

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ**

НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

**Учебное пособие для студентов 4 и 5 курсов
стоматологического факультета**

Краснодар, 2012

УДК 616.833.15(075.8)

ББК 56.12

Н 40

Составители: проф. Т.В. Гайворонская, доцент Г.Г. Свешников,
доцент В.Я. Лукашов, доцент Шафранова С.К.

Невралгия тройничного нерва. Учебное пособие для студентов 4 и 5 курсов
стоматологического факультета. – Краснодар, 2012г.

Рецензенты:

- Д. м. н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии с курсом
неврологии и нейрохирургии ФПК и ППС Барабанова М. А.
- Доцент кафедры стоматологии ФПК и ППС КубГМУ Гуленко О. В.

Учебное пособие составлено в соответствии с Государственным
образовательным стандартом по специальностям: «Примерная программа
дисциплины «Хирургическая стоматология, ВЧЛХ, ЛФК, Реабилитология» -
2002г.; «Программа по стоматологии для студентов лечебных,
педиатрических и медико-профилактических факультетов высших
медицинских учебных заведений» -2002г.

Учебное пособие подготовлено для студентов стоматологических
факультетов медицинских ВУЗов и может быть использовано для судентов
лечебного и педиатрического факультетов.

Печатается по решению ЦМС КГМУ.

Протокол №4 от 19.11.2012 года

ПРЕДИСЛОВИЕ

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.

Цель пособия – ознакомить студентов стоматологического факультета с клиникой, дифференциальной диагностикой и лечением невралгии тройничного нерва.

Структура пособия. Пособие изложено на _____ страницах машинописного текста, состоит из введения, 3 глав, списка литературы, иллюстрировано рисунками.

Отличительная особенность – обобщение накопленной информации из разных источников

Введение

Прозопалгия (prosopon лицо + algos боль) – боли различного генеза в области лица.

1. Классификация прозопалгий [Л.Г. Ерохиной]:

А. Соматолгии - боли в области лица, локализованные в зоне иннервации периферических ветвей чувствительных нервов.

- 1) Прозопалгии, обусловленные поражением тройничного нерва (типичная невралгия);
- 2) Прозопалгии, обусловленные поражением других черепно-мозговых нервов (невралгия языко- глоточного нерва, невралгия верхнегортанного нерва).

Б. Симпатолгии – боли, несвязанные с каким либо периферическим чувствительным нервом лица, соответствующие преимущественно распределению артериальных стволов или зонам вегетативной иннервации.

- 1) Сосудистые лицевые боли (лицевая мигрень, лицевые ангионевралгии, каротидно-темпоральный синдром).
- 2) Связанные с непосредственным поражением вегетативной иннервации лица (боли в лице при поражении верхнего шейного, звездчатого узлов, невралгия крыло-небного узла, аурикулотемпоральный синдром, невралгия ушного узла и др.)

В. Сочетанные формы прозопалгий.

Глава 1

Невралгия тройничного нерва

Недуг этот проявляется сильнейшей болью. Тот, кому довелось перенести всего 1-2 приступа невралгии тройничного нерва, не может забыть их очень долго.

Распространенность невралгии тройничного нерва (НТН) достаточно велика и составляет до 30 - 50 больных на 100 000 населения, а заболеваемость по данным ВОЗ находится в пределах 2 - 4 человек на 100 000 населения.

Чаще НТН встречается у женщин 50 - 69 лет и имеет правостороннюю локализацию. Развитию заболевания способствуют различные сосудистые, эндокринно-обменные, аллергические расстройства, а также психогенные факторы.



1.1 Обследование неврологического больного

Особенности опроса больных:

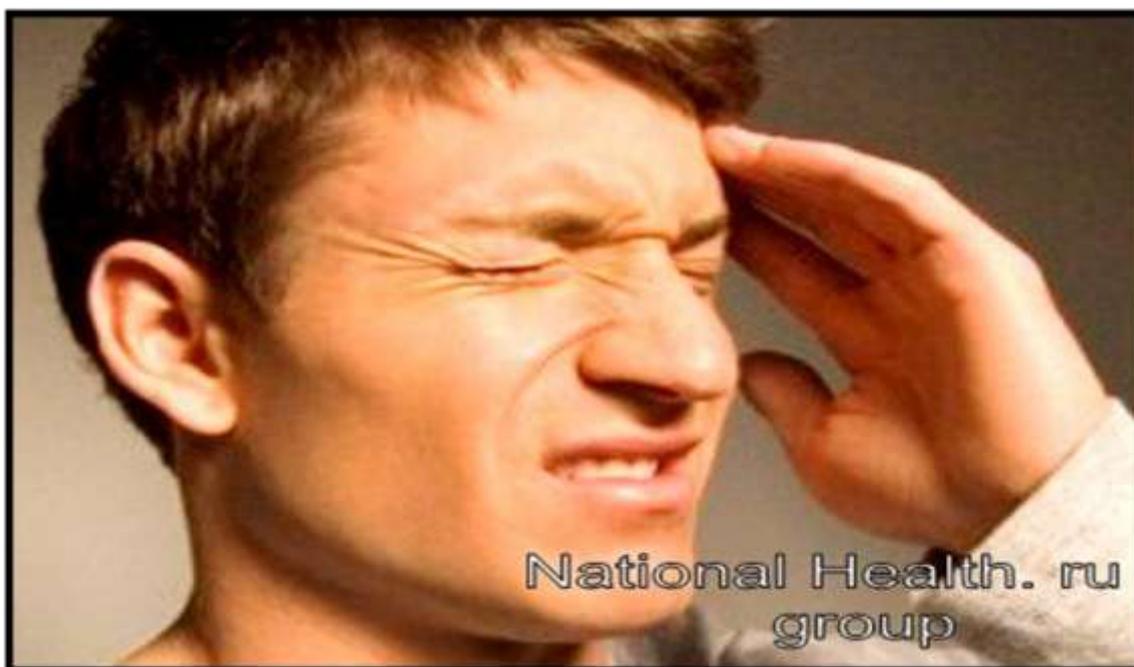
- уточнить характер боли (приступообразный или постоянный);
- уточнить зону иррадиации боли (соответствует или не соответствует топографии ветвей тройничного нерва);
- уточнить зону локализации боли (боль локальная или распространенная; рисунок боли);
- выяснить периоды возникновения боли в зависимости от времени суток (ночные, дневные боли, или боли, не связанные со временем суток);
- уточнить продолжительность боли (несколько секунд, минут, часов или суток);
- выяснить зависимость возникновения боли от приема пищи (прекращение боли или ее появление);
- выяснить наличие на лице курковых зон (есть или нет на лице точки, при дотрагивании к которым появляется боль).

1.2 Классификация невралгии тройничного нерва

Различают две формы невралгий тройничного нерва:

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

Смешивать невралгии тройничного нерва центрального и периферического генеза в одно заболевание нельзя, т.к. каждая из этих форм имеет свои особенности клинического течения и этиологическое развитие.



1.3 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;

❖ эндокринные заболевания и др.

Клиническая картина

Заболевание характеризуется появлением острых, режущих приступообразных лицевых болей. Больные сравнивают их с "прохождением электрического тока". Болевые пароксизмы продолжаются от нескольких секунд до нескольких минут. Частота приступов различная. Боли могут возникать спонтанно, но чаще появляются при движении мускулатуры лица (во время разговора, еды, умывания, бритья и т.д.), больные застывают в определенной позе, боятся пошевелиться (задерживают дыхание или усиленно дышат, сдавливают болезненный участок или растирают его пальцами, некоторые совершают жевательные или причмокивающие движения).

Боли захватывают определенную область лица, которая иннервируется той или иной ветвью тройничного нерва (чаще II или III ветвь, реже I). Боли сопровождаются вегетативными проявлениями - гиперемией лица, слезотечением, ринореей, гиперсаливацией (редко сухость полости рта). Появляются гиперкинезы мышц лица - подергивание мышц подбородка, глаза или других мышц. Приступ болей прекращается внезапно.



Для невралгии тройничного нерва центрального генеза (встречается в 84% случаев) характерно наличие *курковых (триггерных) зон*, т.е. участков кожи или слизистой оболочки, раздражение которой провоцирует появление

приступа боли. Курковые зоны на коже лица имеют назолабиальное расположение, т.к. локализуются в области губ и носа. Однако имеются триггерные зоны и на слизистой оболочке полости рта (на нёбе, альвеолярном отростке верхней и нижней челюстей или в другом участке). Курковые зоны на слизистой оболочке всегда локализуются на стороне поражения тройничного нерва. *Болезненные точки Валле* - проекция выхода ветвей тройничного нерва из костного отверстия в мягкие ткани лица.

