Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет

Кафедра нервных болезней

Реферат на тему:

Невралгия тройничного нерва. Невралгия языкоглоточного нерва.

Постгерпетическая невропатия тройничного нерва

Выполнил: Махрин А.А.

Преподаватель: Фищенко Ольга Николаевна

Москва 2011 год

1. **Невралгия тройничного нерва**

Для того, чтобы понять что из себя представляет такое заболевание, как невралгия тройничного нерва, необходимо прежде определиться с анатомией данного нерва и его хода.

Тройничный нерв - пятый по счету из двенадцати пар черепно-мозговых нервов. Он является смешанным, но по большей части он чувствительный (двигательных волокон очень мало).

Функция нерва - обеспечение чувствительности в области лица. Он является парным анатомическим образованием и проходит по обе стороны лица.

У тройничного нерва имеется три веточки:

1)Первая ветвь обеспечивает чувствительность глаза, верхнего века и кожи лба.

2)Вторая ветвь обеспечивает чувствительность нижнего века, щёк, ноздрей, верхней губы и верхней десны.

3)Третья ветвь обеспечивает чувствительность нижней челюсти, нижней губы, десны и некоторых жевательных мышц.

Невралгия тройничного нерва (тригеминальная невралгия) - патологическое состояние, проявляющееся в виде выраженного болевого синдрома по ходу тройничного нерва. Однако невралгией может оражаться только 2ая и 3ья веточка тройничного нерва. В отличие от заболеваний невропатического характера это только возникновение болевой чувствительности по ходу 2ой и 3ей ветки тройничного нерва причем без нарушения чувствительности.

Этиология.

Этиология данного заболевания не известна, обусловлена полиэтиологическими факторами ( такие как переохлаждение, одонтогенные кисты, снижение общих иммунных сил организма и онкологическими заболеваниями, болезнями ЛОР-органов и др.) Как правило наблюдается тригемино-васкулярный конфликт (центрального генеза), то есть компрессия корешка нерва выходящей из ствола мозга артерией мозжечка.

Клиническая картина.

Жалобы: Пациент может жаловаться на боль в районе ушей, глаз, губ, носа, кожи головы, лба, щек, в зубах, и/или челюстях, а некоторые пациенты испытывают боль в левом указательном пальце. Локализация боли как правило обусловлена индивидуальными особенностями расположения тройничного нерва.

Обьективно: Может быть 2х типов: центрального генеза и перефирического генеза.

Центрального генеза: боль при данном состоянии (болевой тик) характеризуется пароксизмальными атаками острой, режущей, по типу «удара током» ограниченной зоной иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва, и обычно сопровождается вазомоторными и секреторными нарушениям. Локализованы боли в проекции 2ой и 3ей ветвей тройничного нерва. Продолжительность приступа от 2-20 секунд до 30сек-3 минут. У больного присутствует характерное поведение - больной «замирает как статуя». Невозможны умывание, улыбка, чистка зубов, бритье и даже разговор. Так же характерно отсутствие каких либо вегетативных проявлений.

Перефирического генеза: Боли носят постоянный, режущий, жгучий характер, чередуются с пароксизмальными приступами. Локализуются так же. Есть тригерные точки - так называемые курковые зоны, при нажатии на которые возникает приступ. Пациента в принципе могут умываться, бриться и др.

Как правило это хроническое заболевание, но как и все хронические заболевания оно протекает с периодическими обострениями.

Диагностика невралгии. Диагноз как правило ставится на основании жалоб больного и анамнеза. РГ придаточных пазух носа. Пальпация точек выхода ветвей тройничного нерва на лице. Определение чувствительных расстройств. Наличие зон Зельдера. КТ, МРТ.

Дифференциальная диагностика:

Вегетативные прозопалгии

Миофасциальный болевой синдром

Заболевания ЛОР органов

Онкологические заболевания

Лечение:

Базовая терапия: Фенлипсин 1 таб 200мг/1-2р. в день. В период ремиссии 400 мг/сутки поддерживающая доза.

Амитриптилин 25мг в индивидуальной дозировке.

При обострении: Себазон 2мл,4мл/на 200-400 мл новокаина 25%.

Эуфилин

Оксибат

Мильгама.

Физиотерапия (индивидуально).

Блокады.

