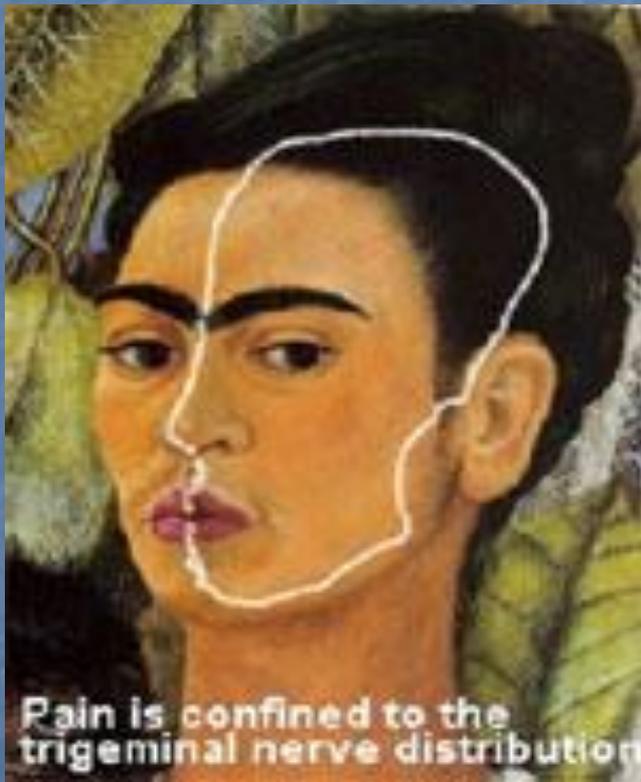


Андижанский Государственный  
Медицинский Институт

**Кафедра неврологии**

Зав.кафедрой: проф.Каримов А.М

# Невралгия тройничного нерва



Многовековая история изучения тяжелейшего недуга, получившего в 1671 г. название невралгии тройничного нерва (НТН), проявляющегося острыми рекуррентными болевыми приступами в бласти лица, уходит своими корнями в XI - XII столетия (Wilkins R. H. et al., 1990, 2001).

# Эпидемиология

- 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 10 000 населения. Чаще НТН встречается у женщин 50 - 69 лет и имеет правостороннюю латерализацию

# Этиология

## 1. Сдавлению тройничного нерва

### А. внутричерепное

- опухоли, спаечные процессы после травм, инфекций
- дислокация и расширение извитых мозжечковых артерий, вен
- аневризма основной артерии

### В. внечерепное

- сдавление 2 и 3 ветви в костных каналах - подглазничном отверстии и нижней челюсти при врожденной их узости и присоединении сосудистых заболеваний в пожилом возрасте
- в результате местного одонто - или риногенного воспалительного процесса

## 2. Идиопатическое

# Факторы способствующие развитию болезни

- сосудистые
- эндокринно-обменные
- аллергические
- психогенные

# Патогенез

Под влиянием длительной патологической импульсации с периферии в спинномозговом ядре тройничного нерва формируется "фокус", подобный эпилептическому, генератор патологически усиленного возбуждения (ГПУВ) (Г.К. Крыжановский), существование которого уже не зависит от афферентной импульсации. Импульсы от триггерных точек поступают к ведущим нейронам генератора и вызывают его облегченную активацию. ГПУВ активирует ретикулярные, мезенцефальные образования, ядра таламуса, кору головного мозга, вовлекает лимбическую систему, формируя, таким образом, патологическую аллогенную систему

# Классификация

По происхождению

- первичный(эссенциальный)

- вторичные(симптоматические)

По локализации

- односторонный

- двусторонный

По течению

- доброкачественное

- злокачественное

# Клиника и диагностика

- Боль при НТН 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 ротолицевой области, на альвеолярном отростке, при поражении первой ветви у медиального угла глаза.
- Наличие триггерных факторов, чаще всего это умывание, разговор, еда, чистка зубов, бритье лица, движение воздуха, простое прикосновение.
- 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).
- Неврологический дефицит в типичных случаях НТН отсутствует.
- Вегетативное сопровождение приступов скудное и наблюдается менее чем у 1/3 больных.

# Лечение

1. Медикаментозные методы лечения

2. Физиотерапевтические методы лечения

3. Хирургические методы лечения

# Медикаментозное лечение

## 1.Антиконвульсанты

- карбамазепин по 100мг 2 раза /сут ,постепенно увеличивают до минимально эффективных доз
- дифенин
- препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс).

