

ФГБОУ ВПО «РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ»

Медицинский факультет РУДН

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

**Заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии профессор, д.м.н.
Иванов С.Ю.**

Неврология тройничного нерва

Выполнили:

Муслимова Гевер

Дуюнова Анна

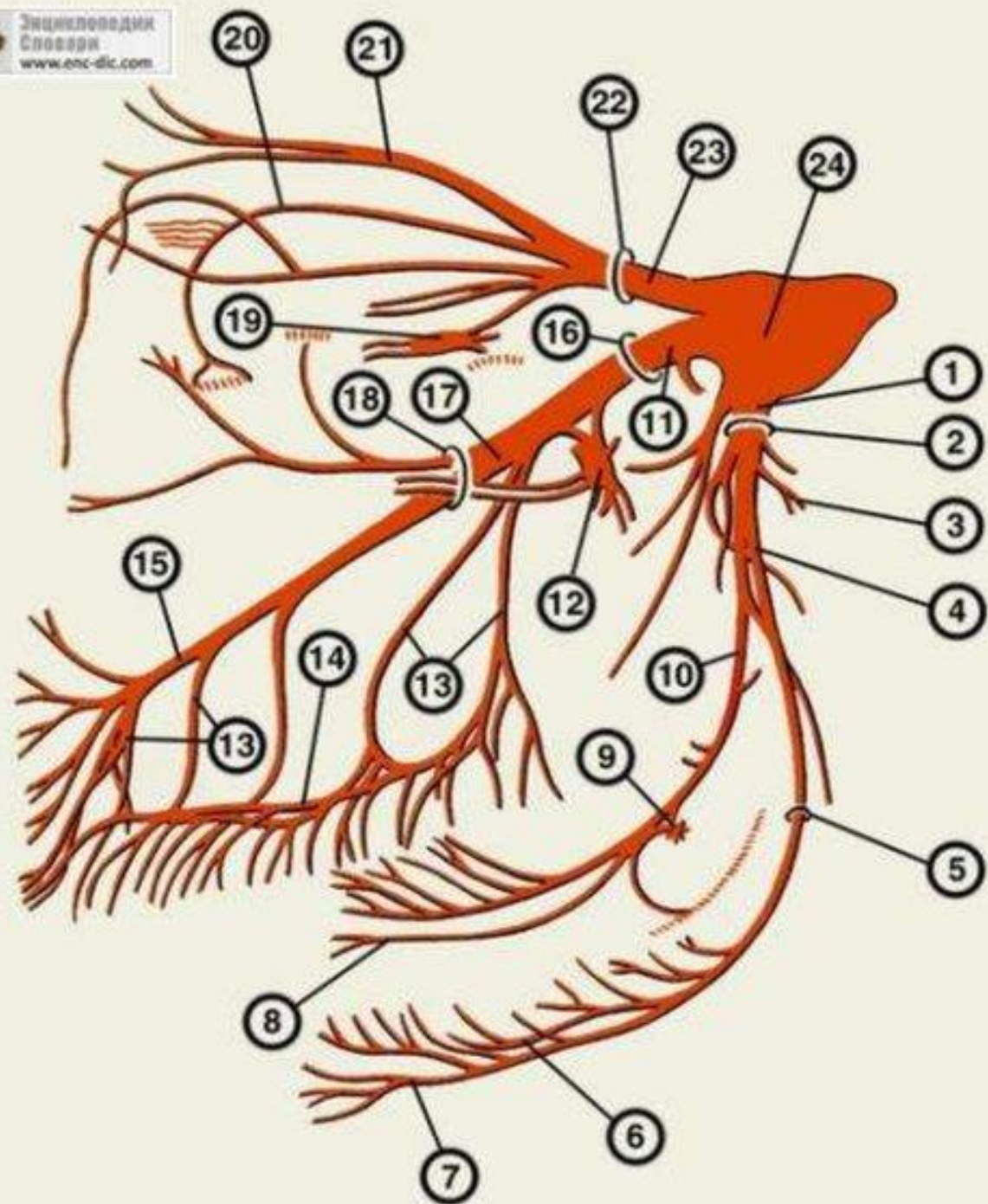
Макаренкова Жанна

Преподаватель: доцент, д.м.н.

Бекреев В.В.

Москва 2018

Невралгия тройничного нерва (тригеминальная невралгия) — хроническое заболевание, проявляющееся приступами интенсивной, стреляющей, жгучей боли в зонах иннервации тройничного нерва .



