

Невралгия тройничного нерва

Невралгия тройничного нерва – скорее, редкое заболевание. Согласно данным различных исследований, ежегодно им болеет от 4 до 40 человек из 100 000. Как правило, это заболевание встречается лишь у людей старше 40 лет, причём женщины несколько больше подвержены риску, чем мужчины (соотношение равно 2:3).

При типичной невралгии тройничного нерва отмечается боль с одной стороны лица, проявляющаяся в виде приступа. По интенсивности боль сильная, по характеру – колющая, продолжается несколько секунд.

Как правило, боль бывает чем-то спровоцирована. Так, она может возникнуть при переохлаждении, перегреве, жевании, артикуляции или прикосновении к соответствующему участку лица.

При таких приступах боли у многих пациентов перекашивает поражённую половину лица. По этой причине заболевание называется также болезненным тиком (*tic doloureux*).

При типичной невралгии боли проявляются с одной стороны. Сильные боли являются результатом раздражения чувствительной части тройничного нерва (*nervus trigeminus*). Тройничный нерв делится на три ветви:

- Зрительная ветвь:
отвечает за чувствительность лба и век
- Верхнечелюстная ветвь:
отвечает за чувствительность участка от глаз до верхней губы
- Нижнечелюстная ветвь:
отвечает за нижнюю губу и участок от нижней челюсти до шеи

Чаще поражается одна или две ветви, при этом типичные боли отмечаются в зоне их иннервации.

Невралгия тройничного нерва может иметь разные причины.

В зависимости от того, можно установить явную причину заболевания или нет, невралгию тройничного нерва подразделяют на симптоматическую и идиопатическую. В случае с последним типом выявить причину заболевания невозможно.

Симптоматическая невралгия тройничного нерва может быть следствием множественного склероза, невритом слухового нерва, инсультов или дефектов сосудов ствола головного мозга.

В ряде случаев сдавление нерва на его выходе из ствола головного мозга происходит ввиду близкого расположения соседнего сосуда – как правило, верхней мозжечковой артерии или передней мозжечковой артерии.

Зачастую при невралгии тройничного нерва хорошо помогают такие мембраностабилизирующие препараты, как Phenytoin, Carbamazepin, Valclofen и проч.

Если медикаментозное лечение не помогает, то, в зависимости от того, какой причиной вызвано заболевание, предлагается лечение оперативным путём, иногда – стереотаксическое облучение.

При лечении оперативным путём предварительно рассматривается возможность микроваскулярной декомпрессии нерва (операция по методу Джанетты), при которой нерв освобождается от сдавливающего его сосуда. Если в силу различных причин это не представляется возможным, как, например, при повышенном оперативном риске, обусловленном другими заболеваниями пациента, рассматривается возможность проведения чрезкожной термокоагуляции тройничного ганглия, при которой разрушается проведение болевых импульсов нерва.

При операции по методу Джанетты, которая может проводиться как в положении пациента сидя, так и в лежачем положении, обеспечивается ретромастоидальный оперативный доступ к мостомозжечковому углу в виде отверстия диаметром 3 см. Сверху этот оперативный доступ ограничен поперечным синусом, а по бокам – сигмовидным синусом, через которые отводится венозная кровь из черепа.

Данный оперативный доступ позволяет обнаружить и обследовать тройничный нерв с помощью операционного микроскопа. При этом обнажается место выхода нерва из ствола головного мозга.

После обнажения корешка нерва сдавливающий нерв сосуд отделяется от нерва и мобилизуется, чтобы в качестве дистанционного элемента можно было установить аутологичный кусок мышечной ткани. В качестве альтернативы мышечной ткани при необходимости может применяться тефлон или желатин.

После проведения нейроваскулярной декомпрессии оперативный доступ закрывается.

Уже на следующий день после операции пациент может вставать и ходить. Продолжительность пребывания в стационаре после вышеописанной операции составляет, как правило, 6 дней.

Доля успешно выполненных операций при правильном определении показаний к операции поначалу очень высока и составляет около 98 %, причём 82 % пациентов полностью избавляются от болей, а у 16 % отмечается снижение болевой симптоматики. Спустя 10 лет после операции положительный результат сохраняется лишь у 67 % пациентов. В случае возобновления жалоб следует обсудить повторную операцию, если при первой операции имел место настоящий сосудисто-нервный конфликт.