

## Невралгия тройничного нерва

### Определение

Невралгия тройничного нерва (НТН) представляет собой болевое расстройство с односторонней локализацией и характеризуется кратковременной, похожей на удар током, болью, внезапно начинающейся и прекращающейся, и ограниченной зоной иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва. Пересмотренные Международным обществом по изучению головной боли (IHS) критерии предполагают три варианта: классическая невралгия тройничного нерва, часто обусловленная микрососудистой компрессией в зоне входа корешка тройничного нерва в ствол мозга, невралгия тройничного нерва с сопутствующей постоянной лицевой болью, и симптоматическая невралгия тройничного нерва, обусловленная структурным повреждением, отличным от сосудистой компрессии.

### Эпидемиология

НТН – редкое заболевание, и данные исследований, посвященных его распространенности, немногочисленны. Анализ нескольких доступных исследований показывает, что распространенность НТН в общей популяции может находиться между 0,01% и 0,3%, хотя исследования, проведенные на базе амбулаторно-поликлинических учреждений, указывают, что она может быть значительно выше, около 12% на 100000 человеко-лет. Соотношение по полу у женщин и мужчин составляет примерно 2:1. НТН может впервые проявиться в любом возрасте, но начало заболевания приходится на возраст после 40 лет в более чем 90% случаев. Пиковый возраст начала находится в пределах 50-60 лет. Заболеваемость НТН при рассеянном склерозе выше, чем в общей популяции.

### Патофизиология

Общепринятое мнение заключается в том, что НТН обусловлена проксимальной компрессией корешка тройничного нерва вблизи ствола головного мозга (зона входа корешка нерва) извитым кровеносным сосудом (артерией или веной), что приводит к механическому перекручиванию нервных волокон и вторичной демиелинизации, вероятно опосредованной микрососудистыми ишемическими повреждениями. Данные изменения снижают порог возбудимости поврежденных волокон и обеспечивают ненадлежащую эфептическую передачу к близлежащим волокнам. Таким образом, тактильные сигналы, идущие от быстрых миелинизированных (А-бета) волокон могут напрямую активировать медленные ноцицептивные (А-дельта) волокна, приводя к высокочастотным разрядам, характерным для тригеминальной невралгии. Симптоматическая НТН может развиваться вследствие опухолевых процессов, как доброкачественных, так и злокачественных, рассеянного склероза или артерио-венозных мальформаций.

## Клинические особенности

Локализация, иррадиация: боль преимущественно унилатеральная, частота встречаемости биалтеральной локализации составляет всего 3%, наблюдается незначительная иррадиация вне области иннервации тройничного нерва. Наиболее часто повреждаемые ветви – вторая и третья.

Характер: по качественным характеристикам боль напоминает удар током, стреляющая, пронзительная или острая.

Тяжесть: от умеренной до сильной, но временами может стихать.

Продолжительность, периодичность: каждый болевой приступ длится от нескольких секунд до 2 минут, но за ним внезапно может последовать другой приступ. За день может быть от 10 до 70 приступов. Часто между приступами наблюдается рефрактерный период. По мере прогрессирования заболевания приступы, как правило, становятся более длительными. Могут развиваться периоды спонтанной ремиссии, которые изначально длятся месяцы или годы, но со временем продолжительность рецидивов увеличивается. При НТН с сопутствующей постоянной лицевой болью, наблюдается продолжительная жгучая, ноющая, которая может присутствовать в течение нескольких часов.

Влияющие факторы: легкие нейтральные раздражители на стороне поражения провоцируют возникновение боли.

Сопутствующие особенности: очень редко выявляются какие-либо вегетативные симптомы, иногда могут наблюдаться изменения чувствительности. Тревожность и депрессия, также как ухудшение качества жизни, являются частым следствием заболевания.

Симптоматическая НТН может проявляться сходным образом, включая периоды ремиссии.

## Методы обследования

КТ или МРТ позволяют выявить наличие повреждений, мальформаций, рассеянного склероза, нейрососудистую компрессию тройничного нерва.

## Лечение

Медикаментозное лечение НТН основано на применении противоэпилептических препаратов. Терапия первого ряда должна включать карбамазепин (200-1200 мг/сут) и окскарбазепин (600-1800 мг/сут), согласно существующим рекомендациям по научно-обоснованным методам лечения. Терапия второго ряда обладает меньшей доказательной основой и включает дополнительную терапию ламотриджином (400 мг/сут) или переключение на ламотриджин или баклофен (40-80 мг/сут). Другие противоэпилептические препараты изучены в небольших открытых исследованиях. Лечение



фениитоном, габапентином, прегабалином и вальпроатом также было рекомендовано в качестве клинически значимого. В экстренных случаях может помочь в/в инфузия с фосфенитоином, а также местные инъекции лидокаина в триггерные точки.