- ▶ 1 — нижнечелюстной нерв (третья ветвь тройничного нерва);
- ▶ 2 — уровень овального отверстия в основании черепа;
- ▶ 3 — ушно-височный нерв;
- ▶ 4 — нижний альвеолярный нерв;
- ▶ 5 — уровень отверстия нижней челюсти; 6 — нижнее зубное сплетение;
- ▶ 7 — подбородочный нерв;
- ▶ 8 — подъязычный нерв;
- ▶ 9 — нижнечелюстной узел;
- ▶ 10 — язычный нерв;
- ▶ 11 — верхнечелюстной нерв (вторая ветвь тройничного нерва);
- ▶ 12 — крылонебный узел;
- ▶ 13 — верхние альвеолярные нервы;
- ▶ 14 — верхнее зубное сплетение;
- ▶ 15 — подглазничный нерв;
- ▶ 16 — уровень круглого отверстия в основании черепа;
- ▶ 17 — скуловой нерв; 1
- ▶ 8 — уровень нижней глазничной щели;
- ▶ 19 — ресничный узел;
- ▶ 20 — слезный нерв;
- ▶ 21 — лобный нерв;
- ▶ 22 — уровень верхней глазничной щели;
- ▶ 23 — глазной нерв (первая ветвь тройничного нерва); 24 — тройничный узел.

Этиология

Five empty rounded rectangular boxes for notes or text.

Основными этиологическими факторами, приводящими к развитию *одонтогенных невралгий* - патологические процессы в зубочелюстной области и неэффективные или неправильные методы их лечения.

Частые причины:



Клиническая картина

Боль имеет следующие характеристики:

Приступообразный характер, длительность атаки не более 2 минут. Между двумя приступами всегда имеется "светлый" промежуток.

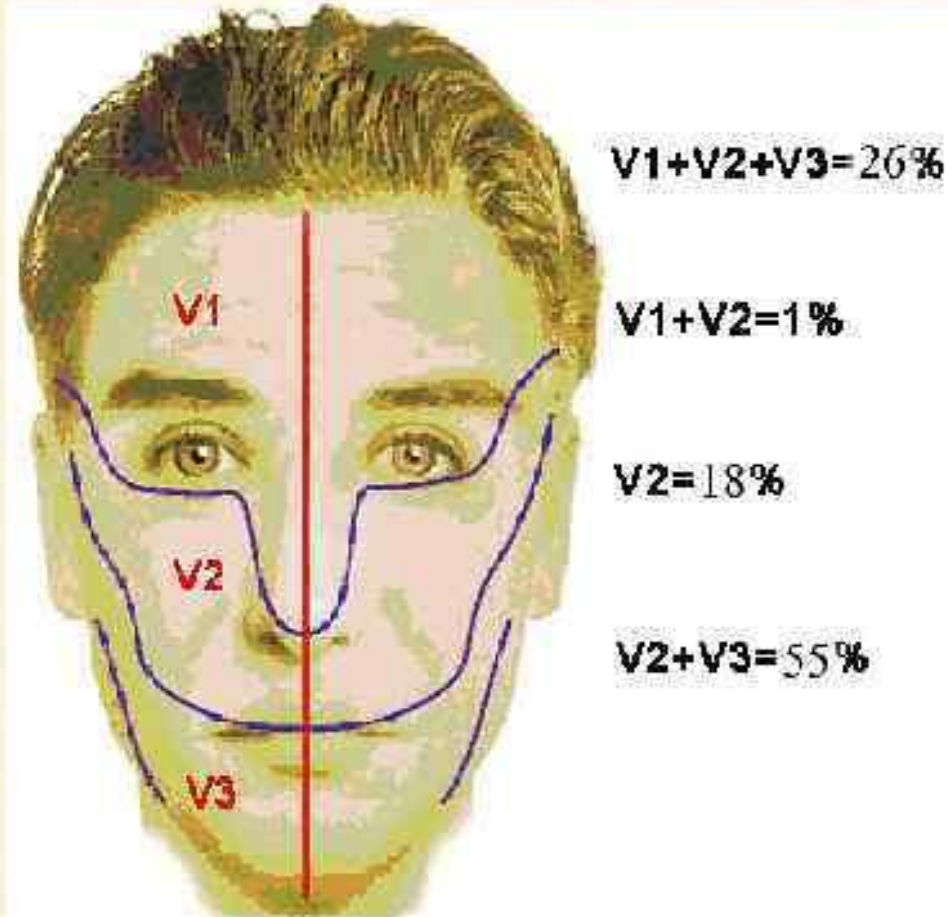
Значительная интенсивность, внезапность, напоминающие удар электрическим током.

