

# 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



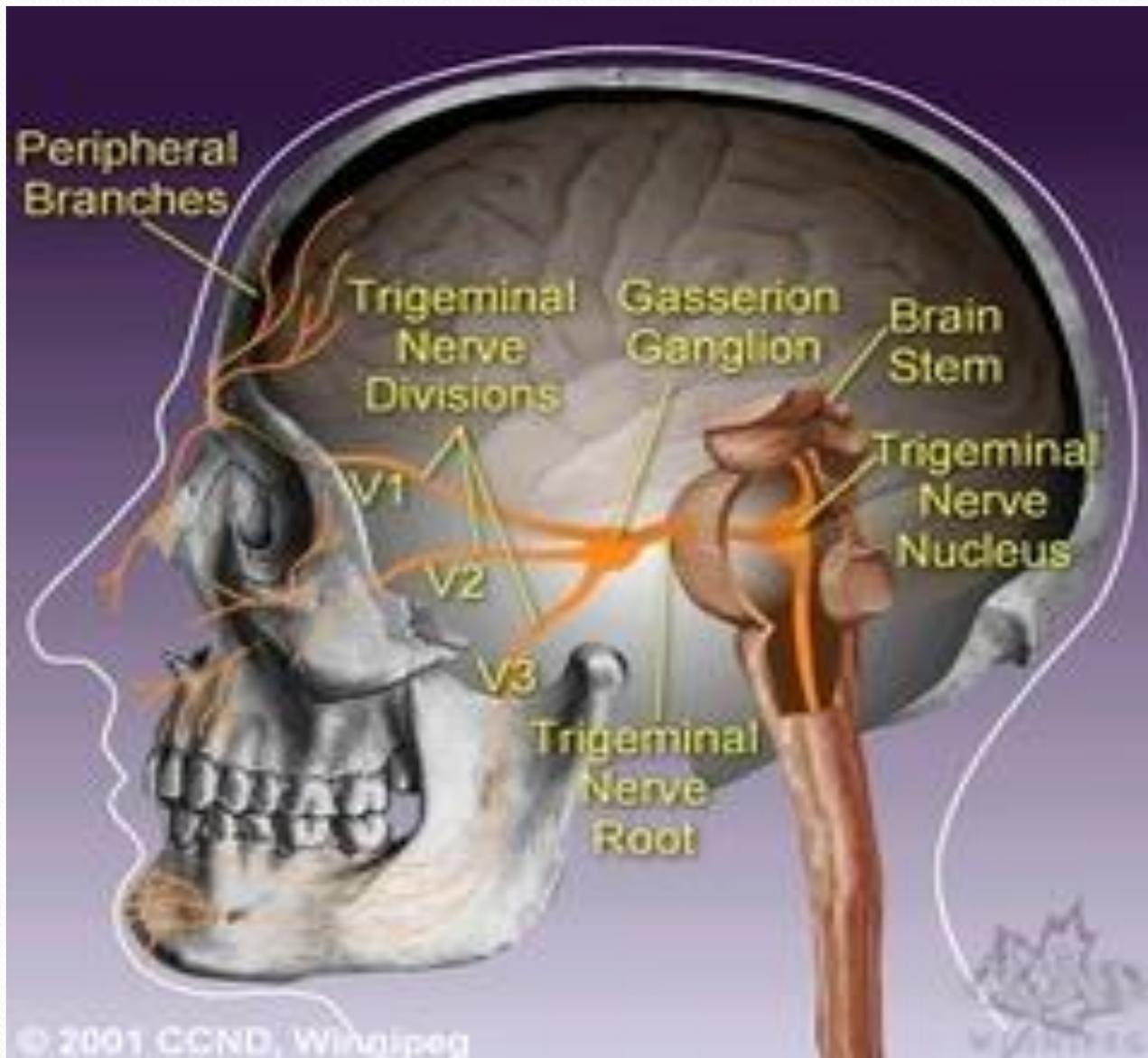
# Невралгия тройничного нерва

(синонимы : тригеминальная невралгия, болевой тик,

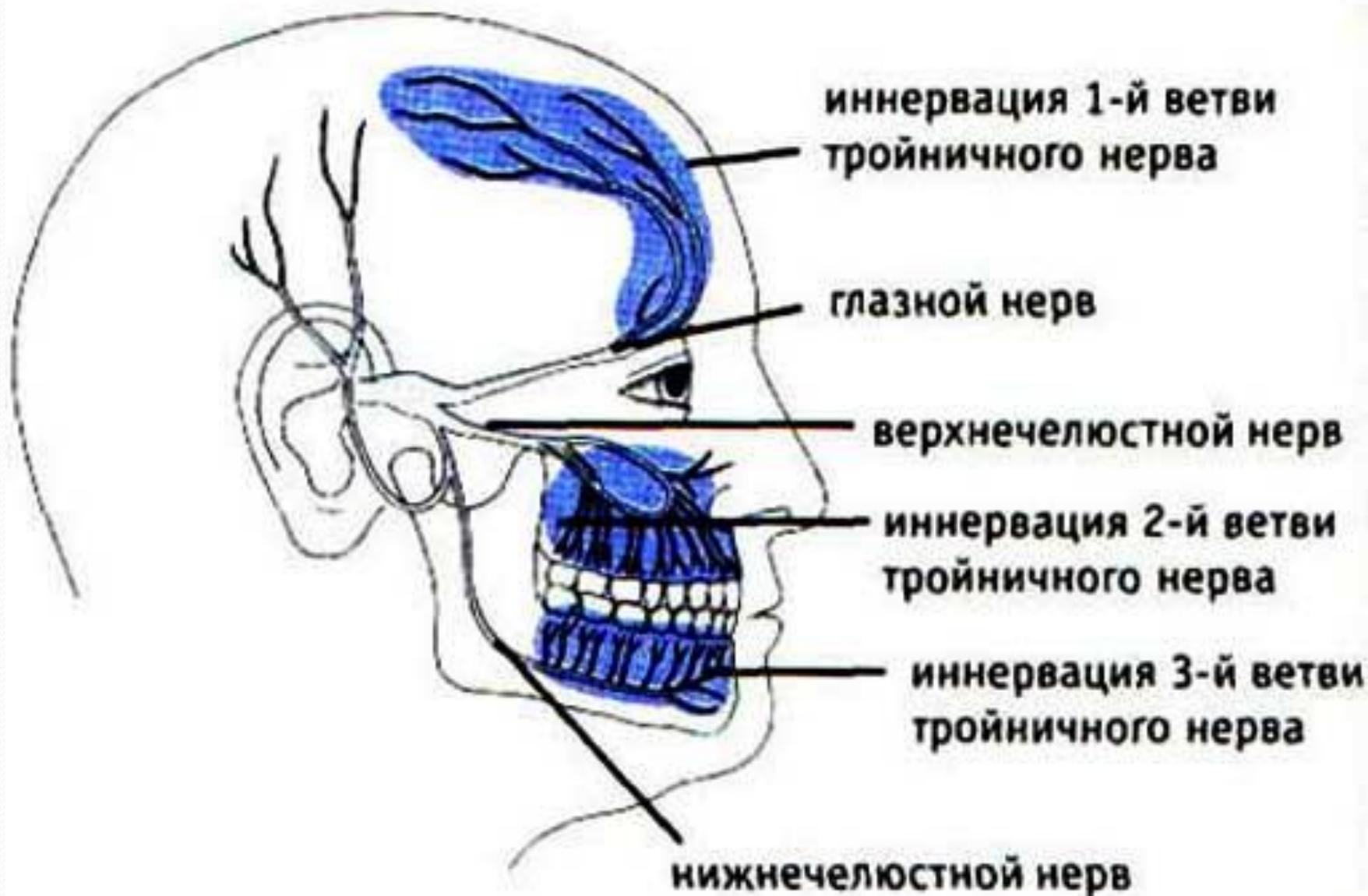
болезнь Фозергиля)

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.

Тройничный узел

Ядро спинномозгового пути тройничного нерва

Ядра задних капатиков

Двигательная порция

Мезенцефалическое ядро

Двигательное ядро

Медиальная петля

M. digastricus

M. masseter

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.