## 2.Оксибутират натрия 5 мл 20% раствора на5% растворе глюкозы для купирования кризов

## 3.Глицин в дозе 110 мг/кг в течение 4 - 5 недель

## 4. Амитриптилин в дозе 50 - 150 мг/сут.

## 5.Диазепам

## 6.Местные анестетики(лидокаин,тримекаин)

## 7.Вазоактивные препараты (трентал, кавинтон и др.) -у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга

## 8.Глюкокортикоиды-при аутоиммунных и аллергических процессах

# Физиотерапевтические методы лечения

- иглорефлексотерапия.
- лазеропунктуры
- электрофорез лекарственных веществ
- импульсные токи низкого напряжения и низкой частоты
- ультразвук
- инфракрасное и ультрафиолетовое излучение

# Хирургические методы лечения

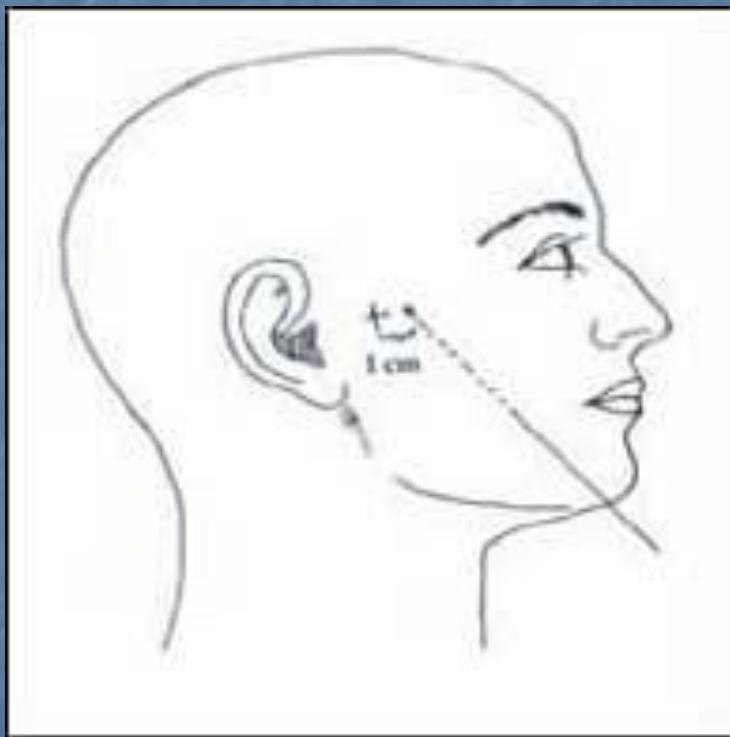
1. Чрескожные хирургические методы лечения

2. Хирургические методы лечения посредством краниотомии

# 1. Чрескожные хирургические методы лечения

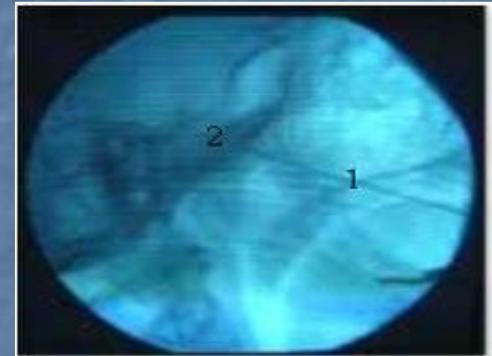
- терморизотомия (чрезкожная высокочастотная селективная ризотомия)
- ретрогассериальная ризотомия глицеролом
- баллонная микрокомпрессия
- медикаментозные блокады
- алкоголизация периферических ветвей ТН

# 1. Чрескожные хирургические методы лечения (ПРОДОЛЖЕНИЕ)



- крионейротомия  
чувствительной  
порции корешка  
ТН

# 1. Чрескожные хирургические методы лечения (ПРОДОЛЖЕНИЕ)



Р-грамма: канюля 1, радиочастотного деструктора в овальном отверстии 2

- радиочастотная деструкция корешка тройничного нерва

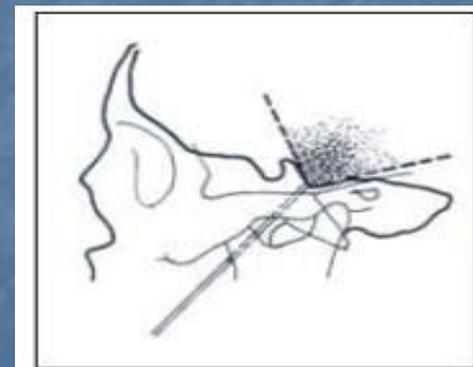
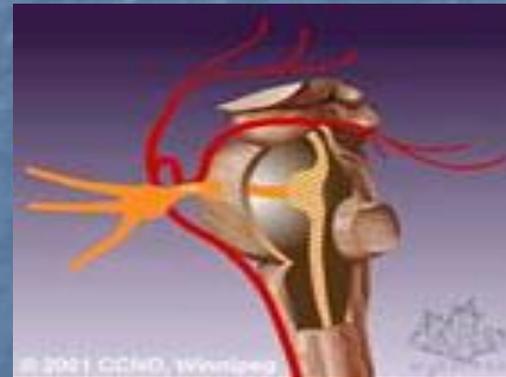


Схема подведения канюли

## 2. Хирургические методы лечения посредством краниотомии



- микрососудистая декомпрессия (МСД) корешка тройничного нерва (ТН).
- Тригеминальная нуклеотрактотомия (разрушение чувствительных ядер тройничного нерва)