

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК: 616.833.15-085

Д.В. Курдакова, Л.Н. Воронкова, П.П. Михайлова, Г.О. Пенина

СЛУЧАЙ АТИПИЧНОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

*Городская больница №26,
Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов, Санкт-Петербург,
Российская Федерация*

Резюме. Невралгия тройничного нерва является компрессионной невропатией со специфическим пароксизмальным проявлением симптомов раздражения. Компрессия возникает на уровне 3-й, 2-й и, крайне редко, 1-й ветвей тройничного нерва. Невралгию тройничного нерва можно разделить на несколько категорий в зависимости от типа боли.

Ключевые слова: прозопалгия, тригеминальная невралгия, лицевой гемиспазм, шкала тревоги Спилберга-Ханина, самоопросник депрессии CES-D, опросник SF 36.

Боли в области лица (прозопалгии) — не только актуальная, но и социально значимая проблема в современной медицине. [2, 3] Невралгия тройничного нерва (тригеминальная невралгия (ТН), болевой тик, болезнь Фотергилла) является компрессионной невропатией со специфическим пароксизмальным проявлением симптомов раздражения, признаки выпадения присоединяются позже, при длительном течении заболевания [1]. Компрессия возникает на уровне 3-й, 2-й и, крайне редко, 1-й ветвей тройничного нерва, с преобладанием правой стороны лица. [2, 6]. Частота встречаемости 6–8 на 100000 населения. Женщины болеют чаще, заболевание развивается в возраст старше 40 лет. [5] В 70 % случаев невралгия возникает справа, в 28 % — слева, в 2 % наблюдается двустороннее поражение.

Наиболее частой причиной возникновения тригеминальной невралгии является компрессия проксимальной части тригеминального корешка в пределах нескольких миллиметров от входа корешка в мост мозга (т. н. «входная зона корешка»). Примерно в 80 % случаев происходит компрессия артериальным сосудом (чаще всего патологически извитой петлей верхней мозжечковой артерии). Этим объясняется тот факт, что тригеминальная невралгия возникает в пожилом и старческом возрасте и практически не встречается у детей. В остальных случаях таковая компрессия вызвана аневризмой базилярной

артерии, объемными процессами в задней черепной ямке, опухолями мостомозжечкового угла и бляшками рассеянного склероза. [3]

Невралгию тройничного нерва можно разделить на несколько категорий в зависимости от типа боли.

- Невралгия тройничного нерва 1 типа — типичная форма невралгии тройничного нерва. Пронизывающая и колющая боль возникает непостоянно и только в определенных случаях. Этот тип невралгии также называется идиопатической (когда нельзя определить ее причину).

- Невралгия тройничного нерва 2 типа также называется атипичной (нетипичной) невралгией тройничного нерва. Боль более постоянная, ноющая, пульсирующая, сопровождается чувством жжения.

- Симптоматическая невралгия тройничного нерва — боль возникает в результате другого заболевания, например, при рассеянном склерозе, объемное образование задней черепной ямки, аневризма базилярной артерии.

Иногда невралгия тройничного нерва сочетается с другим синдромом, имеющим сходный механизм развития — лицевым гемиспазмом [4].

Описание случая. Пациентка С., 70 лет, поступила в неврологическое отделение с жалобами на чувство распирания, приступы спазмов в левой орбито-лобно-теменной области, головокружение. Из анамнеза известно, что за 10 дней до госпитализации у больной неоднократно возникло чувство распирания, которое купировалось самостоятельно через 1–2 сек. Через 10 дней у больной вновь возникло чувство распирания в левой половине головы, появились приступы спазма, которые повторялись в течение дня несколько раз, длились 1–2 сек. В связи с чем пациентка вызвала бригаду СМП, госпитализирована в неврологический стационар. Больная страдает артериальной гипертензией.