Нередко больные отмечают, что приступу боли предшествует *вегетативная аура* - гипертермия или слезотечение на больной стороне. У других больных возникновению боли предшествуют парестезии в виде "ползания мурашек", зуда или покалывания.

Kranzl В. установил взаимосвязь между колебаниями кровяного давления и приступами заболевания. Частота приступов также возрастает с повышением давления воздуха.

Между приступами болей никаких ощущений на пораженной стороне нет. При длительном течении невралгии на соответствующей стороне появляется сухость кожи, выпадение ресниц, себорейная экзема, гиперпигментация и даже атрофия жевательных, а иногда и мимических мышц. Изредка больные отмечают, что между приступами острой боли у них остаются постоянные колющие, давящие, ломящие боли определенной степени выраженности.

У некоторых больных отмечаются двусторонние невралгии тройничного нерва центрального генеза. Клиническая симптоматика подобна односторонним невралгиям. Боли могут возникать вначале на одной, а затем на другой стороне, хотя иногда появляются одновременно с двух сторон.

Наиболее часто поражаются II и III ветви тройничного нерва. Заболевание длится от нескольких месяцев до нескольких лет (иногда десятками лет).



1.4 Невралгия тройничного нерва преимущественно периферического генеза

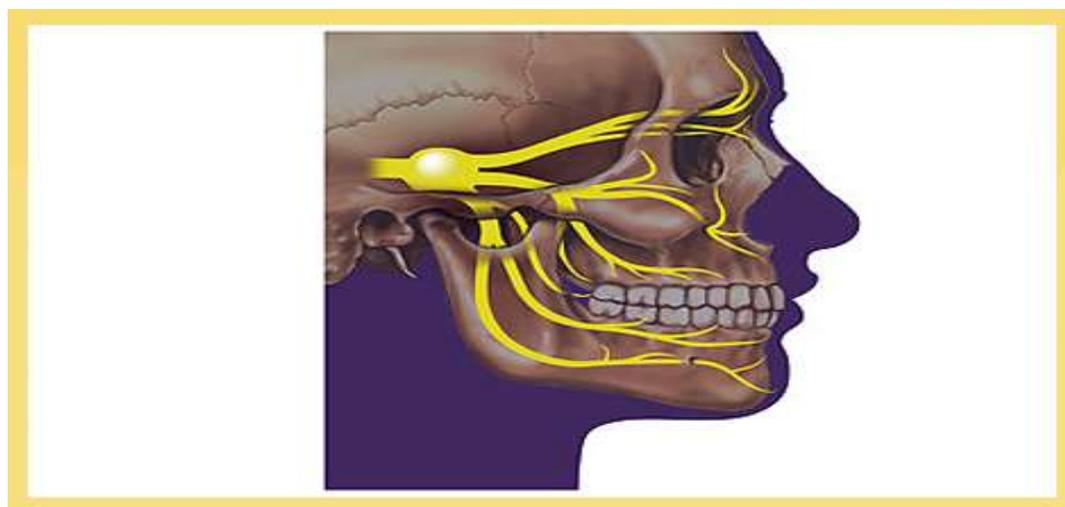
Этиологические факторы:

- ❖ опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей и костей лицевого скелета;
- ❖ протезы, которые травмируют слизистую оболочку рта или нарушают высоту прикуса;
- ❖ при оссификации нижнечелюстного канала или подглазничного отверстия;
- ❖ простой или опоясывающий лишай (вызывается нейротропным вирусом)

Клиническая картина

Клинически заболевание характеризуется наличием приступообразных болей по ходу соответствующих ветвей тройничного нерва. Болевые пароксизмы при невралгиях тройничного нерва периферического и центрального генеза неотличимы между собой. Боли распространяются по ходу II и III ветвей тройничного нерва.

Вегетативная симптоматика (слезотечение, ринорея, гиперсаливация и др.) при периферических невралгиях выражена не так четко. Курковые (триггерные) зоны встречаются не так часто (в 47% случаях), реже болезненные точки Валле. Вегетативной ауры нет.



По мнению А.И. Трещинского и А.Д. Динабург существует связь между зонами иррадиации боли и зоной ее зарождения. Если, например, приступы начинаются в области альвеолярного отростка верхней челюсти (соответственно молярам и премолярам), то боль иррадирует в область бугра верхней челюсти и т.д. На высоте приступа боли могут иррадиировать в лоб, висок, затылок, шею.

Проведение аппликационной анестезии в области зоны зарождения боли может предотвратить появление болевых пароксизмов. Блокируя, путем проведения местной анестезии (диагностическая блокада), пораженный

периферический участок тройничного нерва прекращаются болевые пароксизмы на 1-2 часа, реже более 3-х часов.

Таким образом, из ранее сказанного следует, не смотря на различия строения, клиническая симптоматика невралгии тройничного нерва центрального и периферического генеза имеет сходное течение. Диагноз уточняется за счет правильно и тщательно собранного анамнеза, изучения клинической симптоматики невралгических проявлений и проведения диагностических блокад с местными анестетиками.

Глава 2

Дифференциальная диагностика невралгии тройничного нерва

2.1 Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита и невралгии тройничного нерва

Общее: приступообразная боль со «светлыми» промежутками.

Различия: 1) При невралгии температурные раздражители, как правило, не провоцируют приступ боли, боль возникает от различных движений мышц лица и при прикосновении к «курковым» зонам.

2) При невралгии боль самопроизвольно никогда не возникает ночью, в отличии от пульпита.

3) В результате обследования зубного ряда не выявляются зубы, которые могут давать приступообразные боли.

2.2 Дифференциальная диагностика невралгии тройничного нерва с острым гнойным или обострившимся гнойным периодонтитом

Общее: иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва.

Различия: при невралгии тройничного нерва боль имеет самопроизвольный, приступообразный (со светлыми промежутками) характер с некоторой периодичностью в повторении приступов; приступ может начаться при раздражении определенных участков кожи лица или слизистой оболочки полости рта.

При остром гнойном или обострившемся гнойном периодонтите боль связана с пораженным зубом, который больной может точно указать. Она имеет постоянный характер (иногда с короткими светлыми промежутками), курковая зона отсутствует, боль усиливается при перкуссии этого зуба, от горячего и в горизонтальном положении больного.

2.3 Дифференциальная диагностика острого одонтогенного гнойного гайморита с невралгией тройничного нерва

Общее: боли, иррадиирующие по ходу второй ветви тройничного нерва в лоб, висок, глаз, а также зубы верхней челюсти.

Различия: при остром одонтогенном воспалении верхнечелюстной пазухи

1) боль носит постоянный характер и усиливается при перкуссии группы зубов верхней челюсти;

2) из ноздри на стороне поражения отмечаются гнойные выделения, увеличивающиеся при наклоне головы, острота обоняния понижена;

3) в полости носа обнаруживаются отечность и гиперемия слизистой оболочки и гнойные выделения из-под средней носовой раковины. На обзорной рентгенограмме имеется затемнение соответствующей пазухи;

4) отмечается нарушение общего состояния больного (повышенная температура тела, головная боль, общая разбитость).

При невралгии тройничного нерва: 1) боль носит самопроизвольный, не связанный с каким-либо патологическим процессом, приступообразный характер, с определенной периодичностью в повторении приступов. Боль может начаться при раздражении определенных участков кожи лица или слизистой оболочки полости рта, не усиливается при перкуссии группы зубов верхней челюсти;

2) гнойные выделения из носа отсутствуют.

3) на обзорной рентгенограмме затемнение верхнечелюстной пазухи отсутствует;

4) температурная реакция организма не наблюдается.

2.4 Миофасциальный болевой синдром лица (синдром Костена)

Очень часто мышечная боль лица ошибочно трактуется, как невралгия тройничного нерва.

Общее: Иррадиация болей в височную или подглазничную область, а в некоторых случаях затылок и позвоночник.

Различия: Тупая, ноющая головная боль и в ВНЧС. Боль и чувствительность при пальпации околоушной области или наружного слухового прохода, а также при открывании и закрывании рта. Щелканье и крепитация в ВНЧС. Наличие болезненных и спазмированных участков в жевательных мышцах. Боль в мышцах усиливается при открывании рта. Пальпация ВНЧС безболезненная, увеличен размах движений нижней челюсти.

