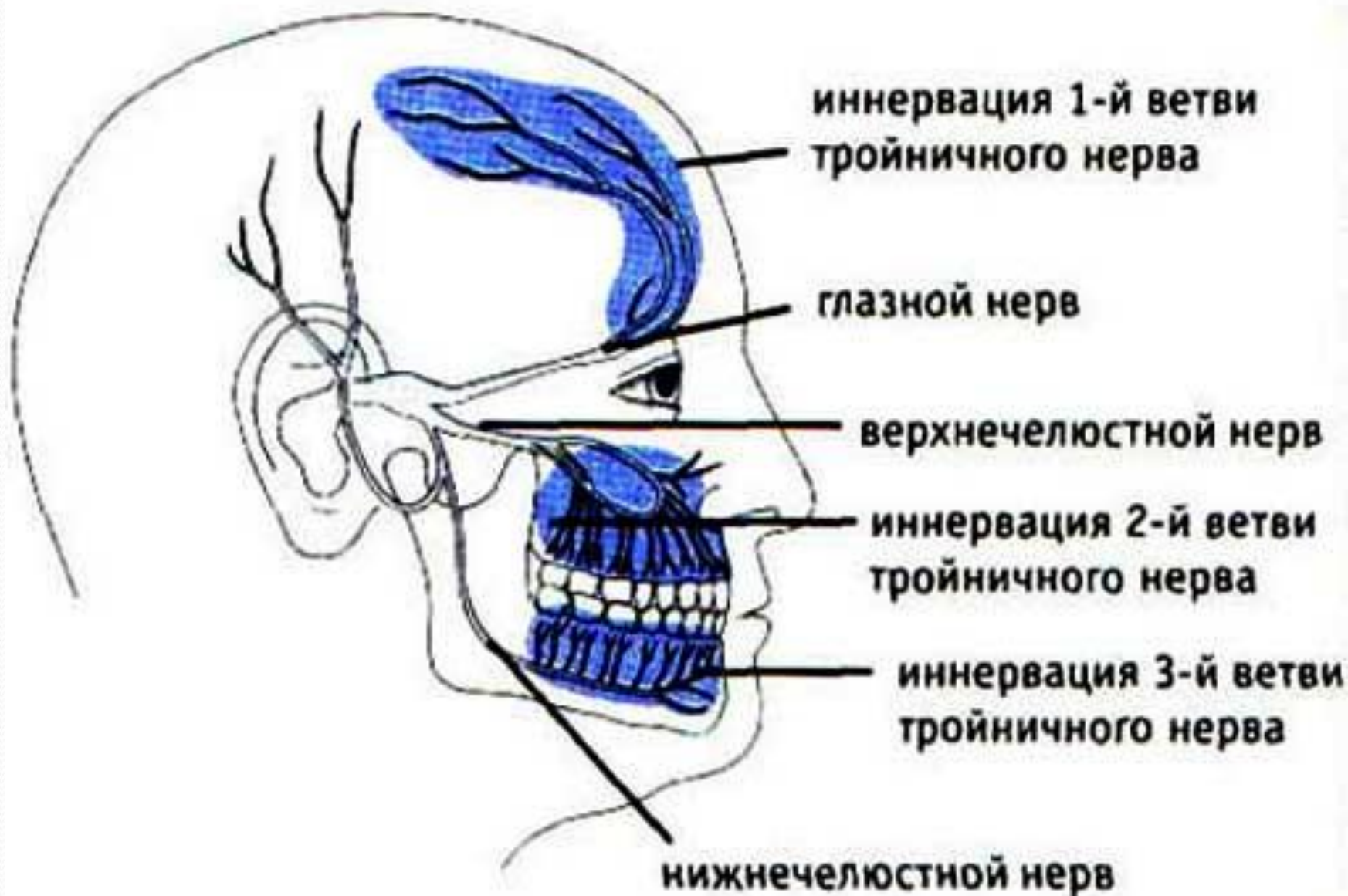
болезнь Фозергиля)

это хроническое заболевание, протекающее с ремиссиями и обострениями, характеризуется приступами чрезвычайно интенсивной, «стреляющей» боли в зонах иннервации II, III и редко I ветви тройничного нерва