При осмотре в отделении обращала на себя внимание гиперпигментация кожи лба, повышенная складчатость кожи лба, левой орбитальной области. Неврологический статус: Сознание ясное. Контактна. Эмоционально-лабильная. Глазные щели не равны, правая глазная щель шире, чем левая, зрачки D=S, фотореакции сохранены. Движение глазных яблок в полном объеме. Диплопии нет. Вертикальный, горизонтальный крупноразмашистый нистагм при взгляде в обе стороны. Лицо асимметрично (усиление кожных складок лба, сокращение мышц левого века). Глоточные рефлексы сохранены. Дисфагии нет. Речь в норме. Язык по средней линии. Мышечная сила в проксимальных и дистальных отделах верхних и нижних конечностей 5б. Сухожильные рефлексы на верхних и нижних конечностях D=S, средней живости. Патологических рефлексов нет. Гипестезия кожи лба слева. Координаторные пробы выполняет с мимопопаданием с двух сторон. В пробе Ромберга пошатывается. Менингеальные знаки отрицательные. Походка с умеренной атаксией.

У больной была заподозрена фокальная краниальная дистония по типу лицевого гемиспазма слева. Также установлен диагноз: ЦВБ. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст. с умеренным вестибуло-атактическим, астено-невротическим синдромом, декомпенсация. Гипертоническая болезнь 3 ст., риск ССО 4. Атеросклероз сосудов головного мозга.

Лицевой гемиспазм характеризуется пароксизмами односторонних произвольных клонических сокращений мимических мышц, иннервируемых лицевым нервом. Распространённость достигает 7,4 на 100000 мужчин и 14,5 на 100000 женщин. Средний возраст начала болезни около 50 лет. Выделяют первичный (эссенциальный, или идиопатический) лицевой гемиспазм, возникающий в силу неясных причин, и вторичный (симптоматический), обусловленный сдавлением сосудистой мальформацией, опухолью, вследствие воспалительных изменений головного мозга и т.д. Гемиспазм обычно возникает в результате легкого сдавления лицевого нерва, а иногда и просто вследствие соприкосновения нерва и сосуда. Более чем у 60 % больных с лицевым гемиспазмом выявляется артериальная гипертензия, которая, с одной стороны, может быть причиной расширения, а с другой, следствием сдавления аномальным сосудом бокового отдела продолговатого мозга, который содержит цистерны, контролирующую функцию сердечно-сосудистой системы. В диагностике заболевания используются такие методы, как электронейромиография,

КТ\МРТ головного мозга, ультразвуковая диагностика сосудов шеи [7].

Для исключения органических причин гемиспазма больной был проведен комплекс обследований: клинический анализ ликвора (без патологии), КТ и МРТ головного мозга (МР картина смешанной заместительной гидроцефалии, очаговые изменения вещества мозга дистрофического характера), ультразвуковая диагностика сосудов шеи, осмотр окулиста. За время наблюдения за больной не отмечалось двигательных феноменов, корригирующих жестов, характерных для дистонии. Выполнена электронейромиография, где было выявлено поражение 1 ветви тройничного нерва слева. Учитывая совокупность полученных данных, диагноз лицевого гемиспазма представлялся сомнителен. Однако требуется дальнейшее динамичное наблюдение за больной.

Также больной было проведено нейропсихологическое исследование с помощью следующих шкал: Шкала тревоги Спилберга-Ханина, самоопросник депрессии CES-D, опросник SF 36. Депрессии у больной не выявлено. По шкале личностной тревожности получено 37 баллов, что соответствует умеренной тревожности. По шкале ситуационной тревожности получено 58 баллов, что говорит о высоком уровне реактивной тревожности. По шкале SF 36 получились следующие показатели: физическое функционирование сохранено на 60 %, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, на 25 %, интенсивность боли — 100 %, общее состояние здоровья соответствует 65 %, жизненная активность — 75 %, социальное функционирование — 75 %, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием — 67 %, психическое здоровье — 76 %. Полученные данные свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациентки, в меньшей степени эмоциональным состоянием. Также имеют место ограничения физической активности, сниженный балл при оценке общего состояния здоровья.