Возможные причины:

- нарушение прикуса и неправильное смыкание зубов;
- произвольное напряжение мышц при нервном истощении и депрессии (боль может быть очень сильной);
- перенесенная травма ВНЧС, перенесенный перелом челюсти;
- разрыв или смещение суставного диска ВНЧС.

Мышечные боли лица хорошо и быстро поддаются лечению.

2.5 Дифференциальная диагностика невралгий тройничного нерва с другими прозопалгиями

2.5.1 Ганглионит крылонёбного узла (*синдром Sluder*)

Характеризуется резкими болями в периорбитальной области, в глазном яблоке, в области корня носа, верхней и нижней челюстях, а иногда и в зубах. Боли иррадиируют в язык, мягкое нёбо, висок, затылок, ухо, шею, лопатку, плечо. Боли длятся от нескольких минут до нескольких часов. Обязательно резко выражены вегетативные симптомы - гиперемия и отечность кожи половины лица, слезотечение, ринорея.

Имеется гиперемия и отечность слизистой оболочки заднего отдела носовой полости. Болевой приступ прекращается после проведения аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости, что служит дифференциально - диагностическим критерием, который указывает на наличие у больного ганглионита крылонёбного узла.

2.5.2 Ганглионит полулунного узла.

Полулунный ганглий - это чувствительный ганглий тройничного нерва, лежащий на передней поверхности пирамиды височной кости. Провоцируется инфекционными заболеваниями, сосудистыми поражениями, интоксикациями и другими факторами. Отмечается многоочаговая боль в зоне иннервации трех ветвей тройничного нерва с иррадиацией в половину головы. Боль носит случайный характер. Имеются расстройства всех видов чувствительности на соответствующей половине лица. Появляются герпетические высыпания на коже лица (чаще в проекции I ветви тройничного нерва). Длительность герпетических высыпаний 1-2 недели.

2.5.3 Ганглионит ресничного (цилиарного) узла (*синдром Оппенгейма*).

Характеризуется приступами острой боли в области глазного яблока. Боли часто возникают в ночное время и сопровождаются выраженной вегетативной симптоматикой (ринорея, слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюнктивы глаза). Приступ боли длится около получаса, а иногда и несколько часов. При пальпации имеется болезненность глазного яблока. Характерно появление герпетических высыпаний на коже лба и носа. У больных могут развиваться конъюнктивиты и кератиты.

2.5.4 Невралгия носоресничного нерва (*синдром Шарлена*).

Отмечаются мучительные боли в области глазного яблока, надбровья с иррадиацией в соответствующую половину носа. Боли возникают ночью, выражена вегетативная симптоматика. Болезненность при пальпации половины носа и внутреннего угла глазницы. Герпетические высыпания на

коже носа и лба. Явления кератоконъюнктивита. Боли исчезают после проведения аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости, что служит диагностическим критерием невралгии носоресничного нерва.

2.5.5 Ганглионит ушного узла.

Имеются приступы жгучих болей, локализующихся спереди от наружного слухового прохода и в височной области. Приступы длятся от нескольких минут до часа. Боли иррадируют в нижнюю челюсть, зубы и шею. Появляется ощущение заложенности и хлопанье в ухе. Во время приступа боли наблюдается гиперсаливация с соответствующей стороны. Боли провоцируются надавливанием на область наружного слухового прохода (между наружным слуховым проходом и головкой нижней челюсти). Боли исчезают после проведения внутрикожной анестезии впереди козелка уха, что является диагностическим критерием наличия ганглионита ушного узла.

2.5.6 Невралгия ушно - височного нерва (*аурикуло–темпоральный синдром, околоушный гипергидроз, синдром Фрей*).

Lucie Frey описала его под названием "синдрома аурикуло-темпорального нерва". Andre Thomas объяснил появление синдрома вращением части регенерирующих потовых и сосудорасширяющих волокон в слюноотделительные волокна. Перерезка ушно-височного нерва приводит к устранению клинической симптоматики.

Возникает после оперативных вмешательств на околоушной железе, травмы мягких тканей околоушной области, переломов мышечного отростка нижней челюсти, плоскостной остеотомии нижней челюсти.

Характеризуется ноющими или жгучими болями и появлением вегетативно-сосудистых расстройств в околоушно-жевательной области (гипергидроз, покраснение, потепление, гиперестезия). Развивается чаще всего во время еды или при виде пищи (слюногонной), которая вызывает повышенное слюноотделение. Синдром может вызываться курением, нервными стрессами, перегревом организма.

2.5.7 Невралгия языкоглоточного нерва.

Приступообразные боли, которые начинаются с корня языка или в области миндалина. Иррадируют в небную занавеску, глотку, ухо, глаз, нижнюю челюсть и даже шею. Боли возникают при разговоре, глотании, приеме пищи (особенно очень холодной или горячей). Приступы длятся 1-3 минуты. Интервалы между приступами различны. Во время приступа появляется сухость в горле, а после приступа боли – усиленная саливация.

При проведении дифференциальной диагностики этого заболевания нужно помнить, что боли всегда начинаются в корне языка или в области

миндалин, а механическое раздражение этих участков всегда провоцирует приступ. При смазывании корня языка, миндалины и задней стенки глотки анестетиком (дикаином) приступы прекращаются.

2.5.8 Невралгия язычного нерва

Характеризуется резкими приступами болей, которые локализуются в области передних двух третей половины языка. Боли возникают спонтанно или при приеме пищи, а также при разговоре. Часто бывает гиперестезия соответствующей половины языка, а нередко приводит к потере в этой зоне болевой и вкусовой чувствительности.

2.5.9 Синдром Eagle

Увеличение в размерах шиловидного отростка височной кости с характерными симптоматическими проявлениями носит название *синдрома Eagle*. Нормальные размеры шиловидного отростка колеблются в пределах 25 мм. При его увеличении больные отмечают боли при глотании и движении языка с иррадиацией в ухо. Наблюдаются боли при повороте головы, имеется неопределенная головная боль с тошнотой, головокружение (это связано с давлением шиловидного отростка на сонную артерию, особенно при движении головы). Больные жалуются на дисфагию, оталгию. Пальпация миндаликовой ямки с больной стороны вызывает типичную боль, которую постоянно испытывал больной.

2.5.10 Невралгия барабанного нерва (*синдром Reichert*)

Барабанный нерв является веточкой языкоглоточного нерва. Характеризуется приступами режущей боли в области наружного слухового прохода с иррадиацией в лицо и область сосцевидного отростка. Боли возникают остро и стихают постепенно. Возникновение приступа боли провоцирует пальпация наружного слухового прохода.

2.5.11 Невралгия верхнего гортанного нерва

Клиническая картина во многом напоминает невралгию языкоглоточного нерва. Боли, которые возникают в гортани, носят приступообразный характер, появляются во время еды или при глотательных движениях. Иррадиируют в ухо.

В дифференциальной диагностике главное значение имеет локализация болей. При невралгии верхнего гортанного нерва боли всегда начинаются с гортани, а на боковой поверхности шеи, несколько выше щитовидного хряща нередко можно обнаружить болезненную точку. Во время приступа боли появляется кашель.

2.5.12 Ганглионит подчелюстного узла

Приступ острой боли в поднижнечелюстной области обычно 1-2 раза в сутки, продолжается от нескольких минут до часа. Провоцируются боли только приемом острой или обильной пищи. Боли иррадируют в нижнюю челюсть и губу, затылок, шею. Может наблюдаться повышенное слюноотделение. Припухлости мягких тканей в поднижнечелюстной области нет. Из протока поднижнечелюстной железы выделяется прозрачная слюна.

2.5.13 Ганглионит подъязычного узла

Приступ острой боли в поднижнечелюстной области и языке продолжительностью от нескольких минут до часа. Болевые пароксизмы не частые (1-2, реже 3 раза в сутки). Боли иррадируют в разные отделы нижней части лица и, особенно, в кончик языка, а также подъязычную область. Провоцируются приемом острой и обильной пищи. Припухлости мягких тканей подъязычной области нет.

2.5.14 Синдром поражения позвоночного нерва

Шейный симпатический тунцит чаще наблюдается при шейном остеохондрозе, ганглионитах шейных узлов, интоксикациях и др. Симптоматика очень вариабельная. Приступ жгучей, пульсирующей боли, которая начинается в области позвоночника и распространяется на любую часть лица и головы. Болевые приступы длятся от нескольких минут до получаса и более. Отмечается головокружение, тошнота, звон или шум в ухе, а иногда афония и даже снижение зрения. У больных часто имеются болевые точки при надавливании в зонах проекции верхнего шейного (на уровне поперечного отростка III шейного позвонка) и шейно-грудного (между ножками кивательной мышцы) узлов, а также в точке позвоночного нерва (книзу от места выхода малого затылочного нерва на кожу). Провоцирующими боль моментами чаще всего бывает переохлаждение, переутомление, стрессы.