Анатомия тройничного нерва



Невралгия тройничного нерва



Зоны ветвей

Зоны сегментов

- N. supraorbitalis
- N. zygomaticus
- N. infraorbitalis
- N. auriculo temporalis
- N. buccalis
- N. mentalis

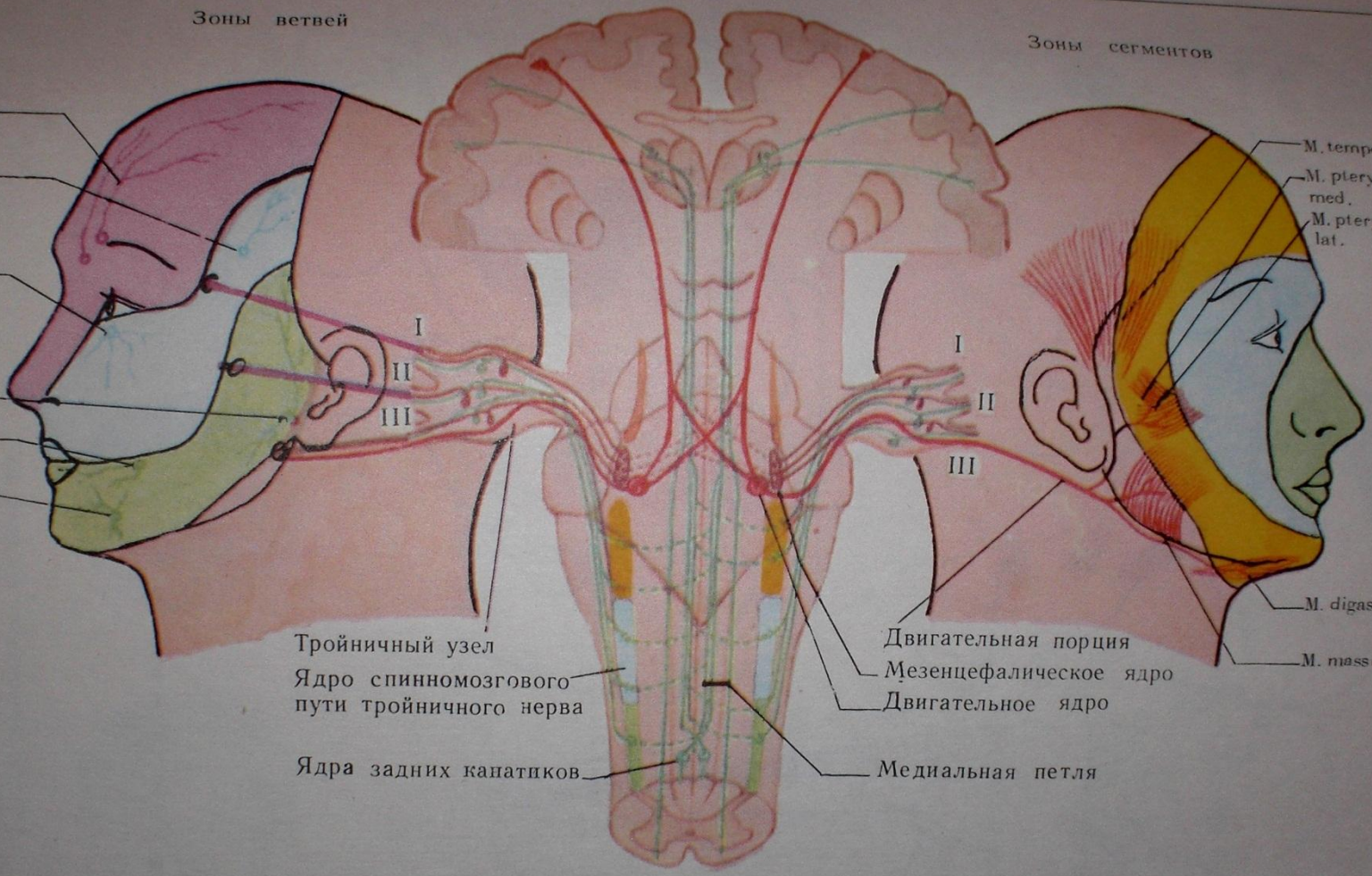
- M. temporalis
- M. pterygoideus med.
- M. pterygoideus lat.
- M. digastricus
- M. masseter

I
II
III

Тройничный узел
Ядро спинномозгового пути тройничного нерва
Ядра задних капатиков

Двигательная порция
Мезенцефалическое ядро
Двигательное ядро
Медиальная петля

Таблица 109. V пара. Тройничный нерв (n. trigeminus).