Локализация строго ограничена зоной иннервации тройничного нерва, чаще 2 или 3 ветви (в 5% случаев 1-я ветвь).

Наличие триггерных точек (зон), слабое раздражение которых вызывает типичный пароксизм (могут находиться в болевой или безболевой зоне). Наиболее часто триггерные зоны располагаются в орофациальной области, на альвеолярном отростке, при поражении первой ветви у медиального угла глаза.

Факторы, провоцирующие начало атаки невралгии тройничного нерва:

- Легкое прикосновение к коже лица
- Умывание
- Бритье
- Чистка зубов
- Удар по носу
- Легкое дуновение ветра
- Макияж
- Улыбка
- Разговор



Клиническая картина

Типичное болевое поведение. Больные, стараясь переждать приступ, замирают в той позе, в которой застал их болевой пароксизм. Иногда растирают зону боли или совершают чмокающие движения. В период приступа больные отвечают на вопросы односложно, едва приоткрывая рот. На высоте пароксизма могут быть подергивания лицевой мускулатуры (tic douloureux).

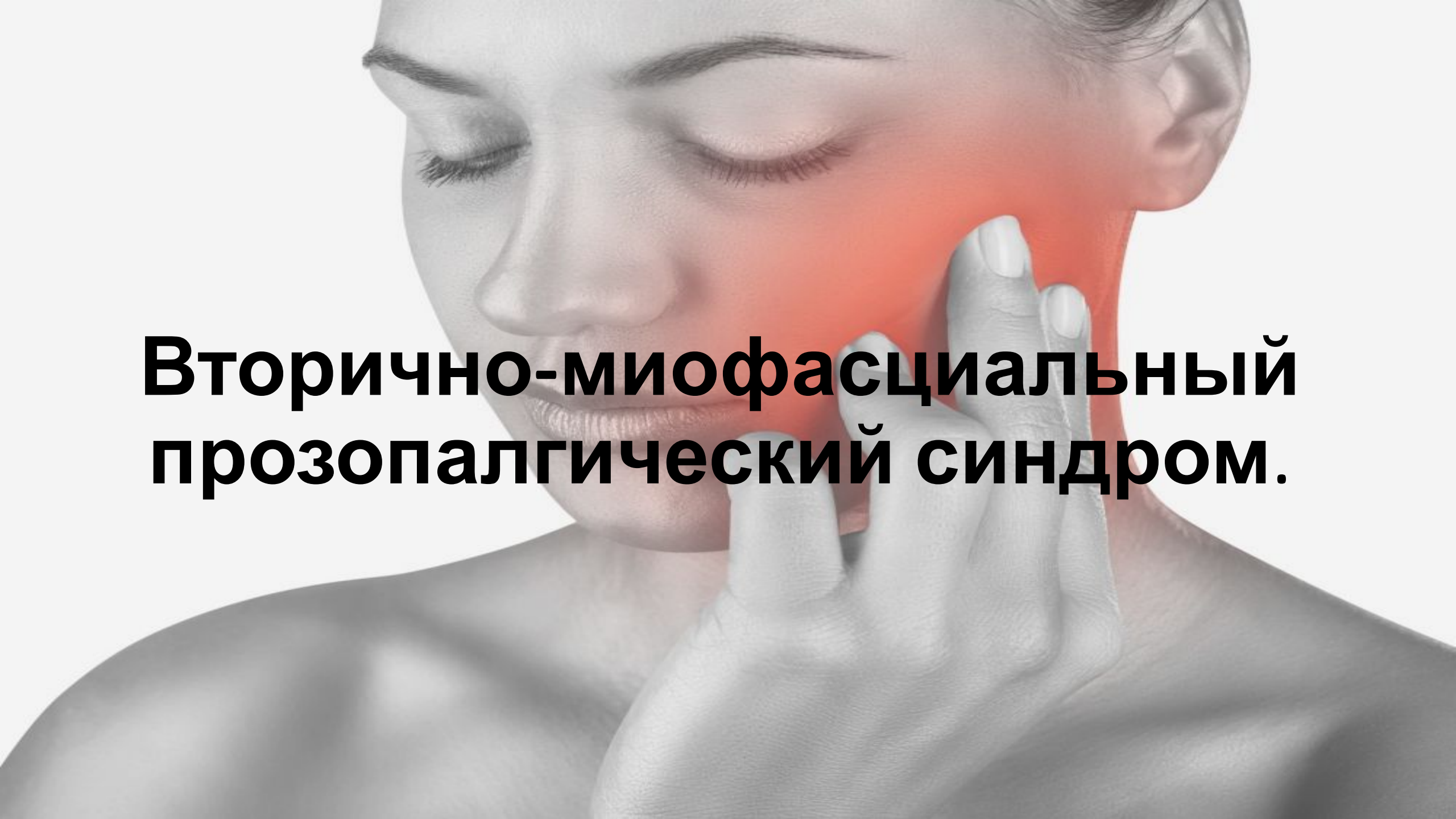
Одонтогенные невралгии чаще проявляются болями в зонах иннервации II и III ветвей тройничного нерва

Неврологический дефицит в типичных случаях отсутствует (может быть гипестезия болевой чувствительности в области пораженной ветви).