Глава 3

Лечение невралгии тройничного нерва

3.1 Консервативные методы лечения

□ **Карбамазепин (Финлепсин)** является средством, используемым в лечении эпилепсии, однако обладает хорошим эффектом и при невралгии тройничного нерва, оказывая обезболивающее действие. В случаях

затруднений в постановке диагноза НТН и для проведения дифференциальной диагностики с другими болевыми синдромами лица можно использовать назначение противосудорожных препаратов сроком на сутки. Купирование болей на время приема антиконвульсантов подтверждает правильность диагностики.

- ❑ Другие противоэпилептические средства: **Дифенин (Фенитоин)** иногда используется в лечении невралгии тройничного нерва, если лечение Карбамазепином неэффективно **Габапентин (Габагамма)** может оказывать положительный эффект в лечении невралгии, вызванной рассеянным склерозом.
- ❑ **Этосумсимид (Суксилеп, Ронтон)** назначают в дозе 0,25 г в сутки. Постепенно увеличивают дозу до 0,5-1,0 г в сутки (в 3-4 приема), дозу удерживают несколько дней и постепенно снижают до 0,25 г в сутки. Лечение длится 3-4 недели.
- ❑ Проводится курс лечения **никотиновой кислотой**. Внутривенно ее вводят в виде 1% раствора, начиная с 1 мл (никотиновую кислоту растворяют в 10 мл 40% раствора глюкозы). Ежедневно дозу увеличивают на 1 мл и доводят ее до 10 мл (на десятый день лечения), а затем ежедневно снижают на 1 мл и заканчивают введением 1 мл препарата. Следует помнить, что никотиновую кислоту нужно вводить медленно, после приема пищи, в положении лежа (т.к. препарат снижает артериальное давление).
- ❑ **Витамины группы В** (Мильгамма, Нейробион), **биогенных стимуляторов** (ФИБС, алоэ, биосед, пелоидин или др.), гипотензивных и спазмолитических средств.
- ❑ **Антигистаминные препараты**. Назначаются для усиления действия антиконвульсантов – внутримышечно 2 мл 2,5% раствора дипразина (пипольфена) или 1 мл 1% раствора димедрола на ночь.
- ❑ При тяжелых формах невралгии рекомендуется назначение **натрия оксипутирата** (кроме больных с глаукомой). Можно применять 20% водный раствор в ампулах по 10 мл. Препарат вводится внутривенно капельно (1-2 мл в минуту), 1-2 раза в сутки.
- ❑ **Баклофен** снимает мышечный спазм и обладает обезболивающим эффектом при невралгии тройничного нерва. Выпускается в виде таблеток.

Карбамазепин

Карбамазепин является производным дибензоазепина и обладает противоэпилептическим, нейротропным, психотропным действием.

Как противоэпилептическое средство, стабилизирует мембраны перевозбужденных нейронов, подавляет серийные разряды нейронов и снижает синаптическую передачу возбуждающих импульсов. Данное действие достигается, предположительно, за счет блокады натриевых каналов, в результате чего предотвращается повторное возникновение в

деполяризованных нейронах натрия - зависимых потенциалов действия. Снижает высвобождение нейромедиатора глутамата. Предупреждает появление пароксизмальных болей при невралгии.

Применение при невралгии тройничного нерва: по 0,1 г 2–3 раза в сутки, с постепенным увеличением суточной дозы на 0,1 г до полного купирования болевого синдрома (при необходимости до 0,6–0,8 г/сут в 3–4 приема). После достижения эффекта (через 2–3 дня) дозу уменьшают до минимально эффективной.



Дифенин

Дифенин (другое название – фенитоин) как лекарство был открыт в США в 1938 году. Это противосудорожный препарат без снотворного эффекта. По химической структуре Дифенин близок к барбитуровой кислоте. Но, в отличие от фенобарбитала, Дифенин не обладает угнетающим воздействием на мозг человека.

Препарат Дифенин назначают при следующих показаниях:

- эпилепсия (судорожные припадки);
- сердечные аритмии;
- нарушения мышления, поведения и психики;
- невралгии, мигрени и прочие боли;
- нарушения терморегуляции организма

Препарат начинают принимать внутрь по 3-4 мг в сутки на каждый килограмм массы тела. Это поддерживающая доза лекарства, при необходимости её увеличивают. Обычно поддерживающая доза для взрослого человека составляет не более 500 мг в сутки.



Мильгама

Действующее вещество:

Пиридоксин*+Тиамин*+Цианокобаламин*+[Лидокаин*]

Показания:

Заболевания нервной системы различного происхождения:

- болевой синдром (радикулопатия, люмбоишиалгия, мышечно-тонические синдромы);
- нейропатия (диабетическая, алкогольная и др.);
- неврит и полиневрит, в т.ч. ретробульбарный неврит;
- периферические парезы, в т.ч. лицевого нерва;
- невралгия, в т.ч. тройничного нерва и межреберных нервов.

Способ применения и дозы:

В случаях выраженного болевого синдрома лечение целесообразно начинать с в/м введения (глубоко) 2 мл ежедневно в течение 5–10 дней с переходом в дальнейшем либо на прием внутрь драже Мильгамма® композитум, либо на более редкие инъекции (2–3 раза в неделю).



Действие уколов мильгаммы складывается из действия ее отдельных компонентов. Входящий в ее состав витамин В1 (тиамин) улучшает энергетический обмен, полученная энергия идет на активизацию остальных видов обмена (в них активное участие принимает витамин В6). Таким образом, обмен веществ стимулируется под воздействием витаминов В1 и В6, которые усиливают действие друг друга. Улучшение обмена веществ в

нейронах приводит к тому, что восстанавливается нервная ткань, и уменьшаются боли. Под воздействием этих витаминов улучшается также кровоснабжение нервной ткани. Кроме того, витамин В1 оказывает и чисто обезболивающее действие. Витамин В12, который также входит в состав раствора мильгаммы, оказывает положительное воздействие на нервную ткань и способствует снятию болей, возникающих по ходу нервных стволов, даже очень сильных. При внутримышечном введении мильгаммы обезболивающее действие витаминов группы В взаимно потенцируется. Еще более усиливается обезболивающее действие мильгаммы под действием местного анестетика. Таким образом, состав раствора мильгаммы позволяет снимать или значительно уменьшать даже очень сильные боли, возникшие при заболеваниях нервной системы.

Нейробион

Действующее вещество: Пиридоксин*+Тиамин*+Цианокобаламин*

Применяется в комплексной терапии заболеваний нервной системы различного происхождения:

- невралгия тройничного нерва;
- парез лицевого нерва;
- болевой синдром, вызванный заболеваниями позвоночника (межреберная невралгия, поясничный синдром, шейный синдром, синдром плечо-кисть, корешковый синдром, вызванный дегенеративными изменениями позвоночника);
- Способ применения и дозы:
- В/м (глубокие инъекции в ягодичную мышцу).
- В случаях выраженного болевого синдрома лечение целесообразно начинать с в/м введения 1 амп. (3 мл) в сутки до снятия острых симптомов.
- После улучшения симптомов или в случаях умеренной тяжести — 1 амп. 2–3 раза в неделю в течение 2–3 нед.
- Для поддерживающей терапии, для профилактики рецидива или продолжения проводимого курса лечения рекомендуется препарат Нейробион в другой лекарственной форме (таблетки, покрытые оболочкой).



Афобазол

При одновременном применении Афобазол® потенцирует противосудорожный эффект карбамазепина.

Афобазол применяется у взрослых при тревожных состояниях: генерализованные тревожные расстройства, неврастения, расстройства адаптации; у больных с различными соматическими заболеваниями — бронхиальная астма, синдром раздраженного кишечника, системная красная волчанка, ИБС, гипертоническая болезнь, аритмии; дерматологические, и др. заб.; при лечении нарушений сна, связанных с тревогой, нейроциркуляторной дистонии, предменструального синдрома, алкогольного абстинентного синдрома; для облегчения синдрома отмены при отказе от курения.

Способ применения и дозы:

Внутрь, после еды. Оптимальная разовая доза препарата — 10 мг, суточная — 30 мг (в 3 приема в течение дня). Длительность курсового применения препарата составляет 2–4 нед. При необходимости суточная доза может быть увеличена до 60 мг, а длительность лечения до 3 мес.