Этиология

Выделяют первичную (идиопатическую) и вторичную (симптоматическую) невралгию тройничного нерва.

1) Симптоматическая невралгия (или вторичная) развивается как одно из проявлений других заболеваний ЦНС (рассеянный склероз, глиома ствола мозга, опухоли мостомозжечковой области, стволовой инсульт и др.), также из-за воспаления верхнечелюстной пазухи, одонтогенного периостита и др.

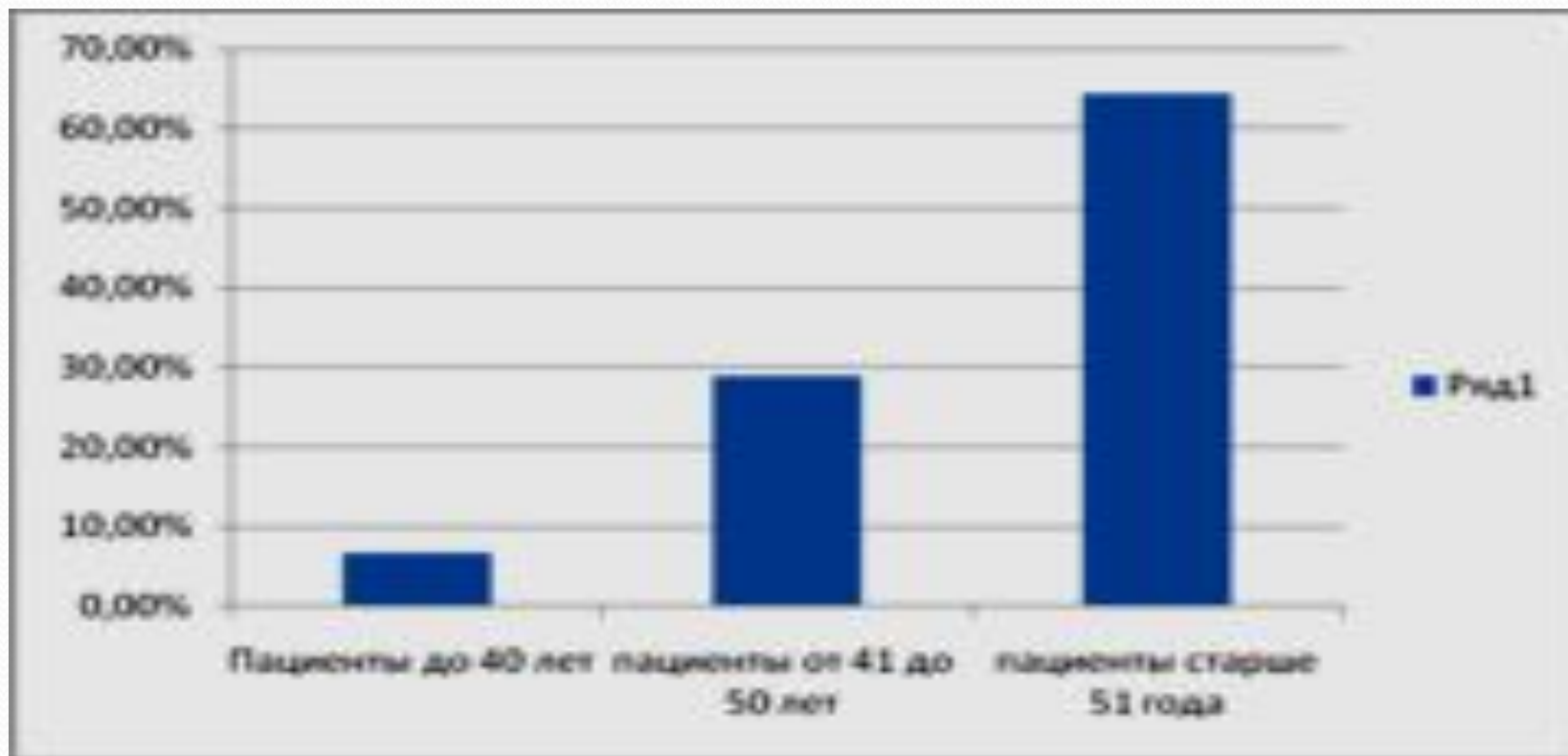
2) Первичная невралгия тройничного нерва, в подавляющем большинстве случаев, связана с компрессией корешка в области вхождения нерва в ствол мозга. Обычно сдавление обусловлено патологически извитой петлёй верхней мозжечковой артерии (в 80 %)