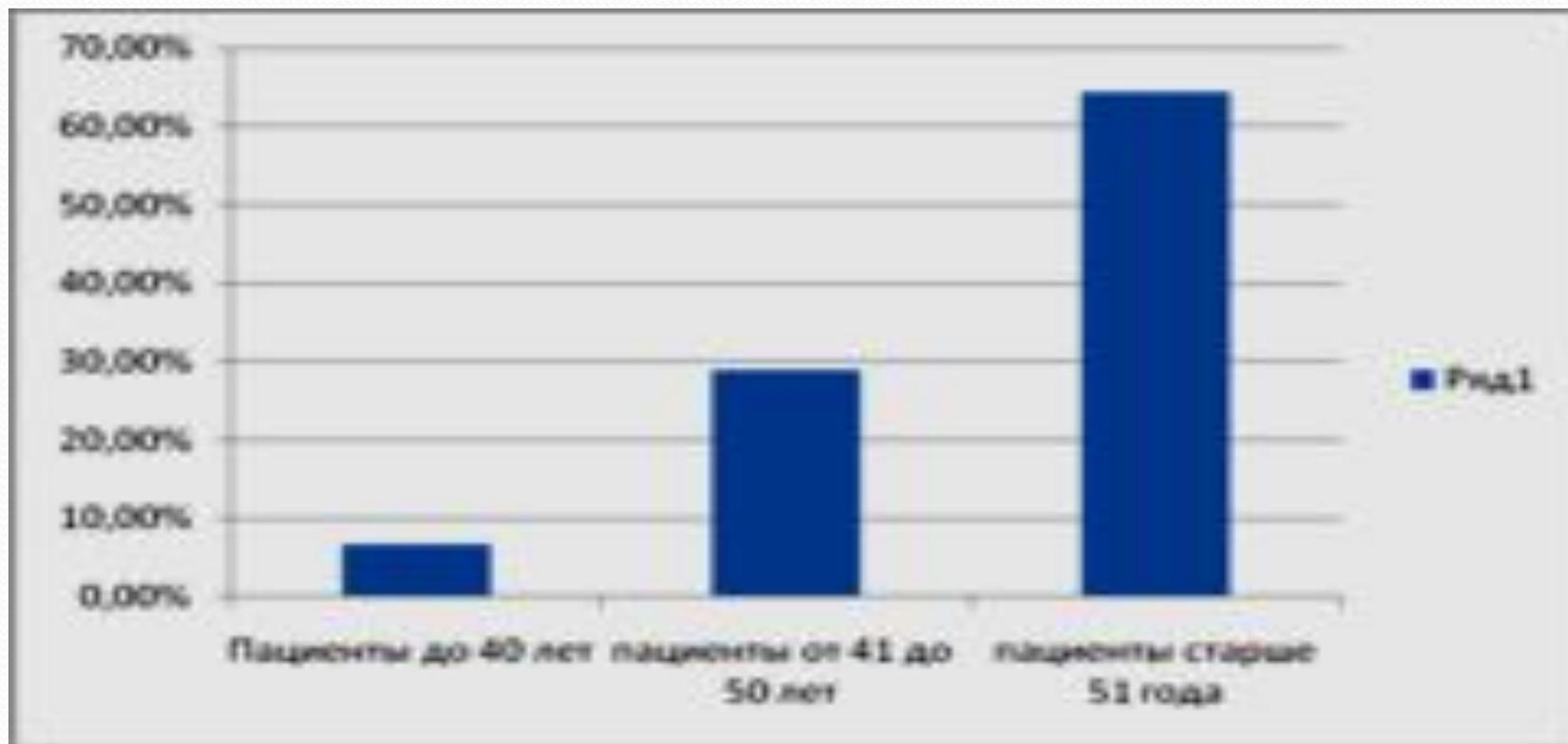
2) Первичная невралгия тройничного нерва, в подавляющем большинстве случаев, связана с компрессией корешка в области вхождения нерва в ствол мозга. Обычно сдавление обусловлено патологически извитой петлёй верхней мозжечковой артерии (в 80 %)