3.2 Физиотерапевтические методы лечения

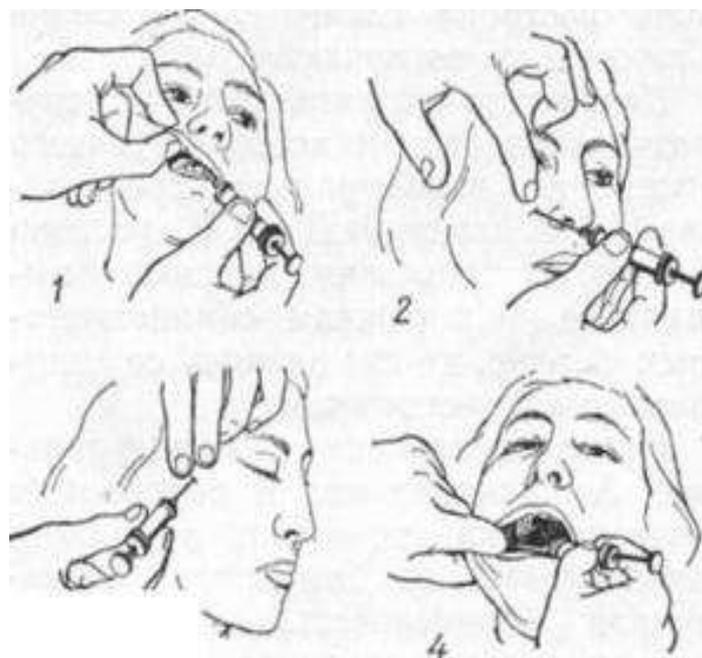
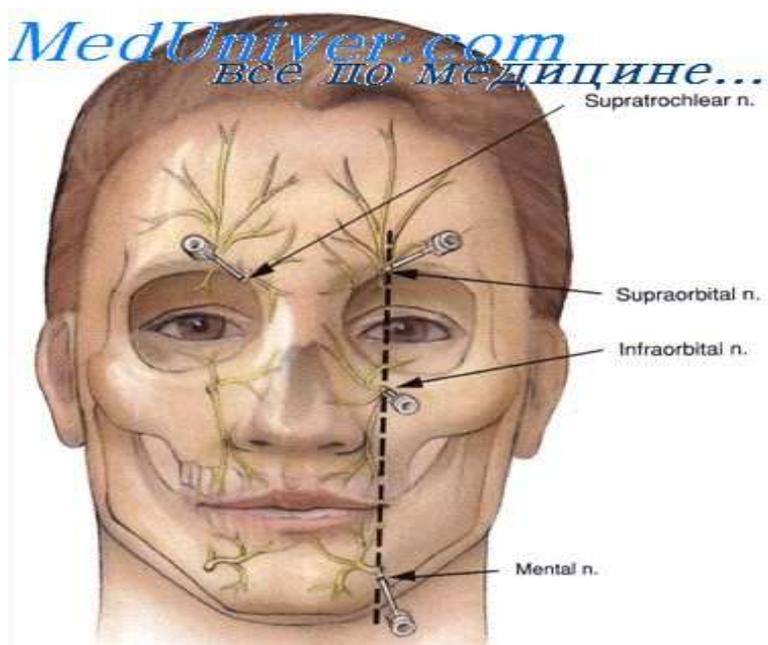
- В остром периоде заболевания назначается физиотерапия: облучение лампой соллюкс, УФО, УВЧ-терапия, электрофорез новокаина, димедрола, платифиллина на пораженную область лица.
- При обострении невралгии применяются ультразвук или фонофорез анальгина на область пораженных ветвей тройничного нерва в импульсном режиме лабильной методикой (малой головкой аппарата «Ультразвук-Т5»); интенсивность $0,005-0,2 \text{ Вт/см}^2$, по 2-3 мин на поле, на курс лечения 10-15 процедур.
- При резко выраженных болях рекомендуется диадинамо - электрофорез со смесью: кодеин, дикаин, совкаин по 0,1 г, 6 капель раствора адреналина 1:1000, 100 г дистиллированной воды. Назначаются и синусоидальные модулированные токи: сила тока 2-10 мА, продолжительность процедуры 5-10 мин ежедневно, можно сочетать также с лекарственными веществами.
- Использование блокад с анестетиками. К местам выхода нервов вводят до 5 мл 0,5 -1% раствора анестетиков 2-3 раза в неделю, на курс 15-20 инъекций.
- Диадинамические токи — импульсные токи полусинусоидальной формы частотой 50 и 100 Гц с задним фронтом, спадающим по экспоненте. Введены в лечебную практику Бернаром, поэтому их иначе называют токами Бернара. Получают путем одно- и двухполупериодного выпрямления переменного сетевого тока частотой 50 Гц. Диадинамические токи оказывают выраженное болеутоляющее действие. Оно обусловлено рядом факторов: понижением чувствительности периферических, в том числе болевых, рецепторов и повышением порога болевого восприятия; угнетением проведения болевых импульсов по нервным волокнам; образованием в ткани мозга нейромедиаторов (эндорфинов), изменяющих восприятие боли; рассасыванием отеков, уменьшением сдавления нервных стволов, нормализацией трофических процессов и кровообращения в тканях. Курс лечения 6—10 дней, процедуры проводят 1—2 раза в день. Противопоказания: острые воспалительные процессы, лихорадочные состояния.

3.3 Периневральные блокады

- ▣ Название «периневральные блокады» несколько условно. Речь идет не о введении новокаина в периневрий, а о такой анестезии нерва, которая достигается путем инфильтрации раствором новокаина тканей, непосредственно окружающих нерв (название «параневральные блокады» было бы еще менее точным).
- ▣ При проведении периневральной новокаиновой блокады необходимо учитывать возможность ранения нерва острием иглы, что может повлечь

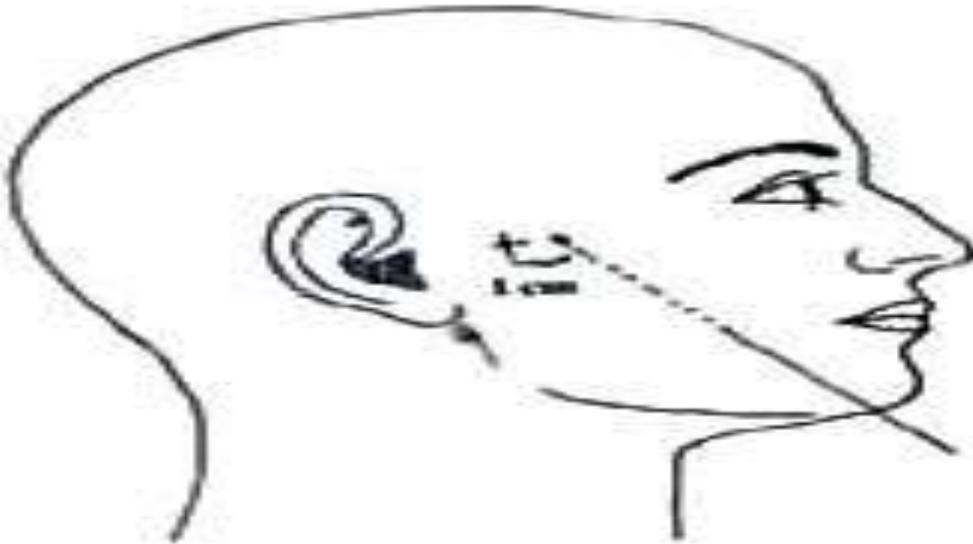
за собой возникновение экстравазатов по ходу нервных волокон с последующим рубцеванием. Вот почему следует избегать введения анестезирующего раствора интраневрально. Особенно нежелательно введение новокаина в толщу седалищного нерва, богатого симпатическими волокнами.

При периневральных блокадах, кроме новокаина, используют гидрокортизон, кеналог, сочетание раствора новокаина с витаминами группы В, а также ряд смесей, в частности, смесь Б. А. Афонина, состоящую из пахикарпина йодгидрата (0,3—0,4 г) и платифиллина битартрата (0,03—0,04 г), растворенных в 200 мл 0,25% раствора новокаина (или в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида).