Клиническая картина

Вегетативное сопровождение приступов скудное и наблюдается менее чем у 1/3 больных (гиперемия, слезотечение, ринорея и т.п.).

Заболевание течет с обострениями и ремиссиями. В период приступов боли могут группироваться залпами. Залпы могут длиться часами, а периоды приступов продолжаются дни и недели. В тяжелых случаях значительно нарушается повседневная активность больных. В некоторых случаях возникает *status neuralgicus*, когда промежутки между отдельными залпами отсутствуют. Возможны спонтанные ремиссии, на фоне которых заболевание обычно прогрессирует. Ремиссии длятся месяцы и годы, но по мере возникновения рецидивов, больные начинают чувствовать боль, сохраняющуюся и между приступов.



**Вторично-миофасциальный
прозопалгический синдром.**

- Все пациенты с диагнозом *«невралгия тройничного нерва»*, как в периоды обострений, так и во время ремиссии, используют для жевания здоровую половину рта, в результате **чего в контралатеральной части рта образуются мышечные уплотнения** (чаще всего заднее брюшко двубрюшной мышцы и крыловидные мышцы).
- В ряде случаев при аускультации височно-нижнечелюстного сустава выявляют характерный хруст. При продолжительном течении заболевания возможно развитие дистрофической стадии, проявляющейся умеренной атрофией жевательных мышц и снижением чувствительности на пораженной половине лица.

Лечение невралгии тройничного нерва

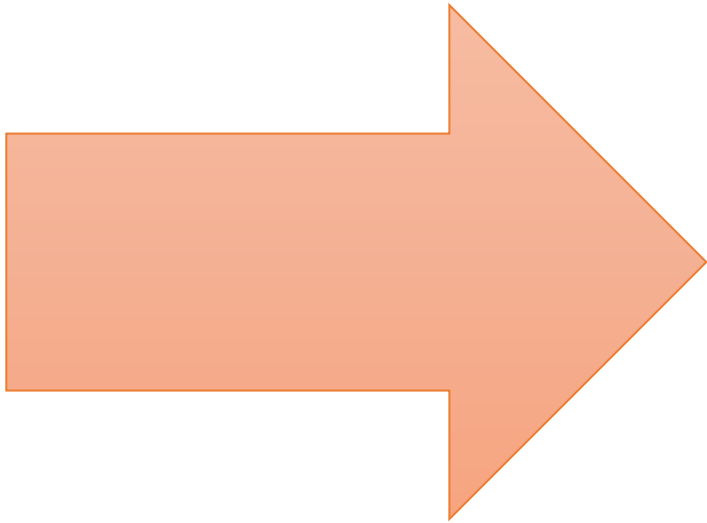


Эффективное лечение невралгии тройничного нерва осуществляется с помощью лекарств в виде таблеток и уколов:



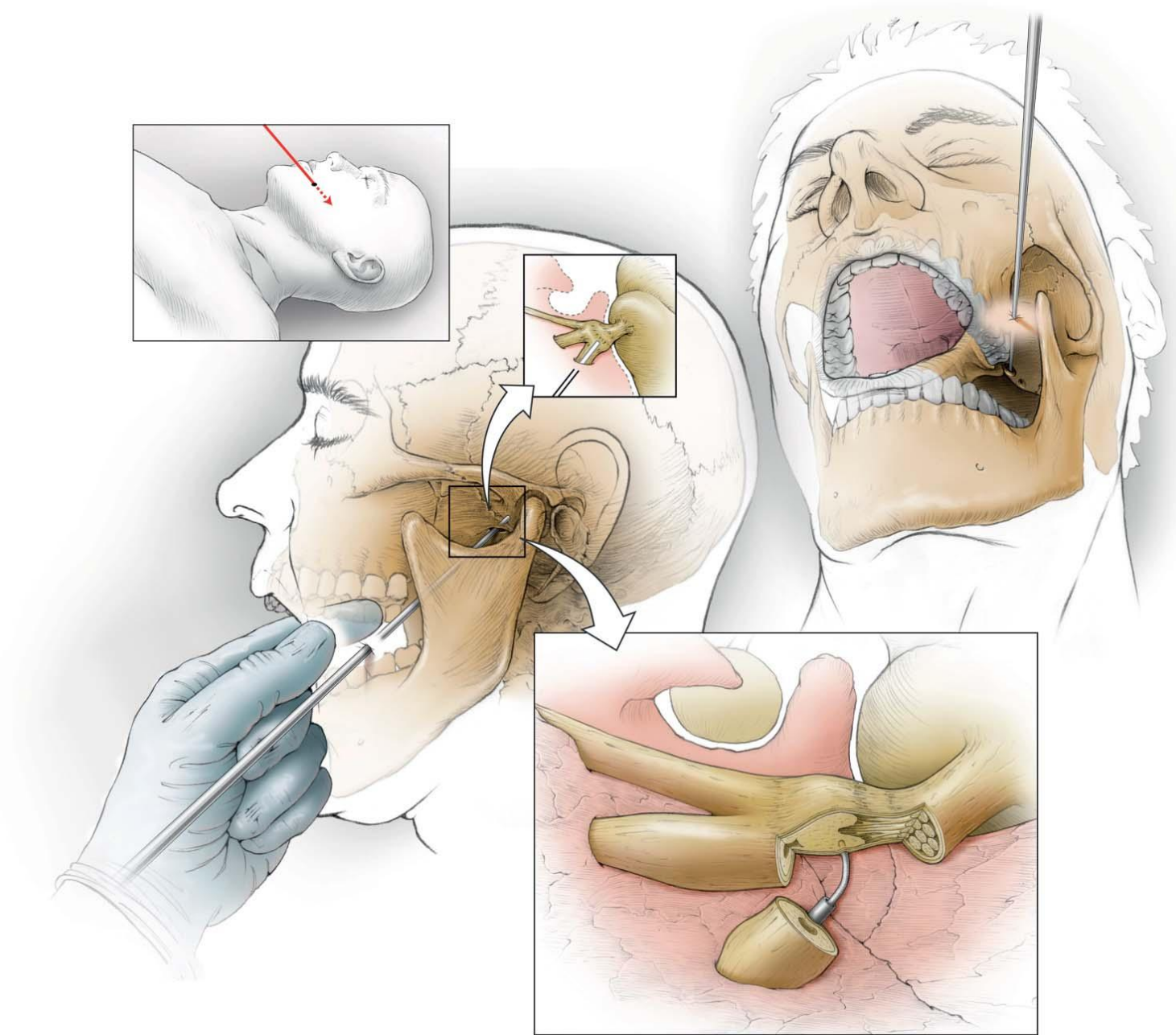
Лечение невралгии тройничного нерва

- **Хирургическое лечение** невралгии тройничного нерва применяется в том случае, если лекарственное лечение оказалось неэффективным, либо перестало производить должный эффект. Операция при невралгии тройничного нерва менее эффективна, если причиной заболевания служит рассеянный склероз.



Основные методики хирургического лечения:

- **Чрескожные операции** : не требуют госпитализации и производятся в условиях поликлиники под местным обезболиванием или краткосрочным наркозом. **Основной принцип в частичном разрушении тройничного нерва**: с помощью радиоволн, химических веществ (глицерола), или механически - с помощью баллонного катетера. После таких операций может наблюдаться потеря чувствительности некоторых зон кожи лица. Эффект чрескожных процедур тем лучше, чем раньше начато лечение.



- **Гамма-«нож»** может быть применен в условиях поликлиники. **Основной принцип в частичном разрушении тройничного нерва с помощью пучков ионизирующего излучения (без разрезов!).** Лечение с помощью гамма-ножа позволяет полностью избавиться от боли, либо значительно ослабить ее. Недостатком данного метода является отсроченный эффект: иногда для исчезновения боли требуется несколько недель или месяцев. Кроме того, в результате лечения может появиться онемение и потеря чувствительности некоторых участков кожи лица.



- **Микрососудистая декомпрессия** применяется в том случае, *когда причиной невралгии тройничного нерва является аномально расположенные артерии в полости черепа*. Операция производится под общим наркозом. Во время операции врач производит трепанацию (вскрытие черепной коробки), выделяет тройничный нерв и определяет его взаиморасположение с окружающими сосудами. Между нервом и близкорасположенными сосудами устанавливается прокладка. Уже спустя 7-10 дней после операции больного выписывают.

- **Микроваскулярная декомпрессия тройничного нерва-изоляция корешка от сосуда при помощи тefлонового протектора.**



Успехов, доктора!