Хирургическое оперативное вмешатеьство.

**2. Невралгия языкоглоточного нерва**

Языкоглоточный нерв снабжает чувствительными волокнами слизистую оболочку корня языка, глотки, мягкого нёба, евстахиевой трубы, барабанной полости; вкусовые волокна, иннервирующие заднюю треть языка, входят в периферический отдел вкусового анализатора. Двигательные волокна иннервируют m. stylopharyngeus, а секреторные - околоушную железу.

Невралгия языкоглоточного нерва имеет много сходных черт с невралгией тройничного нерва.

Этиология данного заболевания не до конца изучено, но как правило связывают со следующими полиэтиологическими факторами: переохлаждение, гальванизм, дисбактериоз полости рта, заболевания ЧЛО и аномалии ЧЛО.

Встречается данное заболевание очень редко.

Клиническая картина.

Боли интенсивнейшие, режущие, колющие и др. Могут локализоваться в области неба, задней стенки глотки, и миндалин, язычка, корня языка.

Основным провоцирующим фактором является глотание. Поэтому больные кахексичны, не могут есть, слюну не глотают, а собирают в подручные средства.

Иррадиация болей как правило идет в ухо.

Тригерные точки: задняя стенка глотки и миндалины.

Диагностика: На кончик языка нанести небольшое количество 5% р-ра Лидокаина (спрей) и если боли немного ослабли и больной может глотать, то это положительный диагностический признак подтверждающий поставленный диагноз. Из доп. Исследований может проводиться мазок с зева и консультация ЛОР-врача.

Дифференциальная диагностика:

Ангина- при ангине на фоне невозможности глотания и боли в горле наблюдается общая фоновая интоксикация всего организма (температура, увеличенные лимфоузлы и др.)

Фенлипсин растолоченный в ступке, разведенный в теплом р-ре кипяченой воды внутрь после лидокаина.

**3. Постгерпетическая невропатия тройничного нерва**

нерв языкоглоточный постгерпетический заболевание

Постгерпетическая невропатия - это осложнение такого заболевания как опоясывающий лишай (герпес) развивающий в течение нескольких дней-недель после герпетического поражения.

Постгерпетическая невропатия может быть как 1) Тройничного нерва (только 1ой его ветви) так и 2) узла коленца лицевого нерва..

При поражении тройничного нерва заболевание носит следующий характер?

Страдают в основнм пожилые люди от 55 лет и более. Герпес поражает только 1ую ветвь.

Этиология.

Стресс, переохлаждения, снижение общих иммунологических свойств организма

Клиническая картина : как правило проявляется на лбу, возникают пузырьки, везикулы, которые впоследствии покрываются корочками, которые со временем отпадают. Через 2-4 недели начинаются боли, иногда жгучие, в проекции 1ой ветви тройничного нерва, возникают очаги депигментации. Пациенты жалуются на постоянные боли в проекции высыпаний ( или там, где они были). Тригерные точки отсутсвуют, нет провоцирующих факторов, но может быть нарушение чувствительности ( парастезия, гиперстезия, анестезия). В анамнезе как правило обнаруживается перенесенная недавно герпетическая инфекция.

Дифференциальную диагностику данного заболевания проводят с синдромом Ханта.

Лечение:

Нейрантин 300мг таб., Габапентин 300мг таб., Тебантин 300мг таб. По 1 таблетке 2 раза в день.

Аминтриптилин, Себазон, НО-ШПА 30мг 1 таб. 3 раза в день. Физиотерапия + витамины (группы B) индивидуально.

Постгерпетическое поражение узла коленца лицевого нерва или синдром Ханта.

Клиника:

Невыраженный парез лицевого нерва

Боли в ухе и ушной раковине (умеренные, перетекающие в силные).

Герпетические высыпания на ушной раковине и наружном слуховом проходе.

Условно клиничекую картину синдрома Ханта делят на 4 вида:

Хант 1: высыпания на ушной раковине

Хант 2: Хант 1 + парез лицевого нерва ( самый частый)

Хант 3: Хант 2 +расстройство слуха

Хант 4: Хант 3 + координаторные расстройства, апатия, головокружение, шаткая походка и др.

Дифференцируют синдром Ханта с парезом лицевого нерва ( истинным), что проявляется в том, что при парезе лицевого нерва болей не возникает.