### Хирургическое лечение

Если медикаментозное лечение безуспешно и приводит к заметному ухудшению повседневной активности, необходимо обсудить варианты хирургического вмешательства. Они включают микроваскулярную декомпрессию места контакта нерва/сосуда или деструкцию Гассерова узла.

Микроваскулярная декомпрессия обеспечивает наиболее долговременное облегчение боли, в 90% случаев пациенты сообщают об исходном облегчении боли, свыше 80% пациентов не ощущают боли спустя год после процедуры, 75% - через 3 года, и 73% - через 5 лет со стойким улучшением повседневной активности. Несмотря на это, данная процедура является основным оперативным вмешательством, при котором прибегают к краниотомии, чтобы обеспечить доступ к тройничному нерву в задней черепной ямке. Средний показатель смертности варьирует от 0,2% до 0,5%, и до 4% пациентов страдает от серьезных осложнений, таких как подтекание спинномозговой жидкости, инфаркты или гематомы, асептический менингит. Наиболее распространенные долговременные осложнения включают легкую потерю чувствительности (7%) и потерю слуха (10%).

Методики чрескожного доступа к Гассерову узлу представляют собой деструктивные вмешательства, которые включают радиочастотную термокоагуляцию, баллонную компрессию и чрескожную глицероловую ризотомию. Девяносто процентов пациентов сообщают об уменьшении болевых симптомов после проведения данных процедур. Спустя год после проведения радиочастотной термокоагуляции у 68-85% пациентов жалобы на боль отсутствуют, однако, через 3 года процентное соотношение снижается до 54-64%, а спустя 5 лет лишь у 50% пациентов болевые ощущения отсутствуют. К наиболее частым побочным явлениям относятся потеря чувствительности (50%), дизестезии (6%), болезненная анестезия (4%), а также онемение роговицы с риском развития кератита (4%). Вмешательства на Гассеровом узле, в том числе пре- и постганглионарные, требуют применения анестетиков короткого действия и преимущественно небольших подготовительных мероприятий в вечернее время и характеризуются чрезвычайно низким показателем смертности.

При хирургическом лечении гамма-ножом сфокусированный пучок излучения направляется на корешок тройничного нерва в задней черепной ямке. Спустя год после хирургического лечения гамма-ножом 69% пациентов не предъявляют жалоб на боль и не прибегают к дополнительному медикаментозному лечению. Уменьшение болевых симптомов может происходить через некоторый промежуток времени (в среднем в течение 1 месяца). Побочные эффекты включают осложнения со стороны чувствительной сферы в 6% случаев, которые могут развиваться в течение до 6 месяцев, онемение лица в 9-37% случаев с улучшением в динамике, и парестезии в 6-13% случаев. Качество жизни улучшается на 88%. Основной недостаток хирургического лечения гамма-ножом - его стоимость, которая ограничивает широкое использование данного метода, а также отсроченное по времени облегчение симптомов и потеря



чувствительности. Он остается методом выбора для пациентов, которые не могут быть подвергнуты хирургическому лечению, или у которых имеются проблемы со свертыванием крови (напр., пациенты, принимающие варфарин).

Пациентам необходима подробная информация, если они хотят принять наиболее рациональное решение о различных методах лечения, которые доступны на сегодняшний день, и она также может быть получена через группы поддержки пациента, которые имеют веб-сайты и часто проводят национальные собрания со специалистами службы здравоохранения.

### Ссылки

1. Gronseth G, Cruccu G, Alksne J, Argoff C, Brainin M, Burchiel K, Nurmikko T, Zakrzewska JM. Practice parameter: the diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Neurological Societies. *Neurology* 2008;71:1183–90.
2. Zakrzewska JM, Akram H. Neurosurgical interventions for the treatment of classical trigeminal neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;9:CD007312.
3. Zakrzewska JM, Coakham HB. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia: update. *Curr Opin Neurol* 2012 ;3:296-301.

### Онлайн ресурсы

#### Руководства по невралгии тройничного нерва

<http://www.aan.com>

#### Группы поддержки пациентов

<http://www.tna.org.uk>

<http://www.endthepain.org>

<http://www.tnaaustralia.org>