# 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.

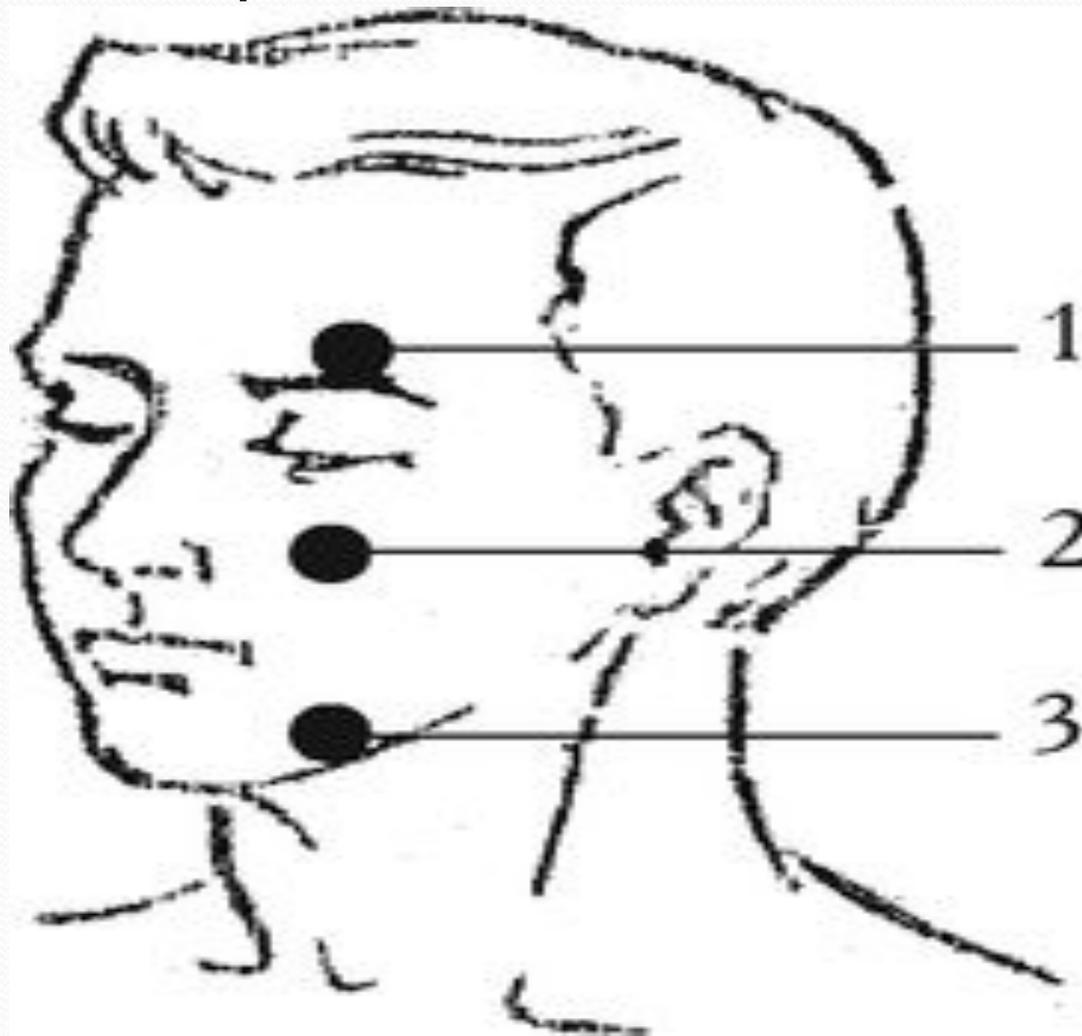
7) Отсутствие сенсорного дефекта (выпадение поверхностной чувствительности) в зоне болевых приступов

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

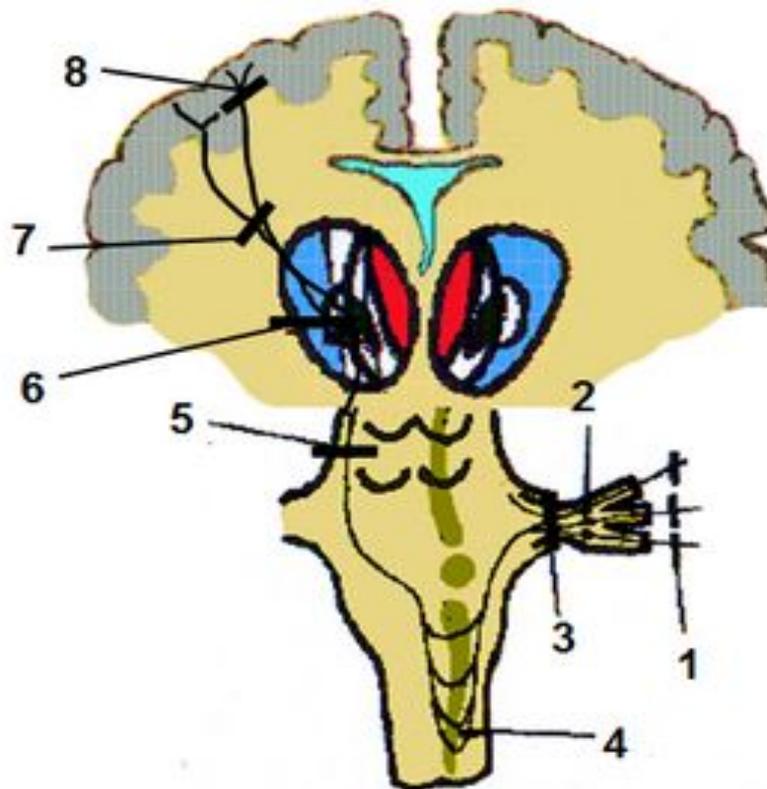
2) Карбамазепин (оказывает противосудорожное, нормотимическое, антиманиакальное, антидиуретическое и анальгезирующее д-ие.) 200 мг 3 р в день.

**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**