3.4 Деструкция чувствительного корешка тройничного нерва в полости черепа

При этом виде операций к нервному корешку через щеку и через естественное отверстие в кости черепа подводят длинную пункционную иглу (см рис.) Затем нерв прерывают с помощью какого-либо агента. Несколько десятилетий назад широко применялось введение через иглу кипятка, спирта или глицерина. Сейчас применяются электромагнитные волны высокой частоты или лазер. Лазерное излучение, доставляемое к чувствительному корешку через световод, действует наиболее точно, что обеспечивает хорошие результаты операции и отсутствие побочных явлений. Операция проводится под местной анестезией, что позволяет применять этот метод у пациентов преклонного возраста и при наличии сопутствующих заболеваний.



3.5 Хирургические методы лечения

Чрескожные процедуры (операции) не требуют госпитализации и производятся в условиях поликлиники под местным обезболиванием или кратко срочным наркозом. Основной принцип чрескожных операций заключается 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» также широко используется в лечении невралгии тройничного нерва и может быть применен в условиях поликлиники. Основной принцип этого метода лечения заключается 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 болей 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.

А.В. Вишневский доказал, что анестезия нерва оказывает определенное терапевтическое действие на болезненный очаг благодаря снятию болевого раздражения. Блокады могут быть использованы как с диагностической целью (можно установить, вследствие поражения какой анатомической части нерва возник болевой синдром), так и для лечения больного. Блокада проводится местными анестетиками (новокаин, лидокаин, тримекаин, маркаин, ультракаин и др.) или смесью следующего состава: полиглюкин, (реополиглюкин) 3 мл, 2% раствор лидокаина 2 мл, гидрокортизон 1 мл (25 мг). Исчезновение болей после проведения такой блокады, даже на полчаса, является показателем правильно установленного места блокады. Неоднократное (до 15-20 раз) применение блокад в некоторых случаях может иметь положительный эффект. Место проведения блокад - это места выхода из кости (или входа в кость) периферических ветвей тройничного нерва, т.е. места проведения периферического и центрального проводникового обезболивания.

Блокада ушно-височного нерва проводится позади суставной головки нижней челюсти в пространстве, ограниченном позади козелком уха, а сверху - нижним краем скуловой дуги.

При введении анестетика в указанное место иногда блокируется ветвь лицевого нерва. Во избежание этого иглу не следует вводить на глубину более 1 см, а количество обезболивающего вещества не должно превышать 1 мл. Целесообразно сначала ввести водный раствор местного анестетика короткого действия и оставить иглу на месте введения. Если клиническая симптоматика поражения ушно-височного нерва исчезает, а признаков блокады лицевого нерва нет, то можно с наименьшим риском ввести 1-2% раствор *спазмолитина* для лечебных целей.

У больных с невралгией тройничного нерва для блокады можно использовать 0,25%-0,5%-1%-2% раствор *спазмолитина*. Для периферических блокад используется 2% раствор *спазмолитина*, для центральных анестезий (блокад) - 1 % раствор, а для блокад вегетативных ганглиев и внутрикожной инфильтрации курковых зон - 0,25%-0,5% растворы. Блокады проводятся через 3 дня, реже - через 2 дня. Периферические блокады чередуются с центральными. Для блокад используется от 0,5 мл до 3,0 мл 1-2% раствора *спазмолитина* и 2-5 мл 0,25%-0,5% раствора. После проведения блокад раствором *спазмолитина* наблюдается головокружение, снижение артериального давления

Поэтому после проведения блокад *спазмолитином* рекомендовано наблюдение врача в течение 35-40 минут. Через 2-2,5 часа на месте инъекции *спазмолитина* развивается отек мягких тканей, который самостоятельно проходит через 3 дня. Для предупреждения отека рекомендуется применение антигистаминных препаратов.

В течение многих лет, для лечения невралгий тройничного нерва периферического генеза использовались блокады раствором *спазмолитина*. Курс лечения состоял из 5-7 блокад. Положительный эффект наблюдался у

2/3 больных, а у 1/3 применен впоследствии хирургический метод лечения. Рецидивы боли появились примерно у половины больных через 2-4 года. Осложнений при использовании спазмолитина не наблюдали.

Положительный эффект получен при проведении блокад *спазмалгоном* (*спазганом*, *баралгином*, *максиганом*, *триганом*). Препарат действует более мягко (меньше были постинъекционные отеки), чем спазмолитин. Рецидивы заболевания появлялись лишь в небольшом проценте случаев. Длительность эффекта более 5 лет.

К алкоголизации, как методу лечения невралгий тройничного нерва, относятся отрицательно, т.к. эта процедура дает временный эффект. После алкоголизации дегенерации нерва не происходит, а возникает болезненное его состояние с присоединением неврита. Часто алкоголизация может привести к ганглиониту близлежащего узла. В месте введения спирта образуются грубые рубцы, которые в дальнейшем усложняют проведение операции. Алкоголизация способствует появлению устойчивости к противосудорожным препаратам. При введении спирта возможны осложнения (некроз участка кости или мягких тканей развития абсцесса или флегмоны).

Для лечения невралгий тройничного нерва ранее использовался метод тканевой терапии - подкожной подсадки кожи, взятой у самого же больного. Положительный эффект наблюдали не более, чем у 30% прооперированных больных. Рецидивы появлялись через 1-2 года.

Хирургические методы лечения сводятся к проведению нейротомии - рассечение нерва и нейрэктомии - иссечения участка нерва, нейроэкзереза - удаление нерва путем его выкручивания.

Нейротомия II ветви тройничного нерва способом Русселя (Russel). Для лечения невралгий второй ветви тройничного нерва, используется редко, т.к. положительный эффект наступает не на длительный срок (рецидивы через 4-5 месяцев) и операция оставляет косметический дефект (проводится внеротовым доступом).

К настоящему времени известно много методов нейрэктомии второй и третьей ветвей тройничного нерва. Наиболее перспективными методами для лечения периферических форм невралгий ТРОЙНИЧНОГО нерва являются декомпрессионные операции с освобождением периферических ветвей нерва из костных каналов.

Находят широкое применение декорткация подглазничного или нижнечелюстного канала с резекцией нервно - сосудистого пучка. Положительный эффект наблюдали почти у 90% больных. Осложнений не было.

Декорткация подглазничного канала с резекцией нервно-сосудистого пучка.

Показанием для указанного хирургического вмешательства являются рецидивы болей в зоне периферической иннервации второй ветви тройничного нерва после использования всех возможностей консервативного лечения и ликвидации одонтогенных и других патологических процессов в области верхней челюсти, которые могут быть причиной невралгических синдромов.

Методика проведения операции. Производят анестезию у круглого отверстия небным или подскуло - крыловидным путем (5 мл 2% раствора новокаина, тримекаина или лидокаина) и инфильтрационную анестезию в области преддверия рта на фоне нейролептаналгезии.

Разрезают слизистую оболочку и надкостницу по переходной складке от бокового резца до второго большого коренного зуба. Отсепарируют мягкие ткани от передней стенки верхнечелюстной пазухи, по возможности, до нижнего края орбиты. Трепанируют переднюю стенку верхнечелюстной пазухи с образованием сквозного отверстия около 2,5-3 см в диаметре. Удаляют кость, ограничивающую две нижние трети подглазничного отверстия. В результате костный дефект принимает грушевидную форму. Выделяют из мягких тканей подглазничной области нервно-сосудистый пучок и пересекают его на возможно большем расстоянии (обычно 2,5-3 см) от подглазничного отверстия. Культю нервно-сосудистого пучка захватывают зажимом, что, в дальнейшем, облегчает проведение операции. Продольно разрезают и отсепарируют слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи в области проекции подглазничного канала. Глубина залегания подглазничного канала различна. Иногда нижняя стенка его местами отсутствует. В других случаях канал может быть "замурован" в толще склерозированной кости. Удаляют нижнюю стенку канала на всем протяжении и одновременно прилежащий участок кости задней стенки верхнечелюстной пазухи. Смещают нервно-сосудистый пучок вниз и перерезают его острым серповидным скальпелем, по возможности, проксимальнее. Можно провести нейроэкрэрез. Кровотечение останавливается электрокоагуляцией или путем наложения на кровоточащую культю кристаллов перманганата калия. Лоскуты слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи укладывают на место. Рану в преддверии рта зашивают наглухо. Если невралгия сочетается с хроническим гайморитом, выскабливают измененную слизистую оболочку и полипы, накладывают соустье с полостью носа.

Во время оперативного вмешательства следует резецировать нервно - сосудистый пучок на протяжении 7-8 см, включая его внекостный отрезок (2,5-3 см).