Патогенез

Под воздействием этиологического фактора происходит компрессия корешка тройничного нерва. За счёт влияния компрессионного фактора и длительного подпорогового раздражения в мозге формируется аллогенная система, обладающая стабильностью, высокой возбудимостью, отвечающая на любые афферентные потоки возбуждения пароксизмального типа.

Эпидемиология

Типичная, как правило, невралгия тройничного нерва дебютирует на 5-м десятилетии жизни. Чаще болеют женщины (ж:м=2:1)



Клиника

1) БОЛЬ: пароксизмального, чрезвычайно жестокого, «стреляющего» характера в лице, сравниваемая пациентами с разрядами электрического тока. Продолжительность болевого пароксизма не превышает 2 минут (чаще 10-15 сек.). Между двумя отдельными приступами бывает «светлый» промежуток, продолжительность которого зависит от выраженности обострения. Боль в период обострения имеют определенную, существенно не меняющуюся на протяжении многих лет заболевания локализацию в пределах зон иннервации тройничного нерва

Болевой приступ всегда имеет определённую направленность- боль исходит из одного участка лица и достегаает другого.

2) В период обострения болевые приступы провоцируются любыми раздражениями: разговором, жеванием, мимическими движениями.

3) Характерно, что во время болевого приступа больные не мечутся, не кричат, а ошеломлённые страшной болью замирают, потирают щёку или надавливают на висок с целью облегчить приступ (жест-антагонист)

4) **Наличие триггерных зон:** участки кожи на лице и в полости рта, слабое раздражение которых вызывает типичный пароксизм. Наиболее частое расположение триггерных зон – носогубный треугольник и альвеолярный отросток.

5) На высоте болевого приступа иногда возникают подергивание мимических или жевательных мышц (так называемый болевой тик), однако в связи с применением в лечении антиконвульсантов этот признак наблюдается редко.

6) Приступы боли обычно сопровождаются вегетативными нарушениями – заложенностью носа или отделением жидкого секрета, слезотечением, гиперемией лица.