Больной проводилось следующее лечение: сосудистая терапия (трентал, пирацетам), витамины гр. В, карбамазепин 200 мг 3 раза в день, тиорил 12,5 мг днем и 25 мг вечером.

На фоне проводимой терапии выраженность и частота боли по типу спазма мышц уменьшилась. Также уменьшилась выраженность гиперпигментации и складчатости кожа лба и орбитальной области слева.

Больная была выписана для дальнейшего лечения у невролога по месту жительства с диагнозом: 1. Невралгия 1 ветви тройничного

нерва слева. 2. ЦВБ. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст. с умеренным вестибуло-атактическим, астено-невротическим синдромом, декомпенсация. Гипертоническая болезнь 3 ст., риск ССО 4. Атеросклероз сосудов головного мозга.

Невралгия тройничного нерва является типичным примером нейропатической боли пароксизмального характера и считается самым мучительным видом прозопалгии, которая возникает как идиопатически, так и на фоне органической патологии. В большинстве случаев диагноз невралгии тройничного нерва не вызывает затруднений при наличии типичных жалоб, анамнеза, учета клинико-лабораторных данных. Однако в повседневной практике врача можно встретить атипичное течение заболевания. Тогда его нужно дифференцировать от других нозологий. И только правильный сбор жалоб и анамнеза, проведение полного неврологического осмотра, динамическое наблюдение за пациентом, выполнение необходимых лабораторных и инструментальных исследований помогут правильной постановке диагноза. Как видно из клинического случая, несмотря на отсутствия типичной боли, данное заболевание повышает уровень тревожности и ограничивает повседневную деятельность, а также физическую активность пациентов. Конечно, необходимо учитывая сопутствующую патологию. В данном случае имело место умеренное вестибуло-атактическое расстройство в структуре дисциркуляторной энцефалопатии, которое также ограничивало повседневную активность пациентки. На

фоне подобранной терапии отмечалась положительная динамика в течение заболевания, что способствует улучшению общего состояния пациентки и ее качества жизни.

D.V. Kurdakova, L.N. Voronkova, P.P. Mikhailova, G.O. Penina
ATYPICAL TRIGEMINAL NEURALGIA

Summary. *Trigeminal neuralgia is a compressive neuropathy with specific paroxysmal manifestation of symptoms of irritation. Compression occurs at the level of the 3rd, 2nd and, rarely, 1st branch of the trigeminal nerve. Trigeminal neuralgia can be divided into several categories, depending on the type of pain.*

Keywords: *protopalgia, trigeminal neuralgia, facial gemispasm, anxiety scale Spielberg-Hanin, depression self-questionnaire CES-D, questionnaire SF-36.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Манвелов Л.С. Тригеминальная невралгия: эпидемиология, этиология, патоморфология, патогенез, клиника, диагностика / Л.С. Манвелов, В.М. Тюрников, А.В. Кадыков // Русский медицинский журнал. – 2013. – №10. – С. 542.
2. Скоромец А.А. Нервные болезни: Учебное пособие / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – С. 368-370.
3. Шаров М.Н. [и др.] Место лицевых болей в структуре неврологических заболеваний: изыскание новых терапевтических возможностей / Медицинский научно-практический журнал «Лечащий врач». – 2012. – №10. – С. 75-80
4. Шток В.Н. Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению / Под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С. 291- 297, 444-447.
5. Штульман Д.Р. Неврология: Справочник практ. врача / Д.Р. Штульман, О.С. Левин. – 6-е изд., доп. и перераб. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 579-582.
6. Яхно Н.Н. Болезни нервной системы: Руководство для врачей: в 2-х т. – Т. 2 / Под. ред. Н.Н. Яхно. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – С. 295-299.