В послеоперационном периоде проводится симптоматическое лечение. При наличии пароксизмов боли, которые могут отмечаться в течение нескольких дней после операции, хороший терапевтический эффект достигается от назначения финлепсина по 1 таблетке 2 раза в день.

Декортикация нижнечелюстного канала с резекцией нервно-сосудистого пучка (по методу А.М. Короленко)

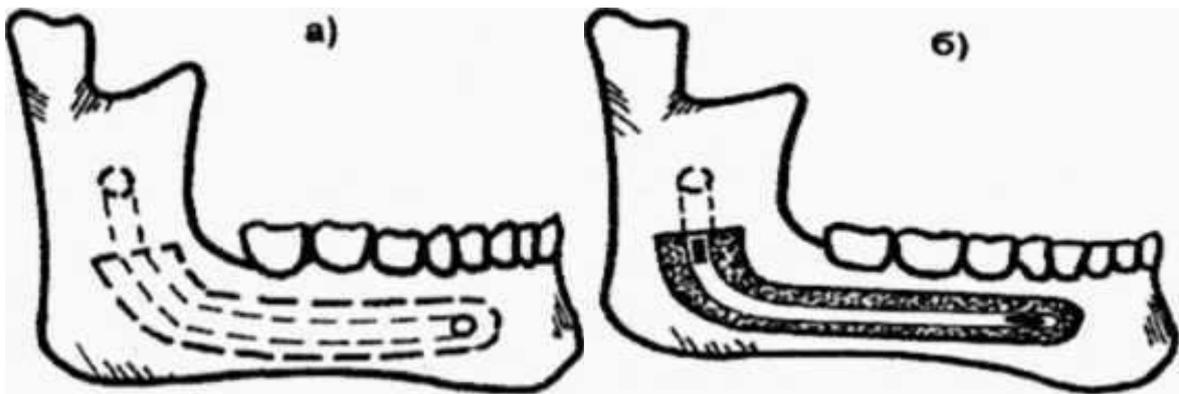
Отличительной особенностью оперативного вмешательства по методу А.М. Короленко при невралгии III ветви тройничного нерва с наличием деструктивных изменений в кости нижней челюсти является то, что помимо резекции нервно-сосудистого пучка одновременно расширяется нижнечелюстной канал. При необходимости вокруг подбородочного отверстия, отступя на 2-3 мм от его края удаляется кость, вызвавшая уменьшение диаметра этого отверстия. Пломбирование канала не производится, чтобы не препятствовать прорастанию регенерирующего нерва в сформированное костное ложе.

Иссечение участка нижнечелюстного нервно-сосудистого пучка необходимо с целью предупреждения рецидива заболевания, так как морфологически установлены необратимые изменения в нерве и сосудах при периферической невралгии III ветви тройничного нерва. Операцию следует завершить, убедившись в беспрепятственном перемещении центрального участка нервно-сосудистого пучка в сохранившейся проксимальной части канала. При несоблюдении этого условия возможны рецидивы боли.

Операции проводятся под местной анестезией у овального отверстия 2% раствором новокаина и инфильтрацией окружающих мягких тканей 1% раствором новокаина с премедикацией или с нейролептаналгезией. Это обеспечивает безболезненность вмешательства, спокойное поведение больных во время операции и в ближайшие часы после нее. У больных с выраженной психоэмоциональной лабильностью следует применять наркоз.

В зависимости от локализации и протяженности деструктивного процесса в нижней челюсти рекомендуется три варианта оперативных вмешательств.

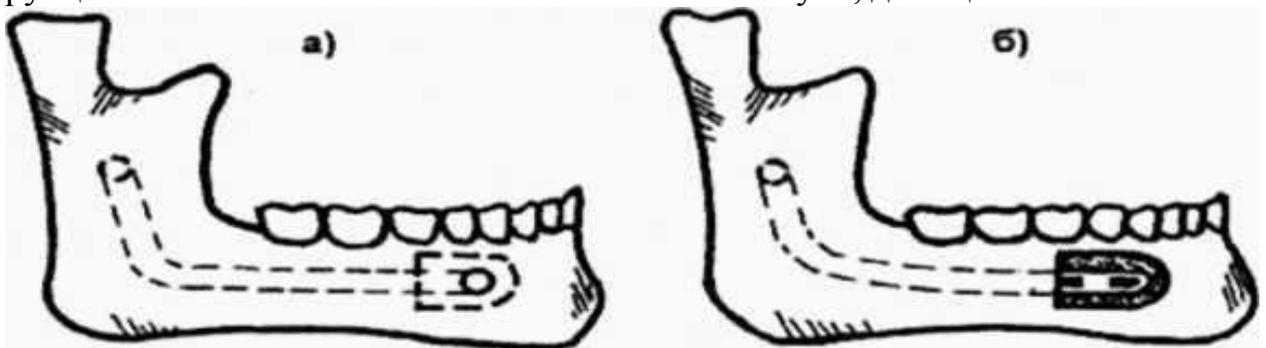
I вариант операции. Показания: деструктивные изменения в большей части нижнечелюстного канала, в подбородочном отверстии и прилежащих к нему мягких тканях. Разрез в подчелюстной области, отступя от нижнего края нижней челюсти на 1,5-2 см, длиной 6-7 см. Рассечение надкостницы по краю нижней челюсти. Освобождение наружной поверхности нижней челюсти от мягких тканей. Отступя на 2-3 мм от краев подбородочного отверстия и от проекции верхней и нижней границ нижнечелюстного канала фиссурными борами или циркулярной пилой производятся распилы кортикальной и губчатой кости. Желобоватым долотом снимается, по возможности, одним блоком кортикальный и губчатый слои кости вместе с наружной стенкой нижнечелюстного канала и костным кольцом в области подбородочного отверстия. Нервно - сосудистый пучок выводится из костного ложа и резецируется. Центральный и периферический концы его перевязываются кетгутом. Иссекается рубцовая ткань, образовавшаяся после спиртовых блокад, в области подбородочного нерва. Рана зашивается наглухо. Давящая повязка.



Декортикация нижнечелюстного канала с резекцией нервно сосудистого пучка при оссификации большей части канала: а) до операции (пунктиром показан участок оссификации); б) после операции.

II вариант операции. Показания: сужение подбородочного отверстия, рубцы мягких тканей после алкоголизации.

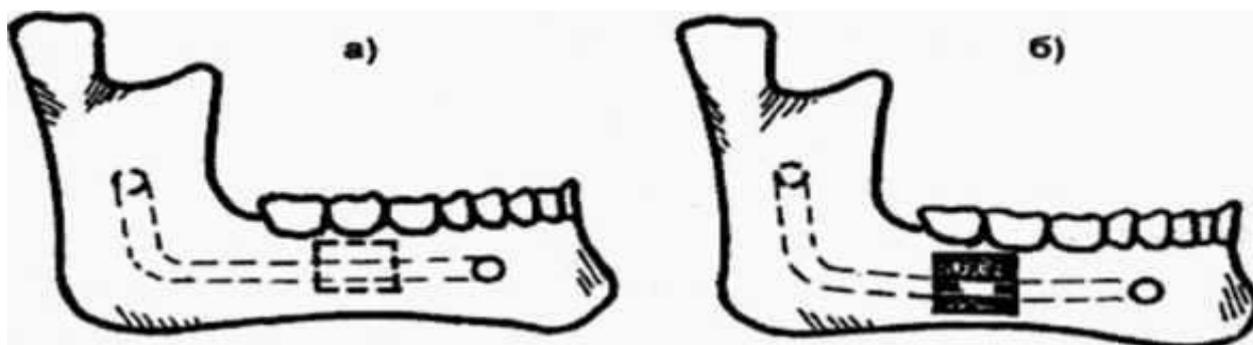
В области нижнего свода преддверия рта производится дугообразный разрез до кости длиной 5-6 см. Мягкие ткани отсепарируются. Фиссурными борами производятся распилы кортикальной и губчатой кости в окружности подбородочного отверстия и в области начального участка нижнечелюстного канала, отступя от их границ на 2-3 мм. Желобоватым долотом удаляется кость в пределах распилов. Нервно-сосудистый пучок вытягивается из нижнечелюстного канала насколько возможно и пересекается. Резецируется подбородочный нерв вместе с сосудами. Лигатура из кетгута. Иссекаются рубцовоизмененные ткани. Рана зашивается наглухо, давящая повязка.



Декортикация нижнечелюстного канала с резекцией нервно-сосудистого пучка при оссификации дистального (ментального) отдела канала: а) до операции (пунктиром показан участок оссификации); б) после операции.