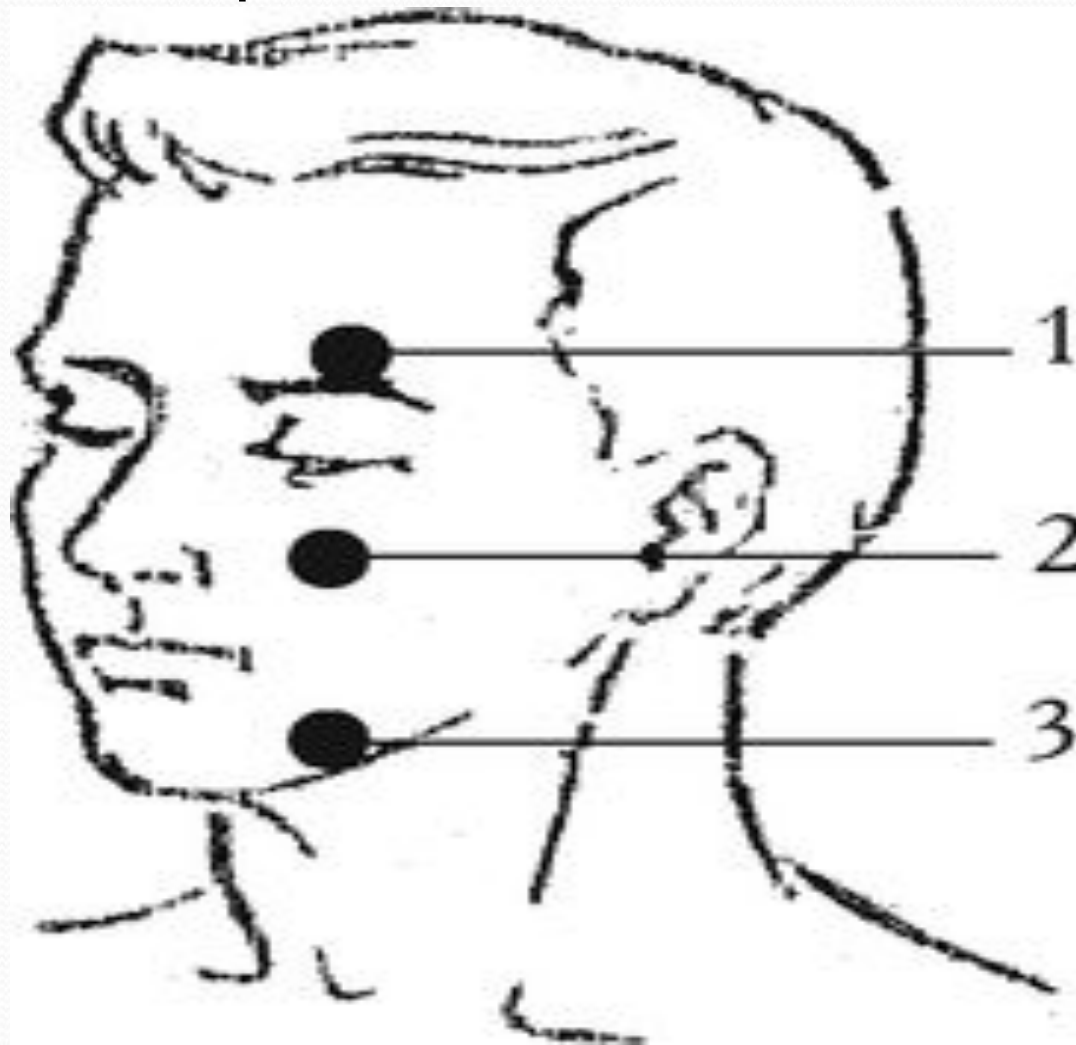
7) Отсутствие сенсорного дефекта (выпадение поверхностной чувствительности) в зоне болевых приступов

8) У ряда больных с течением времени развивается вторичный мышечно-фасциальный прозопалгический синдром: все больные в период обострения и ремиссии используют для жевания здоровую половину рта, поэтому в мышцах гомолатеральной стороны лица возникают дегенеративные изменения с развитием типичных мышечных уплотнений

9) В последующем на поражённой половине лица появляются умеренная атрофия жевательных мышц и снижение чувствительности.



10) Болезненность при надавливании точек выхода тройничного нерва на лице.



Постгерпетическая невропатия


Постгерпетическая невропатия тройничного нерва- нередкое и тяжёлое последствие поражения тройничного нерва вирусом опоясывающего ,редко простого герпеса. Клинически заболевание хар-ся постоянной, глубинной, изнуряющей болью, на фоне которой возможны повторяющиеся приступы стреляющей боли. Обычно в зоне бывших высыпаний отмечается тотальная анестезия. В 80 % случаев в процесс вовлекается глазной нерв.

Развитие заболевания проходит несколько стадий :

- 1) продромальную, предшествующую сыпи (острая боль, кожный зуд)
- 2) односторонняя сыпь на коже и слизистых (везикулы, пустулы, корочки)
- 3) заживление кожи (2-4 неделя болезни)
- 4) постгерпетическая невралгия

Клинические проявления в развёрнутой стадии весьма ТИПИЧНЫ:

- 1) рубцы на коже (на фоне её гипер- или гипопигментации) в области лба и волосистой части головы)
- 2) наличие триггерных участков на коже головы (с расчёски), лба, век.
- 3) сочетание перманентного и пароксизмального болевых синдромов.
- 4) наличие аллодинии, гипестезии, гипералгезии, гиперпатии.



Симптоматическая невралгия тройничного нерва по клиническим проявлениям не отличается от классической идиопатической невралгии, но для нее характерны : нарастание сенсорного дефицита в зоне иннервации соответствующей ветви , отсутствие рефрактерного периода после болевого пароксизма в начале заболевания, а также появление других очаговых симптомов поражения ствола мозга или смежных ЧН (нистагм, атаксия, снижение слуха)

Психогенные лицевые боли

- 1) Сопровождает психические заболевания, такие как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз. Лицевые боли сопровождаются галлюцинациями (ползание змей по голове, червяки грызут мозг и тд.)
- 2) Истерические лицевые боли- как правило симметричны, часто сочетаются с головными болями. Но данное состояние практически никак не влияет на повседневную активность пациента
- 3) Лицевые боли при депрессиях- также часто двусторонняя, сопровождается головной болью. Сочетается это всё с синдромами депрессии (двигательная заторможенность, мимические маркёры депрессии и др).

Всем больным с невралгией тройничного нерва назначается диагностический минимум:

1) ОАК, ОАМ

2) Рентгенограмма придаточных пазух носа

3) консультация стоматолога, окулиста и ЛОР-врача.



Лечение:

1) Анальгетики: метамизол (производный пиразола, оказывает анальгетическое, жаропонижающее и противовоспалительное д-ие) 250-500 мг 2-3 р/сутки или 25 %-1 мл в/м .Трамадол (опиоидный анальгетик, неселективный агонист мю-, дельта-, каппа-рецепторов в ЦНС. Обладает анальгезирующим и седативным эфф.) 1-2 мл в/м -для снятия чрезмерно сильных приступов боли , однократно дабы избежать привыкания

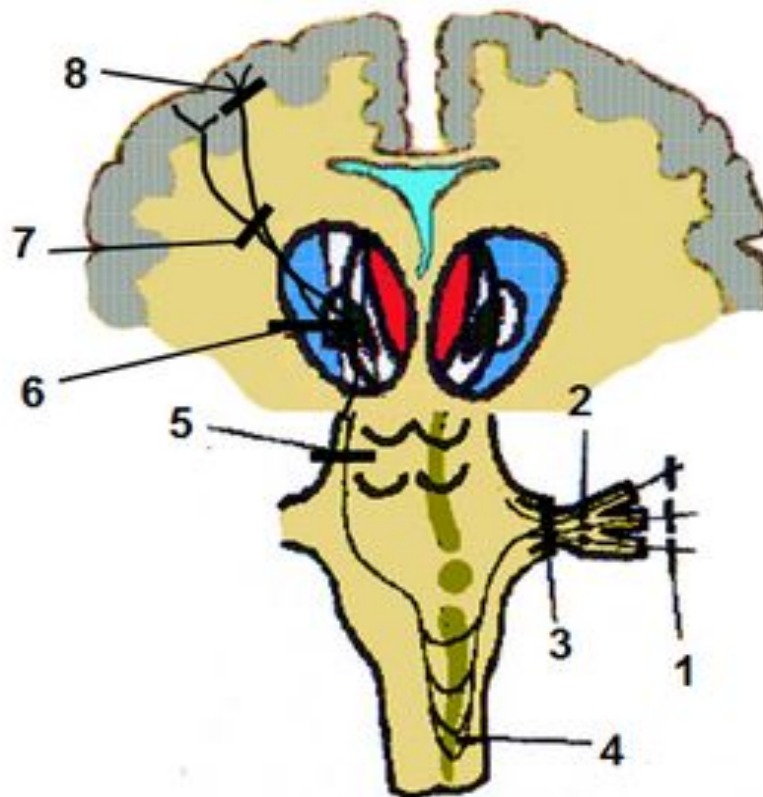
2) Карбамазепин (оказывает противосудорожное, нормотимическое, антиманиакальное, антидиуретическое и анальгезирующее д-ие.) 200 мг 3 р в день.

3) Антидепрессанты : амитриптилин
(трициклический антидепрессант из группы неизбирательных ингибиторов нейронального захвата моноаминов . Обладает антидепрессантным, седативным, анальгетическим, антибулимическим д-ем.) 12,5-25 мг 2-3 р в день.

4) НПВС: ибупрофен 200 мг 3р в день (при болях слабой и средней интенсивности.)

5) ФТЛ: электрофорез с новокаином на поражённую половину лица № 10, ИРТ № 10, лазеротерапия.

б) хирургическое лечение: микроваскулярная декомпрессия корешка нерва, ретрогассеральная терморизотомия



Уровни хирургического воздействия при невралгии тройничного нерва: 1) Ветви тройничного нерва. 2) Гассеров узел 3) Чувствительный корешок 4) Спинномозговой тракт 5) Среднемозговой тракт 6) Ядра зрительного бугра 7) Таламокортикальные связи 8) Кортикальные центры



Спасибо за внимание