III вариант операции. Показания: расположение деструктивных изменений на ограниченном участке нижнечелюстного канала. Техника операции аналогична описанной выше, за исключением вмешательства в области подбородочного отверстия.

В послеоперационном периоде необходимо симптоматическое лечение, направленное, главным образом, на купирование послеоперационных болей. Назначается с этой целью финлепсин по 1-3 таблетки в день. В течение 2-3 дней и более, после операции могут ощущаться приступообразные боли, но меньшие по интенсивности и частоте.



Декортикация нижнечелюстного канала с резекцией нервно-сосудистого пучка при оссификации средней части канала:

а) до операции (пунктиром показан участок оссификации); б) после операции.

Представляет интерес вопрос о размерах и степени нарушений чувствительности лица после операции. Она, в основном, соответствует зоне иннервации подглазничного, нижнего луночкового и подбородочного нервов. Больше всего нарушается болевая чувствительность. Тактильная и температурная чувствительность изменяется в меньшей степени, поэтому повреждение денервированной области горячей пищей, острыми предметами практически не имеет места. Со временем возникает тенденция к сужению зоны и степени нарушения всех видов чувствительности. Полного восстановления чувствительности не происходит.

Наряду с отмеченными нарушениями чувствительности некоторые больные в первые недели после операции ощущают покалывание, ползание мурашек, напряжение в денервированной области. Больные предпочитают во время еды пользоваться здоровой стороной и не столько вследствие нарушения чувствительности, сколько в силу привычки, выработанной в процессе заболевания, а также отсутствия многих зубов, удаленных ранее по поводу невралгической боли. Каких-либо особенностей в процессе пользования съемными протезами, которые будут изготовлены больным в дальнейшем, не возникает. Функция речи у больных не страдает.

Нарушение чувствительности лица хотя и неприятно больным, но по сравнению с невралгическими болями, предшествовавшими операции, несравнимо менее тягостно. К нему они сравнительно легко привыкают.

Хирургическое лечение практически безопасно и применяется у больных любого возраста.

Список литературы

Основная литература:

1. Карлов В.А. «Невралгия лица» Москва «Медицина» 1991г. с. 160 – 163.
2. Мегдатов Р.С. «Невралгия тройничного нерва» Москва «Медицина» 1999г. с. 142.
3. Муковозов И.Н. «Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний» Ленинград «Медицина» 1982г. с. 41, с. 108, с. 177.
4. 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.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Глава 1. Невралгия тройничного нерва.

- 1.1. Обследование неврологического больного.
- 1.2. Классификация невралгии тройничного нерва.
- 1.3. Невралгия тройничного нерва центрального генеза.
- 1.4. Невралгия тройничного нерва периферического генеза.

Глава 2. Дифференциальная диагностика невралгии тройничного нерва.

- 2.1. Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита и невралгии тройничного нерва.
- 2.2. Дифференциальная диагностика невралгии тройничного нерва с острым гнойным или обострившимся гнойным периодонтитом.
- 2.3. Дифференциальная диагностика острого одонтогенного гнойного гайморита с невралгией тройничного нерва.
- 2.4. Миофасциальный болевой синдром лица (синдром Костена)
- 2.5. Дифференциальная диагностика невралгии тройничного нерва с другими прозопалгиями.

- 2.5.1. Ганглионит крылонебного узла
- 2.5.2. Ганглионит полулунного узла
- 2.5.3. Ганглионит ресничного (цилиарного) узла
- 2.5.4. Невралгия носоресничного нерва
- 2.5.5. Ганглионит ушного узла
- 2.5.6. Невралгия ушно-височного нерва
- 2.5.7. Невралгия языкоглоточного нерва
- 2.5.8. Невралгия язычного нерва
- 2.5.9. Синдром Eagle
- 2.5.10. Невралгия барабанного нерва
- 2.5.11. Невралгия верхнего гортанного нерва
- 2.5.12. Ганглионит подчелюстного узла
- 2.5.13. Ганглионит подъязычного узла
- 2.5.14. Синдром поражения позвоночного нерва

Глава 3. Лечение невралгии тройничного нерва.

- 3.1. Консервативные методы лечения.
- 3.2. Физиотерапевтические методы лечения.
- 3.3. Переневральные блокады.
- 3.4. Деструкция чувствительного корешка тройничного нерва.
- 3.5. Хирургические методы лечения.

Тестовые задания

При невралгии I ветви тройничного нерва боли распространяются:

- а) в нижней трети лица
- б) в средней трети лица**
- в) по всему лицу
- г) в верхней трети лица
- д) в затылочной области

При невралгии II ветви тройничного нерва боли распространяются:

- а) в нижней трети лица
- б) в средней трети лица**
- в) по всему лицу
- г) в верхней трети лица
- д) в теменной области

При невралгии III ветви тройничного нерва боли распространяются:

- а) в нижней трети лица**
- б) в средней трети лица
- в) по всему лицу
- г) в верхней трети лица
- д) в височной области

Для невралгии тройничного нерва характерно:

- а) парестезия соответствующей зоны иннервации
- б) кратковременность приступа**
- в) болезненность точек Валле

Для невралгии тройничного нерва характерно:

- а) длительные ночные болевые приступы
- б) парестезия соответствующей зоны иннервации
- в) приступообразные боли, слезотечение, расширение зрачка, гиперемия кожи**

Триггерными (курковыми) зонами называются участки:

- а) парестезии
- б) гипостезии
- в) гиперстезии
- г) раздражение которых провоцирует приступ боли**

Вторая ветвь тройничного нерва выходит из полости черепа из:

- а) овального отверстия
- б) круглого отверстия**
- в) нижнеглазничной щели
- г) шило-сосцевидного отверстия
- д) верхнеглазничной щели

Третья ветвь тройничного нерва выходит из полости черепа из:

- а) верхнеглазничной щели
- б) нижнеглазничной щели**
- в) шило-сосцевидного отверстия

- г) круглого отверстия
- д) овального отверстия

Клиническая картина невралгии тройничного нерва характеризуется:

- а) приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут, иррадиирующими в ухо, висок
- б) продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва
- в) тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа
- г) продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в ВНЧС
- д) кратковременными интенсивными болями, возникающими от случайных раздражений без нарушений чувствительности

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной В, 39 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения 46 по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. На ортопантограмме отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2x0,3 см в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 46.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Ответ.

1. На основании анамнеза о постоянных болях, появившихся после лечения 46 по поводу пульпита и рентгенологического исследования, свидетельствующих о наличии пломбировочного материала в нижнечелюстном канале справа, можно предположить неврит III ветви тройничного нерва.
2. Диагноз: неврит III ветви тройничного нерва справа.
3. Лечение комплексное: физиотерапия, иглорефлексотерапия. Назначение витаминов группы «В», обезболивающих и антигистаминных препаратов. При безуспешности консервативного лечения – операция удаления пломбировочного материала из нижнечелюстного канала с вероятным удалением 46

Задача 2.

Больной А, 46 лет, обратился с жалобами на приступообразные интенсивные боли в области верхней челюсти справа, иррадиирующие в затылочную и височную области справа, продолжительность боли 1-2 секунды. Из анамнеза выяснено, что первый приступ боли отмечался через неделю после стресса, купировать боль ничем не удавалось. В течении года больной лечился у пародонтолога по поводу подвижности зубов на верхней и нижней челюстях и наличия зубных отложений. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, гипертоническую болезнь. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается пастозность мягких тканей правой половины лица. При

пальпации слизистой оболочки в области 45,44. Начинается пароксизм боли, длительностью 1-2 секунды. Отмечается подвижность зубов на верхней и нижней челюстях: в области 17,16,14,24,25,26,27 – I-II степень подвижности, в области 44,43,42,41,31,32,33,34,37 – II степень подвижности. Все зубы покрыты мягкими и твердыми зубными отложениями.

1. Проведите обоснования диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

Ответ

1. На основании жалоб о наличии приступообразных интенсивных болей в зоне иннервации II ветви тройничного нерва справа, возникших после стресса, можно предположить невралгию II ветви тройничного нерва справа.
2. Диагноз: невралгия II ветви тройничного нерва справа.
3. Лечение должно быть комплексным. Следует обследоваться у невропатолога, отоларинголога и терапевта. А также провести рентгенологическое исследование в области инфраорбитального канала справа. При выявлении патологических факторов требуется их устранение. Назначаются противосудорожные средства, витамины группы «В», биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т.п., физиолечение.
4. Подвижность зубов I-II степени, наличие зубных отложений – характерно для генерализованного пародонтита.